



FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

La Diversidad sexual en Ecuador: la percepción del paciente adulto LGBTI+ (gay, lesbiana, bisexual, transgénero e intersexual) en el ámbito del primer nivel de atención en salud 2022-2023.

**Autoras: Michelle Doménica Idrovo González y María de los
Ángeles Vele Criollo**

Director (a): Dra. Diana López

Cuenca, 03 de octubre del 2023

Índice

Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Diversidad sexual	3
Primer nivel de atención en salud	4
Familia	5
Sociedad	6
Materiales y métodos	7
Tipo de estudio y diseño general	7
Universo de estudio	7
Muestra y selección.....	7
Criterios de inclusión y exclusión	7
Objetivo general:.....	8
Objetivos específicos:.....	8
Definición y operacionalización de las categorías	8
Recolección y procesamiento de la información:	10
Instrumentos utilizados	11
Plan de análisis	11
Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	12
Resultados	13
1. Diversidad sexual	15
1.1 Definición de elementos de la diversidad sexual	15
1.2 Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.....	21
2. Primer nivel de atención en salud	23
2.1 Conceptos.....	23
2.2 Relación equipo de salud y paciente.....	24
2.3 Realidad del primer nivel de la atención en salud.....	28
2.4 Patologías en la población LGBTI +.	44
2.5 Subgrupos de riesgo en el sistema de salud	52
3. Familia.....	57

3.1	Conceptos.....	57
3.2	Estructuración familiar.....	58
3.3	Relación con la familia.....	59
4.	Sociedad (población LGBTI+ y población no LGBTI+).....	66
4.1	Conceptos generales.....	66
4.2	Comportamiento de la sociedad.....	69
4.3	Fenómenos culturales dentro la población LGBTI+.....	72
5.	Entrevista.....	75
5.1	Calidad de la entrevista.....	75
Análisis.....		81
1.	Diversidad sexual.....	81
1.1	Definición de los elementos de la sexualidad.....	81
1.2	Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.....	84
2.	Primer nivel de atención en salud.....	85
2.1	Conceptos.....	85
2.2	Relación entre equipo de salud y paciente.....	85
2.3	Realidad del primer nivel de la atención.....	87
2.4	Patologías en la población LGBTIQ+.....	93
2.5	Subgrupos de riesgo en el sistema de salud.....	96
3.	Familia.....	98
3.1	Concepto.....	98
3.2	Estructuración familiar.....	98
3.3	Relación con la familia.....	99
4.	Sociedad (Población LGBTI+ y Población no LGBTI+).....	102
4.1	Conceptos Generales.....	102
4.2	Comportamiento de la sociedad: discriminación y aceptación por la sociedad.....	103
4.3	Fenómenos culturales: discriminación en la población LGBTI+ a sus miembros.....	105
5.	Entrevista.....	106
5.1	Calidad de la entrevista.....	106
Discusión.....		108

1. Diversidad Sexual	108
1.1 Definición de los elementos de la sexualidad	108
1.2 Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.	110
2. Primer Nivel de atención en salud.....	111
2.1 Conceptos:.....	111
2.2 Relación equipo de salud y paciente.....	112
2.3 Realidad del primer nivel de la atención en salud.....	113
2.4 Patologías en la población LGBTI+.....	122
2.5 Subgrupos de riesgo y las interseccionalidades.....	125
3. Familia.....	127
3.1 Concepto.....	127
3.2 Estructuración familiar.....	127
3.3 Relación con la familia.....	127
4. Sociedad	129
4.1 Conceptos generales.....	129
4.2 Comportamiento de la sociedad.....	130
4.3 Fenómeno culturales.....	132
5. Entrevista.....	133
5.1 Calidad de la entrevista.....	133
Debilidades y fortalezas del estudio	134
Recomendaciones para futuros estudios.....	135
Conclusiones	136
Agradecimientos	138
Referencias	139
Anexos.....	144
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	144
Anexo 2. Preguntas para la entrevista.....	146
Anexo 3. Ejercicio.....	151
Anexo 4. Operacionalización de categorías.....	152
Anexo 5. Informe del Comité de Investigación en Seres Humanos (CISH-UDA)..	155

Resumen

La diversidad sexual forma parte innata de la naturaleza humana desde la aparición de la misma; abarca la tendencia sexual, preferencia sexual, orientación e identidad sexual, sexo biológico, erotismo, género, y al principio de diferencia y alteridad. (2) La homosexualidad no es considerada como patología mental desde 1970, se elimina del DSM y el CIE en 1990, y en Ecuador desde 1997 deja de ser penada con años de cárcel; no obstante, la discriminación continua hacia la población LGBTI+ en distintas esferas sociales. (4) El propósito del estudio fue conocer la percepción de personas adultas de la población Gay, Lesbiana, Bisexual, Transgénero e Intersexual referente al contexto ecuatoriano en su interacción con las esferas: diversidad sexual, primer nivel de atención en salud, familia y sociedad para una correcta práctica médica. La investigación tuvo un enfoque cualitativo. El diseño fue un estudio fenomenológico mediante una entrevista semiestructurada a detalle/ sondeo de opiniones como técnica de recolección de la información. Los resultados nos mostraron que la familia fue el principal pilar que influyó en la salud de los individuos, en orden descendente le siguieron: diversidad sexual, el primer nivel de atención en salud, la sociedad. Las interseccionalidades, la heteronormatividad y la fobia al grupo LGBTI+ crea una cadena de discriminación y rechazo observada en todos los pilares que forman la salud de un individuo. La población LGBTI+ exige un trato igualitario a las personas heterosexuales, equitativo en base a sus necesidades, tolerancia a las distintas individualidades y respecto a su humanidad.

Palabras claves: Sexualidad, Diversidad Sexual, Minorías Sexuales y de Género, Marco Interseccional, Normas de Género, Estrategias para Cobertura Universal de Salud, Educación Sexual, Composición Familiar.

Abstract

Sexual diversity has been an innate part of human nature since it appeared. It covers sexual tendency, sexual preference, sexual orientation and sexual identity, biological sex, eroticism, gender and the principle of difference and otherness. (2) Homosexuality has not been considered a mental pathology since 1970. It was eliminated from the DSM and the CIE in 1990 and in Ecuador since 1997 it is no longer punishable by years in prison. (4) However, the discrimination continues against the LGBTI+ population in different social spheres. The purpose of the study was to know about the perception of adults from the Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Intersexual population regarding the Ecuadorian context in its interaction with the spheres: sexual diversity, first level of health care, family and society to a correct medical practice. The research had a qualitative approach. The design was a phenomenological study using a detailed semi-structured interview/opinion survey as an information collection technique. The results showed us that the family was the main pillar that influences the health of individuals. In descending order it was followed by: sexual diversity, the first level of health care, and society. Intersectionalities, heteronormativity and phobia of the LGBTI+ group create a chain of discrimination and rejection observed in all the pillars that make up an individual's health. The LGBTI+ population demands equal treatment of heterosexual people, equitable based on their needs, tolerance of different individualities and respect to their humanity.

Key Words: *Sexuality, Sexual Diversity, Sexual and Gender Minorities, Intersectional Framework, Gender Norms, Strategies for Universal Health Coverage, Sex Education, Family Characteristics.*



Firmado electrónicamente por:
DIANA VICTORIA
LOPEZ SIGUENZA

Dra. Diana López



Firmado electrónicamente por:
MICHELLE
DOMENICA IDROVO
GONZALEZ

Est. Michelle Idrovo



Firmado electrónicamente por:
MARIA DE LOS
ANGELES VELE
CRIOLLO

Est. Ma. De los Ángeles Vele

Introducción

Diversidad sexual

La definición de género según la Organización mundial de la Salud (OMS) refiere a “los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias, también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas”. No obstante, es un concepto variable. La diversidad sexual es toda la gama de orientaciones sexuales e identidades de género que forma parte de la vida cotidiana de los seres humanos.

(1) Según Bedoya et al, la diversidad sexual es un espectro que engloba el principio de la diferencia, de la alteridad, la sexualidad y sus elementos. (2)

Según Ministerio de Inclusión Económica y Social, en El Plan Nacional del Desarrollo 2017 - 2021 se plantea como objetivo prioritario para el 2021 «erradicar el porcentaje de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis, intersexuales y queer (LGBTTTIQ) que han vivido algún tipo de discriminación por su orientación sexual e identidad de género». (3)

Según Gómez et al, reporta que las personas LGBTI+ son objeto de discriminación tanto en espacios públicos (parques, calles, plazas) como privados (restaurantes, casas, comercios), con un porcentaje de casos de 55.8% y 50.5%, respectivamente. (4)

En Ecuador a finales del 2015, la Asamblea Nacional debatió y aprobó el proyecto de Ley Orgánica del Servicio Nacional de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, donde cualquier ciudadano/a por única vez en su vida puede sustituir el campo sexo por género sea este femenino o masculino, en la cédula de identidad. Así cualquier persona puede sustituir este campo por una sola vez siempre y cuando lo haga por un género opuesto a su sexo”. (5)

Primer nivel de atención en salud

En la constitución del 2008 obliga a todos los servicios de salud a que se ajusten a las necesidades particulares de la población LGBTI+. Se pudo estipular que los servicios de salud no son integrales y no están capacitados para su atención, debido a que existen múltiples diferencias. Dichas diferencias no solo radican en el trato del personal de salud hacia la población LGBTI+, sino también en los determinantes sociales de la salud que presentan estrecha relación con las condiciones socioeconómicas en general, el ambiente, el estilo de vida, la situación cultural, entre otras. (6)

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en un estudio cualitativo realizado en Quito, Guayaquil, Portoviejo, Machala, Babahoyo, Ibarra, Santa Elena, Salinas, Libertad y Manta, con la participación de 2015 personas pertenecientes a la población LGBTI+, en donde se obtuvo como resultados que el 55.1 % de la población entrevistada solicitó atención por salud en los últimos tres meses, el 92,8 % han sido atendidos por médicos y el 60.1 % recibió atención en un establecimiento público; sacando conclusiones que la mayoría de la población LGBTI+ siente necesidad por acudir a una atención médica. (7)

Acorde a Domínguez, el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se presenta como una herramienta dirigida a los profesionales de la salud y a los estudiantes de las ciencias de la salud, con el objetivo de promover la comprensión de las necesidades de salud específicas y las barreras que pueden afrontar para el acceso a los servicios de salud las personas LGBTI+. (8)

Según Whitlock, para ejercer una prestación de servicios adecuada y competente sin discriminar el primer paso es establecer espacios acogedores desde el primer contacto con la población LGBTI+. Se debe educar a todo el personal de atención médica y de primera línea sobre los estándares de respeto para la población LGBTI+ los mismos que son: usar lenguaje apropiado al dirigirse o referirse a las o los pacientes, de preferencia preguntar cómo le gustaría ser llamado/a. Identificar y desafiar cualquier creencia discriminatoria internalizada sobre lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y otros. Estar

familiarizado con importantes problemas de salud LGBTI+ (impactos de la homofobia, discriminación, acoso y violencia; salud mental y depresión; abuso de sustancias; sexo seguro; violencia de pareja; infecciones). Conocer las indicaciones y los mecanismos para la derivación de personas LGBTI+ a proveedores capacitados. (9)

Familia

Las personas LGBTI+ enfrentan los riesgos de la violencia homofóbica incluso en el entorno familiar. Según el INEC, el 70,9% reportó que han vivido alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar; de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia. Entre las experiencias de los entrevistados se cuenta con: 69,5% la obligación a vestirse de acuerdo a su sexo biológico, 64,1% con prohibiciones de salir con otras personas, 47,6% con prohibición de asistir a actividades propuestas por población LGBTI+, 27,5% con obligación a asistir a cultos religioso, 7,2% con obligación de contraer matrimonio, 45,9% con amenazas de quitarle la custodia de sus hijos/as, 27% con presión para mantenerse en el matrimonio por los hijos/as. (4)

Según el INEC, entre las formas de imposición que la población LGBTI+ ha vivido se tienen: al 62,1% le hacen sentir que debe ser más masculina o femenina, en el 42,0% imposición de asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor para "curarle" o "cambiarle", al 36,8% imposición de un novio/a para que cambie, al 34,6% obligación para dejar actividades o deportes que se consideren inapropiados, al 30,7% sometimiento a tratamientos hormonales para "cambiarle" contra su voluntad. Además, el 45% ha vivido violencia; el 82,3% ha recibido gritos, insultos, amenazas o burlas por parte de sus familiares; el 15,7% ha sido acosada sexualmente y el 84,8% ha sido obligada a tener relaciones sexuales por parte de sus familiares. (4)

Sociedad

Según el INEC, la población LGBTI+ sufre discriminación en espacios privados en un 50,5% y en públicos en un 55,8%. Además, se muestran en las cifras de exclusión en espacios privados del 71,4% y públicos en un 60,8%. La violencia en perjuicio de la población LGBTI+ en lugares privados es de 52,1% y en públicos de un 65,6%. (4)

Según el INEC, las lesbianas y las mujeres bisexuales sufren aún más debido a la doble discriminación a la que enfrentan. En primer lugar, por la discriminación de género tradicional y, en segundo lugar, por su orientación sexual. (4) Según Narváez et al, la situación se complica aún más cuando provienen de minorías sociales, culturales, religiosas o étnicas, por ejemplo: las lesbianas afroamericanas enfrentan preocupaciones sociales y psicológicas que son diferentes a las que enfrentan tanto las mujeres afroamericanas heterosexuales y lesbianas blancas. (9)

Según Narváez et al, la interseccionalidad de identidades sociales minoritarias en torno a la sexualidad arroja una nueva luz sobre el racismo, el sexismo y la homofobia porque la persona con identidades interseccionales no se enfrenta a cada uno de esos “ismos” de forma aislada. Por ejemplo: un hombre gay latino de 34 años describió su identidad gay como prominente en el contexto de amigos gay y relaciones íntimas, pero describió la misma identidad como reprimida en el contexto del trabajo y la iglesia. El cambio de protagonismo estuvo acompañado de cambios en la presentación física, estableciendo dos personalidades diferentes acorde al medio en el que se encuentra. (10)

El propósito del estudio es la necesidad conocer las esferas en donde se desarrolla el individuo que son: diversidad sexual, familia, primer nivel de atención en salud y sociedad, además de su influencia directa en el estado físico-psíquico del paciente para brindar un correcto servicio de salud enfocado en la calidad, calidez y buena relación médico-paciente.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y diseño general

Estudio de enfoque cualitativo. El diseño fue un estudio fenomenológico, mediante una entrevista semiestructurada a detalle como técnica de recolección de la información.

Universo de estudio

Población adulta LGBTI+

Muestra y selección

El método de selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia: se revisó los contactos del equipo de investigación y 10 personas fueron elegidas en base a la accesibilidad de las mismas: 2 gays, 2 lesbianas, 2 transgénero, 2 bisexuales y 2 intersexuales. La muestra fue fija y no se consideró la saturación del discurso.

Dicha muestra fue elegida con el objetivo de obtener información certera, proveniente de individuos con juicio crítico, autonomía, orientación sexual definida; cuyas respuestas sean el reflejo de la verdadera percepción de la población LGBTI+ en el primer nivel de la atención primaria en salud dentro del contexto ecuatoriano.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años de edad.
- Persona cuya orientación sexual forme parte de la población LGBTI+.
- Ser de nacionalidad ecuatoriana.
- Residir en el país de manera continua.
- Personas cuyo núcleo familiar sea de nacionalidad ecuatoriana y/o resida continuamente en el país.

Criterios de exclusión:

- Nivel insuficiente de español hablado para entablar una conversación informal fluida.

Objetivo general:

Aprehender sobre la percepción de personas adultas de la población Gay, Lesbiana, Bisexual, Transgénero e Intersexual referente al contexto ecuatoriano en su interacción con las esferas: diversidad sexual, primer nivel de atención en salud, familia y sociedad.

Objetivos específicos:

- Generar definiciones de la población LGBTI+ sobre elementos conceptuales de la diversidad sexual (diversidad, sexualidad, identidad sexual, orientación sexual, erotismo, género, tendencia y sexo).
- Comprender la percepción de la población LGBTI+ dentro de los servicios del primer nivel de atención en salud a nivel grupal e individual.
- Conocer el comportamiento de la familia ante la salud y enfermedad de la población LGBTI+ a nivel grupal e individual.
- Identificar la posición de la población LGBTI+ acerca de su situación dentro de la sociedad respecto a discriminación, aceptación y lugares de apoyo en el ámbito de la salud.

Definición y operacionalización de las categorías

Diversidad sexual: para Dávila la diversidad sexual es el contraste entre los gustos, forma de vestir, pensar, relacionarse con otros, preferencias físicas y emociones de cada persona dentro de las cuales existen más identidades plurales diversas. La diversidad sexual es relativa, abierta al cambio e inclusión de nuevas identidades

acorde al momento histórico y el contexto cultural específico. Está relacionado con la dignidad de las personas y el derecho a su intimidad, autonomía y al principio de vulnerabilidad. (11)

Primer nivel de atención en salud: según la Constitución de la República del Ecuador (2015) los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención son los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo a su capacidad resolutive, garantizan una referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueven acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, corresponde a: Centros Comunitarios de Salud, Puestos de Salud y Centros de Salud. (12)

Familia: según Malpartida, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc.), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o afinidad. (13)

Sociedad: según Aulestia, es el conjunto de comunidades, las cuales son un grupo de personas que tienen algo en común; comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses. También supone que esas personas tienen una determinada articulación social que va construyéndose linealmente mediante una serie de líderes representativos e identificables. También se ha intentado identificar a la comunidad con la unidad administrativa sanitaria, la zona básica. Finalmente, cuando nos referimos a la comunidad nos imaginamos un lugar cerrado, donde lo más importante ocurre dentro y donde lo externo no es lo importante. La población LGBTI+ agrupa a las personas que se autoidentifican con

las orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas 5 letras iniciales.

(14)

Operacionalización de las categorías: Ver anexo 4.

Triangulación de los resultados: este procedimiento se realizó mediante la comparación y el contraste de resultados entre investigadores y devolviendo los hallazgos obtenidos a los participantes para ver si éstos fueron muestra razonable de su vivencia.

Recolección y procesamiento de la información:

La muestra se recolectó con la ayuda de los miembros de la Asociación CARE.

Colectivo Silueta X Cuenca LGBTI+, redes sociales y contactos personales.

La obtención de los datos se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado (en anexo 2) elaborado por las investigadoras, el cual estuvo dividido en las categorías: diversidad sexual, primer nivel de atención en salud, familia y sociedad. La entrevista fue realizada por un solo miembro de la pareja de investigación, pero ambas estuvieron presentes durante la misma.

Con cada participante se realizó una sesión de 60 minutos con 5 minutos de descanso cada media hora. Durante el receso hubo un intercambio de dudas entre las investigadoras para obtener preguntas de relevancia y se las realizó antes del comienzo de la siguiente fase. Cada 30 minutos se cubrió dos categorías del estudio:

Primera sesión: bienvenida, lectura y aceptación verbal del consentimiento informado, y desarrollo de los las categorías:

- Categoría 1: diversidad sexual
- Categoría 2: Primer nivel de atención en salud.

Segunda sesión:

- Categoría 3: familia
- Categoría 4: sociedad

Además, se utilizó un ejercicio adicional al comienzo y al final de cada entrevista (anexo 3) con el propósito de indagar una percepción mucho más personal de los

entrevistados. La actividad se basó en el instrumento cualitativo del estudio "A Qualitative Approach to the intersection of Sexual, Ethnic, and Gender Identities" (9) acoplándose a las 4 categorías tratadas en el estudio. La actividad consistió en trazar una línea entre cada categoría y un círculo central que representaba al entrevistado; la extensión de la línea se relacionó con la importancia que tiene cada categoría para la salud biopsicosocial del individuo. Todo el procedimiento fue relatado por el entrevistado conforme lo desarrolló.

Instrumentos utilizados

- Entrevista semiestructurada
- Consentimiento informado escrito.
- Grabadoras
- Filmadoras
- Software de videochat zoom
- Aplicación de mensajería instantánea: WhatsApp
- Atlas-Ti
- Microsoft Word

Plan de análisis

La discusión individual fue grabada en video y/o voz, luego transcrita, tanto el lenguaje verbal como no verbal. Las entrevistas transcritas formaron el texto para el análisis de datos.

La organización de los datos: una vez que se recopilaron, la organización de la información fue mediante la formación de una lista de códigos, los cuales formaron parte de una dimensión, los mismos fueron categorizados acorde a su objetivo específico correspondiente luego fueron relacionados entre sí, con la finalidad de poder explicar el fenómeno de interés (ejemplo en anexo 3). Cabe mencionar que se dejó abierta la posibilidad de nuevos códigos ante su surgimiento. En este proceso se etiquetaron los fragmentos de datos utilizando términos que reflejaron el

significado generado por ellos y se utilizó el programa ATLAS-Ti para la codificación y la agrupación de los fragmentos que se encontraron relacionados.

El análisis de contenido fue mediante la codificación teórica axial, en la cual se extrajeron significados del discurso de los entrevistados mediante las similitudes, diferencias y relación entre los códigos generados. Esta comparación y contraste fue justificada con su correspondiente cita textual del o los entrevistados a los cuales hicimos referencia en el texto. También se analizó el aspecto y lenguaje no verbal de los entrevistados lo cual tuvo como soporte las aclaraciones redactadas en la transcripción por las investigadoras sobre lo observado durante la entrevista.

Vale recalcar que el estudio fue un sondeo de opiniones, en donde los resultados esperados serán los temas para la realización de nuevas investigaciones en el futuro.

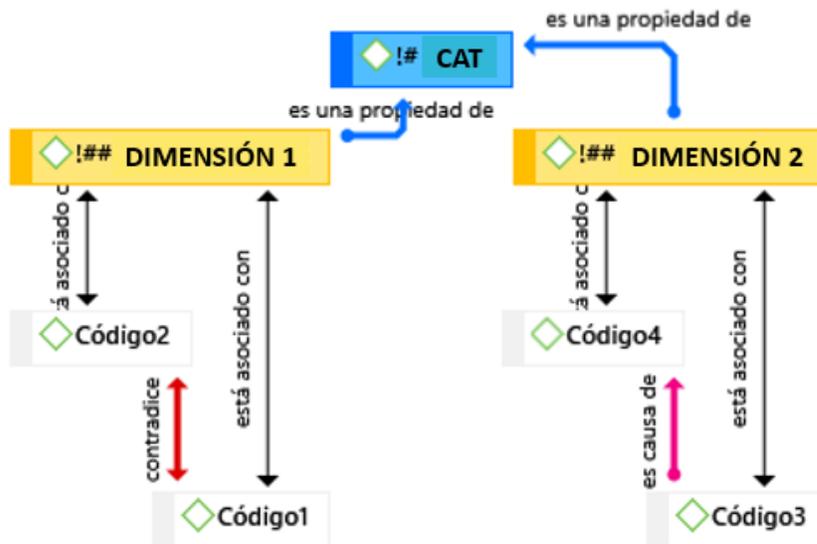
Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

- El estudio y sus implicaciones fue comunicado a los participantes mediante un consentimiento informado enviado por escrito vía e-mail y respondido por el participante con su firma física o electrónica, o su negativa escrita a la participación en el estudio.
- La documentación fue guardada y no revelada salvo por orden judicial para garantizar el anonimato y confidencialidad de las personas entrevistadas.
- El protocolo de esta tesis tuvo la aprobación del Comité de Investigación en Seres Humanos – CISH de la Universidad del Azuay, con sus respectivas correcciones, apegándose a la Declaración de Helsinki (actualización 2013). Se incluye el documento respectivo del mencionado comité en anexo 5.

Resultados

La jerarquización de los códigos en nuestro estudio es CATEGORÍA - DIMENSIÓN - CÓDIGO (véase Ilustración 1: Esquema jerárquico de codificación)

Ilustración 1: Esquema jerárquico de codificación



Realizado por: las autoras

Hemos establecido 4 categorías básicas y 1 extra resultado del análisis de la calidad de la entrevista y el ejercicio gráfico establecido al inicio y al final de la conversación, con 14 dimensiones en las cuales se comparten y desarrollan los códigos acordes a la saturación del discurso y la pertinencia para el entendimiento de los diálogos. Cada dimensión es el punto de referencia para sus diversos códigos, 40 en total utilizados. Los códigos por su lado, pueden referenciarse mutuamente para indicar causalidad, contradicción, pertenencia, etc.

Tabla 1: Categorías, dimensiones y número de códigos.

Categoría	Dimensiones	Número de código
1. Diversidad sexual	1.1 Definición de elementos de la diversidad sexual.	13
	1.2. Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.	
2. Primer nivel de la atención en salud	2.1. Conceptos.	12
	2.2. Relación equipo de salud-paciente	
	2.3. Realidad del Primer nivel de la atención en salud.	
	2.4. Patologías prevalentes del grupo.	
	2.5. Subgrupos de riesgo en el sistema de salud.	
3. Familia	3.1. Conceptos.	9
	3.2. Estructuración familiar.	
	3.3. Fenómenos culturales	
4. Sociedad (población LGBTIQ+ y no)	4.1. Conceptos.	4
	4.2. Comportamiento de la sociedad.	
	4.3. Fenómenos culturales	
5. Tema-Entrevista	5.1. Calidad de la entrevista	2
Total: 5	14	40

Realizado por: las autoras

A continuación, presentamos los resultados precedidos por el seudónimo de cada entrevistado, y el análisis de las categorías con sus dimensiones y códigos en los respectivos párrafos. Se decidió presentar resultados y análisis por separado para permitir que el lector obtenga su propio análisis sin interferencia de la opinión de las autoras.

1. Diversidad sexual

1.1 Definición de elementos de la diversidad sexual

1.1.1 Diversidad

- Andrea: En general incluye la diversidad sexual, en las razas, en los estatus sociales y esas cosas.
- Cleo: Es ser diversa, diferente, mi anatomía física era diferente, se formó de una forma tan bonita.
- Fabián: Es innatamente de la humanidad y es una representación de las múltiples formas de existir dentro de la sociedad.
- Gerard: Es un conjunto de personas con sus características particulares con su forma de amar, verse, de identificarse y como ser. Reconocer que no hay personas de un solo rango, ni generalizar que solo existen hombre o mujer dentro de la sociedad.
- Gonza: Es un conjunto de individuos que se diferencian dependiendo de características culturales o de otra índole.
- Lunita: Es una gama amplia de preferencias acerca de su sexo, gustos, forma de vestir, actuar eso es la diversidad sexual.
- Mila: Es un espectro con varias cosas, de que nadie es igual porque cada uno tiene su esencia.
- Thiago: Conlleva sobre las diferencias entre los gustos si hablamos de sexualidad.
- Victoria: Es todas las probabilidades y posibilidades que puedan darse.

1.1.2 Sexualidad:

- Andrea: Es la identificación de una persona con sus propios rasgos, biotipo y si se identifican o no con ellos.
- Cleo: Es lo que el placer que nos dan los órganos sexuales, aunque debe haber algo más como emociones.

- Damián: No depende de una persona solo por su sexo, sino por su forma de pensar, sentir, en los sentimientos, en el corazón y en la mente.
- Fabián: Es una parte innata, un concepto de la humanidad, es todo lo que compone tanto la relación que tenemos con nuestro cuerpo como con el de los demás.
- Gerard: Es la relación intra e interpersonal con las demás personas, la convivencia, el poder de interactuar conmigo mismo y con las demás personas. ¡La sexualidad no es sexo!
- Lunita: Es cómo uno lo percibe puede ser de una manera erótica o como nos desarrollamos en la vida personas.
- Mila: Es como vivo las relaciones sexuales con las demás personas dentro de la comunidad.
- Thiago: La sexualidad no es más que mi preferencia sobre la otra persona debido a su sexo-

1.1.3 Diversidad sexual:

- Andrea: Son las inclinaciones sexuales, las personas que se identifican con su género y las que no, en este grupo ya entran los LGBTI +.
- Damián: Es la libertad de una persona de ser feliz, de ser aceptado como uno es, ya. Es explorar nuevos mundos.
- Gerard: Es como coger un puntito de este conglomerado de personas. pero a su vez poderles no catalogar, sino diferenciarles en torno a cómo son sus opciones, cómo quieren identificarse, cómo quieren vivir sus relaciones sexuales y sus factores afectivos con las demás personas.
- Gonza: Distinción del individuo referente a sus preferencias sexuales y expresión de género.
- Mila: Las diferentes formas de cómo una persona vive y las conexiones con las demás personas.
- Thiago: Son las diferencias entre los gustos en ámbitos de atracción sexual.

- Victoria: Es todo lo que abarque la identidad de género, la orientación, las preferencias, como nos vestimos, cómo nos relacionamos con otras personas y como vivimos nuestra vida sexual.

1.1.4 Identidad de género:

- Andrea: Serían las personas que se identifican con su sexo y sus inclinaciones.
- Cleo: Es pertenecer a un género y no identificarse con el sexo asignado al nacer. A mí me dicen que soy una persona transgénero, pero no porque no me he hormonizado.
- Damián: Es lo que me enseñaron desde que era pequeño es que los varones juegan pelota, hacen trabajos, no limpian la casa, no lavan platos. La típica definición machista.
- Fabián: Es la forma que cada persona incorpora su vivencia personal, lo que es más o menos el género canónico, como todas esas cosas que esperamos que seamos. Yo me defino como un hombre transgénero.
- Gonza: Mi identidad de género está en proceso, pero hasta el momento sigue siendo mujer
- Gerard: Es toda esta construcción que hacemos del cuerpo, cómo nos identificamos, cómo nos vemos y cómo queremos que las demás personas nos vean, que la gente se olvide que nosotros estamos constituidos por un órgano sexo-biológico. En mi identidad de género yo soy masculino.
- Lunita: Es con lo que yo me siento identificada, como actúo y como quiero ser. Por ejemplo, mi sexo biológico es masculino, pero identidad de género es femenino, porque desde pequeña fui diferente a las demás personas.
- Victoria: Son esos caracteres que cada uno adopta como propios.

1.1.5 Orientación sexual:

- Andrea: Es la atracción física y psicológica de una persona hacia otra independientemente de su sexo.

- Cleo: Es el deseo que siente una persona hacia otra, puede ser de su mismo sexo o sexo opuesto. Me defino como heterosexual, me gustan los hombres.
- Damián: Yo me identifico como una persona homosexual porque me gustan los hombres. Pues, ahora estoy en un problema, porque no sé si me considero homosexual o me considero transgénero debido a que quiero transicionar a mujer, pero todavía no estoy seguro.
- Fabián: La forma en la conceptualizamos nuestros deseos y sentimientos hacia las demás personas. Yo me defino como una persona sin orientación sexual definida pero quizás una orientación sexual fluida.
- Gerard: Es la afectividad o no afectividad que puedo tener con otra persona, en cómo me siento cercano a alguien de una forma íntima, incluso con quien quiero ya formar un núcleo familiar o construir proyectos de vida. Yo me considero pansexual, pero con mayor afectividad hacia los géneros masculinos.
- Gonza: Es la preferencia hacia a o b sexo, puede ser el sexo opuesto o el mismo sexo. Soy Lesbiana
- Lunita: Es a lo que nosotros nos gusta, nos atrae, muy opuesto al sexo que uno nace. en mi caso me atraen los hombres.
- Mila: no estoy muy familiarizada con la orientación sexual, pero me identifico como pansexual porque no me importa mucho el género, identidad, te enamoras más lo que es la persona en sí.
- Thiago: Es una forma en la que yo puedo llevar mi sexualidad, yo siendo homosexual puedo tener una orientación de mi forma de ser, de comportarme y la forma en la que yo genero un gusto.
- Victoria: Es lo que hace que te puedas emparejar con alguien más, la inclinación al saber que alguien te gusta. con quién puedes mantener vida sexual o para una relación seria. Mi orientación hace unos años bisexual y ahora homosexual.

1.1.6 Tendencia sexual:

- Andrea: Es algo más propio, no sé si se trate de los gustos o lo que eres.
- Cleo: Son como las inclinaciones que uno tiene hacia cierta conducta sexual.

- Damián: Yo estuve con psicóloga y me dijo que todos nacemos bisexuales y que yo me volví homosexual porque no me gustó salir con las chicas.
- Fabián: La manera de involucrarme de mayor o menor medida con una actividad sexual. Tengo tendencia a lo femenino.
- Gerard: Grados de mayor afectividad y mayor cercanía. Yo soy pansexual, pero tendencia como a lo masculino, puede ser una persona transmasculino, hombre gay o un hombre hetero.
- Gonza: Tiene que ver con la orientación sobre preferencias sobre la sexualidad.
- Lunita: Es algo al que uno igual se deja llevar por algo que también le atrae, algo que le gusta.
- Thiago: Tendencia es como que yo lo tomaría como una tentativa, por el sexo opuesto, o el mismo. A mí me gustan los hombres, pero me oriento más al romanticismo y a lo creativo.
- Victoria: Es como fluctúan en espectro de las personas que te gustan, dentro de la misma homosexualidad si me gustan más las mujeres masculinas o las mujeres femeninas. Mi tendencia es a las mujeres más femeninas.

1.1.7 Sexo biológico

- Andrea: El sexo sería el fenotipo con el que nace una persona
- Cleo: Es el sexo con el que nacemos.
- Damián: Es algo que brinda placer para las personas.
- Fabián: El sexo biológico es nuestro cuerpo es decir la parte gonadal, hormonal, cromosómica y genital. Mi sexo biológico es femenil.
- Gerard: Es el factor de más violencia que sufrimos porque nuestros sexos biológicos son contruidos desde nuestra observación médica, los estándares de la sociedad, ni siquiera podemos disfrutar de nuestras corporalidades con dos órganos sexuales uno tiene que ser uno destruido o contruido. ¡Es violencia hacia los cuerpos intersex!
- Gonza: Es el sexo que se te asignó biológicamente por un proceso de asignación cromosómica. Mi sexo es femenino.

- Lunita: Es con el sexo que nacemos, sea masculino o femenino o varón y mujer. Mi sexo biológico es varón.
- Mila: Es una actividad que hacen los seres humanos usualmente, mi libido no es muy alta entonces casi no sé qué es eso. Mi sexo es femenino.
- Victoria: Es esta necesidad fisiológica, necesidad orgánica e innata. Odio esa definición, la sociedad indica que existe sexo femenino o masculino. Si me tuviera que autodefinir con esa categoría preferiría no hacerlo.

1.1.8 Género

- Andrea: Es el fenotipo con el que se identifica una persona, por ejemplo, yo nací mujer y me identifico como mujer y yo me siento mujer.
- Cleo: Es una construcción social que puede cambiar a cualquier edad, porque yo cambié de género a los 21 años, decidí convertirme en género femenino.
- Damián: Es algo que define a la persona, en cómo es y cómo se siente identificado.
- Fabián: Es un constructo que nace a partir del sexo, el género es lo que se asigna a cada sexo dependiendo bueno de estas características. Yo soy género masculino.
- Gerard: Es ese constructo social, cultural, el factor que nos permite relacionarnos, que nos permite observar y apreciar la diversidad.
- Gonza: Es una construcción no social, sino de la percepción y del imaginario del individuo con relación a varios factores emocionales y biopsicosociales, porque a veces consideramos que la sociedad nos condiciona en extremo a escoger a o b orientación algunas personas lo llamarían una decisión, pero yo nunca lo he visto como tal.
- Mila: Es una construcción social, termina siendo como te criaron desde chiquitos yéndote a diferentes formas. Yo soy género fluido que a veces te percibes que entras en los rangos masculinos y femeninos.
- Thiago: Es como una persona se identifica de manera personal, si más a lo masculino o femenino. Mi género es masculino.
- Victoria: Son las características que te ayudan a identificarte con la multitud de géneros que existen. En género sí femenino más identificada ahora.

1.1.9 Erotismo

- Andrea: Tiene que ver con el lívido de una persona, la sexualización de las situaciones.
- Cleo: Es cuando una persona provoca ciertas sensaciones corporales a la otra, forma de atraer o de excitar a otra persona.
- Damián: El momento de como la otra persona te atraiga físicamente, la calentura, mientras más química hay, habrá el mejor el sexo.
- Gonza: Es redescubrimiento de la sensualidad y los matices de las prácticas sexuales.
- Fabián: Todo lo que nos hace sentir cómodos, placer, deseo y sentirnos deseados. Es la parte menos racional pero más sentimental.
- Gerard: Es el disfrute personal con el reconocimiento de mi cuerpo de cuáles son mis partes erógenas, que me gustaría que me toquen o no, cuáles son las partes de mis parejas.
- Lunita: Eros es atracción, sexualidad, sensualidad, es algo que le atrae sexualmente.
- Mila: No lo tengo claro. Cuando digo erotismo lo que se me viene a la cabeza es fruta, siempre dicen tomen está fruta para la pasión.
- Thiago: Es algo que te atrae, y que te permite ser seducido de diferente manera.
- Victoria: Es el elemento que forma parte de la vida sexual activa que no necesariamente tiene que terminar en coito.

1.2 Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.

1.2.1 Sexualidad y su influencia en el desarrollo del individuo

- Andrea: Si una persona se sale de lo normal, la sociedad la discriminará y esto afectará su salud mental.
- Cleo: Yo a mis 16 años no pude disfrutar mi sexualidad por miedo a las críticas de la sociedad, por lo que actualmente siento un gusto por los chicos de esa edad.

- Gerard: Cómo te relacionas con otras personas puede afectar tu salud mental, a tu salud personal, incluso al bienestar emocional de las personas.
- Gonza: Es una de las necesidades o instintos primigenios del ser, es algo que influye muchísimo en el individuo y sociedad.
- Lunita: El ser humano está en constante descubrimiento.
- Mila: Influye en tu percepción como persona para positivo o negativo depende del ambiente y el entorno en el que se vive.
- Thiago: Es poco ambiguo, ya que la sexualidad no se la toma de manera del género, sino más de manera física. La sexualidad no debería generar un desarrollo en la persona, más bien la persona define su sexualidad.
- Victoria: La necesidad de todos es sentir que encajamos en algún espectro o en algún lugar y la sexualidad es una de ellas.

1.2.2 Heteronormatividad

- Fabián: Ha influenciado los conceptos que tenía de la masculinidad, me han enseñado que es así es como se ven personas masculinas.
- Lunita: Todo es normado por prototipos de que eres varón o eres mujer y es donde nosotras las chicas trans pues rompemos esas reglas porque siempre la sociedad nos ha discriminado, por lo que luchamos en contra de eso.
- Gonza: La heteronormatividad es una némesis y de algún modo tenga influencia en el desarrollo de factores externa que me afecta emocionalmente.
- Gerard: Mi condición biológica, primero ha influenciado que me pongan un sexo que de pronto no era el mío, un lastimar el cuerpo, porque las cirugías y las prácticas médicas innecesarias o mal realizadas nos dejan secuelas

2. Primer nivel de atención en salud

2.1 Conceptos

2.1.1 Concepto de salud

- Andrea: la salud es lo que, para todos, la atención primaria es el primer nivel al que tengo que llegar cuando tengo algún evento en mi salud tanto física como mental.
- Cleo: La salud es la condición física y mental que le permite desarrollarse en cualquier ambiente, es como decir una de las principales aristas para desarrollar la sexualidad.
- Mila: la salud es un ambiente en el que uno no se siente muy bien recibido.
- Thiago: salud es como que vivir bien, estar bien consigo mismo y estar bien con todos.
- Victoria: ese estado de homeostasis que podemos llamar salud.
- Fabián: es un servicio al que todas las personas deberíamos acceder y que garantice un estándar de vida adecuado.
- Damián: la salud es muy importante, nosotros por precaución obviamente tenemos que hacernos chequeos de VIH, usar condones, o sea la salud en una persona homosexual tiene que estar 100% aplicada, hay que hacerse chequeos cada 1 o 2 meses por cualquier enfermedad.
- Gonza: es algo que sistemáticamente se nos ha privado por el propio estigma. La salud para una persona LGBTI tiene que ser inclusiva tiene que de forma no obligada tener un trato adecuado para las personas de la comunidad, tendría que ser integral, emocional y física; pero sobre todo emocional y la necesidad de la salud emocional es un tema que me gustaría hacer hincapié.
- Lunita y Gerard: lo mismo que para una persona no LGBTI+.

2.2 Relación equipo de salud y paciente

2.2.1. Relación médico-paciente

- Gerard: “¡es verdad, los médicos no están preparados para atender a corporalidades intersex, no van a entender lo que es una corporalidad y lo único en lo que piensan es en cirugías, cortes y agujas”! (lo dice con resignación y tristeza) (...) Por eso yo digo “hay profesionales y ¡hay profesionales!” estos profesionales al menos dicen que desde que escucharon mi historia “nos obligaste a leer, nos obligaste a investigar para poder darte un buen acompañamiento y no dañarte como ya te habían dañado”. Entonces mira esos compromisos que también hay desde el hecho de querernos preparar de querernos formar para brindar una buena asistencia.

- Cleo: Los servidores de salud, en el MSP se portaron de lujo conmigo, fueron médicos, haciendo la rural, estos médicos le pusieron tanto amor en mi trato.

Mila: Una vez un amigo me contó que fue revisiones por el mismo hecho de que necesita tener controles, le han preguntado si tiene una vida sexual activa y él ha dicho que sí, le han preguntado ¿cuáles son los métodos anticonceptivos? ni sé qué, (mueve las manos) y que, si la chica con lo que estaba se estaba cuidando y él ha dicho que no, porque tiene una pareja hombre. Y entonces el doctor lo regresó a ver muy feo y quiso apresurar todas las cosas para que ya se vaya y de ahí lo derivó a otro doctor porque no quería estar con él.

-Andrea: yo creo que ahora con las nuevas generaciones de médicos ya no es tanto un problema como tabú, yo sé (alza ligeramente la voz) que mucha gente no está de acuerdo, al menos si hay gente que respeta, sin embargo, así como en todo el mundo, así como en todo lado, aquí (reafirma) sobre todo porque vivimos en una sociedad bastante cerrada, Ecuador como tal y Cuenca sobre todo es una sociedad muy muy como dicen aquí curuchupa, entonces creo que sí pueden haber casos en los que no le hagan sentir cómoda a una persona o en los que le etiqueten de alguna manera por su tendencia, orientación o identidad sexual (...) Se debería haber más información al respecto, no se va a poder convencer a todas las personas que esto

no es fuera de lo común ni fuera de lo normal, pero sí se deberían dar charlas, hasta con psicólogos, de la manera de cómo tratar con las personas, no para que las hagan sentir que son diferentes, cursos para brindar información al personal de salud de cómo se debería brindar una buena atención buena relación médico paciente y entre paréntesis dentro de esa relación un buena relación con las personas LGBTI.

- Damián: pero sí nos ha tocado médicos que son un poquito homofóbicos en esa parte y no nos atienden por cuestión de religión y cosas así (...) El médico tiene que hacer su trabajo firme, que nunca le pregunte cosas fuera de lugar, que atienda su salud y ya (...) Cosas fuera de lugar como tirarle indirectas que está así porque coge mucho, por qué te pusiste esto, por qué hiciste esto, porque usas peluca o porque te pusiste senos, eso les incomoda bastante, si una persona de nuestra comunidad llega como paciente y se presenta "soy Malvina mucho gusto" y tú sabes que fue hombre tú tienes que tratar como doctor "Hola Malvina mucho gusto" tratarle como una mujer más, no como su vida pasada, porque sí hay médicos que miran la ficha médica y te tratan como el a pesar de ser ella.

- Fabián: yo, casi no acudo justo a los servicios de salud principalmente por esta precarización que muestra deficiencias en la atención a personas trans, pero las pocas veces que he ido quizás dentro de las atenciones primarias como en recepción, en tema de enfermería, para tomar los datos justamente suele ser menos complicado, quizás porque son procesos más automatizados (mira hacia abajo) y no tienen tanta relación con la condición personal, tampoco se requiere como tantos datos tan íntimos como en la consulta. Pero el tema de la consulta suele ser más complicado, por ejemplo, contar a un médico que no conoce que eres una persona trans y tenerle que explicar todo de nuevo, aparte de incómodo puede llegar a ser riesgoso en algunos casos (...) porque de alguna forma a los médicos se les ha dado como una autoridad, no solamente en temas biomédicos, valga la redundancia, sino en general todos los temas, un poco la medicina se ha hecho creer a sí misma que se la sabe todas, que sabe absolutamente todo de todos los cuerpos que a lo mejor no conoce (mira hacia abajo). Y claro que, de alguna forma,

creo que es una relación complicada porque muchas veces los profesionales de salud no tienen la apertura para escuchar cosas diferentes a las que ya saben. Entonces cuando uno les plantea algo diferente, es como que no, yo soy médico, yo sí sé. Entonces NO, usted no conoce, usted nunca ha tratado a otra persona que sea como yo, como realmente lo va a saber.

- Gonza: no he de negar que el trato ha sido muy cordial, eso también creo que tiene que ver que soy una persona bastante cortés y que me dirijo con respeto y consideración y siempre ha existido esa reciprocidad por parte de los servidores de salud (...) El trato hacia personas LGBTI+ debería ser el mismo que una persona heterosexual, porque sigo siendo una persona, ¿qué tiene que yo comparta mi lecho con una persona de mí mismo sexo! sigo teniendo corazón, sigo teniendo hígado, sigo teniendo páncreas, sigo teniendo dolor de cabeza, sigo menstruando, ¿¿Cuál es la distinción?! Nunca me entrará en la cabeza por qué tendría que tener un trato distinto, ¿sigo siendo un ser humano! el aspecto físico, exterior o mi expresión de género no tiene nada que ver, ninguna injerencia a lo que de mis aparatos y sistemas se trata, que se supone que un médico es a lo que va; yo podré ser lesbiana ya, chévere, pero yo debajo de la piel tengo exactamente lo mismo que otra mujer, quizá un poquito más de tejido adiposo, pero eso no tiene nada que ver (agudiza la voz y ríe). Entonces qué te cuesta tratarme como a cualquier otra persona, porque sigo siendo un ser humano (...) Para muchas personas el peso de la palabra de un médico termina siendo muy valorado, pero ¿qué hago si mi médico me discrimina? o no tiene conocimiento de algo que le estoy preguntando, si yo llego y digo “doctor, sabe que soy lesbiana y voy a tener mi primera vez, ¿sabe cómo me protejo?” (mira hacia el frente) y el doctor se queda “ehhhhhh” (se ríe). Entonces un poquito más de información al respecto. (...) El primer nivel de salud, considerando el Juramento Hipocrático, la ética profesional de los servidores de salud tendría que primar, sí es un poco complejo el dilema entre ética y moral que algunos servidores tienen, las construcciones morales de cada uno es algo muy personal, se supone que no tendría que tener injerencia dentro de su desarrollo profesional, pero está y eso genera conflictos con la comunidad LGBTI.

- Thiago: hay veces que me reciben con una sonrisa de oreja a oreja y otras veces me atienden como si hubieran visto un fantasma o al demonio (...) les doy a entender mi orientación, no es siempre porque como les digo no es algo que me define como ser humano, pero la mayoría de las veces el trato si ha sido un poco más humanista, otras veces ha sido como de forma más arcaica, más visceral.

Victoria: depende de la confianza (asienta con la cabeza) que tengas con el médico, creo, he tenido experiencias buenas (mira hacia abajo), muy buenas y malas en las que hubiera preferido ¡No haberme enfermado! (se toca la cabeza), sintiéndote culpable por ese tipo de cosas, que a veces incluso es hasta incómodo. Una de las mejores experiencias que he tenido, es mi ginecólogo, él mi médico de cabecera, es muy amable, él es una de las pocas personas que no sabían, pero a mí me pareció importante decirle cómo que cuál es mi orientación, mis tendencias de actividad sexual. Un día fui con mi pareja, porque él decía que hay riesgo de que pueda quedar embarazada, yo supongo que él ya se imaginaba después de tantos yo lo negaba a cada rato, entonces él fue como muy abierto (mira hacia abajo), me decía como que “No, era algo que debías haberme contado, es algo que tenías que tener la confianza de decirle a tu médico porque es muy importante que lo sepamos para saber qué cosas podemos mejorar en cuánto a la atención en salud”. Me pasó lo mismo con mi psiquiatra (mira hacia el lado derecho) que es muy abierto, le puedes contar lo que sea y supongo que ese es su trabajo por ser psiquiatra, te hace sentir muy cómoda cosa que no me ha pasado (mira hacia abajo) con otros médicos. He tenido experiencias pésimas con psiquiatras que me decían que a vos te gustan las mujeres porque tienes problemas en tu casa, no te llevas bien con tu papá porque algo está roto en vos (se seca las lágrimas). También me pasó con mi ginecólogo anterior, que no creía que no podía estar embarazada (se limpia las lágrimas), porque yo decía que había cero posibilidades de que pudiera, no me creía, no me creía, me negó la atención, me trató mal, me trató pésimo. En medicina general, yo uso, creo que lo que todas personas, de plano yo entro y me preguntan cosas y yo respondo así por encima, por encima, por encima (mueve las manos) y no me meto como muy a detalle en ciertas cosas que pueden parecerle delicado al

médico; por eso digo hay experiencias muy buenas, como hay experiencias muy malas, creo que ya depende mucho del médico.

- Lunita: En mi caso personal, siempre referirse a ellas en el caso de tener un aspecto femenino, darnos el trato como una mujer, también en el casos de un chico transmasculino (...) El trato para una persona trans debe ser como tal para ellos, pero no olvidando que hay una mujer o un hombre por dentro (...) Un trato mejor cuando se enteran que soy una chica trans, entonces ellas ya tratan de cometer ningún error, ya cambio sus gestos, el trato es mejor, ya me tratan como chica, ellos también me preguntan cómo quieren que la traten. Hay bastante cambio en el trato para una persona trans.

2.3 Realidad del primer nivel de la atención en salud.

2.3.1 Calidad y discriminación por parte del equipo de salud:

- Gonza: tuve una pareja que estudiaba enfermería y logré escuchar que uno de sus compañeros le mencionaba “Ay no (agudiza la voz) es cómo yo voy a atender a esos sidosos” ya, la comunidad LGBTI todavía tiene el estigma del SIDA y genera miedo en algunos profesionales, que sostienen el estigma y normalizan decir que la comunidad LGBTI por tal efecto ya tienen SIDA (...) Una vez entré por un cuadro de dolor abdominal por efecto de una gastritis y el haber estado sentada por con mi pareja de entonces, a mi lado, y que la enfermera entrase y nos quedara viendo con una cara que uff no tienes idea, que las preguntas a pesar de haber nosotros habernos dirigido a la enfermera con toda la cortesía del mundo hayan estado llenas de un tinte antipático de “quiero atenderles rápido porque ya quiero que salgan” (mueve la mano alejando algo) y créeme que eso te hace sentir como “por favor, no le estoy haciendo nada, no le estoy haciendo daño, simplemente le estoy pidiendo que me atienda porque me siento mal (...) Sí existe esa mirada (sonríe), hago referencia a esa mirada a (mira hacia un costado sonrío y se queda callada) “¿Es

chico o chica?” (...) El sistema de salud está aún muy estigmatizado y con un montón de prejuicios dentro.

- Andrea: Debería ser inclusivo en el aspecto que no se someta a las personas a prejuicios solo por su tendencia, orientación o identidad sexual, sino que se le trate como el común, como la mayoría de las personas, no como que tú eres diferente y te voy a tratar de manera preferencial, ni tanto a lo bueno ni a lo malo, por ejemplo ni discriminándole ni haciéndole sentir que es diferente, o sea yo creo que se debería tratar a todos por igual sean de la raza que sean, de la orientación que sean, del estatus social que sean, no debería haber ninguna distinción.

- Victoria: tengo amigos y amigas que tienen actitudes diferentes, porque no todo el mundo hablamos igual, nos vestimos igual o nos sentimos igual, les ha pasado por cómo se ven. Tengo un amigo al que un médico le insulto, literal, con palabrotas, maricón esto, maricón aquello, vive afortunadamente en España (...) Lo malo es que, en el contexto de nuestro país, esa persona vaya a ser la culpable de la actitud del tratante. La gente no hace nada (risa sarcástica) por eso sigue pasando, porque es difícil que vos vayas en contra de una sociedad que ya estableció lo que para ellos esté bien y está mal. Si eres lo que está mal lo más probable es que nadie te vaya a escuchar (...) Tiene que haber ese respeto, el tema de salud pública para las personas transexuales y transgéneros deberían ser una necesidad básica en todos los países, pero no es así y debería ser un derecho, entonces sí debería haber distinción sobre todo para garantizar que no sea tan vulnerado la integridad humana (...) Si llega una pareja gay de 2 hombres a atenderse, lo primero que la gente puede llegar a pensar, es la típica de que son promiscuos, que no se cuidan, que hay más ETS

- Fabián: un trato de género sensible, que se respeten las identidades de género las condiciones de privacidad de las personas trans. El tema de salud transicional es un problema de salud pública, que actualmente no está bien entendido (se sienta bien). Llamar a las personas por el apellido, tiene que ver con temas de identidad. Gerard: es más fuerte con las compañeras transexuales y transgénero, diferenciando que el tema de acompañamiento es nulo, no tienen procesos

hormonización, el sistema no te da las hormonas y eso tienes que conseguirlo fuera, el tema de algunos cambios físicos por medio de la cirugía que son necesarios para su fortalecimiento para la salud integral, mental y corporal; no sé si sea positivo el sentido del médico te diga “¡demuestre que está atrofiado, demuéstreme que tiene algo malo ahí!” es que no, el mismo hecho de que tu sistema hormonal cambia te pueden dar infecciones, como decía una vez un médico “lo que no se usa se atrofia” y entonces esas atrofiaciones necesitas que sean extirpadas en el caso de personas trans, si te hablo de un trans masculino lo suyo no es la menstruación y ¿qué es lo que tienes que lograr para que no tenga menstruación? ¡la extirpación de su útero! de pronto, pero no te lo hacen (...) Que te diga “te van a venir unos dolores, los cuales vamos a contrarrestar con medicina”, pero no, como ni ellos saben, te tienen que hacer examen, tras examen, para ellos ir “descubriendo” (hace el signo de comillas con la mano) qué es lo que tienes, qué es lo que te está produciendo los dolores, cuando ¡tú ya sabes que es! (abre las manos y da un aplauso) y el médico recién lo va a descubrir. No una atención que cambie la forma en la que atiende el médico, pero sí que estén más informados sobre los temas y en temas que se desconozcan no hacer intervenciones antes de tiempo, no hacer incluso diagnósticos antes de tiempo ¡porque no saben si es el correcto o el incorrecto! Yo creo que tienen que ser más empáticos desde la escucha, la necesidad y la comunicación asertiva.

-Lunita: para personas trans, asesoría con respecto a las medidas que deben tomar cuando ya se han realizado el cambio de reasignación de sexo, todo lo que tenga que ver asesoramiento.

- Mila: no vas a llegar a una persona que ya hizo su transición de masculino a femenino después de unos 10 años decir que hay que hacer revisión de la próstata, entonces uno debe tener tacto para decirle como que bueno has hecho tu transición, todavía está pasando eso en tu cuerpo que vas más allá de ti, entonces hay que tener esos cuidados.

- Cleo: para mí, excelente, para mí (se señala) y veo como a las otras personas las maltratan (mira hacia la izquierda) o como es fatal, fatal. Para mí la atención ha sido

por poco de lujo, porque en los centros médicos yo no tengo ni que tomar citas muchas veces, me hacen ingresar nomás (emite una risa).

- Damián: ahora hay una buena atención general, aunque a los médicos las va y les viene de que sea gay, trans, bisexual y cosas así, ellos van y tienen que hacer su trabajo.

- Thiago: nunca hubo una discriminación ni se portaron de forma despectiva, es más nunca preguntaron, solo en una ocasión un doctor general preguntó porque decía que era obligación ahora preguntar cómo se identifica sexualmente.

2.3.2 Sentimientos de las personas al acudir por atención en salud

- Cleo: No, yo más bien es como que siento que el resto tiene miedo, yo en cierta ocasión llegué al consultorio (mira hacia arriba) a hacerme revisar los senos y era un doctor joven y el doctor no me dijo quiero tocar (se retuerce las manos), solo se hacía las manos así y a mí me dio mucha vergüenza de pedirle que me haga el tacto porque era como que no estaba bien, que me dejara manosear, entonces era como que el doctor quería palpar, yo sentí unas masas en el busto pero me dicen que no es nada grave, no tengo de qué preocuparme (emite una risa tímida). En otra ocasión estaba con un médico varón y me comentaron que yo tenía problemas en la parte anal o en la nalga, no recuerdo bien, pero yo me había puesto hilo dental y entonces acudí a la cita médica, ahí tenía como una especie de lobanillo en la parte posterior y a eso me fui porque me llamó la atención. ¿El doctor quiso revisarme y yo me sentí incómoda, como yo me voy a hacer revisar las nalgas?

- Andrea: La verdad si siento como conflicto, un cierto temor, no me gustaría que me traten diferente. Sí es un poco complicado abrirse y cómo te vayan a preguntar a prejuizar (...) El temor de la gente de ir por atención porque les van a preguntar cuál es su orientación y les van a discriminar. Por ejemplo yo soy un día Andrea (ríe) voy por la vida me conocen siempre y total que un día les digo tengo novia o estoy casada con una mujer y cambia, entonces yo creo que sí, la gente tiene miedo a eso y sobre todo en el sistema de salud a que por ser como eres y tener tus inclinaciones, tus tendencias o lo que sea, te vayan a tratar diferente y vayan a

basarse en tu orientación para decirte “tú eres gay, y de ley tienes que hacerte estos exámenes porque de ley tienes esto y esto y el otro”.

- Damián: lo principal sería que no nos discriminen, tampoco que no nos estén preguntando ni nos estén mirando mal, porque eso es feo, el resto sería que te atiendan bien, sean educados, respetuosos, y que hagan su trabajo (...) al principio si tenía miedo (se ríe) que una persona mayor, un doctor, me toque (se toca los hombros), me ocasionaba miedo, pensaba que me iba a violar o algo así (se ríe), pero no, solo estaba haciendo su trabajo. Con el tiempo ya me sentí seguro.

- Fabián: si fuese yo solo a la consulta, que no lo suelo hacer, sí que sentiría temor porque la discriminación puede estar presente, pero sobre todo incomodidad, por las preguntas que muchas veces que surgen son incómodas o son invasivas.

- Gerard: ¡Es revictimizante! (abre las manos y las coloca frente a su pecho) por lo menos en el sector público es revictimizante porque te cambian en cada momento de profesional, hay gente que entiende, hay gente que se ha capacitado y se ha formado y es ¡hermoso! (sonríe) conversar con esa gente, peor hay gente que te ve a la primera y dice “chuta es que no, hay que ver, tu cuerpo es extraño, tu cuerpo es raro”, te mandan a hacer examen tras examen, tú ya acabaste una terapia en la que te hicieron exámenes, te vuelven a cambiar la terapia, la medicación, te vuelven a cambiar el acompañamiento; por ejemplo para mí que no tengo nada contra lo femenino siempre lo he dicho no tenga nada contra lo femenino, pero no me gusta la comparación femenina dentro de los cuerpos (agudiza la voz y sube el tono) que es lo primordial; entonces ese abordaje no bien hecho, ese abordaje no estipulado, que te venga a decir “no, es que tu cuerpo es raro, y vamos a descubrir cuál es la rareza de tu cuerpo”. los médicos, el hecho de que por ejemplo piensen de que tu sexualidad es primero o mejor dicho que tus prácticas sexuales, me digan por ejemplo “te vamos a hormonizar para que puedas rendir en la cama, para que puedas tener relaciones sexuales sin ningún problema” entonces yo era como que “esa no es mi prioridad (lo dice con voz de lamento), mi prioridad es yo sentirme bien independientemente de que si puedo no rendir en la cama” y le decía “es que yo sí resulto en la cama (alza el tono de voz), mi pareja no se ha quejado, mi pareja

no me ha dicho nada y creo que no es ese mi factor para la hormonización” y creo que fue esa la razón por la que yo dejé de hormonizarme porque decía “no quiero una hormonización que esté solo vinculada a prácticas sexuales, sino una hormonización como las primeras por ejemplo en donde me cambiaron la voz, me empezó a salir barba” y esas cosas que me dieron los factores masculinos, pero como que se olvidan de eso, de la construcción que tú quieres hacer, se olvidan de que tú estás haciendo una identidad de género y nuevamente como que se enfocan más en las prácticas sexuales, luego el abordaje del psicólogo cuando te dice “hay que acompañarte porque estás enfermo y tú no eres una persona normal, y en esa normalidad de las personas hay que ponerte un punto más clave” porque no se entiende de que la hormonización te crea una dependencia, no estar siempre deprimido, pero sí te da depresión por los cambios hormonales que sufres, sufres de ansiedad y muchos factores sociales y los profesionales no te lo pueden atender y luego cuando tú a esto le complementas que sí además de mi condición biológica, mi orientación y mi identidad de género yo soy gay, me gusta estar con los hombres, claro hago una construcción masculina pero ¡quiero estar con hombres!, la gente se asusta más (abre los ojos y extiende los brazos hacia atrás) ¡los psicólogos se asustan! y dicen “no no no, es que sí estas bien mal, sí estas enfermo y hay que sacarte de todas esas enfermedades que tienes” entonces yo me quedo como activista con ellos y me digo “si yo sabiendo el concepto, cómo deberían ser los protocolos, las atenciones de violencia, ¡no me quiero imaginar las personas que no conocen sus derechos!, que no conocen de los protocolos, en realidad cómo van a ser abordados, cómo van a ser afectadas su condición de vida y su salud.

- Gonza: incomodidad se puede llegar a darse más que nada por miedos interiorizados en base a experiencias previas, en mi caso el estilo de vestir, de actuar, incluso mi corte de cabello no es que genere incomodidad en mi persona per se sino en el contexto de desenvolvimiento en la relación médico-paciente o enfermera-paciente porque sí es como la miradita de pies a cabeza (hace una mueca negativa) y ese sentido de “¿¡qué tengo monos en la cara, cucarachas en la cabeza, o sea por favor deje de mirarme y simplemente haga su trabajo que es para

lo que le pagan!?! (...) el miedo a ser estigmatizado; por este miedo la población LGBTI tiende a buscar otras opciones en salud y no tragarse el mal rato (...) una chica lesbiana no puede entrar a un consultorio y decir que ella es mi pareja sino tiene que decir que es mi amiga por el miedo al estigma, el miedo al rechazo y por la tensión que se genera.

- Lunita: Mmm. ni miedo, ni temor, ni nada, me siento segura porque estoy poniendo en ellos mi salud, para que ellos procedan a dar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

- Mila: sería incómodo tratar de explicarles a las personas porque hay algunas que te regresan a ver raro. No soy muy buena yendo al médico, por lo general me curo con lo que hay aquí.

- Thiago: He tenido más seguridad, no te voy a mentir cuando recién empecé a salir del closet y eso sí sentía un poco de recelo de cómo iba a ser el comportamiento hacia mí de los doctores, creo que esto nos pasa a todos, supongo. La seguridad parte de mí y no es que yo vaya con miedo a que me vayan a decir algo o a que su comportamiento vaya a ser diferente, porque de todas maneras depende más del carácter de la persona que se vaya a hacer atender (...) serían muy pocas las veces en las que he tenido miedo de los equipos que usan y de la forma en cómo los usan, que la usen mal, que hagan doler.

- Victoria: tengo el privilegio y la suerte que ¡A mi todo me vale! (emite risa sarcástica), entonces sí a esa persona le parece incómodo que cuente algo, sobre todo si es personal de salud y vos llegas y le preguntas porque cambia su actitud y la reacción es mala, a mí me da igual, no me siento incomoda y no tengo miedo ni nada., pero si te pones a la defensiva, creo que eso es algo que hacemos mucho, cuando perteneces a grupos minoritarios. Puedo incluso llegar a exponer más (se rasca la cabeza) para poner incómoda a esa persona, en vez de ponerme incómoda yo (mira hacia el lado derecho) sobre todo con médicos que vos sabes que tienen una actitud deplorable,

2.3.3 Preguntar sobre sexualidad en la atención clínica.

- Andrea: Sí si es que es relevante, por ejemplo, si acudo a la ginecóloga esperararía que me preguntase, porque no me va a decir “usted está embarazada” (baja el tono de voz) si yo no puedo quedarme embarazada (ironiza) entonces sí si es que es relevante en la historia clínica, si es que no es relevante tampoco es que me van a decir “porque es gay usted tiene esto”. Si he visto que hay este trato diferente tras enterarse de la orientación sexual de una persona por parte de los médicos.

- Fabián: que preguntan acerca de la orientación sexual, aunque no es necesario preguntar en algún contexto, o preguntan sobre los procesos biomédicos que uno tiene en el cuerpo, cuando la consulta no lo amerita. Entonces si creería que hay un trato diferenciado, pero, sobre todo, como si uno (se traba) fuera un ser extraño, vaya (...) Yo creo que depende del tipo de consulta, por ejemplo, si voy porque me está doliendo un brazo, o porque me esguincé o porque tengo un problema en el hígado, quizás no es necesario porque no tiene nada que ver quizás con mis prácticas sexuales, no soy población de riesgo para x o y cosa. Y creo que sí en otros contextos, por ejemplo, en el contexto de ginecología, evidentemente parece importante para saber si un está utilizando métodos (mueve las manos) anticonceptivos, métodos de prevención y en ese contexto como son solo temas de sexualidad si es importante, pero creo que, en los otros, creo que es netamente innecesario.

- Gonza: El trato ha cambiado de un trato neutral a uno muchísimo más cercano o más abierto porque saben que se puede hablar de una mejor forma cuando conocen la condición sexual y de salud mental de la persona y tienen la oportunidad de hacer cuestionamientos al respecto de ¿se supone que no debería ser así! (lo dice agudizando la voz) porque se supone que la cercanía y la neutralidad valorativa que se supone que deberían tener todos los profesionales debería ser para todos y no condicionada por a o b patología o condición de preferencia sexual; pero somos humanos (sonríe) y siempre nos vamos a dejar llevar por la situación emocional (...) Preguntar sobre la orientación sexual de una persona me es indiferente (agudiza la voz), pero considero que no es algo que debería darse, porque no tiene mucho

sentido, salvo casos que tenga que ver con un análisis ginecológico por ejemplo o de corte de salud sexual, solamente en ese caso sería puntual y necesario (...) ser más cautelosa al tocar el tema de la orientación y preferencia sexual.

- Lunita: un trato mejor cuando se enteran que soy una chica trans, entonces ellas ya tratan de cometer ningún error, ya cambio sus gestos, el trato es mejor, ya me tratan como chica, ellos también me preguntan cómo quieren que la traten. Hay bastante cambio en el trato para una persona trans (...) No, como dijo Juan Gabriel (emite una risa tímida) lo que se ve no se pregunta.

- Thiago: La mayoría del tiempo no conocen sobre mi preferencia sexual, por eso me he dado cuenta que el trato siempre ha sido el mismo. Si cambió, pero no fue de manera despectiva, cambio más en que su prioridad no fue en lo que estaba necesitando, más fue en darme consejos en cómo yo debería llevar mi vida sexual (...) El hecho de decir mi orientación, ha sido como para generar un poco más de confianza en el ámbito doctor y paciente que digo mi orientación sexual, para que haya un poco más de seguridad, para que el doctor sepa cómo comportarse, a veces no sabemos si el comportamiento del doctor vaya a cambiar y a veces también a nosotros nos molesta, yo en lo personal siendo gay me incomoda que me diga "su pareja mujer" ya que yo no tengo pareja mujer (reafirma con la cabeza y eleva la voz), más bien yo voy y les digo y luego yo doy a entender cuál es mi orientación sexual para evitar ese inconveniente.

- Damián: yo no lo veo necesario, porque es como que te estuvieran etiquetando como si fueras un animalito, ese es gay, ese no es gay; si es gay trátalo mejor, sino te va a denunciar o algo, lo que se está buscando es igualdad no más diferencias.

- Gerard: Es súper importante, súper importante que nos pregunten sobre nuestra orientación sexual y se llene la ficha, porque yo creo podríamos dar un trato un poco más integral, más holísticas en las necesidades, una asistencia con puntos claves. Por ejemplo, las mujeres lesbianas no pueden asistir a recibir métodos anticonceptivos porque supuestamente ellas no tenían penetración y no necesitan métodos anticonceptivos, pero sí cuando se te presenta una persona homosexual tienes que ofrecérseles que se hagan las pruebas y que les den condones porque

sí ellos son grupo de riesgo e incluso son los que más relaciones sexuales tienen (sonríe). Entonces esa comparación, a lo integral. Cuando tú le dices soy una persona homosexual no necesitan mandarte a hacer un examen, porque tú sabes lo que tienes, sabes porque acudes donde el médico. Sí es importante que sí te pregunten para que, de pronto, si es el médico general te pueda hacer una asesoría o una derivación correcta a departamento que necesitas que te atienda. Esto ha pasado más no sólo con personas intersex, sino también con personas trans, cuando deciden ser madres los hombres trans, no saben si solo darles la atención, o qué, o las personas trans femeninas tienen infecciones en las vías urinarias no saben a dónde enviarle si al urólogo o al ginecólogo, no, desde ahí si tienes que trabajar con lo integral de la persona y decir “no, su sexo biológico es hombre, le mando donde el urólogo por más que su condición (se señala de la cabeza al torso) sea femenina”, pero sé cómo tengo que abordarle, a veces la gente te pregunta si al ver a una persona trans cómo le saludo, ¿Con la mano? ¿Con un beso? ¿Le digo él? ¿Le digo ella? no le puedo decir, esas simples cuestiones se ponen los médicos y no saben abordar (mueve las manos hacia adelante) y ahí es cuando vienen los factores de discriminación (afirma con la cabeza).

- Victoria: depende de qué tan relevante sea para lo que tienes, si llegas con una neumonía, ¿qué tan relevante es que sepan tu orientación sexual, si es que no estás cómoda en decirlo? Si es una consulta, por ejemplo, en ginecología, creo que sí sería necesaria que se toque el tema de la manera más educada para todos, pero si es que no es relevante que lo sepa el médico y la persona no se sienta cómoda en decirlo, creo que ni quiera se necesitará preguntarse, hay historias clínicas que creo que preguntan eso y no preguntan datos más importantes de la enfermedad actual ¡y es solo por saber!, entonces creo que depende mucho de la patología, si es acorde, la información es vital o es necesaria para poder montar una cadena de análisis, debería abordarse de la manera correcta y el médico debería tener la capacidad de hacerla sentir cómoda a la persona para que te cuente, evitar, aunque esto no debería ser así, no se debería evitar, sin embargo puede haber roces innecesarios que quisiéramos que no pasen, cuando estás enfermo y aparte que te

juzguen, que horrible (...) Creo que algo que se debe preguntar es cómo quiere que te traten (se toca la nariz), como quieras que te llamen, como quieres que se refieran a ti. Que temas son delicados para ti abordar, qué temas te gustaría evitar.

- Cleo: Sí me parece adecuado que pregunten, porque es como llenar un registro.
- Mila: si no estuviéramos tan grandecitos si sería incómodo tratar de explicarles a las personas porque hay algunas que te regresan a ver raro.

2.3.4 Protocolos y manuales especializados para personas LGBTI+ en el MSP.

- Andrea: yo creo que está bien que exista, yo sé que les he dicho que debería tratarse como a todas las personas, pero la gente, sobre todo mayor, no están acostumbradas, también hay que ser un poco consideradas con esas personas, en parte no es su culpa el pensamiento que tienen, vinieron criándose así, entonces el hecho de que se trate de alguna manera de implementar, ¡No he leído e manual! pero si lo leyera y encontrara algo de discriminatorio ahí sí no estaría de acuerdo, pero si se trata de alguna manera de concientizar a las personas, a los médicos, al personal de salud si es que son pacientes como las otras personas, o sea, uno no es su identidad sexual, es muchas otras cosas, no por ser gay, lesbiana, bisexual vas a tener una enfermedad diferente, por ejemplo: si tienes varicela vas a tener varicela siendo hetero, siendo gay siendo lo que sea, va a ser varicela y vas a tener que tratarlo igual; entonces la relación médico-paciente si se abordan ese tipo de temas está bien para las personas que no tienen mucho conocimiento al respecto.
- Damián: tienen que usar el mismo protocolo de todos los pacientes, no tendrían que crear otro protocolo porque igual somos personas, sentimos y somos seres humanos, un trato igualitario, tendría que seguir las reglas y ya.
- Lunita: Sí, sí conozco, aquí en Cuenca se creó un manual para la atención a personas LGBTI hace 5 años, basado en los mismos estudios de las poblaciones de cómo tiene que ser el trato cuando llega una persona LGBTI. Todavía falta mucho por incluir en estos manuales con respecto de las hormonas, del trato, pero sé que igual se puede ir mejorando en esos aspectos. (...) A pesar de que hay un manual muchos médicos y profesionales de la salud, no tienen el conocimiento de

este manual para poder tratar y entender a una persona LGBTI, ya sea una persona gay o una persona trans. De tratar de él cuando es ella. (...) La experiencia, creo que hay todavía muchos doctores que tienen su experiencia y ya saben cómo tratar a las personas, el trato especial, como brindar un servicio, una buena forma de que a nosotros se nos identificada de acuerdo a nuestro género, los profesionales que recién se están formando no tenían todavía los conocimientos, de cómo tratar a la población, ni siquiera conocen el manual.

- Fabian: En el contexto de la ciudad y creo que nacional, es bastante precario, de decir que la atención en salud es deficiente para las personas LGBTI puede ser el doble de deficiente porque no contamos quizás con los instructivos, con los protocolos adecuados para tener un trato género sensible y además adecuado para la necesidad de estas personas. Sé por contactos en los servicios de salud, que no se están utilizando.

- Gerard: ya sabes que ya te han dado normativas, que ya te han dado protocolos, que ya te han dado cómo tienes que hacer los abordajes pero siguen discriminados(...) Nos pasó también con Dulce, una compañera trans, sí, ella se estaba poniendo glúteos pero no le pusieron silicona, le pusieron aceite de bebé y le quemaron sus tejidos, a pesar de que ella tenía cambiada su cédula y estaba como femenina, llegó una persona a hacer rezar en la habitación en la que ella estaba, no me quejo, el hospital empezó a activar el protocolo, y en el protocolo decía que ella como persona femenina tenía que estar con mujeres dentro de una habitación, o en lo posible una habitación para ella sola, que es lo que te decía el protocolo, y llegó esta persona a hacer rezar y dijo "oigan es que ustedes tienen a un hombre aquí, miren como le está saliendo la barba" obviamente (sonríe con pesar) Dulce en todo su proceso de internado no se cuidó y le empezó a salir un poco de barba como mujer trans que era, entonces una enfermera viene y ¡le saca!, ella no podía caminar, y le llevó caminando hasta una habitación de hombres (...) a pesar de que nosotros acompañamos en el construcción de la ficha de tamizaje, una ficha enorme que era donde te tenían que preguntar cómo te identificas, sobre tu sexo biológico, tu orientación, identidad y todas tus cosas tenías que ponerlas en

esa ficha, y los médicos decían que era perder el tiempo porque les toma más tiempo llenar la ficha. tú tienes que decirles “no no no no, sí, mi canon corporal es masculino, me ves como hombre pero no soy hombre, acasito hay una “I” y me tienes que colocar ahí” uno tiene que estar ojo a la ficha (se señala los ojos) para decirle al profesional de salud donde te tiene que colocar, sí (...) Sí, yo creo que son muy oportunos, siempre y cuando se les dé el abordaje completo, que se le dé la socialización e incluso el tratamiento que se le debería dar como manuales que son, que se les haga la veeduría, una evaluación, la observación, qué tenemos que cambiar, hay nuevas cosas que van cambiando dentro de los factores médicos y que no van contemplados dentro del manual. En el Código Orgánico de Salud, hay más de 450 articulados en este código y tenías ¡un solo artículo para hablar de personas intersexual (levanta un dedo) y un solo artículo donde decía no cirugías! pero te olvidas de todo el otro acompañamiento (mueve la mano haciendo un círculo grande) que debería ser integral, y ¡No lo hablas! y había en específico cuatro (levanta 4 dedos) artículos que te hablaban de cómo tenía que ser la salud para la población LGBTI ¡cuatro artículos! ¿450? no estás siendo integral, ¿sí?; entonces es eso lo que te falta, hacer una integralidad, que no sea exclusivo, ni particular para un grupo poblacional, sino que tenga todo este aparataje holístico (hace un círculo grande con la mano) de que algún día podría servir para alguna persona, y no una persona en específico, sino que sea un abordaje en general, eso es lo que les falta a los manuales. (...) sí es más el tema de que por ejemplo como la misma organización mundial de la salud le cataloga, nosotros decimos cuando se crean los protocolos atención no pongan los TDS que son los desórdenes de desarrollo sexual, no los pongan así porque nosotros no tenemos ningún desorden (...) “saquen los términos patologizantes de nuestras formas de vida, llámese como nosotros nos decimos, personas intersexuales”

- Gonza: el hecho de que exista ese manual me parece una situación de distinción y la distinción no es más que el tratar de tomar con pinzas algo que no las necesita, la población trans que sí tiene su situación de distinción por obviedades como su tratamiento hormonal para sus debidas transiciones.

- Thiago: este “protocolo” entre comillas, sería como tratar una enfermedad, para mí los protocolos son eso, si vamos a tomarlo en cuenta un protocolo para el trato o manejo de una persona LGBTI+ tendríamos que más bien es para erradicar una enfermedad, para mí un protocolo son pasos que se pueden seguir para, si son pasos para tratar a una persona LGBTI+ quiere decir que estamos dando a entender a la sociedad y a la humanidad que esas personas son como una enfermedad que hay que tratar de forma diferencial. Entonces si hay protocolos para el COVID también hay protocolos para personas LGBTI+ (se admira al responder)., hay protocolos para disentería, asma, cáncer; están tratando a las personas LGBTI+ como si tuvieran una enfermedad y no me parece lo correcto.

- Victoria: sé que tiene unas cositas por ahí cuestionables (risa sarcástica), seguimos haciendo que personas que no entienden este tipo de cosas, tomen estas decisiones, como cuando hacemos que un montón de hombres decidan que si las mujeres tengan o no derecho de votar, es lo que mismo que pasa con la comunidad LGBTI, sentamos a un montón de personas nacidas hace un millón de años, con ideas religiosas establecidas (mueve las manos), porque este país es así, a crear un manual para una comunidad , personas que ¡no entienden, que no respetan, que no apoyan, que no saben!, entonces todo va a salir mal hay un sesgo terrible (se toca la nariz) o toman la guía de Canadá (mueve las manos y mira hacia la derecha) de Inglaterra (mira hacia la izquierda), de Italia o de donde sea y la colocan con el nombre de Ecuador, las decisiones que nuevamente toman y se tomarán en base a ese protocolo no son las correctas, porque esta sesgado (se toca la cabeza). Creo que la forma en la que establecemos las cosas está mal, se afecta la vida de un montón de personas, sin ser responsables de lo que están haciendo. No es lo mismo que yo le pregunte, a mi hermano heterosexual, qué opinas de los derechos de la comunidad LGBIT, a que le preguntes a una persona de la comunidad LGBTI de sus derechos, porque son quienes lo viven. ¿Si protocolo hay como para la diabetes que no aplicamos, ni se diga de los derechos de comunidad LGBTI las cosas existen están escritas, las respetamos?, no, nadie lo hace, ese es el problema.

- Mila: ¿Ay no sabía que habían (emite una risa tímida), existen?, mmm. sin tener conocimiento de él, me asusta, siento que ha de estar como, por ejemplo: cómo tratar un perro con rabia (emite una risa sarcástica), siento que no tienen que ver, al fin y al cabo, porque no tienen que ver de manera intrínseca con las personas, me dejaste con la duda voy a investigar.

- Cleo: según sé había el código de salud me parece, ahí se mencionaba mucho la intersexualidad, pero solo quedó en palabras, o sea no dieron paso a la aprobación de la ley.

2.3.5 Derechos en salud para las personas LGBTI+

- Andrea: ¿Hay derechos en salud para las personas LGBTI? (se sorprende, levanta la voz y se ríe), la verdad no sabía que existían esos derechos, me imagino que deben ser como los de todos los pacientes.

- Cleo: derecho de ¡Todas! las personas que son tener una atención médica inmediata, derecho a recibir medicinas totalmente gratuito en el MSP, derecho a no ser discriminado por raza, religión, sexo, e identidad de género. Pero en la comunidad LGBTI ni me he preocupado que son situación es que a mí no me pasan, pero si me hubiera pasado, yo ya estuviera bien enterada y supiera lo que debo hacer.

- Damián: es como que nos están dividiendo, somos personas normales y no sé porque debemos luchar por algo, se siente como si fuéramos bichos raros, si somos personas normales vamos igual con las personas normales, me parece algo estúpido la verdad (...) Ellos han demandado y todo, pero como nuestro país es una tontera (se ríe con ironía) les da igual; se toma el caso por uno o tres días, no hay suficientes pruebas y ahí se acabó, ahí se murió; como somos minoría es muy difícil.

- Fabián: tenemos derecho a tener un trato de genero sensible, a tener un trato sin discriminación, precisamente a que nos atiendan nuestras necesidades específicas como población específica.

- Mila: nunca he tratado que se dé prioridad a solo un grupo sino me gustaría que seamos iguales todos, a veces dar mucha prioridad es contraproducente en un mundo donde ya está heteronormado.

- Thiago: El acceso debería ser igual para personas LGBTI+ como para las personas normales, perdón no así, no es que seamos extraterrestre, debería ser igual que para las personas que no forman parte del círculo LGBTI+. No se debería diferenciar por un arquetipo o género.

- Victoria: yo creo que son necesarias, si no está redactado la gente no lo va a obedecer, es que ese es el problema que ¡Estamos tan acostumbrados a que, si no nos castigan por hacerlo mal, no vamos a aprender nunca! si debería haber distinciones, en el sentido de acceso a salud de las personas transgénero, yo creo que el proceso hormonal y todo lo que tienen que atravesar es algo que debería garantizar el estado (mira hacia abajo), porque no es algo que se controla hay países como Canadá y en Europa en donde las personas trans, pueden acceder a los cambios físicos, por parte de la salud pública, porque ese es un derecho o sea como vas a hacer que una persona que es hombre y esté en un cuerpo que no le pertenece, viva con eso es una cosa terrible. Entonces, yo creo que hay cosas que deberíamos garantizar. Hay accesibilidad a condones un montón, pero en qué pensamos y las personas que no necesitan los preservativos que están ofreciendo, por ejemplo, la comunidad de las lesbianas, igual hay que cuidarse y claro no va a ser el mismo preservativo. El tema más delicado es el de las personas trans, ellos son los más vulnerados. No es lo mismo que tengas que pasar por un tratamiento hormonal carísimo, larguísimo a eso le sumas un tratamiento quirúrgico necesario y obligatorio, me parece un atentado a los derechos humanos.

- Gerard: El acceso es para todos, el problema es que se va limitando por el tema de prejuicios y discriminación; no hay un factor que te diga que por ser persona LGBTI no podrías tú acceder al servicio de salud; de la red de salud, el problema sería de que no hay la atención específica, hablemos que no hay suficientes urólogos, endocrinólogos, en el sistema de laboratorio no tienen todos los factores o recursos para hacernos los exámenes que necesitamos en este caso la población

intersex, las tablas de medicación, las tablas de atención incluso no son inclusivas porque no están tomando dentro de sus catálogos las necesidades de personas trans e intersex; el hecho de que te hagas una orquitectomía, o te extirpes el testículo como persona trans no te lo hacen, porque eso es estético, no lo toman como un tema de salud, el quitarte o extirparte los testículos que son tan importantes para una persona trans o el extirparte el útero te toman como si fuera una cirugía de nariz reconstructiva (se toca la nariz y se coloca de perfil) y estética, cuando las cosas no son así, tienes que tomarlo en cuenta desde el estado de salud mental, el bienestar del cuerpo, no la medicina patologizada sino la otra, ¿sí?, pero te dicen “no, no se va, no te podemos”; pero hacíamos el contraste, a las personas intersex sí les puedes cortar, sí les puedes hacer cirugías, sí les puedes quitar y remover las cosas que no necesita; y a los otros no, si ves?, esas ilógicas que se van tomando.

- Gonza: la salud es para todos según nuestro Benemérito estado (ríe con sarcasmo), tengo acceso a la salud, pero también tengo acceso a todos los estigmas, a todos los rechazos, a toda la homofobia, ¡De qué me sirve tener acceso a la salud si tengo que comerme todo eso primero! es algo que afecta a la salud emocional de una persona LGBTI.

- Lunita: Claro, tenemos derecho a que nos atiendan, que nos den los primeros auxilios ante alguna cosa que nos ponga en peligro nuestra vida, la atención debe ser primordial. Sí tienen una buena atención cuando está en riesgo nuestras vidas (...) el tema de la hormonización, nos falta tener más acceso a esos medicamentos para nosotros, porque nosotras siempre queremos vernos bien, sentirnos bien y las hormonas son en lo que nos ayudan y si no tenemos el tratamiento de hormonas, nuestra biología sigue avanzando igual.

2.4 Patologías en la población LGBTI +.

2.4.1 Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

- Victoria: hay personas que necesitan de tener más atención o especial no solo por ser diferentes, sino más bien porque tienen que ser evaluados de una manera

diferente, no es lo mismo dar a una pareja heterosexual un método de barrera y anticonceptivos, de parejas que no son heterosexuales. Por no tener riesgo de embarazarte, no quiere decir que no tengas que cuidarte, tampoco es sinónimo de que por eso vas a tener una ETS. Hay factores de riesgo que cambian, que no necesariamente son abordados de la mejor manera dentro del primer nivel de atención (...) La dinámica de la comunidad es muy distinta, es un tabú muy grande, un miedo, una inseguridad, sí es difícil de hablarlo yo conozco personas que han tenido ETS dentro de sus parejas del mismo sexo y es complicado hablarlo y súper difícil, sobre todo porque es como una sentencia, si ya de por sí a una persona que no es de la comunidad le van a juzgar, imagínate lo que va a ser con una persona de la comunidad (mira hacia abajo).

- Andrea: Por lo general no va a depender que seas parte o no del grupo, va a depender de la educación sexual, de la educación en cuestión de protección y de tu actividad sexual, bueno, tienes todo el derecho a estar con las personas que quieras estar pero deberías al menos protegerte, no necesariamente va a ser más las enfermedades de transmisión sexual en el grupo LGBTI que en el resto de personas que son heterosexuales, y es algo que ha venido hace años (alarga la a) y es algo que se ha desmentido el hecho de que los gays tienen más enfermedades de transmisión sexual, son la misma cantidad yo creo; no he visto estadísticas, pero es como regresar a la época en la que se creía que solo los gays tenían SIDA y eso es mentira.

- Cleo: el VIH es un virus que puede obtenerlo cualquier persona, que incluso no se esté protegiendo y hay una ruptura de condón, se podría decir el riesgo latente y puede ser homosexual o heterosexual, de cualquier género, cualquier opción sexual, el VIH no hace distinciones.

- Damián: una enfermedad de transmisión sexual es muy malo para nosotros, porque uno somos discriminados, nos echan la culpa a nosotros, que somos prostitutos y cosas, una enfermedad que nos da a nosotros (se toca el pecho) se nos acaba el mundo literalmente porque la sociedad nos va a acabar (lo repite varias veces) ahí y las enfermedades son el terror para nosotros (sonríe de forma tímida),

siempre tenemos que tener cuidado, hacernos chequeos cada seis meses de todo tipo de enfermedades, nosotros somos las personas más responsables por nuestro caso, sí hay una diferencia, la sociedad nos achaca full, los malos comentarios de que anda con uno que anda con otro y no se cuida. una enfermedad venérea es como tener una maldición (...) En nuestra comunidad hay personas con diabetes, hipertensión, enfermedades no venéreas y el peso es el mismo que para personas fuera de la comunidad LGBTI.

- Gerard: dices “vengo por el tema de atención y prevención ETS” lo primero que te dicen es “a ya, toma (mueve la mano ofreciendo algo) un condón, con esto te proteges, con esto estás seguro” y no te dicen nada más (...) pero cuando tienen que hacer temas de prevalencia de VIH, de ITS dicen “llamen a todos los homosexuales porque con ellos tenemos el estudio (mueve las manos llamando a alguien, pone los ojos en blanco y hace una mueca)” porque somos promiscuos según la gente (hace una mueca y alza los hombros); tú no ves, por ejemplo, cuando dicen “estudios para personas claves” no tienes heterosexuales a no ser que se una persona HCH, pero no hay personas heterosexuales a las que les hacen esos estudios, porque hay ese imaginario de que a quien tienen que darle el acompañamiento y asistencia son a los homosexuales y a los “homosexuales hombres” (hace la señal de comillas con la mano) y las trabajadoras sexuales femeninas, ¿y el resto de población, dónde está la información para ellas, dónde está la información para lesbianas para los métodos de barrera y todas las cosas que tenían que saber para prevenir ITS? no hay, y si te preguntan te quedas mudo completamente.

- Gonza: cabe aclarar que en algún punto el formar parte de la comunidad en algún punto te hace estar más informado sobre métodos de protección lo que hace que se reduzca la probabilidad de contraer una ETS sin quitar la probabilidad de que sí se pueden contagiar.

- Lunita: Claro que sí podemos sufrir ETS E ITS, porque a veces no se toman todas las medidas de precaución como el uso adecuado de preservativo, prácticas sexuales sin los medios de prevención, por lo que uno corre el riesgo; hay de tomar

conciencia que las chicas trans cuando estamos en el momento de tener una relación sexual, nos damos cuenta que hay personas que no usan preservativo porque el cliente le pagó un poco más, suelen pasar en esos casos y siempre nosotros estamos como para que las chicas tomen conciencia que existe las ETS, como el VIH, una enfermedad que nos cambia completamente nuestra expectativa y nuestra calidad de vida, donde nosotros no recibimos nuestro tratamiento a tiempo, por eso nosotros concientizamos los programas de prevención.

- Mila: no hay la educación sexual que se tenga clara, muchos no tienen esa seguridad no solo de ellos sino con las personas que están, entonces por su falta de conocimiento, por su ignorancia, no saben cómo cuidarse; sin embargo, creo que se hace lo que se puede con lo que se tiene, igual uno busca mantener sus controles, por lo que ya se conoce de algunos temas en específico como el VIH, también depende mucho de la persona.

- Thiago: si cambió, pero no fue de manera despectiva, cambio más en que su prioridad no fue en lo que estaba necesitando, más fue en darme consejos en cómo yo debería llevar mi vida sexual, la atención de él se enfocó más en la prevención de enfermedades venéreas cosa que si lo agradezco de todas maneras porque es algo que necesita el ser humano, aunque ya lo conozca, pero no está demás volverlo a escuchar o sentir que alguien le pone atención a eso, sino lo que fue un choque para mí fue el hecho de que él se fijara en mi orientación para que haga ese tipo de sugerencias, ya que estoy seguro en un 90% que si hubiese sido una persona con una diferente orientación sexual no lo hubiese dicho de esa manera o es más ni siquiera lo hubiese sugerido.

- Fabian: como el resto de las personas realmente todas podemos tener ETS o ITS, no es algo específico de las personas LGBTI, aunque a veces somos poblaciones de riesgo por la fácil transmisión de estas enfermedades, pero, no es algo específico (...) si no se atiende las necesidades de una persona que VIH positivo, la atención necesaria, lo antirretrovirales necesarios también se van a morir.

2.4.2 Trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio en personas LGBTIQ+

- Andrea: es muy alto (risa nerviosa), justamente por la sociedad en la que hemos sido criados, muchas personas tienen la fuerza de voluntad de su carácter de su excelente salud mental que no se deja afectar por nada, pero la mayoría de personas que yo conozco han tenido algún problema de depresión, incluyéndome, yo incluso estoy con tratamiento y todo y gran parte tenía que ver con el hecho de que yo no me aceptaba a mí misma.

- Cleo: generalmente toca reprimir emociones (mira hacia la izquierda), existe confusión más que todo, es como decir quién soy, por qué me atraen este tipo de personas.

- Damián: varios amigos se han suicidado por haberse sentido en depresión, por la sociedad y los padres, es como un arma de doble filo, o lo superamos o acabamos con nuestra vida, como somos minorías no podemos pedir ayuda a los padres porque te van a discriminar, yo tuve depresión y ansiedad, intenté quitarme la vida 5 veces por ser homosexual, pero gracias a mi madre estoy aquí, soy lo que soy y ella se siente orgullosa de tenerme; deberíamos tener un poco más de ayuda para que los padres también conozcan (...) Yo le dije a mi mamá que tengo ansiedad que tengo trastornos no podía ni siquiera comer ni dormir ni nada y pensaba en quitarme la vida y ella rápidamente me llevó donde el psicólogo tuvimos terapia madre e hijo para que ella explore más de ese mundo; ahora si ella me ve con mis amigos homosexuales ella va con nosotros, salimos de viaje de paseo y cosas así.

- Fabián: condiciones de vida bastante más complicada que pueden facilitar el desarrollo de estos trastornos.

- Gonza: por el mero hecho del estigma, el mero hecho de la ideación, te lo dice (guarda silencio) una sobreviviente de tres intentos de suicidio, una persona que estuvo internada por un intento de suicidio bastante fuerte, que tiene trastorno límite de la personalidad ¡generado durante su infancia! por una negligente forma de tratar la expresión de género en una niña de 7-8 años que realmente no tenía idea del

porqué su expresión de género era tal o cual, sino que fue generando traumas por el estigma que la sociedad desarrolló en su familia y el estigma que sigue desarrollando.

- Lunita: siempre necesitamos a un familiar o un amigo que nos ayude dando ese apoyo para superar estos problemas (...) Las chicas trans muchas de nosotras como estamos en procesos de hormonización nos medicamos estas hormonas, crean estos estados de depresión, de ira, muchas chicas trans, malgeniadas a veces incluso llegan a la violencia por los medicamentos que crean esos estados.

- Mila: cuando uno empieza a descubrirse dar ese switch, hay 2 posibilidades o que empieces a culpabilizarse a ti mismo por la forma en la que eres o que ya lo aceptes, pero el entorno en el que estas es el que te culpabiliza (mira hacia arriba), hay mucha tendencia al suicidio dentro de comunidad por el mismo hecho, de que la sociedad ya te da la espalda e incluso tu familia también te dé la espalda, que no consigan trabajo por sus tendencias sexuales; uno de mis mejores amigos le comentó a su mamá que él se identificaba como una persona de la comunidad, pero su mamá lo botó de la casa, él estaba viviendo solo, él pensaba que le estaba fallando a la familia, estuvo muy al borde suicidio, pasó períodos depresivos muy grandes, si no hubiera sido por ayuda psicológica él no estuviera aquí.

- Thiago: desgraciadamente aún vivimos en una sociedad donde se conservan los “valores éticos” entre comillas en donde la familia es más importante y personas que pertenecen al gremio LGBTI+ supuestamente, entre comillas, no pueden o no están capacitados para formar una familia, y este tipo de comportamientos, hacen caer en depresión a las personas que pertenecen al gremio o que tienen una orientación diferente a la heteronormatividad, pero no forman parte del gremio.

- Victoria: cuando tú vas descubriendo poco a poco que no eres igual a las demás personas empiezas a darte vueltas (se tapa la boca) y te vuelves loco dentro de tu cabeza (se toca la cabeza) y no tienes con quién hablarlo, si no es casi todo el mundo, más del 80% padece esto y es súper frecuente.

- Gerard: No sé cómo se llama el término, pero yo le tengo una fobia a los mandiles (sonríe), al tema de los hospitales y los consultorios, tanto así que el psicólogo tiene

que sacarse el mandil para poderme atender, sino yo me pongo nervioso, no puedo hablar, muy ansioso y hasta me deprimó. Cuántas vulneraciones yo he sufrido. como que te genera este miedo de “¿Cómo me irán a decir ahora? ¿Me ira a doler? ¿Cómo me van a atender hoy? ¿Cuál es el proceso que me irán a hacer hoy?, el hecho mismo que no te expliquen claramente cuál es el procedimiento que van a hacer contigo, o que no te digan cuáles son las intervenciones, que son muchas de las veces tan sencillas. ¡sean directos! pero también un poco asertivos al explicarte, yo creo que son todos esos los factores que te van produciendo miedo. soy de las personas que evitan irse donde el médico (sonríe) voy cuando es necesario, ni siquiera cuando tengo gripe, cuando tengo malestar de la garganta porque tengo miedo de cómo vayan a reaccionar los médicos, el personal de salud con todas las cosas que ya he vivido; creo que otros de los factores es el miedo a que me cambien de doctor porque ya vas cogiendo esa relación de “afectividad” (lo dice haciendo comillas con los dedos) entre comillas porque el médico ya sabe cómo tiene que tratarte, ya sabe cómo tiene que abordarte, ya le has contado tus temores, tus miedos y sí tengo ese miedo de que de nuevo me vaya a tocar un médico (risa nerviosa) que no sepa cómo tratarme.

2.4.3 Adicciones: alcohol, drogas y tabaquismo en personas LGBTI+

- Andrea: la mayoría de veces las personas que tiene problemas psicológicos, depresión, ansiedad, que tienen algún tipo de problema en este ámbito, tienen más conexiones con este tipo de sustancias y son más propensos a tener este tipo de adicciones.
- Cleo: Yo creo que es un mal de la sociedad, no de la comunidad LGBTI.
- Damián: una adicción con un rechazo va cogidos de la mano, hay muchas personas que lo ven como un refugio, tengo amigos que son adictos y homosexuales y cosas así por el simple hecho de que sus padres les botaron de la casa, los han rechazado y cayeron en ese mundo del alcohol de las drogas de fiesta de que por allá. Una vez uno me dijo que vive de eso, se pagan el arriendo sus

cosas y para poder estar con personas mayores necesitan estar drogados, era una excusa él era adicto, se compraba más drogas para poder seguir sacando dinero.

- Gerard: los factores emocionales de nosotros como población vulnerable como que te incita a buscar mecanismos para contrarrestar algunos temas de ansiedad, estrés; pero no le catálogo de que pueda fumar más un homosexual que un heterosexual, no le catalogo que es más alcohólico el homosexual que el heterosexual.

- Gonza: El alcohol y las drogas son un tipo de catarsis para las problemáticas emocionales que llegamos a tener, te lo digo porque yo también caí en el alcoholismo y lo que haces al tomar y fumar es llenar un vacío emocional que lamentablemente tu familia por el estigma social y la construcción de la moral social ha hecho que te dejen de lado, o personas LGBTI que cayeron en situación de calle por la falta de (bufido) empatía de sus propias familias y el desconocimiento que conlleva formar parte de la comunidad LGBTI, te refugias en el alcohol y las drogas porque es la única forma de sentirte menos miserable de lo que ya te sientes por el mero hecho de ser señalado por el simple hecho de ser quién eres; ¡es durísimo! entender que el alcohol y drogas son una problemática inherente de la comunidad LGBTI, un estigma que en este caso es verdad como el de la problemática de salud mental. Nosotros estamos en un medio en el que no podemos desarrollarnos de una forma integral y eso hace que se desarrollen tanto trastornos y adicciones.

- Lunita: en los casos que estamos ejerciendo el trabajo sexual, en donde el cliente le pide mismo o le paga más que beba, e ingiera alcohol, incluso que consuman drogas junto con ellos, ellos nos pagan para que los acompañemos. En el trabajo sexual, el consumo de alcohol es muy frecuente debido a que tenemos que aguantar temperaturas altas de frío, porque se sabe parar en una esquina con muy poca ropa y para amortiguar este frío, necesitamos utilizar las bebidas alcohólicas.

- Victoria: el ambiente es diferente, la forma de interactuar, los espacios de interacción de la comunidad, sigue siendo una necesidad, sobre todo para interactuar no (se toca el cuello), que te da valentía, que te da más fuerza creo yo para que no estés tan inhibido.

- Mila: las personas lo usan para desligarse de la realidad, mientras más tendencia hay al rechazo, más tendencia hay que tú consigas algo como una muletilla para sobrellevar tus días, si conozco a personas que han estado en situaciones de drogas y todo eso, porque a veces no podían con su propia realidad y buscaban alternativas.
- Thiago: Al igual que en todas las personas se da el mismo caso, se ve un poco más el consumo de marihuana en personas que pertenecen al gremio, pero no generalizando.
- Fabian: Creo que hay una mayor tendencia porque hay unas, condiciones de vida bastante más complicada que pueden facilitar el desarrollo de estos trastornos.

2.5 Subgrupos de riesgo en el sistema de salud

2.5.1 Las interseccionalidades y la discriminación

- Victoria: Yo metería a los grupos vulnerables que necesitan mayor atención, por ejemplo, a personas muy jóvenes que están empezando con su vida sexual activa, sabemos que lo que intenta el primer nivel de atención es cómo prevenir (mira hacia la derecha) de las consecuencias malas de iniciar una vida sexual activa, el tema de los anticonceptivos, no solo anticonceptivos en sí, sino métodos de barrera (mueve las manos), métodos de cuidado que a las comunidades más vulnerables como la comunidad LGBT+ joven no se le trata de la misma manera
- Gerard: ¿Si uno sabiendo sus derechos de atención, si uno sabiendo de sus derechos es vulnerado por los profesionales de salud, no me quiero poner a pensar de una persona que no sea estudiada, que venga del campo, que venga de la ruralidad? si tú eres una persona del campo tampoco es que recibes una buena atención, y mucho más si eres un persona indígena, étnica; tiene que ver con muchas perspectivas, el prejuicio social que tienen las personas, yo creo que los médicos que son conscientes un poco más del trato son de estratos sociales bajos, que vienen de familias humildes, de estratos sociales humildes; porque si vamos de familias pudientes y eso el trato es peor todavía, como que no estamos a las alturas

(...) Pero eso me trajo a la memoria, imagínate, el decir que eres una persona homosexual, decir que tienes VIH, entonces eso le pone en conflicto a los profesionales de la salud y no te dan un buen servicio y te empiezan a discriminar (...) por el grado de vulnerabilidad que han tenido los y las compañeros y compañeras trans, el cómo se han sentido renegados de los factores sociales y de toda la sociedad incluso deberían ser un poco más empáticos y asertivos en el momento de la atención.

- Thiago: tengo un amigo que este se infectó de VIH ya, y él recibe todos los cuidados, recibe kits de protección, también recibe su medicina totalmente gratis y tiene sus exámenes porque pertenece al grupo de riesgo, se concentra en él más el hecho de que sea más vulnerable y le dan un reconocimiento mejor a él comparado con una persona que va completamente sana y va por un examen normal. No es que por estar infectado le den toda la prioridad a él, pero sí le dan el espacio y el derecho que él se merece, tengo algunos amigos con HIV y su tratamiento diferencial se les trata como personas que fueran a contagiar así no más y no me parece, ellos no deben recibir este trato en forma despectiva, sino que el acceso de ellos al medicamento debería ser el mismo que otra persona que tenga VIH y no pertenezca al grupo LGBTI+, las personas que tengan VIH, todas, deberían tener el mismo tratamiento y trato.

- Damián: también hay personas que viven de la sexualidad vendiendo su cuerpo y ellos también tienen que hacerse chequeos a cada rato (...) aquí si un gay sabe que tiene este VIH, y si él se lo cuenta a otro ya todos los que vivimos aquí lo sabemos. Así de simple. la información se distribuye y eso es un poco feo porque lo discriminan (...) Le dejan de hablar, ya no salen con él. Este pierde contacto, literalmente. Se comienzan hasta a burlar de él por tener eso, comienzan a decir cosas que no son: que es facilón, facilona, de que te afloja rápido por andar de calenturiento, de cojudo que no se puso protección.

- Gerard: esta interseccionalidad, de que no solo población LGBTI no es aceptada, hay otros grupos poblacionales que no son aceptados, esta discriminación simbólica que sufren las personas afro a quienes tampoco se les da la oportunidad, se les

cierra, lo que ha pasado con las corrientes migratorias ahora todo lo malo son las personas venezolanas, incluso de lo mal visto que son las madres solas porque son ¡mujeres de la vida! según la sociedad y que por eso se andan embarazando (abre los brazos, eleva la voz con tono de indignación), factores que te hacen que estés en un vínculo de discriminación, lo feo es que de estos factores de discriminación las personas que somos discriminadas discriminemos a otras, que nosotros hagamos ejercicios de poder, discriminemos y le demos la razón al resto de la sociedad, que supuestamente tienen todo ese ejercicio de una estructura generalizadora. Vamos por ahí por ese vínculo de cómo la sociedad ha clasificado a los grupos poblacionales, a quienes les han dado más oportunidades, a quien da menos oportunidades, y como dije no la aceptación (chasquea los dientes) la gente jamás va a aceptar, la gente no tiene un respeto porque incluso ni de respeto hablamos, hablamos de tolerancia, porque escuchas claramente lo que la gente dice “ah sí, sí, claro yo acepto que sea gay pero que no se meta conmigo, que no se meta con mi familia, que no se meta con mis hijo” si no tienes el respeto, no tienes la aceptación, porque siempre tienes, un pero, de por medio, dicen : “¡ay mira a llegado a vivir un negrito por acá!, tendrán cuidado, de pronto es shoro; ay mira han llegado unos venezolanos” y esto me carcomía en la pandemia, la gente como se alteraba y decía “¡ay, ya están cruzando el río los venezolanos, cuidado ellos vienen con enfermedades!” como empiezas a estigmatizar a la gente y cómo tú puedes generar procesos de violencia, una violencia colectiva a futuro.

2.5.2 La población trans

- Victoria: por ejemplo, si llega un niño de la comunidad de LGBTI, que se presenta como niña y que sepa que es niña y que el médico todo el tiempo le esté tratando del pronombre incorrecto (mira hacia el lado derecho), eso es una falta de respeto, es una falta de delicadeza terrible (...) la población trans es el sector más vulnerado de toda la comunidad, están pasando por un proceso que es muy distinto a los demás.

- Fabián: con una persona trans que ha acudido a un servicio de salud, al contar justamente al médico que es una persona trans, lo primero que hacen es derivar a un servicio de psiquiatría y significa nuevamente que hay como un (da un suspiro) trato patologizante hacia las entidades y sobre todo que antes de un levantamiento de información adecuada, yo considero totalmente innecesario hacer esta derivación automática a psiquiatría solo por ser una persona LGBTI. Ehhh, creo que estoy seguro que esto no le pasa al resto de las personas de la sociedad civil, entonces en esas cosas hay como tratos diferenciados (...) personas trans han sufrido esta exclusión, esta discriminación en los servicios de salud. Alguna vez, comenté con un amigo, en el que ni siquiera le quisieron atender porque era una persona trans y otra en la que, de plano, le clasificó en el diagnóstico por ejemplo de una persona con hermafroditismo femenino porque no comprendían que era una persona trans, le confundieron con una persona intersexual. Incluso otros casos, en un chico siendo un hombre trans le clasificaran en su orientación sexual como una persona lesbiana. Entonces si es una violencia hacia la propia identidad. Con estos tratos diferenciados, la negativa a atender a estas personas, este mal levantamiento de la información y también a ese irrespeto a la propia identidad de las personas.

- Gonza: un chico trans, en transición, fue a pedir asesoría, el médico simplemente, mmm. no quiero estigmatizar, pero un cuencano de pura cepa, no respetó su pronombre y lo llamó señorita, obviamente eso le hizo sentir muy mal, pero como es algo a lo que nosotros por decirlo de forma coloquial, ¡ya estamos curtidos! dijo “ok, ya, no respetó mis pronombres, lo único que necesito es asesoría”. este médico le había dicho a mi amigo “sinceramente yo de esos temitas no tengo ningún tipo de información para usted, no sé, vea si toma otra cita con otro médico porque sinceramente yo no le puedo ayudar” (lo dice con voz grave y con enojo); estás buscando asesoría con un profesional de la salud, que se supone que te va a brindar ayuda para informarte, no estaba haciendo ningún delito. Nuestro contexto social y nuestro contexto de atención médica no está preparado para hablar de estos temas.

- Lunita: apenas se dan cuenta de que es una persona trans porque es visible, siempre he visto que cambian el trato de las personas trans. Yo todavía no tengo

legalizado en mi cédula mi cambio de género, cuando me están llamando por mi nombre yo les interrumpo y digo soy yo, soy yo, siempre me preguntan con mucha educación usted es una chica trans, les digo que sí, ahí cambia el trato de los doctores, desde que ya saben que soy así, ya me tratan de una manera femenina. (...) Conozco de algunas chicas, chicas trans, va de la educación de las personas, porque he notado que estas chicas han sido groseras en los centros de salud, las chicas trans siempre hemos sido así a la defensiva, hemos sido también violentas no voy a negar ese lado. Muchas chicas trans que han estado en la calle ofreciendo trabajo sexual es lo que nos ha vuelto un poco violentas, a la defensiva, a veces ellas no se dan cuenta que el personal de salud está para ayudarnos a brindar el mejor servicio que se pudiera falta un poco más de educación en ese aspecto dentro de mi comunidad.

- Mila: creo que iría más a las personas que están haciendo transición, no he escuchado un trato diferente por su apariencia a personas gays y lesbianas (emite risa tímida).

- Andrea: personas trans, estas personas que no han transicionado del todo, porque es una persona que nació con su fenotipo de hombre, pero siente que corresponde al género femenino, obviamente va a tener cierta predisposición a enfermedades que como nosotras sabemos son más frecuentes en ciertos sexos, se le debería tratar normal como cualquier persona, pero sí se le debería indicar que por cuestiones médicas va a tener más predisposición a tener cierta enfermedad.

- Cleo: En primer lugar, tratarlos de acuerdo a su identidad de género, si la persona sabe que está al frente de una personas transgénero o transexual, debería decirle si le puede inyectar en tal parte, no hacerle sentir mal, por haberse puesto biopolímeros, que son sustancias para levantar ciertas partes del cuerpo y yo no lo he hecho gracias a Dios porque yo nací con esto, pero hay otras personas que tienen que inyectarse, es un complemento de su vida, si siente bien así, está bien. Si yo no hubiera tenido lo que tengo, yo me hubiera inyectado, ya me hubiera hecho la cirugía, ya me imagino yo (emite una risa tímida). En vez de haber invertido en psicología y eso, yo hubiera invertido en cirugías.

3. Familia

3.1 Conceptos

3.1.1 Concepto de familia

- Lunita, Mila y Cleo: Es un pilar fundamental y factor importante de nuestra felicidad, en donde se busca refugio y protección, nos brindan calor y amor sincero. Es una parte decisiva para relacionarnos Cleo: En mi experiencia he tenido el privilegio y he gozado de tanta protección y afectividad que ya estoy asqueada y ya no quiero que se me acerquen.
- Damián: Es mi pilar de apoyo, protección y fortaleza. Al principio para mi madre fue un poco “chocante”, ahora me acepta como soy; ¡ella es mi pilar y fortaleza!
- Andrea: Mi familia ha sido un soporte gigante, al principio tuve ciertos problemas con mis padres, mientras que mi ñaño siempre me ha brindado su apoyo incondicional, siento que me quiere más ahora que sabe soy bisexual.
- Fabián: En un contexto específico de población diversa, la familia es con quienes convivimos y compartimos nuestras vivencias, a veces nos ha tocado encontrar una familia en otros espacios, más que todo personas que han estado con nosotros en todos nuestros procesos de vida.
- Gerard: Para la población LGBTI la familia se va generando desde esos procesos de amistad, confianza y las redes que se van tejiendo dentro de las mismas organizaciones o el mismo núcleo.
- Gonza: Depende de cómo es su reacción a la salida del closet, en mi caso fue negativa. Entonces, la familia para una persona LGBTI lo es todo si nos llegan a apoyar o es nada si nos rechazan.
- Thiago y Victoria: Debería ser un apoyo incondicional, no alguien que juzgue. La familia puede ser un apoyo incondicional o alguien quien les hunda completamente. Existen familias que son salvadoras y que logran ser esa zona segura, como

también familias que son enemigas totales, que se te vengan en tu contra o familias nulas que saben tu orientación, pero no tocan el tema y le das igual.

3.2 Estructuración familiar

3.2.1 Miembros de la familia

- Andrea: Tengo mi mami, mi papi, mi pareja, mi ñaño y mi perrita.
- Mila: Mi mamá, mi papá, mis 2 hermanitos.
- Victoria: mis papás y mi hermano menor.
- Damián: Ahora solo mi madre y mi gato que se llama "Oreo" (muestra a su gato en la cámara). Porque padre no tengo y mi hermano por parte de mamá vive con su papá aparte.
- Cleo: Mis sobrinos, mi mamá, y la esposa de un sobrino. Mis hermanas y cuñados viven en el exterior. Yo vivo con mi mamá, con quién comparto una casa de dos pisos, ella vive en la parte de abajo, yo en la parte superior.
- Fabián: Mi núcleo familiar principal es el consanguíneo con mi madre y mi padre que son con los que convivo, pero también considero familia a las personas con las milito activamente en mis espacios políticos, por ejemplo, mis compañeros de organización.
- Gerard: Mi mamá, mis hermanos y mis sobrinos, ahora solo vivo con mi mamá. La otra familia es la que tenemos formada tanto en Intertúleas como en Silueta, que somos las redes de apoyo y acompañamiento.
- Gonza: Mi grupo familiar consanguíneo son mi madre, mis dos hermanos, mi padrastro, los padres de mi padrastro, pero a las que considero familia han sido mis mejores amigas y tengo madres putativas.
- Lunita: Mi papá, mi mamá, mis sobrinos, mis primas, mis cuñados, mi tía. Yo vivo sola siempre ha sido así, tengo más libertad. Yo vivo sola desde los 19 años, a esa edad yo ya empecé con el trabajo sexual en Quito, luego fui a Colombia y ahora que me vine de allá, estoy casi 8 años en Cuenca, es complicado tener una relación

cuando eres una trabajadora sexual. Mi familia ha sido tolerante y no me ha rechazado.

- Thiago: Ahora vivo con mi pareja y una amiga, quienes son una extensión de mi familia.

3.2.2 Núcleos familiares

- Andrea: Estoy comprometida con mi pareja mujer y vamos a formar una familia.

Gerard: A mi familia le ha costado más de 15 años el entender de que soy una persona diversa, que soy homosexual. En las familias biológicas sí se crea este conflicto, este proceso de desconocimiento, de violencia y, por tanto, decidimos salir de los núcleos familiares y somos empujados a vivir en calle como en mi caso, otros casos en donde les toca ejercer trabajo sexual porque no tienen otra factibilidad para obtener medios económicos.

-Lunita: Las mujeres trans femeninas y los hombres trans masculinos puede formar una familia, es decir procrear a diferencia de una pareja homosexual, no pueden hacerlo por su biología, entonces se les puede facilitar la adopción.

- Mila: Mi entorno familiar no es agradable de acuerdo a estos temas y prefiero vivir mi vida alejada de ellos, además no estoy haciendo algo malo. Ellos viven en su mundo y yo en el mío.

3.3 Relación con la familia

3.3.1 Aceptación y discriminación

- Andrea: Mi mami no me habló como un mes, se enojó conmigo, por tanto, yo le di su espacio la entendí, aunque me dolió bastante. Actualmente se volvieron más empáticos, abiertos y nos llevamos bien.

- Cleo: A los 21 años, mis hermanas me levantaron la duda que, porque no he tenido novia, por lo que decidí acudir a terapia psicológica para descubrir quién era yo, y soy intersexual.

- Damián: Cuando mi mami se enteró, temía perder su estatus social, al principio no dejaba expresarme libremente, me compraba ropa de niña, y decía ya que eres gay te voy a comprar calzones, quieres vestidos, quieres zapatos de taco, quieres el cuarto rosado. Ella poco a poco aprendió a aceptar sus errores y a aceptarme.

- Gerard: A los 25 años ya me empecé a aceptar por lo que investigué, leí, me reconocí, pero seguía con la duda de porque mi cuerpo era diferente hasta que descubrí que soy intersexual.

- Gonza: En mi familia la situación es terrible, son mil palizas, psicólogos y estudio bíblico para intentar cambiarme y eso colaboró para que me genere depresión y estrés post traumático. Existe un trato distinto previo y post salida del closet; previo, yo era la princesa, la primera, a posterior, empezó la distinción de trato.

- Lunita: Mi familia ha sido tolerante, aceptan mi forma de ser, con mis virtudes y defectos, nunca he sentido rechazo. Al inicio al enterarse de mi orientación les afectó bastante, porque yo he sido el primer hijo y el primer nieto. Yo tuve que irme de la casa para castigarles, pero me volvieron a buscar y al final me aceptaron.

- Mila: Mi entorno familiar no es muy agradable por lo que prefiero vivir alejada de ellos.

- Thiago: Mi mamá no sabe porque aún mantiene su pensamiento conservador y religioso, solo mis hermanos lo saben, quienes ahora son más tolerantes. Si yo le contara a mi mamá se haría un problema grande, perdería su cariño y respeto por lo que decidí no hacer y solo vivir mi vida.

- Victoria: La relación con mi familia es muy buena, sobre todo con mi hermano menor es excelente, cuando le conté mi orientación sexual para él fue como si nada. Para mi mamá me reclamó y me dijo que porque no le conté antes mientras que para mi papá fue más complejo.

3.3.2 Problemas físicos y psicológicos:

- Andrea: Yo sigo dejando de lado mi salud porque a veces pienso que hay cosas más importantes, pero ¡eso no debería ser así! Mi papi no está de acuerdo con el

tratamiento para problemas psicológicos, él me dice que solo debo ponerle más ganas en las cosas.

- Cleo: El hecho de ir primero al psicólogo, a ver quién era yo, a descubrir mi ser interno, fue un despertar. Mis hermanas viajaron del exterior 2 veces al Ecuador porque yo padecí una enfermedad cerebro vascular, ellas me cuidaron y estuvieron conmigo cuando salí del hospital incluso hasta recuperarme, al igual que mi mamá.

- Damián: Yo tuve más apoyo de mi familia que la propia comunidad, porque siempre me han estado apoyando en ser homosexual. Mi padrastro era machista y maltrataba físicamente a mi mamá, mi hermano y a mí, mi mamá permitía todo eso hasta que se separó y se dedicó a la mala vida, además el papá de un primo me odio por ser gay, no dejaba que mi primo salga conmigo porque pensaba que le voy a pegar “la enfermedad”, todo esto influyó en mi salud mental teniendo depresión y ansiedad.

- Fabián: A los 13 y 14 años inicié mi transición de género y en mi familia había prejuicios, discriminación y renuencia a entender las identidades diversas, esto llevó a afectar a mi salud mental y física por no contar con redes de apoyo, la soledad y tuve que vendarme los pechos. Debía acudir al psicólogo en ese momento, pero no te tenía los recursos económicos porque era caro. Actualmente en mi familia existe mayor aceptación y mi hogar se ha vuelto un espacio seguro.

- Gerard: Ahora he tratado de no vincularlos mucho con los temas de mi enfermedad porque se preocupan demasiado y por esto me causa culpa. La afección física viene más por mi condición, de intersexualidad que ha afectado mi salud por ejemplo el tema de la osteoporosis, prevenir el cáncer, entre otros. Un día un médico me comentó que “lo que pasa es que como tú tienes unos desfases hormonales, tu cerebro está funcionando de otra manera y este como que engaña a tu cuerpo y empieza a hacer unas estructuras diferentes que para nosotros no son normales”, ahora me prohibieron tomar demasiada agua porque el cerebro va a asimilar de que estás con bastante agua y te va a expulsar y luego vas a tener problemas de deshidratación que es por la deficiencia de sal que tenemos. En el tema psicológico que te dan estos desfases hormonales y por tanto emocionales.

- Gonza: Yo estoy bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico desde hace un año, considero que aparte de tener este desarraigo, que en el tema de mi sexualidad han sido negligentes, no desmereceré que siempre están pendientes de mí tanto farmacológicamente como emocionalmente.

- Lunita: Yo tenía temor al castigo que mis padres me iban a dar, de que mi papá me encuentre algún rato por ahí, me lleve a la fuerza a la casa y me dé un castigo severo, pero con el transcurso del tiempo, aceptaron y toleraron, ahora me quieren y saben que cuenta conmigo para cualquier cosa. Mi mami cuando estuve enferma con los cálculos de la vesícula, llegaba todos los días a visitarme en el hospital y mi hermana también me ayudaba en lo que más podía.

- Thiago: A mi familia no me gusta decirles que estoy enfermo porque no quiero cargarles con el peso de estar al pendiente de mi salud, sino me gusta comentarles que estoy bien.

- Victoria: Yo soy la típica que dice que voy a hacerme la dura hasta que se den cuenta de que ya no puedo, pocas veces he estado muy enferma y es un caos total porque mis papis se desesperan.

3.3.3 Reglas y normas

- Andrea: Ninguna, es en realidad como antes y como siempre.

- Cleo: Mi hermana mayor y mi madre me imponen que no me ponga ropa muy provocativa, muy pegada al cuerpo o que se me vea las piernas, porque llamo la atención de los demás. Pero no entienden lo hago porque siento bien mas no por provocar.

- Damián: No llegar tarde, esa es la regla que todo el mundo tiene que aplicar, no traer hombres a la casa. A mi mamá no le gusta que me maquille o me ponga cosas de mujer, pero no es que me lo prohíba.

- Fabian: Cuando era más pequeño, los roles de género son más marcados, al pensar que las niñas son así, se visten así, que complicaran el reconocimiento de la identidad.

- Gerard: Yo podía hacer cualquier cosa fuera de casa y no podía traer amigos a casa, amigas sí, no podía quedarme a dormir en casas de mis amigos siempre tenía que llegar a mi casa.
- Gonza: Se me trató de imponer el utilizar vestidos, dejarme el cabello largo y hasta el día de hoy sigue siendo un tema de debate. Me condicionaron que para que me pudieran pagar la carrera de paramedicina yo tenía que dejarme crecer el cabello durante 2 años.
- Thiago: Tengo una regla con mi hermana de que no puedo hablar acerca de mi novio al frente de mis sobrinos, porque ella tiene todavía el pensamiento conservador.
- Victoria: Respetar la casa, que las parejas deben presentarse, las horas de llegada, todo es igual que con mi hermano.

3.3.4 Tabú y prejuicios

- Damián: Mi mamá me decía que no me maquille, no me pinte las uñas, solo debía vestirme bien
- Fabián, Mila y Lunita: No han tenido tabúes.
- Gerard: De que somos personas enfermas, que cada rato estamos ansiosos tener sexo o somos violadores en potencia. Por ejemplo: si soy gay me voy a vestir y comportarme como mujer. En mi cuarto no pueden entrar mis sobrinos, no puede entrar nadie más; pero las hemos ido rompiendo poco a poco.
- Gonza: Mi familia tiene la esperanza de que cambie, cosa que nunca va a pasar. La orientación sexual es un tema que no se toca, ni siquiera la palabra se le puede mencionar en la casa porque es un tabú total ya que eso es pecado, es una aberración, es todo lo que está mal en el mundo, es algo que no debería existir.
- Thiago: Los niños no deberían juntarse con personas homosexuales porque tienen miedo que esto sea transmisible.
- Victoria: Cuando recibía charlas de los derechos de matrimonio y los derechos de adopción, ese era un tabú muy grande en mi casa porque mi familia extendida

mencionaba que si conviene la crianza de niños sin hacerlos como ellos. Y el típica acerca de una pareja homosexual de 2 hombres, preguntan cuál es la mujer.

3.3.5 Machismo y hembrismo

- Andrea: En mi casa no es evidente, y todo en extremo es malo.
- Cleo: Las mujeres de mi familia son machistas, me decían que los hombres son malos, entonces yo crecí con la idea de que los hombres me iban a hacer daño.
- Damián: El típico de quien es la mujer en relación. Yo les explico que existen los roles sexuales: activo, pasivo y versátil, entonces piensan que el pasivo es el papel de la mujer la que cocina, limpia y le hace caso al marido y que el activo es el que manda y el que domina.
- Fabian: Yo creo que el hembrismo no existe, entonces no creo que está muy presente en mi familia.
- Gerard: Nosotros los intersex sufrimos el mismo machismo y violencia de los hombres gays, nos dicen que no deberíamos existir porque irrumpimos la condición de ellos de ser hombres, y afirmaríamos la verdad de la gente que los gays deberían ser femeninos.
- Gonza: Las reglas y situaciones respecto a mi vestimenta quizá podría tomar tintes machistas, sin embargo, esto tiene que ver más con la heteronormatividad.
- Lunita: Mi papi si es un poco machista, pero ese es su carácter.
- Mila: Un relato que leí que es de una chica que su papá era tan machista que al contarle que le gusta las mujeres la agarró a golpes y le decía con golpes se le quitaba.
- Thiago: Mi mamá era hembrista, porque llevaba los pantalones en la casa y la que tomaba las decisiones.
- Victoria: En mi casa hay un matriarcado súper marcado, porque mi mami tiene el carácter súper fuerte. Yo soy feminista y tengo la suerte que mi abuela paterna era una luchadora, entonces existe un feminismo innato.

3.3.6 Religión

- Andrea: Mi mami y mi papi son católicos, bueno yo también, aunque ahora estoy en un limbo de alguna manera soy agnóstica.
- Cleo: Mi hermana tras mi enfermedad se transformó en cristiana, igual que la demás familia. Yo soy católica, igual que mi madre, pero no practicante.
- Damián: Mi mami era una fanática religiosa y cuando se enteró de mi orientación sexual, me decía que sí creo en Dios, él me va a ayudar en todo esto. Mi tío y mi abuelo son testigos de Jehová y nunca me han tratado mal.
- Fabián: Mi familia no es tan religiosa, la religión es bastante diversa, algunos no tienen religión, otros son católicos practicantes, entre otros.
- Gerard: La religión es una contraparte muy dura en poder estipularse como persona LGBTI, lo primero son las citas bíblicas “que Diosito te va a castigar”; yo fui catequista muchos años, pero yo lo abandoné y me separé de la iglesia y decía: “no puedo estar en un lugar donde supuestamente te hablan de amor y luego te o te generan violencia”. Con mi familia hemos realizado acuerdos de que en la casa no se habla de la religión.
- Gonza: Los lineamientos bíblicos hacen que la discriminación esté presente.
- Mila: Hay personas que te van a decir que te enfermaste porque estás en contra de la palabra de Dios, es un castigo. En lugar de apoyar terminan por achacar.
- Thiago: Desgraciadamente mi familia se ha criado con una religión muy arraigada, esto ha generado que el “pecado” y no deba existir la homosexualidad ni el lesbianismo.
- Victoria: Yo no me crie dentro de una familia religiosa, y yo también nunca lo he sido. En mi familia extendida hay típico comentario de que te vas a ir al infierno, que eso está mal.

4. Sociedad (población LGBTI+ y población no LGBTI+)

4.1 Conceptos generales

4.1.1 Concepto Sociedad

- Andrea: La sociedad es un conjunto de creencias, de normas, de protocolos a seguir que se ponen dentro de un grupo de personas, según lo que se ha venido creyendo desde siempre las cosas deberían ser así en base a sus propios criterios y a lo que viene de años y años y de años y de generaciones, no siempre van a estar bien ni siempre mal, pero muchas veces esas cosas pueden cambiar.
- Fabián: personas con las que compartimos bases centrales de los colectivos, de nuestra forma de organización.
- Gerard: círculo en el que nos desarrollamos, donde vamos haciendo nuestro proceso de vida, donde vamos cumpliendo nuestros proyectos de vida y el espacio donde interactuamos con otras personas; luego claro hay una sociedad en la que podemos ser aceptados, rechazados, una sociedad incluso que te pueden excluir.
- Gonza: El peor cáncer de todos desde la perspectiva de la vida, que tiene salvación si nos empezamos a informar más y empezamos a ser más críticos, para mí la sociedad es un lugar no seguro.
- Mila: es un espacio en donde tú tienes unos derechos y tienes unas obligaciones, y en todo ese camino debes de cumplir todo eso para ti y para el resto de personas que conviven en el mismo espacio.
- Thiago: Desgraciadamente la sociedad, no sé si aún no se encuentra capacitada para o no quiere estar capacitada para. Yo en la calle no puedo hacer lo que una persona o pareja socialmente aceptada hace, si yo voy cogido de la mano con mi pareja muchos me quedan mirando, muchos lo hacen de forma despectiva y emiten comentarios despectiva, lo que no pasa con una pareja heterosexual.
- Victoria: Es todo el entorno humano de costumbres y de creencias de actitudes y aptitudes que nos rodea en general. Todo lo que consiste el entorno, donde interactuamos como seres humanos

- Cleo: Es un grupo de personas que conforman cierto lugar, país o región. Es un conglomerado de personas.
- Lunita: sociedad un lugar donde todo es normado por prototipos de que eres varón o eres mujer y es donde nosotras las chicas trans pues rompemos igual esas reglas. Vivimos en una sociedad patriarcal donde nos imponen a la fuerza muchas formas de pensar, formas de vestir, de actuar y es muy diferente para nosotras.
- Damián: La sociedad (risa nerviosa) no soy mucho que hable y así, no te podría dar una respuesta como para opinar de la sociedad, es que no me gusta estar con varios tipos de personas, yo tengo mi grupo y estoy con mi grupo y ya, yo del trabajo a la casa y de la casa al trabajo y si mis amigos vienen me visitan aquí y ya, que vaya y salga por ahí, no soy muy social en ese aspecto.

4.1.2 Concepto Población LGBTIQ+

- Andrea: Es un grupo de personas que quieren sentirse incluidos dentro de un grupo de personas, no es la mejor manera de decirlo pero son personas que quieren sentirse dentro de la sociedad, de alguna manera entrar a esta parte de bien de la sociedad para no estar dentro de esta parte de mal, no me gusta que yo camine por la calle y se me queden viendo, o no me gusta que por ser como soy me hagan (silencio) sentir mal, porque no tienen derecho, no estoy haciéndoles nada ni les estoy causando ningún daño, entonces no me gusta sentirme atacada por algo que ¡ni siquiera! yo controlo.
- Cleo: yo soy la I de las siglas LGBTI, pero yo no me siento parte de la comunidad LGBTI de verdad, yo siempre he estado al margen, no es que yo sienta falta de empatía, sino es que las cosas que yo he vivido, ellos no lo han vivido. Los lugares que ellos frecuentan yo no frecuento, no es por vanidad, yo soy una persona que le gusta lugares de más calma, más tranquilas. Si yo voy a lugares con personas LGBTI, siento cierta discriminación por esa parte, las demás personas se sienten incómodas por la presencia de mis amigos de la población.

- Damián: es como una familia más. Porque te rodea la gente que de la que tú necesitas, de la que no te van a discriminar. No se van a burlar, te van a hacer sentir seguro. Y poco a poco vas creciendo. Como en todos lados hay buenos y malos hábitos.

- Fabián: Creo que es una parte más pequeña también de esta sociedad, nosotros también somos parte de esta sociedad más grande. Quizás que si nos agrupamos entre nosotras y nosotros porque compartimos estas características de exclusión y estas experiencias de vivir de una manera diferente.

- Gerard: No hay una comunidad como tal porque comunidad es muy pequeña, es muy cerrada (cierra la mano), te limita, por eso es que no decimos comunidad, de hablar LGBTI estás hablando de cinco poblaciones simplemente en abreviaturas y más aún si le pones LGBTIQ+ y demás abreviaturas, que comparten vínculos de desarrollo, interacción que puedes tener, estos vínculos de acompañamiento.

- Gonza: ¡El lugar seguro para mí! La comunidad LGBTI en su gran mayoría es un grupo hermanado porque sabes que tú sufres y esa persona también lo sufrió y lo que tú sientes también la otra persona también lo vivió y se forma una red de empatía en donde todo se convierte en un lugar de protección, tú dices “ok, yo pasé por esto, ven yo te puedo aconsejar al respecto y podemos salir adelante” incluso al ser personas que han terminado en situación de calle tú dices “sabes qué, si necesitas un techo, pásate aunque sea te acolitamos a que te quedes unos dos días, pero te acolitamos, te damos una mano” y lo digo porque me ha pasado, para otras no del todo por cuestiones personales, como menciono no todo va a ser flores, chocolates y unicornios.

- Victoria: Es ese pedacito de sociedad que encaja con las diferentes orientaciones, identidades y todo lo demás que forman el espectro de la diversidad sexual.

- Lunita: la población LGBTI+ es parte de la sociedad.

- Thiago: lo que me rodea, algo que está ahí y tengo que convivir, nada más, no es precisamente que tengo que portarme de tal manera como dicta la comunidad, obviamente si es que no le hago mal a nadie tengo que vivir mi vida ante la comunidad. Obviamente, tampoco es que voy a portarme de la peor manera porque

estoy viviendo mi vida, obviamente si es que no le hago mal a nadie tengo que vivir mi vida ante la comunidad, está bien.

- Mila: personas que les interesa lo mismo. Siempre lo relaciono como cuando buscas algún club, las personas tendemos a buscar de otras que tengan nuestras mismas aficiones para compartir y comentar de algunos temas específicos y siento que la comunidad se ha ido dando más visualización.

4.2 Comportamiento de la sociedad

4.2.1 Discriminación y aceptación por la sociedad

- Andrea: este tipo de cosas de discriminación así se dan en todas las edades, pero es más en personas que son un poco más grandes que tienen su cabeza muy cuadrada desde siempre. En las mentes más jóvenes se ve más aceptación (...) muchos comentarios machistas de personas hacia mujeres que son mis amigas y por ejemplo van por la calle dadas de la mano y les dicen que por poco “si están juntas es porque les falta un buen hombre en sus vidas, porque no han tenido un buen hombre (con voz irónica)”, mi pareja me contó una vez que ella iba por la calle con su pareja (baja la voz, risa nerviosa) y un tipo ¡les siguió!, pero en mal plan y les iba comentando cosas y les decía “a ustedes les falta un hombre y no sé qué y no sé cuánto” ¡horrible, la sociedad en general es horrible! ¡y esta señora loca del corpus! que al ver que yo apoyaba la cabeza en el hombro de mi pareja nos miró con mala cara dejó todos los dulces recogidos en la canasta y se fue, la vendedora (...) que quieras darle la mano a alguien y caminar por la calle ¡lo hace cualquiera! y no tiene por qué ser un acontecimiento para estar dándote la vuelta y mirarles y (empieza a susurrar) cuchicheando.

- Cleo: No, yo creo que existe el estigma, yo estuve en una organización de personas heterosexuales, y me decían que yo no podía ser parte del grupo, y las mismas personas luego me escribían por interno. Porque yo he dicho que soy intersexual, mi forma de ser, delicada, en calma, eso es lo que les atrae a los demás. (...) Por ejemplo en mi caso, me han cobrado más las cosas de los valores

establecidos, por ejemplo, si una cosa cuesta 1 dólar a mí me lo dan a 1,25, a todo me suben 25 centavos, siempre tratan de aprovecharse de mí en esa situación.

- Damián: Bueno en una marcha que yo fui, sí había gente que miraba mal, que tapaba los ojos a sus hijos pequeñitos para que no vean, fueron pocos los casos, pero de ahí la mayoría de gente nos saludaban, nos apoyaban, alzaban a sus niños, hacían que sus hijos nos saluden, fue bonito en realidad (...) actualmente si estamos siendo escuchados por la mayoría de muertes que se han dado por parte de la comunidad. Ahora sí la policía sí no está ayudando, poco no mucho, poco a poco para poder sentirnos seguros y en caso de que haya un asesinato o algo ya comienzan a darse las investigaciones, antes no se daba nada (niega con la cabeza) éramos como un caso más y ya para allá, un gay menos (...) privilegios no (niega con la cabeza) queremos algo igualitario, queremos ser iguales, ser respetados, ser escuchados, ser tratados como las demás personas, no nos queremos sentirnos superiores a nada.

- Fabián: el resto de la sociedad que no consideran que las personas LGBTI somos parte de la sociedad (...) exclusión, negando la ocupación al espacio público, negando la entrada a ciertos lugares o de sectores, observando una clara violencia emocional, sobre todo física, esta renuencia de compartir espacios con las personas LGBTI (...) esa renuencia al hablar de estas prácticas sexuales más diversas, en este tema de la educación sexual que no se habla enfocada en personas LGBTI, hablar que las personas LGBTI también tenemos una sexualidad. El tema de las niñeces LGBTI, evidentemente los niños saben que son personas, yo creo que desde que una persona empieza a tener conciencia de su propia existencia va construyéndose uno mismo, entonces no se habla mucho de niñas-niños trans, intersex y es justamente un problema porque la niña-niño necesita representación, sentirse identificados con algo.

- Gerard: Ha tocado hacer un trabajo de hormiga, un trabajo arduo de años y años para que la gente no acepte, no hablemos de aceptación, para mí es más importante que la gente comprenda y entienda que existen personas diversas dentro de la sociedad (mueve la mano haciendo un gran círculo). Tampoco soy partidario de las

normativas colectivas o sancionadoras, no estoy de acuerdo, por ejemplo, que en el código penal tú catalogues que no puedes discriminar a las personas y si discriminas a las personas tienes años de prisión, para mí eso no debería ser porque en ciencias humanas no necesitarías que la gente tenga miedo para poderte aceptar, ¡la gente te acepta por miedo! porque te dice “ah no, si yo no le acepto este man me va a demandar y por él no quiero irme a la cárcel”. No hay un ejercicio como tal para poder hablar de una aceptación al cien, porque siempre tienes un miedo, una sanción, un factor externo que te cause nuevamente estos procesos de esta dicha “aceptación”.

- Gonza: Dentro de la sociedad Cuencana no (suspira) ¡Uff, es estigmatizada (alza el tono de voz) lo máximo! y a nivel de Latinoamérica, la homofobia es algo que está presente en el diario vivir, la transfobia también es algo que por sobre todas las cosas ha generado muchísimas muertes, las muertes violentas por simplemente formar parte de la comunidad LGBTI nos dan una muestra de cómo la sociedad puede llegar a ser cruel con una persona simplemente porque comparte su cama con una persona de su mismo sexo; y es por eso que siempre estaremos en la búsqueda de la justicia, por eso es que sin justicia nunca habrá orgullo.

- Mila: Las personas son medio raras, se saben quedar viendo un buen rato, Me da mucha risa cuando hombres dicen que les da miedo que un hombre venga de la nada, pero a veces ellos mismos hacen eso con las mujeres, van y las piropean de la nada. Mientras no roce el nivel de fragilidad del hombre cuando otro hombre le piropea (...) crímenes de odio que la sociedad simplemente las ha ignorado, las ha dejado pasar, para sentirse bien ellos mismo (...) existen muchas ideas retrógradas y estas son muy machistas a como se debe tratar una relación, si te gusta ser gay, NO necesitamos verte gay, no nos tenemos que dar cuenta que eres así no tienes que darle besos a tu pareja, para qué estás dándole la mano.

- Thiago: queremos pertenecer a la humanidad, porque la sociedad es un poco animal (...) no hay verdugo sin víctima, la sociedad victimiza porque las personas LGBTI permiten que se les victimice, por ejemplo, si el grupo LGBTI+ tuviera mucho poder, la sociedad se convertiría en víctima. Hay esta victimización para llamar la

atención. Metiéndome más en la psicología cuando la persona es víctima siempre tiene todas las de ganar porque toda la ley se vuelca a la víctima, cuando la víctima se muestra como tal.

- Victoria: pasa en casi todos los lugares creo, lo que no es considerado normal nos parece algo raro, y algo raro nos parece mal porque es nuestra forma de naturalizar nuestras cosas en el cerebro, de manera más sencilla evitándonos todo ese proceso de razonamiento, pero sí creo que existe y que si se siente bastante en todos los ámbitos, no solo cuando sales con tus pareja en entornos educativos, en entornos de salud en entornos de creencias religiosas de derechos, y eso laboral y todo, si se siente bastante.

- Lunita: la sociedad nos coge como objeto de burla, como el irrespeto total (...) La sociedad nos ha discriminado y eso nosotras cogemos fuerza, y vamos con esa lucha en alto para nosotros poder desarrollarnos como personas, como seres humanos libremente como nos sentimos identificadas, y es muy diferente para nosotras también coger esa lucha, no callar, no quedarnos atrás y también impulsar nuestra propia lucha como colectivo LGBTI.

4.3 Fenómenos culturales dentro la población LGBTI+

4.3.1 Discriminación en la población LGBTI+ a sus miembros

- Andrea: dentro de la población LGBTI se discriminan entre ellos (voz triste), me parece súper tonto, pero por ejemplo a las personas bisexuales, por lo general los gays y más las lesbianas ¡les discriminan! (voz sorprendida), y he escuchado de muchas, muchas, muchas mujeres lesbianas, que dicen, por ejemplo: si a una mujer le gusta a otra mujer y esta chica es un 10 pero es bisexual ¡le bajan los puntos solo por ser bisexual! ¡no tiene sentido! (risa alegre) pero otra forma de discriminación es de la comunidad hacia los transexuales, transgénero, he visto más un rechazo, les sienten y los ven diferente, no tanto como las personas que no forman parte del grupo LGBT.

- Cleo: Indudablemente, porque existe la envidia y la competencia, y eso pone tóxico el ambiente, el grupo de las mujeres trans son las más vulneradas, se cortan el cabello entre ellas, se arreglan la cara, etc. (Silencio de 4 segundos) Las mujeres lesbianas también sufren bastante, las demás personas los ven de manera rara, incluso creo que los gays son más aceptados.

- Damián: entre nosotros mismos nos discriminamos, no hay que mentir (sonrisa) a veces se discriminaba unos por ser más varoniles que otros, por ser afeminados, cosas así; si yo veo un gay afeminado diría, porque así hablamos “mira esa loca fea levantada” (risa nerviosa) cosas así en broma entre nosotros mismos nos decimos eso, es un poco discriminatorio (sonríe, afirma con la cabeza) aunque no lo veamos, sí discriminamos un poco literalmente a todos. Esto pasa porque no están acostumbrados a ver este tipo de personas, porque la idea que tienen la mayoría de la comunidad es de ser 100% machos, varoniles para que no se note por la sociedad para que no te hagan Bullying, no te discriminen y para que no te terminen asesinando por ser de la comunidad (afirma con la cabeza) creo que es para que no te maten.

- Fabián: Sí y creo que más por estas ideas machistas, al menos la mayoría de hombres homosexuales que tienen una apariencia más heteronormada, quizás son las personas que discriminan mucho a las personas que no somos tan heteronormadas. Entonces esta necesidad de ser normales entre comillas, ha hecho que exista demasiada discriminación (...) quienes suelen tener una posición de poder o una característica que le dé más aceptación, suele invisibilizar mucho a las otras poblaciones. Digamos en las luchas LGBTI nuevamente los hombres gays están siempre al frente de la agenda y se hace lo que ellos consideran prioridad y el resto como la población trans tampoco es que tengamos mucha voz.

- Gerard: mientras más femenino eres más rechazado estás en el grupo poblacional gay, en esta creación de roles donde sentimos que las personas que “funjen” (signo de comillas con los dedos) como activos son los machos de la relación, son los jefes de hogar, las cabezas de hogar, tienes que nuevamente que poner en factores de discriminación a la persona que es más afeminada o que no tenga el gusto por los

roles de un activo por ejemplo (silencio); para que se entienda este rol de activo y pasivo por ejemplo: el activo es el que toma toda la iniciativa de la relación muchas veces, es el que penetra no el que recibe o recepta; el pasivo es el que recepta, al momento en el que tú eres un receptor pierdes toda esta categoría, según ellos, esta categoría de hombre, y tienes que estar condicionada a la situación de otra persona, tal como se ha dado la violencia intrafamiliar en las pareja heterosexuales donde el hombre piensa que tiene el dominio sobre la mujer; el desconocimiento por ejemplo hacia población trans, no se entiende aún el tema de la identidad incluso hay frases muy fuertes y discriminatorias que te dicen: “yo soy gay, soy hombre, me gustan los hombres, y no me gustan los remedos de mujeres” ¡no es un remedo de mujer, tú le estas generando un proceso de violencia porque no estás entendiendo, no estás captando la idea de cuál es su construcción de vida, su construcción de identidad!”. Haces también esa segregación cuando dicen “es una reunión solo de hombres gays, no pueden estar personas trans, o vamos a hacer una reunión de solo mujeres lesbianas pero no pueden estar las trans femeninas, tendrían que estar los trans masculinos” pero si los trans no se identifican en los grupos de mujeres cómo le puedes obligar a que esté en un grupo de mujeres; cuando tú te pones a analizar y a ver quiénes están liderando las organizaciones, por lo general, son hombre y son hombres gays (...) el machismo, el patriarcado o el sexismo que tú hablabas al comienzo están muy muy muy arraigados a la población LGBTI sobre todo en estos grupos hegemónicos de los considerados hombres.

- Gonza: no todo es chocolates, flores y unicornios (agudiza el tono de voz) también existe machismo dentro de la comunidad LGBT, existe hembrismo dentro de la comunidad LGBTI, existe misoginia, existe uff, existe incluso ¡transfobia dentro de la comunidad LGBTI!” (...) discriminar a la Tomboy porque se viste así o no eres tan lesbiana si no haces esto, o incluso hay lesbianas Tomboy que toman actitudes machistas y por tomar estas actitudes machistas empiezan a generar transfobia, hacia mujeres trans (...) transfobia internalizada, el decir el “no me representan” (hace el signo de pare con la mano), existe el decir que tal o cual es más gay o se le nota más.

- Mila: si hubo bastante pelea por la invisibilidad de la bisexualidad, porque decídete o eres gay o eres lesbiana. Lo toman como una etapa de transición, creo que es el mayor punto de discriminación.
- Thiago: personas de este gremio se portan de manera despectiva porque se sienten que están en una élite, y eso no me parece tampoco justo (...) me he negado a pertenecer al gremio.
- Victoria: yo te digo que aquí en Cuenca la comunidad LGBTI es súper tóxica y súper compleja como es una ciudad pequeña, es el típico pueblo chico, infierno grande, todo el mundo se conoce con todo el mundo (mira hacia arriba)
- Lunita: En el caso de nosotras las chicas trans con las que tenemos pareja, siempre se nos dificulta conocer a esa persona ideal, es complicado tener una relación cuando es trabajadora sexual, preferiría no hablar mucho al respecto.

5. Entrevista

5.1 Calidad de la entrevista

5.1.1 Calidad de opiniones

- Andrea: Me gustó mucho la verdad, si hay cosas en las que no estoy tan informada, no sé no estoy muy informada incluso al ser del mismo grupo. Espero que les vaya súper bien con su tesis, chicas.
- Cleo: Esta entrevista me ayudó a tomar conciencia que yo soy una persona bendecida por Dios, si ha habido momentos difíciles, pero si pongo en una balanza la atención en salud fue buena, ha sido muy dirigente, muy acorde a lo que aspiraba y esperaba en los centros de salud, pero comparada con los demás de la población LGBTI el trato es horrendo.
- Damián: Pues la verdad me parece muy pero muy interesante el tema que ustedes están tratando, porque se podría dar a conocer de hecho hacia los propios médicos, hasta nuestra propia comunidad para poder crear un lugar seguro para nosotros, un lugar sin discriminaciones, un lugar donde podamos ser felices y seguros e ir aquí,

por ejemplo aquí (...) sería un lugar genial para no estar aguantando esos malos tratos a la gente (cierra los ojos y afirma con la cabeza), Y ya, me parece muy lindo lo que están haciendo (sonríe), creo que ustedes también hablan por nosotros, aunque nosotros digamos no, ustedes también tienen voz y voto para ayudarnos (sonríe) y creo que también las personas heterosexuales también han sido discriminados por nuestra comunidad pero hay heterosexuales que yo he conocido que han sido muy lindos, nos han defendido, nos han protegido, han hecho tesis así como ustedes, o programas para que conozcan sobre nosotros y eso ha sido muy generador, entonces chicos les deseo lo mejor y suerte (se ríe y afirma con la cabeza).

- Lunita: la verdad, me parece una entrevista muy interesante. Primera vez, obviamente (se ríe) y gracias a ustedes por la oportunidad de haberles compartido un poco de mi vida y de lo que pienso. Espero que el trabajo que ustedes estén haciendo llegue a más personas, porque obviamente algunos no van a pensar igual que yo, hasta me van a odiar. Me encantó.

- Mila: La entrevista me pareció interesante, que se toquen estos temas, que se pongan sobre la mesa. No hay políticas públicas que lo aborden, hay invisibilidad a los miembros de la comunidad, se necesita tener un trato igualitario entre todos, para que las demás personas tengan la confianza en ir a esos centros de salud.

- Thiago: la verdad si me gusto, pero no está tanto en sí me gustó o no, sino más bien en que pude haber ayudado yo (...) y si queremos nosotros tener un valor cualitativo, más bien cuantitativo, la encuesta creo que puede expandirse (...) me parece una buena iniciativa como para conocer cómo es el comportamiento de la salud en base a.

- Victoria: Lo que les puedo decir chicas es que son muy valientes al tocar este tema, porque me ves a mí que estoy prácticamente en las mismas condiciones que ustedes. Quise hacer un tema relacionado, pero me dio miedo, me corrí porque no sabía qué tan fácil fuera, admiro mucho el coraje que tienen para hacer algo que al 85% de la comunidad universitaria no le va a parecer bien. Y que lo están abordando de la manera correcta. Me sorprendí porque no esperaba que tengan una idea tan

global, de un tema que no todo el mundo conoce, creo que lo que van a hacer ustedes va a dar un paso altísimo para que otras personas e incluso otras carreras tengan el coraje de hacer lo que ustedes están haciendo. Están buscando la información correcta en los lugares correctos. Para nosotros es muy importante que gente que es de la comunidad y que no esté activa o gente que está fuera de la comunidad entienda por qué es difícil y por qué es necesario que se hagan estos tipos de estudios en un país como el nuestro. Están haciendo algo que las envidio y las admiro muchísimo. En la comunidad hay mucha vergüenza, mucho recelo y cuando nosotros hacemos estas cosas por lo general creemos que lo que van a hacer es juzgarnos de alguna u otra manera. Y lo que ustedes están dando es este ambiente cómodo, de calidez, en el que uno llegué y les cuente lo que sea y no te hagan sentir como entre las cuerdas es bueno. Porque van a sacar el lado verdadero de las personas que por lo general estamos ocultos bajo algo.

5.1.2 Jerarquización

- Mila: Primero la familia supongo a 5 cm antes del yo, luego la diversidad un poco más cerca porque es la identidad de la persona, sociedad un poco más atrás de la familia y primer nivel de atención creo que completamente al yo. Para mí el orden de jerarquización es el primer nivel de atención primero, la diversidad sexual segundo, la familia tercera y la sociedad la cuarta.

- Cleo: Diversidad sexual es el que más se aproxima, yo creo porque tiene que ver mucho con mi ser prácticamente, eso me da la opción a existir en una sociedad, que estigmatiza todas las formas de vivir su sexualidad. Segundo, el primer nivel de atención porque todo parte desde ahí, si tiene afecciones, primero debe acudir al primer nivel antes de acudir al especialista. El tercero yo creo que la familia, aunque para mí ya no es tan importante, ya pasé la época de apego afectivo, últimamente estoy pensando en alejarme y vivir mi vida aparte, independiente de todos.

- Fabián: Primer la familia porque es mi círculo más inmediato, más cercano y con el que pasó mayor de mi tiempo. Al ser las personas con las que más convivo yo procuro tener una relación, la más tranquila posible, lo más pacífica posible. En

segundo lugar, yo creo que va el tema de la diversidad sexual qué es un tema en general a la que le he dedicado una gran parte de mi tiempo, sobre todo de mi vida. Después de eso sería el primer nivel de atención porque es el servicio que se presta al resto de la sociedad en el que también estoy incluido yo, garantiza cierto nivel de bienestar. Por último, creería que la sociedad y comunidad, que, si bien aporta muchísimo a los grupos colectivos, pero comparado con las dos principales como dije anteriormente, no lo veo tan importante, porque quizás no estoy tan involucrado en cosas comunes.

- Lunita: Pues como la diversidad sexual significa una gama de preferencias, de gustos está un poquito apartada porque yo respeto, también espero que me respeten por ser diferente. Mi familia siempre llega a mí porque es mi pilar fundamental para que en todo aspecto. El primer nivel de atención, siempre he recibido una buena atención siendo una persona trans, en cualquier centro o subcentro que he ido, y una vez que me realizaron una cirugía de la vesícula con respecto a mi salud, siempre fue muy bueno, respetaron igual mi diversidad, incluso después de la cirugía en mi recuperación, me preguntaron en que sitio le gustaría que esté en el pabellón de los hombres o de las mujeres y obvio decidí el pabellón de las mujeres porque me identifico más con ellas-

- Victoria: Las dos principales es la familia porque es todo lo que es importante y diversidad sexual, porque para mí sí es importante. La sociedad depende de cuáles son los elementos que haya, hay grupos que no aportan en el bienestar de cada persona sino más bien podrían disminuirlo, pero hay grupos que sí. En cuanto al primer nivel de atención de salud, sé que suena feo, estudiando lo que estoy estudiando, pero sé que hay muchas falencias como para decir que nos garantiza como que seamos seres autónomos y felices en todas las esferas considerando que aún falta cosas en eso.

- Andrea: Mi familia porque es lo más importante; la diversidad sexual si creo que es algo importante en mí, pero yo soy más que eso, yo no soy solo mi inclinación o solo es, es más, más de la mitad de mi vida yo no tenía idea de mi orientación. El primer nivel de atención, la salud es importante, los médicos somos los peores

pacientes y yo no soy la excepción; y la sociedad y la comunidad si tengo bastante conflicto, creo que no estoy alejada bastante, pero hay muchas personas que, en todos los aspectos, no solo en la diversidad sexual, son muy cerradas y son poco comprensibles.

- Gerard: Para mí lo principal que es la familia, sea el acompañamiento, porque si la familia no está involucrada como comunidad, como conjunto, como primer nivel de atención es difícil; para mí la familia es muy cercana para las personas. La diversidad no le tomo mucho en cuenta porque es un factor externo e interno de cada una de las personas, dependiente de la familia y de la sociedad y dependiente del primer nivel de atención. Les pongo a los dos tanto al primer nivel de la atención y sociedad hasta el inicio del círculo porque no hay un compromiso, tampoco un acompañamiento verdadero y sobre todo nosotros como personas intersex estamos muy separadas de lo que es la sociedad y la comunidad (muy mucho las manos); la sociedad no nos entiende la sociedad es la que nos obliga a que nos invisibilicemos. La diversidad sexual le dejo hasta allí, no le complemento a mi yo, porque hay una confusión, la gente piensa que la intersexualidad es una orientación sexual, luego piensan que la intersexualidad es una identidad de género; pero, se olvidan de que tenemos condiciones biológicas y en esta condición biológica es donde se encuentra la intersexualidad, independiente de cómo hagamos nuestra construcción de identidad de género o deseamos tener nuestra orientación o nuestros placeres sexuales que al final es nuestra orientación. En jerarquización para la importancia para mi salud sería el 1 como más importante familia, 2 diversidad, 3 primer nivel de atención y al 4 como sociedad.

- Damián: El centro soy yo obviamente y lo que tengo primero es mi familia la que siempre estuvo allí para apoyarme para poder descubrir sobre la comunidad para no ser, la palabra sonaría fea, ignorante sobre el tema, con mi mamá nos hemos ido moldeando poco a poco y eso se ha ido creando un vínculo fuerte. La diversidad sexual como ya te dije fui explorando mi cuerpo, tuve mis novias y novios, tuve que probar ambos sexos para poder definir lo que yo soy realmente, Luego, la sociedad y la comunidad, hubo un tiempo en el que yo fui homofóbico, yo odiaba a las trans

a todo tipo de gays que eran afeminados y cosas así, yo estaba cegado la verdad porque viví en un ambiente machista y homofóbico que sería y ahora que me liberé de eso conocí más a la comunidad lo bello que es lo que me representa a mí. Y el primer nivel de la atención médica no he visto muchos tratos malos hacia las personas y tampoco casi lo he vivido.

- Thiago: La familia siempre va a ser nuestro pilar fundamental, va a ser nuestro inicio, nos va a dar la iniciativa para nuestra inclusión en la sociedad y también nos va a ayudar a reconocer nuestra diversidad sexual. La diversidad sexual también se acerca un poco más a mí por el hecho de que es algo mío, algo que me pertenece, que me define, el primer nivel de la atención que es lo referente a la salud y la sociedad, no me gusta mucho seguir las reglas sociales, tampoco difiero de lo que dicen porque tampoco voy a generar un escándalo por defender mis ideales, pero tampoco me parece algo relevante hacerle caso a la imposición social.

- Gonza: En jerarquización, primero primer nivel de atención porque en mi realidad asisto a terapia psicológica, he tenido que estar en atención médica, y la necesidad de una estabilidad en salud, desde mi perspectiva es primordial para la vida porque sin salud no se tiene nada, una buena conexión con la atención en salud es fundamental para desenvolverse en cualquier ámbito de la vida, Segundo diversidad sexual, tercera familia y cuarto sociedad. Le uní más la línea del yo, a la diversidad sexual porque es el sitio en el que más segura me siento. La jerarquización y el nivel de acercamiento hacia el yo son distópicos porque jerarquizo en base a mis necesidades, pero en acercamiento tiene que ver con el nivel de relación emocional, en ese caso estoy más conectada con la diversidad.

Análisis

El análisis de las opiniones de los entrevistados no indica si se trata de la opinión de muchos o de solo uno. Esto no es la tarea de un estudio cualitativo. Este estudio pretende proporcionar la gama de las expresiones de las personas LGBTI+ independientemente de su frecuencia.

1. Diversidad sexual

1.1 Definición de los elementos de la sexualidad

1.1.1 Diversidad

La diversidad es un conjunto de personas con sus características especiales-particulares, con su forma de amar, de verse, de identificarse y de cómo ser. La diversidad es algo innato de la humanidad, aquello en donde cada ser humano tiene su esencia. Además, es todas las probabilidades y posibilidades que abarcan las diferentes formas de ver las cosas que existen.

1.1.2 Sexualidad

La sexualidad es la relación intra e interpersonal con las demás personas, la convivencia, cómo se van desarrollando, la identidad de género, la orientación, las preferencias, la forma de vestirse. Se debe recordar que ¡La sexualidad no es sexo! No obstante, algunos entrevistados la definen como algo erótico y el placer que le brindan los órganos sexuales.

1.1.3 Diversidad sexual

La diversidad sexual es la distinción del individuo referente a sus preferencias sexuales, expresión de género y todo lo que abarca la sexualidad. A su vez, la analizan en torno a cómo quieren vivir sus relaciones sexuales, sus factores afectivos con las demás personas, y más aún sus placeres coitales o la convivencia de pareja.

1.1.4 Identidad de género

La identidad de género, los entrevistados la definen como los caracteres que cada uno adopta por voluntad propia, cómo se identifican, cómo se ven, cómo quieren ser vistos por los demás; que la gente olvide la constitución por un órgano sexo-biológico. Las personas intersexuales y transgénero hacen coloquial la construcción de su identidad desde sus cánones corporales. La identidad de género nace del género. Los individuos pueden tomar la construcción de lo que ven y palpan para formarse desde la cultura, lo sexual, la convivencia y las formas de vida; no es únicamente la construcción dicotómica de hombre y mujer, sino el vivir los factores que les construyen como personas. Cleo y Gerard son personas intersexuales y generalmente los confunden con transgéneros al no entenderse sus aspectos biológicos-corporales y por el rechazo social de la intersexualidad como identidad de género u orientación sexual. Fabián y Lunita se autoidentifican como transgéneros, quienes han tenido su proceso de transición hormonal. Gonza se encuentra en proceso de definición. Mila, Victoria, Andrea y Cleo se autoidentifican como femeninas. Gerard, Damián y Thiago como masculinos.

1.1.5 Orientación sexual

La orientación sexual es el aparataje de la afectividad que se puede tener con otra persona de forma íntima para formar un núcleo familiar o construir proyectos de vida. Cleo se autoidentifica como heterosexual; Gerard y Mila como pansexuales, personas a quienes les importa la esencia del ser humano antes que el género; Victoria hace 3 años como bisexual y actualmente como lesbiana; Cleo y Lunita se autodefinen como heterosexual, con afectividad hacia el género masculino; Thiago, Damián y Mila como homosexuales; Andrea como bisexual; Fabián como “orientación sexual fluida”, es decir, no tiene determinada preferencia de configuración sexo genérica, él está en constante movimiento en sus deseos y sentimientos.

1.1.6 Tendencia sexual

La tendencia sexual es los grados de mayor afectividad, cercanía e inclinación hacia cierta conducta sexual. Por ejemplo, Victoria indica que es una persona homosexual con tendencias hacia mujeres más masculinas o más femeninas. La mayoría de entrevistados tuvieron problemas al definir este término.

1.1.7 Sexo biológico

El sexo biológico para la mayoría de los entrevistados es la parte gonadal, hormonal y cromosómica del individuo. El sexo es el genotipo, a diferencia del género que es el fenotipo; puede ser masculino, femenino o intersexual. Gerard y Cleo al ser personas intersexuales comentan que es el término más estigmatizante y discriminativo para ellos, porque sus sexos biológicos son construidos desde la observación médica y los estándares de la sociedad. Ellos no pueden disfrutar de sus corporalidades con dos órganos sexuales debido a que uno debe ser extirpado; además, indican que debería haber la opción de “intersexual” en la cédula de identidad. Algunos entrevistados no se autoidentifican con este término.

1.1.8 Género

El género para la mayoría de los entrevistados es una construcción social que nace a partir del sexo y depende de cómo lo procesa la cultura de un lugar. Además, es la característica que les permite relacionarse e identificarse rechazando todos los factores de discriminación que pueden surgir del sexo. Sin embargo, Gonza se opone a esta definición e indica que no es una construcción social, sino una del individuo desde su percepción e imaginario, con relación a varios factores emocionales y biopsicosociales. La sociedad condiciona en extremo a escoger “x o y” orientación; no es una decisión sana porque se desconoce las conexiones emocionales del individuo, su percepción del entorno y su propio “yo”. Cleo, Lunita, Victoria, Andrea y Gonza se autoidentifican como femeninas, mientras que Damián, Fabián, Thiago y Gerard como masculinos.

1.1.9 Erotismo

El erotismo sexual es atracción, Eros, sexualidad, sensualidad, algo que les gusta, algo que les atrae sexualmente; es parte de la vida sexual de una persona que no necesariamente terminar en coito. Mila relaciona a la palabra erotismo con una fruta “tomen está fruta para la pasión”.

1.2 Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.

1.2.1 Sexualidad y su influencia en el desarrollo del individuo

La mayoría de los entrevistados mencionan la gran importancia de la sexualidad en el desarrollo de las personas; esta es uno de los pilares de la vida y de la construcción del individuo, incluso de la sociedad. Algunos la consideran un tabú, debido a que es una de las necesidades o instintos primigenios del ser. En el pasado, la población LGBTI+ presentaba culpa y temor porque pensaban que hacían algo “malo” e iban a ser castigados. Actualmente, la sociedad patriarcal impone formas de pensar, de vestir y de actuar; la población LGBTI+ lucha por sus derechos en este contexto social. Además, en las personas transgénero la influencia de la “masculinidad y feminidad” juega un papel importante en su expresión de género.

Las personas intersexuales indican afectación emocional ante la colocación errónea de su sexo en trámites burocráticos. Ellos refieren traumas psicológicos por sus secuelas corporales resultantes de procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios y iatrogenias en salud. La normativa social permite la construcción de cuerpos masculinos o femeninos destruyendo la naturaleza de las personas intersex, siendo susceptibles a procesos de violencia y alteración de su salud sexual. Los entrevistados indican que, si la sociedad permite una sexualidad libre de violencia, estereotipos y prejuicios, se logrará una convivencia sana con una cultura de paz.

1.2.2 Heteronormatividad

Para los entrevistados, la heteronormatividad es su némesis porque el todo de sus individuales es completamente no hegemónico y distópico a lo establecido socialmente. También, lo heteronormativo influye en su proceder por desarrollar los factores externos que afectan su estabilidad emocional. Todo lo que se aleja de lo “hetero” termina siendo estigmatizado y segregado.

2. Primer nivel de atención en salud.

2.1 Conceptos

2.1.1 Conceptos de salud

La salud para una persona LGBTI+ según los entrevistados es lo mismo que para el resto de la sociedad civil: un servicio, un lugar, una condición integral, algo importante que garantice estar bien o en homeostasis física y mental para el desarrollo adecuado de la vida, al acceso de todas las personas para prevenir la enfermedad. Además, es una de las principales aristas a considerar para el desarrollo de la sexualidad. Sin embargo, llama la atención la opinión de Gonza y Mila para las cuales la salud significa un proceso negado por la influencia de estigmas a la población LGBTI+ en donde la población de estudio no se encuentra segura.

2.2 Relación entre equipo de salud y paciente.

2.2.1 Relación médico – paciente

Los entrevistados nos muestran una alta deficiencia en la relación médico-paciente con la población LGBTI+, entre las necesidades expresadas tenemos: falta de preparación en el primer nivel en salud para atender a las diversas corporalidades, la precariedad del aprendizaje continuo de los servidores de salud, conocer

procedimientos médico quirúrgicos previos del paciente para un manejo adecuado, ampliar conocimientos entorno a los grupo minoritarios, capacitación al personal de salud respecto al trato a las individualidades, manejo de la sexualidad como tema de salud, una relación basada en la igualdad-equidad con las distintas orientaciones, un trato para seres humanos y sobre todo aceptación del personal a sus limitantes clínicas.

Durante la atención médica, los entrevistados concuerdan en la aparición de un trato despectivo y homofóbico por parte de ciertos miembros del personal de salud al enterarse de la sexualidad de los pacientes, la presencia del irrespeto a los pronombres y artículos al referirse a las poblaciones LGBTI+ y un trato no acorde a su identidad de género. Para los entrevistados un mal profesional es aquel que revictimización, culpabiliza al paciente o a la familia por su orientación, no cree en la situación del paciente, niega la atención, maltrata física o mentalmente y muestra un lenguaje corporal que cierra la aproximación del paciente. Al quebrantarse la relación médico paciente, se rompe la confianza hacia el médico, se origina miedo a hablar por parte del paciente, se oculta información y no existe un manejo integral.

Para otros entrevistados, ha existido un buen trato médico al enterarse de la orientación sexual del paciente. Los entrevistados observan una mejor relación médico-paciente en aquellos profesionales pertenecientes a las nuevas generaciones, en aquellos con mentalidad abierta a los cambios poblacionales, en médicos capaces de evitar durante la práctica profesional la ideología social y crianza cultural de rechazo a personas LGBTI+. Para los entrevistados un buen profesional es aquel al que consideran su médico de cabecera, alguien amable, el que sin decirlo anima a que se le cuente información íntima e importante, alguien que genera confianza y comodidad durante la consulta. Además, se indica que la moral y ética médica deben primar ante las creencias personales y sociales. Los médicos deben tener apertura a escuchar la opinión-decisión del paciente y los conocimientos diferentes a los clásicos. Por otro lado, los entrevistados indican que para la existencia de un buen trato es necesaria la acción bidireccional, el respeto

debe ser por parte del profesional y del paciente. La mejoría de la relación médico-paciente provoca que los pacientes sean más propensos a expresarse.

Por otro lado, algunos entrevistados opinan que el trato del personal es indiferente conociendo o no la identidad de género del paciente. La manera correcta de entablar una buena relación médico-paciente depende de cada profesional y la confianza que ha generado con el paciente.

2.3 Realidad del primer nivel de la atención

2.3.1 Calidad y discriminación por parte del equipo de salud

Los entrevistados nos muestran diferentes formas de discriminación por parte del equipo de salud, entre ellas tenemos el uso de términos despectivos, prejuicios, lenguaje no verbal y tabúes. Entre los prejuicios nos indican: el estigma del VIH enmarcado socialmente a la población LGBTI+, ellos son vistos como personas no normales, la promiscuidad en la población, el desuso de métodos de barrera y la mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual. Entre los tabúes tenemos: el rechazo a la presencia de la pareja del paciente y no hablar sobre sexualidad en el grupo LGBTI+. Términos despectivos como: sidosos y maricón han sido escuchados durante su atención clínica. El lenguaje no verbal se expresa mediante miradas sostenidas a los pacientes, gestos faciales de rechazo, movimiento nervioso de manos.

Para los entrevistados, una de las principales causas de la discriminación es la heteronormatividad aceptada socialmente como lo correcto.

La opinión de alguno entrevistados respecto a la calidad de la atención muestra ausencia de concientización respecto al grupo LGBTI+, ausencia de seguridad,

necesidad de inclusión, falta de conocimiento ante aspectos físicos que no corresponden con el concepto clásico social de femenino y masculino, rechazo a lo diverso del ser humano y negativa a la atención. Para otros, la atención ha sido excelente por la rápida atención, trato igualitario a la sociedad civil y ejecución profesional de su labor.

Para los entrevistados 2 poblaciones especiales en el proceso de discriminación son la población trans en ella incluida a transexuales-transgénero y población intersex, con los cuales se debe impulsar un enfoque de salud en las necesidades específicas de cada población desde llamar a la persona por los apellidos en las salas de espera hasta derechos específicos basados en la empatía, respeto, escucha afectiva, comunicación asertiva y tolerancia. Se indica al personal de salud tener tacto al explicar a los pacientes procedimientos clínicos necesarios por prevalencia en su sexo de nacimiento.

Por otro lado, ante estas acciones discriminatorias o para evitarlas durante la atención, los entrevistados indican que los pacientes tienden a negar su orientación sexual, ocultar su identidad de género. Las acciones legales para algunos no son una opción pues permanecen impunes, son ignorados, revictimizados o culpabilizados en el proceso.

2.3.2 Sentimientos de las personas al acudir por atención en salud

Por otra parte, las entrevistas indican que los pacientes también generan sentimientos en el personal de salud; entre ellos tenemos: miedo, ansiedad, impaciencia, intolerancia. Los profesionales no saben cómo comportarse ante personas con orientación sexual distinta a la heterosexual, ante personas con elementos de la sexualidad que salen de la media social, con anatomía distinta a la clásica, ante la denuncia y acciones legales por su práctica laboral. Según los entrevistados, ante estos sentimientos influenciados por su falta de manejo profesional y limitaciones en conocimientos clínicos, los profesionales tienden a

iatrogenias médicas, comportamientos despectivos, negativa a la realización de ciertos procedimientos o denegar solicitud de exámenes complementarios.

Para los entrevistados, los profesionales de salud pueden generarles sentimientos negativos y positivos. Los problemas se observan durante la anamnesis y se intensifican durante el examen físico. Los pacientes sienten vergüenza de pedir al profesional la revisión de zonas íntimas como mamas y genitales, incomodidad con el lenguaje no verbal, sienten acoso en la palpación de zonas privadas del cuerpo, conflicto al expresar su sexualidad, sienten abuso de poder, ansiedad ante la probable discriminación, invasión a la privacidad, se sienten mal, revictimización por ausencia de continuidad en la atención, peligro a estar en un establecimiento de salud, irrespeto del personal, sienten el apremio del personal para terminar la consulta. Uno de los principales sentimientos expresados es el temor: al trato diferente, despectivo, al prejuicio, a revivir miedos interiorizados por experiencias previas, a ser mirados de forma despreciable; a expresar su identidad sexual mediante su vestir, peinado, maquillaje; temor a la incertidumbre de pensar en qué puede hacer el equipo de salud al enterarse de la orientación sexual del paciente, al dolor y a los instrumentos de uso clínico como agujas. Por otro lado, otros entrevistados sienten seguridad porque confían en las acciones médicas y que estas son en favor de su salud para un diagnóstico y tratamiento; también esta confianza surge de su resiliencia al sentirse seguros con ellos mismos, actitud que al inicio del proceso de aceptación de su sexualidad fue enmascarada por recelo al comportamiento médico.

Los entrevistados indican que, ante estos sentimientos, la población LGBTI+ busca alternativas de salud peligrosas, los pacientes evitan y retrasan la atención médica, la automedicación es una opción; estas acciones solo agravan la situación de salud convirtiendo un problema fácilmente manejable en el primer nivel de atención en uno de atención obligatoria en escalas superiores. También la población tiende a reaccionar con ira, están a la defensiva, causan intencionalmente mayor inconfort

en el personal de salud hablando sobre el tema que le incomoda al profesional. Además, algunos denuncian en instituciones superiores el maltrato.

Para hacer sentir bien a los pacientes en el primer nivel de atención, se ve la necesidad de explicar correctamente los procedimientos clínicos a realizarse y la razón de los mismos, permitir la presencia de un acompañante si así lo amerita el paciente, impulsar la preparación del profesional respecto a las distintas corporalidades, manejo adecuado del lenguaje verbal y no verbal. Un abordaje resumido en un manejo biopsicosocial en el ámbito sexual, individual, familiar y poblacional.

2.3.3 Preguntar sobre sexualidad en la atención clínica.

Los entrevistados indican que preguntar sobre temas de sexualidad depende del motivo de consulta, la relación con las hipótesis diagnósticas y el manejo del paciente. Además, mientras exista mejor relación médico-paciente y seguimiento de la persona por el personal de salud es más fácil abordado de manera adecuada temas de sexualidad para ambas partes. Para unos entrevistados es mejor que, sin intervención médica, el propio paciente exprese sus elementos de la sexualidad cuando se encuentre preparado para hacerlo y él decida si es necesaria o no tocar ciertos temas durante la consulta. También se indica a los profesionales de salud no asumir la heterosexualidad en los pacientes, conocer qué preguntar y con qué objetivo clínico, indagar con que nombre les gustaría ser llamados, si prefieren o no hablar de ciertos temas delicados para ellos y qué otras temáticas les gustaría tratar durante la consulta.

Algunos entrevistados indican que sí se debe preguntar sobre los elementos de la sexualidad, para llenar la ficha técnica del historial del paciente, si es necesaria la información para el manejo de la patología consultada, conocer esta información permite un manejo integral-holístico y asistencia a puntos claves del paciente durante el proceso diagnóstico y en la solicitud de exámenes complementarios. Es

necesario preguntar si el motivo de consulta está relacionado con temas ginecológicos/urológicos y para la correcta derivación a especialidades médicas, para dar consejería en educación sexual específica a cada población: métodos de barrera o anticoncepción, planificación familiar, etc. Saber la identidad de género del paciente evita usar términos inadecuados al referirse a la pareja sentimental y al usar artículos y pronombres. Para la población LGBTI+ es importante explicar al paciente las razones clínicas por las cuales se solicita dicha información.

Para otros, no se debe preguntar sobre sexualidad porque es visto como ofensivo a la privacidad de la persona; es estigmatizante por que el profesional de salud relaciona y trata como principal motivo de consulta las enfermedades de transmisión sexual, los pacientes observan un motivo morboso en la pregunta, cambia el enfoque de la consulta principalmente a educación sexual situación que no ocurre en heterosexuales. Se indica que los profesionales deben ser capaces de leer el lenguaje corporal del paciente para evitar preguntas inapropiadas en el primer contacto. Igualmente, algunos entrevistados señalan que el trato por parte del personal de salud mejora tras conocer esta información; sin embargo, esta situación es vista como discriminatoria.

2.3.4 Insumos de los servicios de salud: protocolos, manuales y derechos especializados para personas LGBTI+ en el MSP.

Para algunos entrevistados es correcta la existencia de protocolos, manuales y derechos especializados para la población LGBTI+ en el ámbito de salud en ciertas circunstancias. Los protocolos permiten que las nuevas generaciones de profesionales y aquellos con limitado conocimiento sobre la población de estudio se instruyan para mejorar la atención. Estos escritos deben expresar los derechos de la población LGBTI+ en el área de la salud, concientizar sobre la presencia de este grupo población, indicar el trato equidad a la persona y cómo solventar necesidades específicas en salud. La expresión de normas y leyes por escrito permite

recordarnos que la población LGBTI+ son individuos con derechos, que dichas ordenanzas deben ser escuchadas y cumplidas caso contrario hay una sanción legal.

Se expresa la necesidad de protocolos y manuales específicamente para la población trans e intersex. Los entrevistados hablan de la necesidad de una salud pública transicional/conservaciones especificada para las personas trans e intersex: leyes y derechos específicos en reasignación de sexo, cambios físicos, procedimientos quirúrgicos, hormonización, acompañamiento y asesoramiento multidisciplinario en el proceso de transición de género/sexo y en el proceso de desarrollo normal de una persona intersex, colocación de exámenes complementarios y medicación específica en la cartera pública de servicios en salud, especialistas en salud transicional y conservaciones; abordaje biopsicosocial. Se solicita una salud sexual pública en métodos anticonceptivos, métodos de barrera, instrucción y asesoría en prácticas sexuales.

Además, para su elaboración o corrección de los mismos es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario especializado o conocedor en temas LGBTI+: personal de salud con experiencia profesional LGBTI+, representantes de la población LGBTI+, profesionales en el ámbito legal en derechos LGBTI+ y lingüistas. Los entrevistado hacen hincapié en el uso adecuado de fuentes de información, cuidado con los términos peyorativos o patologizantes y sobre todo el conocimiento de la realidad de la población LGBTI+ ecuatoriana. El objetivo expresado en la creación de estas leyes, reglas o guías en salud que puedan ser usadas por cualquier persona que las necesiten en nuestro país, no ser exclusivos de la población LGBTI+. Por otro lado, los relatos concuerdan en que la elaboración física de aspectos fundamentales para la atención en salud de personas LGBTI+ deben ser socializados y puestos en prácticas; así cumplen su objetivo de creación.

Para otros entrevistados, estos protocolos, manuales y derechos son vistos como otra forma de discriminación y desigualdad al crear distinciones innecesarias, pues la población es tratada como una enfermedad; pueden llegar a ser otra fuente de

rechazo social al dar “privilegios, beneficios, ventajas” a la población LGBTI+. Luchar por derechos específicos para personas LGBTI+ indica su propia división de la sociedad civil, piden equidad en derechos comparado con la población heterosexual.

Se indica que los manuales en nuestro país son incompletos sobre todo en población trans e intersex, tienen sesgo de información, son considerados una copia de escritos extranjeros. Además, para los entrevistados el personal de salud no conoce sobre la existencia de estos manuales, protocolos ni leyes. Los entrevistados observan durante la consulta situaciones como no aplicar la existencia del protocolo de salud actual, no llenar apartados correspondientes a la sexualidad durante la anamnesis, falsificar la información en la ficha técnica en los elementos de la sexualidad; estas acciones son percibidas como discriminatorias y quememeimportista.

2.4 Patologías en la población LGBTIQ+.

2.4.1 Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Los entrevistados muestran que la población LGBTI+ es conscientes que pueden contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) como cualquier persona con vida sexual activa; sin embargo, pueden adquirir factores de riesgo para contraer ETS por: las prácticas sexuales, ejercer el trabajo sexual, educación sexual deficiente y mala aplicación de la misma durante las relaciones sexuales (uso de protección, relaciones poligámicas o monogámicas, grado de actividad sexual).

Para los entrevistados, la creencia de mayor prevalencia de ETS en la población LGBTI+ es falsa. Idea afirmativa del prejuicio proviene de estigmas sociales pasados, de estudios con sesgos de selección población, en la existencia de una mayor cantidad de estudios en población LGBTI+ con énfasis en hombres

homosexuales y trabajadoras sexuales sin comparación en población heterosexual. Además, muchos concuerdan en que las personas LGBTI+ tienen más cuidados en su salud sexual, se realizan chequeos de salud rutinarios para prevención primaria, secundaria, terciaria y evitar la transmisión de las ETS. Gerard y Lunita especifican que hay estudios que muestran que las mujeres casadas son las que mayor prevalencia de VIH/sida muestran estadísticamente.

Las enfermedades de transmisión sexual en la población LGBTI+ son vistas como un tabú, causan miedo, terror, inseguridad; les es difícil hablar del tema sobre todo con la pareja debido al trasfondo discriminatorio, de desestabilización de acuerdos sexuales de pareja y de rechazo que une a las ETS con la población de estudio. Para una persona LGBTI+ ser portador de una ETS es equivalente a una sentencia social-familiar-individual, ya que las personas se culpabilizan de la enfermedad, existe mayor juzgamiento en comparación con heterosexuales. Damián lo expresa como “se nos acaba el mundo literalmente, son una maldición”. Los pacientes LGBTI+ con ETS son tildados de promiscuos, prostitutas; situación no observada ante enfermedades no venéreas. El VIH es la ETS más temida por la población debido al estigma social que engloba la misma, por que cambia totalmente la expectativa y calidad de vida de los contagiados y por la fácil transmisión de la enfermedad.

Respecto a educación sexual y asesoría en ETS, los entrevistados hacen énfasis en la precaria de las mismas por parte del personal médico. Para algunos, el hecho de formar parte de una comunidad en donde la sexualidad es priorizada permite un mayor conocimiento y acceso a la educación sexual mediante autoaprendizaje y conocimiento proveniente de amigos y conocidos no expertos en el tema. Indican que en algunas personas se mantiene la idea errónea de que al no existir riesgo de embarazo no utilizan métodos de barrera. Además, se habla de la población trans dedicada al trabajo sexual, a estas personas los clientes les aumentan el pago por no usar métodos de barrera durante la relación sexual.

2.4.2 Trastornos psicológicos/psiquiátricos: depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio en personas LGBTI+

Para los entrevistados, hay una alta prevalencia de trastornos psicológicos/psiquiátricos en la población LGBTI+ tales como: depresión, fobias, ansiedad, estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, ideas suicidas, intentos suicidas y suicidio. Todos los entrevistados han tenido algún tipo de dichas alteraciones, debido a condiciones de vida difíciles y relaciones individual-familiar-social-equipo de salud complejas que facilitan el desarrollo de dichos trastornos.

Características individuales como la resiliencia, fuerza de voluntad, carácter fuerte, equilibrio en salud mental son clasificados como características protectoras. EL apoyo y seguimiento psicológico al paciente y a la familia juega un rol muy importante junto con el apoyo de los padres y una red confiable de amigos. Además, el apoyo médico-psiquiátrico es fundamental en las variaciones emocionales y físicas de las personas bajo tratamiento hormonal y ante los trastornos psicológico/psiquiátricos mencionados.

Dentro de las características de riesgo observadas por los entrevistados en los pacientes tenemos el auto rechazo de los elementos de la sexualidad, reprimir emociones, las etapas de niñez-pubertad-adolescencia, formar parte de un subgrupo humano de riesgo, adicción o uso de sustancias psicotrópicas, procesos de hormonización, ejercer el trabajo sexual. Entre las características familiares y sociales de riesgo tenemos la falta de acompañamiento y asesoría en el proceso de cambios físicos y mentales del individuo, rechazo y discriminación, limitación de plazas de trabajo por la orientación sexual, expulsión de la vivienda familiar, negativa social a poder formar familias, ignorancia de expresiones de género distintas a la heteronormatividad, prejuicios. Acciones del personal de salud colaboran al desarrollo de estrés postraumático; Gerard nos habla de su fobia a los mandiles, hospitales y consultorios resultado de las vulneraciones y iatrogenias

médicas, además la irregularidad en la subsecuencia en la atención colabora para las patologías.

2.4.3 Adicciones: alcohol, drogas y tabaquismo en personas LGBTI+

La presencia de adicciones o uso de sustancias psicotrópicas es frecuente en la población LGBTI+ según los entrevistados, pues existe una relación directa de las mismas con los trastornos psicológicos experimentados por la población de estudio. Las personas que tienen adicciones o usan sustancias psicotrópicas tienden a desarrollar trastornos psicológicos/psiquiátricos y viceversa. Para otros entrevistados, las adicciones son un problema, un mal de toda la sociedad que se intensifica ante problemas psicológicos-psiquiátricos, no específico de la población LGBTI+. Los entrevistados hacen referencia a consumo de alcohol y drogas en general por los efectos deseados.

Las sustancias psicotrópicas, para los entrevistados, son vistas como un método de catarsis, permiten evadir/desligarse momentáneamente los problemas para no sentirse miserables, contrarrestan la ansiedad y el estrés, llenan el vacío emocional, son vistas como un refugio, les da valentía para interactuar con otras personas, les permite sobrellevar la vida; es una fuente de ingresos económicos. En aquellas personas que ejercen el trabajo sexual, el alcohol y las drogas son un método para soportar el frío de la noche en las calles, una herramienta de inhibición emocional para tener relaciones sexuales o un servicio con pago extra exigido por los clientes.

2.5 Subgrupos de riesgo en el sistema de salud

Los entrevistados indican que existen subgrupos de riesgo dentro de la población LGBTI+ en los cuales debe existir un enfoque en leyes, derechos y prioridades en la atención. También opinan que, el primer nivel de atención en salud no está preparado para manejar a poblaciones vulnerables, en ciertas ocasiones existe un uso inadecuado del poder y un trato patologizante sobre estas minorías sociales.

Además, la violencia colectiva por parte de la familia, sociedad y población LGBTI+ es más notoria en estos subgrupos de riesgo. Ellos son merecedores de mayor empatía, asertividad, respeto, tolerancia y trato acorde a la identidad de género.

Algunos entrevistados consideran grupos de riesgo a cada subpoblación que forma la población LGBTI+; es decir, toda clase de identidad que se aleje de la heteronormatividad pues son sujetos predispuestos a ser discriminados, violentados como minoría social, expuestos a problemas psicológicos/psiquiátricos y propensos a adicciones. Sin embargo, Cleo nos indica que la subpoblación gay tiende a tener más aceptación social.

Para otros la población trans, en ella incluida transexuales y transgénero, es vista como la más vulnerada de la población por sus necesidades específicas e inadecuado abordaje de las mismas. Se indica negativa a la atención en salud por desconocimiento de su manejo, sin dirigirlos a especialistas en el tema, o derivación automática a psiquiatría sin levantamiento adecuado de información; lenguaje ofensivo, inexperiencia clínica en atención a personas trans, miedo/incomodidad ante la apariencia física de los pacientes, patologización de la orientación, diagnóstico erróneo con hermafroditismo, confusión de la orientación sexual con otros tipos, irrespeto a la identidad de género, deficiente relación médico-paciente, violencia psicológica, uso inadecuado de términos y pronombres, omisión del nombre adoptado por la persona. Se recomienda al personal de salud preguntar a los pacientes en que zonas del cuerpo se podría inyectar en caso de ser necesario por la presencia de biopolímeros. Lunita, una mujer trans recomienda que se llamen por los apellidos a las personas pues parte de la población trans no tienen legalizado el cambio de género en su cédula de identidad.

Se observa que, ante la presencia de múltiples vulnerabilidades resultantes del análisis de la interseccionalidad de los individuos, se tienden a formar los subgrupos de riesgo con mayor enfoque en salud. Minorías sociales que forman parte de la población LGBTI+ con especial cuidado son: mujeres, raza negra, persona gestante, portadores de VIH, individuos en etapa infantil, puberal y adolescencia,

aquellos que inician vida sexual, ignorancia en educación sexual, trabajadores sexuales, analfabetismo en derechos humanos y derechos LGBTI+, ruralidad, estrato social bajo, extranjeros, madres solteras, limitado grado de instrucción académica y formar parte de una minoría étnica. Mientras más vulnerabilidades tenga un individuo mayor necesidades y prioridad de atención tendrá.

3. Familia

3.1 Concepto

3.1.1 Familia

La familia según los entrevistados es todo si les apoyan o es nada si les rechazan, es el apoyo incondicional o la causante del desmoronamiento de la vida de una persona. Además, la familia es el pilar fundamental de la salud, el factor importante de la felicidad; el lugar de refugio y protección que brindan calor, fortaleza y amor sincero; es determinado como el conjunto de seres vivos con quienes se convive y comparte. La población indica que han visto la necesidad de encontrar una familia en espacios fuera del hogar.

3.2 Estructuración familiar

En la población LGBTI+, los miembros de la familia generalmente se conforman por su madre, padre, hermanos y mascotas. No obstante, existen familias conformadas solo por la madre o únicamente por la pareja sentimental y amigos; algunos se desvincularon de su familia consanguínea por problemas de discriminación desde temprana edad.

3.3 Relación con la familia

3.3.1 Aceptación y discriminación

En las familias de la población LGBTI+ se observan grandes problemas de discriminación, violencia elevada y procesos de aceptación difíciles; ello ha causado la salida voluntaria o involuntaria de varios miembros de la población desde sus núcleos familiares, algunos se han visto obligados a vivir en la calle y ejercer el trabajo sexual. En otras situaciones, algunos miembros de la población LGBTI+ prefieren no comentarles a sus padres su identidad ni orientación sexual por miedo a las represalias, a la violencia física-mental y para evitar problemas familiares; en ciertas familias temas de sexualidad son vistos como desagradables con influencia del pensamiento conservador y religioso; se observa imposición familiar de estudios bíblicos a las personas de la población al comentar su orientación sexual y se identifica un antes y un después del comportamiento familiar ante la “salida del clóset” de alguno de sus miembros, en algunos casos para bien otros para mal de la persona.

Se evidencia que las madres expresan de manera más verbal, emocional y física el impacto de conocer la orientación sexual de sus hijos; mediante indiferencia, silencios incómodos, incomunicación, expresiones con sentido discriminatorio, miedo a perder un estatus social, prohibiendo la expresión de la identidad de género, culpabilización a la persona; sin embargo, también muestran mayor apoyo y protección ante la decisión. Damián indica “ya que eres gay, te voy a comprar calzones, vestidos, zapatos de tacos, y te voy a pintar el cuarto de rosado”. Victoria refiere “Mi mamá me reclamó y me dijo que porque no le conté antes”.

Por otro lado, el impacto de la noticia proveniente de las personas más cercanas dentro del grupo familiar es el que más influye en la persona LGBTI+, generalmente se observa mejor aceptación de la orientación sexual del individuo por parte de sus pares: sus hermanos.

3.3.2 Problemas físicos y psicológicos

Se observa por parte de familiares minimización o maximización de los problemas físicos y psicológicos en las personas LGBTIQ+. Algunos culpabilizan a la persona de sus enfermedades física o lo relacionan con un castigo divino, se ve sobreprotección; miembros de la familia no entienden el motivo de procedimientos clínicos a los que se exponen o les exponen a sus familiares LGBTI+, situación percibida en familias con personas trans e intersex. Las personas LGBTI+ tienden a ocultar padecimientos físicos para no crear preocupación o conflicto familiar.

3.3.3 Reglas y normas

La mayoría de las reglas y normas en las familias de la población LGBTI+, según los entrevistados, son iguales a las impuestas a las personas que no pertenecen al colectivo. Se indican situaciones como: solicitarles vestir recatadamente, tener horas de llegada a casa, incomodidad familiar ante personas del sexo de atracción del individuo LGBTI+ en la vivienda, no poder dormir fuera de la casa, no poder llevar amigos al hogar, no poder hablar de parejas en frente de los niños. Existe cierta libertad fuera de las paredes físicas de la familia. Sin embargo, otras familias buscan imponer estereotipos sociales del grupo o rechazan totalmente expresiones de género distintas a lo heteronormativo, se observa coerción: Damián, una persona gay, indica que le prohíben usar maquillaje o accesorios de mujer; Gonza, una mujer lesbiana, era obligada a usar vestidos y tener el cabello para tener apoyo económico de sus padres en la carrera universitaria.

3.3.4 Tabú y prejuicios

Existen diversos tabúes acerca de las personas LGBTI+ en sus familias, entre ellos tenemos: las parejas LGBTI+ no pueden adoptar niños, los menores de edad deben estar alejadas de las personas genero-diversas pues pueden adquirir su comportamiento. En el contexto religioso familiar toda orientación sexual opuesta a la heterosexual está prohibida.

Entre los prejuicios observados tenemos: las personas LGBTI+ son enfermas, con impulso sexual excesivo y violadores potenciales; las personas homosexuales son afeminadas. Se observan pensamientos familiares de transmisibilidad de la orientación sexual asemejada con enfermedades infectocontagiosas. La homosexual es pecado, una aberración, no debería existir.

3.3.5 Machismo y hembrismo

Para los entrevistados, el machismo y el hembrismo vienen de toda la corriente socio-cultural que influye en las familias tanto homosexuales o heterosexuales. Se observan familias con ideas machistas, otras con pensamientos feministas antes que hembristas, otras sin disposición a ninguna corriente específica; situación que ha venido heredándose desde algunas generaciones. Es particular encontrar la práctica del machismo o feminismo sin importar el sexo de la persona y un predominio de machismo tanto en hombres como en mujeres. Se indica que, las personas intersex o trans sufren machismo y violencia de los hombres gays, según ellos, los intersex y transgéneros masculinos irrumpen la condición de ser hombre y afirman el supuesto social de que los gays deberían ser afeminados. En las familias, desde la niñez se forja la idea de vida del binomio hombre y mujer: a los hombres les debe de gustar las mujeres, el color azul, los carros y deben tener gran fuerza física; las mujeres deben usar vestido, el color rosado, muñecas y son débiles.

3.3.6 Religión

La religión es un tema difícil de tratar según los entrevistados, algunos no tienen una creencia religiosa específica, otros se consideran no creyentes o no practicantes. Ellos indican, mensajes familiares de castigo divino por sus preferencias sexuales, abandono individual de sitios religiosos o de la creencia por observar en ellas ideas discriminatorias hacia la población LGBTI+, indican que sus familias continúan asistiendo a dichos lugares y mantienen las creencias religiosas.

Se indica una mayor discriminación y violencia mientras más religiosa es la familia, pues los lineamientos bíblicos impulsan estas ideas. La mayoría de las familias del colectivo son católicas y una menor cantidad son testigos de Jehová, cristianos o agnósticos.

4. Sociedad (Población LGBTI+ y Población no LGBTI+)

4.1 Conceptos Generales

4.1.1 Concepto de sociedad.

Los entrevistados indican que la sociedad es procesos, lugares, grupos humanos, heteronormatividad. Unos la ven como una forma de vida, un conjunto de creencias, de normas, actitudes, aptitudes, costumbres, de protocolos, acciones a seguir; de causa obligatoria sin cuestionamientos, establecidas desde la antigüedad en base a criterios buenos y malos en un grupo de personas en un lugar geográfico determinado. Para otros es el grupo de personas bajo normas prototípicas del género binario, individuos que comparte ideas de organización de colectivos. También ven a la sociedad como un lugar, con leyes para sus miembros, derechos y obligaciones, en donde se desarrolla el proceso de vida del individuo: proyectos, interacción humana, convivencia, rechazo/aceptación.

Otros entrevistados describen a la sociedad como un lugar inseguro, una enfermedad para la vida; es un conjunto de ideas heteronormadas, patriarcales y antiguas que impone formas de pensar, vestir, actuar; un lugar donde la población LGBTI+ rompe las reglas clásicas. La mayoría concuerda en que esta sociedad puede cambiar para bien.

4.1.2 Concepto de población LGBTI+

Para unos entrevistados, la población LGBTI+ es un grupo de personas que comparten características de exclusión, experiencias e ideas de vida diferentes a la media social; se identifican como una parte minoritaria de la sociedad que encaja

con los elementos de la diversidad sexualidad, y con lo que ellos quieren sentirse parte de la sociedad de la humanidad; la población LGBTI+ es expresarse libremente. También es vista como una familia inclusiva, con miembros hermanados que brinda apoyo, seguridad; un lugar seguro con aspectos positivos y negativos donde pueden crecer. Además, la consideran como una red de empatía. Gerard menciona que no es una comunidad pues es un concepto muy pequeño, cerrado y limitante, la población LGBTI+ es el conjunto de cinco o más poblaciones que comparten vínculos de desarrollo, interacción y acompañamiento.

Otros entrevistados indican que la población LGBTI+ es un lugar de discriminación interiorizada e institucional entre sus miembros, no seguro, del cual prefieren no formar parte.

4.2 Comportamiento de la sociedad: discriminación y aceptación por la sociedad

Según los entrevistados, la discriminación con sus crímenes de odio está más arraigada a las personas de mayor edad, aquellos con ideología retrograda y heteronormada. El rechazo inicia cuando las personas muestran su identidad de género, al indicar su orientación sexual. Vale referir que todos los entrevistados se sienten parte de la sociedad y es la sociedad civil quien rechaza a la población como parte de ella, ignorando sus necesidades. Además, la sociedad Latinoamericana y sobre todo la Cuencana es “curuchupa”; Andrea la expresa como “pueblo chico, infierno grande”. Nos indican que la sociedad civil piensa erróneamente que la población LGBTI+ no merece derechos porque ya los tiene. Al igual que en el sistema de salud existe una discriminación interseccional, mientras más características discriminatorias tenga una persona más rechazo social tendrá. También han experimentado acoso sexual, una peculiaridad es la presencia de Masculinidad frágil y sexismo en los acosadores. Entre las formas de discriminación tenemos: estafa económica, violencia física y psicológica, homicidio, impunidad en

denuncias, mostrarles como “algo malo” a los niños, negativa a su presencia en espacio público, negativa al acceso a ciertos lugares o sectores geográficos, homofobia, transfobia, machismo, indiferencia, desdén, insultos, burlas, irrespeto, limitación a la expresión de su identidad de género.

Entre las formas de aceptación experimentadas o escuchadas por los entrevistados tenemos: mejoría en el seguimiento por parte de la justicia a crímenes de lesa humanidad principalmente homicidios, acompañamiento y apoyo de miembros de la sociedad civil durante las marchas del Orgullo Gay, resiliencia social. Para algunos entrevistados, la conducta de la persona hacia la sociedad permite cambiar el pensamiento de los que les rodean, eliminar el rechazo y tener una mejor convivencia con las personas del entorno.

Las personas LGBTI+ desean expresarse libremente sin ser juzgados, poder caminar tranquilamente en cualquier lugar con su pareja, tolerancia y respeto. Las personas piden un trato igualitario-equitativo sin beneficios en comparación con población heterosexual; quieren no ser discriminados. Gerard nos habla de una “aceptación/justicia sin castigo y sin miedo”. Los entrevistados piden una educación sexual diversa para todas las personas desde pequeños en donde se vislumbre y entienda la diversidad sexual humana. En cuestiones legales indican la necesidad del derecho a formar una familia, a poder adoptar a un niño, una niña, criarlo y brindarles una familia, el matrimonio igualitario, el acceso a los tratamientos médicos individualizados, el acceso a salud mental sin estigmas.

Las personas LGBTI+ según Thiago “quieren formar parte de la humanidad, porque la sociedad es un poco animal”, la población es una víctima de la sociedad porque no tiene poder y porque esta situación les permite visualizarse para exigir sus derechos civiles.

4.3 Fenómenos culturales: discriminación en la población LGBTI+ a sus miembros

Varios entrevistados indican no sentirse parte de la población LGBTI+, pues no comparten acciones, experiencias, ideas ni gustos de vida; prefieren mantenerse alejados de la toxicidad del grupo. Se observa en estas personas miedo a las acciones de los otros por situaciones previas en su historia de vida. Se observa en la población una segregación humana obligatoria. Otros, se sienten seguros, pues les consideran que sí comparten experiencias de vida, les brindan un segundo o hasta primer hogar, un lugar donde pueden expresarse, son amigos importantes para su desarrollo.

Igualmente existen situaciones discriminatorias similares que en la sociedad civil pero potencializados por una búsqueda consciente de la aceptación social e inconsciente de la heteronormatividad, aplicación del género binario con sus roles sociales, supremacía de un grupo sobre otro y rechazo al más de la diversidad sexual por los estereotipos en una persona gay, lesbiana, bisexual, trans, intersex. Además, indican dominancia de la subpoblación gay sobre las demás subpoblaciones. Entre las formas de discriminación internalizada LGBTI+ tenemos: heteronormatividad, patriarcado, sexismo machismo, hembrismo, misoginia, transfobia, rechazo a la construcción de identidad de la persona, hegemonía de los considerados hombres.

Lunita, una mujer trans hace referencia a la dificultad de mantener una relación de pareja en las personas trans, aún más si se dedican al trabajo sexual.

5. Entrevista

5.1 Calidad de la entrevista

5.1.1. Calidad de las opiniones

Los entrevistados nos muestran leves conocimientos respecto a ciertos temas preguntados. Ellos indican que esta situación surge del desconocimiento de terminología relacionada con sexualidad, analfabetismo jurídico entorno a la población LGBTI+, leve o nulo uso del primer de nivel de atención en salud, desapego a las actividades llevadas por gremios de la población LGBTI+.

La entrevista permite a los entrevistados analizar y valorar su situación social, familiar y de salud. El sistema de salud está cambiando para los grupos minoritarios, se observan situaciones positivas que imitar y negativas que mejorar. Existe una alta predisposición de los participantes a formar parte de estudios referentes al tema salud LGBTI+ con el objetivo de mostrar la realidad del grupo a todos los que forman los distintos niveles de salud, a los pacientes, a las comunidades, para mejorar la calidad de vida de la población y convertir a los espacios físicos de atención en lugares seguros. Señalan que las personas LGBTI+ están dispuestas a expresar su realidad, por lo que deben crearse espacios físicos o virtuales amenos, con calidez, comodidad que les permita hablar sin represalias; indican que existe rechazo por parte de la sociedad civil para hablar de diversidad sexual, pero es necesario por los vacíos intelectuales existentes en el país.

Las opiniones vertidas nos muestran que las iniciativas académicas como trabajos de grado permiten alzar la voz de los que callan y extender ideologías de cambio a pesar de ser propensas a rechazo social. Igualmente, la población heterosexual contribuye a la defensa de los derechos LGBTI+ y son ellos los que tienen el poder del cambio. Por último, hacen un llamado de interés al desarrollo de más estudios cualitativos y cuantitativos respecto a la salud de personas LGBTI+

5.1.2 Jerarquización

Durante la entrevista, tanto al inicio y al final, se realizó el ejercicio gráfico descrito en el Anexo 3. Los entrevistados jerarquizaron los pilares según su experiencia personal; 9 de las 10 personas mencionaron que en primer lugar está la familia, pues esta es su fuente de apoyo primordial y al estar bien con su núcleo de vida van a estarlo con los demás y su entorno. En segundo lugar, la diversidad sexual porque determina su individualidad humana en su desarrollo; no obstante, indican ser mucho más que una identidad y preferencias”. En tercer lugar, el primer nivel de atención en salud, porque la población LGBTI+ ha sufrido varias vulneraciones a sus derechos tras acudir a la consulta; sin embargo, no desmerecen que es fundamental para su bienestar físico y mental. En cuarto lugar, la sociedad ya que su discriminación o aceptación influye en su desarrollo y es lo que ha generado la por una equidad sexo-genérica. Tres entrevistados cambiaron la jerarquización al final de la entrevista, haciendo énfasis en el primer nivel de atención en salud sobre la diversidad sexual, debido a que, para ellos la atención en salud es importante para obtener un bienestar total; sin embargo, el orden de jerarquización general se mantiene.

Discusión

1. Diversidad Sexual

1.1 Definición de los elementos de la sexualidad

1.1.1 Diversidad

El significado de la diversidad es la misma para todos los entrevistados y la definen al igual que Cáceres como una de las principales características del ser humano y de su sexualidad; está representada por 7500 millones de cuerpos diferentes, que piensan y sienten de maneras distintas. La diferencia es la sustancia de la individualidad, cada ser humano es único e irrepetible. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, nos reconocemos como iguales en dignidad y derechos. (15)

1.1.2 Sexualidad

La definición de sexualidad se encuentra dividida. Unos la definen como algo erótico, mientras que, otros la definen al igual que la Asociación Mundial para la Salud Sexual, Declaración y Derechos sexuales (WAS) como un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida. La asociación reconoce a la sexualidad como fuente de placer, de bienestar personal y general, creando derechos que protegen a cada persona para ejercer y expresar su sexualidad y disfrutar de su salud sexual. (16). Asimismo, Curiel indica que la sexualidad es un espectro que circunscribe una gran cantidad de interacciones entre sexos biológicos y parte de esta expresión se da desde el género, e incluso aborda la orientación sexual del individuo incluyendo el deseo sexual hacia otro o hacia el mismo sexo. (17)

1.1.3 Diversidad sexual

La diversidad sexual viene de la mano con el concepto de sexualidad, es lo que la mayoría de los entrevistados concluyen. Para Dávila la diversidad sexual es el contraste entre los gustos, forma de vestir, pensar, relacionarse con otros, preferencias físicas y emociones de cada persona dentro de las cuales existen más identidades plurales diversas. Está relacionado con la dignidad de las personas y el derecho a su intimidad, autonomía y al principio de vulnerabilidad. (11)

1.1.3 Identidad de género

Los entrevistados conceptualizan la identidad de género según los Principios de Yogyakarta como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento; incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género; agregan la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (18) Para Colas-Bravo se trata de un constructo de la modernidad que implica la construcción personal de un yo individual y social a través de procesos de reconocimiento e identificación de valores. (19)

1.1.5 Orientación sexual

La orientación sexual según La Asociación Americana de Psicología (APA) es atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros que se diferencia de la conducta sexual, porque se refiere a los sentimientos y al concepto de uno mismo. (20) En el caso de los entrevistados, hacen más énfasis en la parte sexual, dejando de lado lo emocional y sentimental.

1.1.7 Sexo biológico

La mayoría de los entrevistados, dividen el sexo biológico como masculino y femenino, se olvidan del término “intersexual”. Para Ramírez – Bravo et al, el término corresponde a las características físico-biológicas que diferencian a los

individuos a nivel sexual, incluyendo los órganos, hormonas y cromosomas y se dividen en masculino, femenino e intersexual. (21)

1.1.9 Erotismo

El erotismo sexual, los entrevistados lo definen como una acción a realizar con una pareja que no necesariamente tiene que terminar en coito. Sin embargo, Hurtado de Mendoza et al, lo definen como una actitud ante la vida que implica abrir los sentidos para experimentar sensaciones que provoquen goce, bienestar, placer y búsqueda de experiencias, y que se pueden compartir en pareja o consigo mismo/a. (22)

Según Killermann, todos estos términos marcan las distinciones y variedades que diferencian la identidad y expresión de género, sexo biológico y orientación sexual de lo que es cada persona; por lo que, bajo diversas circunstancias el ser humano puede sentirse perteneciente, atraído/a o corresponderse dentro de algunos términos existentes entre los miembros de la comunidad LGBT+, y para eso es necesario conocer lo que cada clasificación significa. (23)

1.2 Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.

1.2.1 Sexualidad y su influencia en el desarrollo del individuo

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos indica que las sociedades en América Latina se encuentran dominadas por la heteronormatividad, la cisnormatividad, jerarquía sexual, los binarios de sexo y género y la misoginia. Estos, castigan las orientaciones y las identidades no normativas y a aquellos cuerpos que no se ajustan a los estándares sociales de corporalidad femenina o masculina. Desde el concepto de violencia por prejuicio se explica acertadamente este contexto de violencia generalizada contra la población LGBTI+, puesto que dirige su comprensión como un fenómeno social y no como un hecho aislado. (24)

1.2.2 Heteronormatividad

Gerard y Cleo son personas intersexuales, quienes han sufrido violencia y discriminación, y al igual que Maffía manifiestan que su problema central es las cirugías de asignación de sexo, debido a que son el resultado de la visión heteronormada y patriarcal de la sociedad donde no es posible la existencia de cuerpos diferentes al binario macho o hembra. La ideología dicotómica de género es anterior y más fuerte que el sexo biológico. (25)

2. Primer Nivel de atención en salud

2.1 Conceptos:

2.1.1 Concepto de salud.

Los entrevistados expresan su concepto de salud desde un ámbito legal-médico concordando con el vínculo de la salud y los derechos para el buen vivir, la accesibilidad y la salud sexual. Conforme a la Constitución de la República del Ecuador, la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuyo cumplimiento se une a la práctica de otros derechos, entre los expresados tenemos: la educación, el trabajo, la seguridad social y los ambientes sanos. (12)

También se concuerda con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin embargo, se expresa a través del propio concepto de salud la violación legal de este derecho; es sinónimo de negación-estigmas-inseguridad. Según la OMS la salud es bienestar biopsicosocial y no solo falta de enfermedad, comprende acceso a la atención, bienes y servicios de salud para alcanzar el estado de equilibrio entre lo físico-mental-social. (1)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) especifica que en caso de duda en las disposiciones legales se aplicarán a favor de la protección de los usuarios. (7)

De acuerdo con La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32 se manda:

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (12)

2.2 Relación equipo de salud y paciente.

2.2.1 Relación médico – paciente

Existe una deficiencia en la relación médico-paciente en el primer nivel de atención hacia la población LGBTI+. El MSP indica que la homofobia, lesbofobia, transfobia del personal de salud genera que las personas LGBTI+ se abstengan de revelar su orientación sexual, ello refuerza el aislamiento del individuo y crea una barrera para acceder a la atención en salud. Se crea dificultad en la comunicación médico-paciente lo cual impide la obtención de información, dificulta el diagnóstico correcto para el manejo integral de la persona, esta no logra adherencia al tratamiento y tampoco es posible la prevención por limitado conocimiento de los factores de riesgo del paciente. (7) No se puede lograr educación en salud.

Según Haider, la recopilación de la orientación sexual tiene su importancia para brindar atención de alta calidad centrada en el paciente. (26)

Los entrevistados sugieren varias formas para mejorar la relación médico– paciente, estas se unen para formar la relación profesionales de salud-usuarios. Conforme el MSP, esta nueva relación sanitaria está centrada en las necesidades y demandas individuales y en la potenciación de la capacidad del usuario en la toma de

decisiones informadas sobre la salud. (7). El objetivo sería crear una relación médico-paciente-usuario para brindar el mejor trato posible a la persona en base a sus necesidades.

Como indica Haider, la normalización de la recopilación de información sobre la orientación sexual de cada paciente crea un diálogo entre los pacientes y los profesionales de la salud y promueve un ambiente acogedor e inclusivo. (26)

Siguiendo a Whitlock, la mayoría de los problemas de salud que afectan a las personas transgénero y no binarias no son diferentes de los del resto de la población; sin embargo, hay temas de atención primaria en salud exclusivos de la población transgénero que necesitan un enfoque especial. (9) Enfocarse en sus necesidades muestra el interés por mejorar la relación con este grupo de usuarios.

2.3 Realidad del primer nivel de la atención en salud.

2.3.1 Calidad de discriminación por parte del equipo de salud.

Los entrevistados expresan distintas formas de discriminación por parte del personal de salud, esto explica el menor uso de los servicios de salud del primer nivel de atención en salud, situación que concuerda con lo establecido por Gómez et al, en el “Estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del año 2013”, según el cual el 33,7% de participantes ha experimentado discriminación en ambientes de salud y el 18,7% ha sentido exclusión. (4)

Según Haider, las poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales (LGB) reportan peor salud y menor acceso a seguros y servicios de salud en comparación con las poblaciones heterosexuales. (26)

Además, se ratifica lo encontrado en el estudio 10 años después de la realización del mismo respecto a las barreras creadas por el personal de salud que dificultan el acceso a los servicios de salud de las personas LGBTI+. Como lo indica Gómez et al, dichos valores son: concepciones religiosas, creencias, estereotipos de género, estigmas sociales de lo normal; quemeimportismo en el trabajo en temas de sexualidad, falta de orientación psicológica en los procesos de construcción de la identidad de género. (4)

Según Haider, en su estudio los médicos valoraban tratar a todos los pacientes por igual y, por lo tanto, a menudo describían que no necesitaban conocer la orientación sexual de sus pacientes. (...) Estas entrevistas sugieren que, aunque los pacientes reconocen la necesidad de recolectar la orientación sexual, es posible que algunos médicos y enfermeras no lo hagan. (26)

Acorde a Whitlock, los proveedores deben considerar el impacto único que una identidad y expresión de género diferente del género asignado al nacer afecta las interacciones entre el paciente y el proveedor, incluidos los antecedentes, el examen físico y las pruebas de diagnóstico. (9)

La discriminación con base en la heteronormatividad expresada con la heterosexualidad generalizada está presente en el primer nivel de atención. Esta situación es vista en varias situaciones de atención de la población LGBTI+, entre ellas concordando con el MSP la salud sexual y reproductiva excluye deslegitimando e invisibilizando a mujeres lesbianas, bisexuales por el concepto retrógrado del sexo únicamente como penetración pene-vagina. Se indica que ellas merecen los mismos controles ginecológicos para mujeres heterosexuales. (7)

También observamos acciones realizadas por el equipo de salud a favor de un buen servicio para las personas LGBTI+; no se encontraron estudios cuantitativos en el medio ecuatoriano al respecto. Actualmente estos porcentajes pueden no demostrar la realidad de la población de estudio considerando las opiniones vertidas tanto a

favor como en contra de la presencia de discriminación en el ámbito de salud ecuatoriana.

Según Haider, las pacientes lesbianas, gays y bisexuales reconocieron la importancia de recopilar la orientación sexual no sólo para sus encuentros individuales en el servicio de urgencias sino también para los beneficios sociales del reconocimiento y la normalización de las minorías LGB. Muchos pacientes reconocieron que la recopilación rutinaria de la orientación sexual como información demográfica facilita normalización y reconocimiento. (26)

Se expresa la necesidad de un abordaje considerando las necesidades con un enfoque de género. Como indica el MSP, para el abordaje a la población LGBTI+ se debe analizar la relación del poder entre los sexos y la influencia en el desarrollo de las identidades de género que socialmente interactúan para la jerarquización del ser humano acorde a las corporalidades originando “desigualdad, marginación, discriminación e inequidad socio-económica, étnico, sexo-genérico y generacional” (7)

Siguiendo a Whitlock, en poblaciones como la transgénero es necesaria una formación del personal (lenguaje adecuado), conocer el grado de conocimiento familiar, una historia clínica electrónica (seudónimo, orientación sexual, historia transicional, intervenciones quirúrgicas, uso de hormonas; una anamnesis sensibilizada). Un examen físico sensibilizado con una explicación anticipada, examinación de la anatomía presente, un lenguaje con términos utilizados por el paciente, presencia de acompañante si el paciente lo desea y examinación de mamas, genitales y recto si es necesario. Screening de cáncer de mama, cervical, ovárico, próstata (9)

El Enfoque de género en salud debe ser aplicado con cuidado, evitando la agresión a personas trans e intersex que comparten características del sexo masculino y femenino. Según el MSP, el enfoque de género en salud pública se basa en las diferencias entre el sexo binario para entender diagnósticos, historias de vida,

factores de riesgo sanitarios-socioculturales-biológicos en torno a esta dualidad para potenciar la eficiencia, equidad y alcance en salud. (7) Sin embargo, este enfoque de género ha sido dirigido únicamente hacia las mujeres, sus problemas sanitarios y abordaje, con olvido de las distintas identidades de género.

La población trans e intersex son merecedores de una atención en salud con mayor enfoque en sus necesidades. El MSP indica que, las mujeres trans con vaginoplastías y los hombres trans deben ser evaluados ginecológicamente acorde a su situación (...) en este grupo poblacional la transfobia se expresa por discriminación, extorsión, violencia, enjuiciamiento y estigmatización lo que origina su exclusión de los servicios de salud. (7)

2.3.2 Sentimientos de las personas al acudir por atención en salud

La generación de sentimientos positivos y negativos de manera consciente e inconsciente desde los profesionales de salud hacia los pacientes y viceversa establece las acciones de los involucrados.

Uno de los mayores sentimientos de la población es el miedo a la discriminación, este temor existente puede causar negativa a conocer la orientación sexual de la persona, lo cual podría originar problemas para el manejo del paciente. Según el MSP, el rehusarse a indicar la orientación sexual a los trabajadores de la salud y/o hablar sobre las prácticas sexuales por miedo al rechazo afecta el manejo de la salud sexual y su tratamiento. (7)

Existen varias formas de mejorar la comodidad de la persona en los establecimientos de salud. El MSP propone no presuponer en el interrogatorio que la persona es heterosexual, con familia nuclear-monogámica, con hijos biológicos; recordar las múltiples identidades de género, prácticas sexuales diversas y no convencionales; tener cuidado con las preguntas estándares como el estado civil, usar terminología acorde al género o en caso de duda un género neutro, no hacer bromas respecto a población LGBTI+ percibir y manejar situaciones de incomodidad; considerar que información es relevante, hacer preguntas abiertas,

indicar que la persona puede negarse a responder cualquier pregunta; ofrecer disculpas en caso de ofensa, explicar la necesidad de información respecto a la sexualidad de la persona, preguntar sobre terminología que prefiere, mostrar comodidad al hablar de sexualidad, no emitir juicios de valor, respetar derechos humanos, indicar la confidencialidad de la información, reconocer y no reproducir prejuicios, crear ambientes seguros, facilitar acceso a material impreso y referencia a nivel de mayor complejidad, conocer el contexto sociocultural de la persona, conocer y educar sobre la diversidad sexual, llenar el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) sin asumir historia de relaciones sexuales del paciente ni el sexo biológico. (7)

Acorde a Whitlock, las personas transgénero tienden a sentir incomodidad y rechazo a la realización de ciertos procedimientos clínicos por la disforia de género asociada al procedimiento, ello ocurre durante el examen físico y procesos de screening como palpación de mamas, recolección de muestra para citología de cuello uterino, tacto rectal (9).

2.3.3 Preguntar sobre sexualidad en atención clínica

La realización de preguntas dirigidas hacia los elementos de la sexualidad generalmente depende del motivo de consulta del paciente, trato con enfoque de género, posterior manejo de molestias físico/psicológicas de la persona; para una atención integral, además de crear fuentes estadísticas de información para el manejo a futuro de la población. Se debe considerar y evitar el sentimiento discriminatorio que puede sobreentenderse en las preguntas al no explicarse la razón por la cual se solicita la información. Según el MSP, la información solicitada en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA) incluye orientación sexual, identidad de género y la variable intersex con el objetivo de contar con información de la realidad de salud de las personas LGBTI+ para la creación de políticas públicas acorde a la epidemiología del grupo, reducir barreras discriminatorias para promover la igualdad y equidad de las diversidades sexo-genéricas y la ejecución de derechos. (7)

Conforme con Haider, en su estudio sobre consultar en el departamento de urgencias sobre orientación sexual e identidad de género “The Equality study”, los pacientes y los profesionales de la salud tienen opiniones discordantes sobre la recopilación rutinaria de datos sobre la orientación sexual. Una minoría de pacientes se negaría a dar su orientación sexual (...) Las entrevistas cualitativas sugirieron que era menos probable que los pacientes se negaran a decir su orientación sexual de lo que esperaban los proveedores. El 10,3% informaron que se negarían a decir su orientación sexual; sin embargo, el 77,8% de todos los médicos pensaron que los pacientes se negarían a dar su orientación sexual. Después del ajuste por características demográficas, solo los pacientes bisexuales tuvieron mayores probabilidades de negarse a proporcionar orientación sexual en comparación con los pacientes heterosexuales (odds ratio, 2,40; IC del 95 %, 1,26-4,56) (26).

Según Whitlock, en personas transgénero existe la necesidad de una historia clínica electrónica al alcance de los profesionales de salud que atienden al paciente; debido a que, muchas personas transgénero se identifican con un nombre o identidad de género diferente al asignado al nacer, tienen una la historia transicional anatómica, para que el profesional conozca las referencias de imagen y laboratorio, medicación usada y en uso actual, para un manejo menos agresivo al usuario. (9) Ello evitaría el sentimiento de revictimización de la persona.

Acorde con Haider, aunque los médicos reconocieron la importancia de revelar la orientación sexual cuando fuera médicamente relevante, la mayoría de los pacientes creían que la orientación sexual siempre fue relevante para el encuentro de atención médica en el servicio de urgencias. Muchos pacientes afirmaron que la orientación sexual era algo que su profesional de la salud necesitaba saber y estuvieron dispuestos a proporcionar estos datos cuando se les preguntó. (26)

La buena relación médico-paciente y la subsecuencia en la atención permiten elegir al profesional de salud el momento adecuado para hablar sobre diversidad sexual o dejar a elección del paciente el momento de entregar dicha información; sin

embargo, la misma debe ser resguardada y la negativa por parte del paciente a expresar sus respuestas debe ser respetada por el profesional.

Según el artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador: “los servicios de salud garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”. (12)

Siguiendo a Haider, los pacientes y los médicos estarían dispuestos a proporcionar o recopilar la orientación sexual si se les garantizara la confidencialidad (52,1% y 87,0%, respectivamente) o un espacio privado (84,2% y 88,2%, respectivamente). De manera similar, si se documenta la orientación sexual al igual que otras preguntas demográficas (p. ej., raza y educación), 749 pacientes (49,4%) y 275 médicos (64,1%) estarían dispuestos a proporcionar o recopilar los datos. (26)

2.3.4 Protocolos y Manuales especializados para personas LGBTI+ en el MSP

Actualmente en Ecuador, existe el Manual de Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) el mismo que cuenta con recomendaciones para el manejo integral de este grupo poblacional. Hay personas a favor de este manual debido a que brinda información importante y útil para abordar a la población LGBTI+, sobre todo a los subgrupos de riesgo. Los sentimientos de los pacientes en contra de este manual surgen por un desconocimiento del mismo y del objetivo de salud que guarda. Las confabulaciones del pasado hacia la población LGBTI+ colaboran al rechazo de la población.

Según el artículo 154 de la numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, Art 2 este manual debe ser aplicado obligatoriamente en el Sistema de salud Nacional de Salud y difundido desde su publicación en 2016, situación realizada en regulares condiciones. Además, la finalidad de esta herramienta es garantizar el derecho a la salud y al buen trato de la población LGBTI+. (12)

Las deficiencias observadas en el mismo ponen de manifiesto la necesidad de una nueva elaboración con la participación de un equipo multidisciplinario, fuentes de

información confiable y lenguaje inclusivo. En el mismo se usan términos inadecuados como: personas con desórdenes del desarrollo sexual o trastorno del desarrollo sexual para referirse a las personas Intersex, en salud reproductiva se habla de la asistencia profesional a la mujer embarazada olvidándose de la población de hombres trans que desean gestar, se indica sobre las intervenciones quirúrgicas a una persona intersex que debe ocurrir sólo cuando sus características intersexuales generen deterioro en la calidad de vida de la persona y no se considera la situación de las personas trans; existe poca información respecto al manejo de personas trans e intersex. El MSP indica que, el manual es una herramienta al personal de salud para la comunicación asertiva, evitar la discriminación y la violencia a la población, para determinar factores de riesgo y criterios para referir a niveles superiores a miembros de la población LGBTI+ que debe ser mejorado. (7)

La falta de información para la elaboración correcta de protocolos y manuales para la población LGBTI+ es una problemática para la atención en salud tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados.

De acuerdo con Haider, el grupo para la mejora de la salud de Healthy People 2020, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y los Institutos de Medicina ahora recomiendan la recopilación rutinaria de datos sobre orientación sexual. (14) Tanto los pacientes como los médicos indicaron el autoinforme no verbal como su método preferido para recopilar información sobre la orientación sexual (...) se requiere la implementación de un enfoque estandarizado y centrado en el paciente para la recopilación rutinaria de datos sobre orientación sexual para ayudar a identificar y abordar las disparidades de salud entre las poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales. (...) la falta de datos sobre la orientación sexual es un desafío importante para comprender y abordar las disparidades de salud LGB. (26)

Aquellos grupos con características importantes que los hacen susceptibles a desarrollar patologías físicas/psicológicas con sus subgrupos de riesgos son merecedores de una mayor preocupación por asegurar el cumplimiento de sus

derechos como seres humanos. La población LGBTI+ y sus subgrupos forman parte de las minorías a considerar como grupos focales de trabajo. Los derechos en salud para este grupo de riesgo están escritos, sin embargo, hay desconocimiento e incumplimiento de los mismo en el primer nivel de atención primaria en salud.

Según el artículo 360 de la Constitución de la República del Ecuador se ordena:

“El sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.” (12)

El artículo 362 de la Carta Fundamental que establece que “(...) los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez (...). (12)

Por otro lado, necesidades específicas de la población LGBTI+ y sus subgrupos de riesgo no son satisfechas por el MSP, se ve la urgencia de una modificación de la Cartera de Servicios respecto a medicación, exámenes complementarios, procedimientos clínicos, especialistas en las múltiples ramas de la salud con enfoque de género que estén al alcance de los pacientes y de los profesionales del primer nivel de atención primaria en salud. Según el Artículo 154 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador es necesario otorgar al personal de salud el material, recomendaciones con sustento teórico y herramientas para atender a la población LGBTI+. (7)

El artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador establece que:

“Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (...).” (12)

La ejecución de las leyes ya establecidas y los cambios del sistema de salud expresados en el análisis de este trabajo deben abarcar desde el primer nivel de atención en salud para la resolución que es posible; pues sin estas modificaciones

se mantendrá el incorrecto funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y la ausencia de la población LGBTI+ en el sistema de salud.

2.4 Patologías en la población LGBTI+.

2.4.1 Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La población LGBTI+ pueden adquirir ETS y factores de riesgo para las mismas, sin embargo, ello no implicaría una mayor prevalencia de estas patologías. Las ETS corresponden a otra fuente de discriminación en la población con mayor carga social en comparación con las personas heterosexuales. Según el MSP, el comportamiento sexual de las personas sean de la población LGBTI+ o heterosexuales no corresponde a los prejuicios sociales sobre sus prácticas sexuales, por lo tanto, el riesgo de una ETS se presenta ante prácticas sexuales inseguras no causado por la orientación sexual (...) los profesionales de salud deben instruirse en la variedad de prácticas sexuales existentes para otorgar asesoría, accionar seguro de las mismas, sin el objetivo que los usuarios dejen de ejecutar cierta práctica sexual. (7)

Vale considerar que, para el MSP los hombres que tienen sexo con hombres tienen un alto porcentaje de VIH, junto con mujeres trans. (7) Ello se relaciona con los factores de riesgo incluidos en el trabajo sexual y por falta de uso de métodos de barrera.

Acorde a Whitlock, en Estados Unidos la prevención y la educación sobre el VIH son de vital importancia en la población transgénero (...) la prevalencia del VIH entre pacientes transfemeninas es la más alta entre todos los grupos de riesgo, particularmente entre pacientes transfemeninas de color. La tasa de VIH no diagnosticado en el la población transgénero es alta del 57% en comparación con un 27% de media nacional. Se recomienda el uso de condón y profilaxis preexposición (...) el asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras y la reducción

del riesgo de infección (ITS), VIH y otras infecciones de transmisión sexual que afectan desproporcionadamente a comunidad transgénero. (9)

Además, se indica la precariedad en educación sexual y asesoría en ETS, lo cual afecta la salud reproductiva y sexual. Según la OMS, la salud reproductiva corresponde a un estado de bienestar biopsicosocial en relación a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida humana, implica una vida sexual segura, satisfactoria, la decisión de querer tener hijos, el momento y la frecuencia; implica derechos reproductivos. Además, considera el acceso a métodos anticonceptivos comprobados y validados científicamente y servicios de planificación familiar. (1)

Whitlock indica que, en personas transgénero se debe realizar una historia sexual sensible, recordando que la orientación sexual es distinta de la identidad de género. La historia sexual debe ser una historia centrada en el comportamiento, que utilice lenguaje inclusivo con la pareja. No hacer suposiciones sobre la identidad de género de la pareja o los comportamientos sexuales que realiza (9).

2.4.2 Trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio en personas LGBTI+

Existe una alta prevalencia de trastornos psicológicos en la población LGBTI+, los cuales están unidos a la discriminación social-familiar-individual y las adicciones con sustancias psicotrópicas. Según el MSP, estos trastornos se explican por el Estrés de minorías sexuales, entendido como el mayor riesgo de adquirir trastornos psicológicos por las experiencias de vida de la persona relacionadas al aislamiento de las agrupaciones sociales y normas. (7)

Conforme indica Whitlock, los pacientes transgénero tienen estadísticamente una mayor probabilidad de experimentar ansiedad y depresión que la población general.

Por lo tanto, la evaluación y el asesoramiento periódico sobre enfermedades psiquiátricas y tendencias suicidas son fundamentales. (9)

Estos trastornos psicológicos se ven aumentados acordes a la interseccionalidad y la discriminación en las personas de la población. Según el MSP, en mujeres lesbianas y bisexuales existe una alta presión social que dificulta la autoaceptación y el empoderamiento, depresión, aislamiento, estrés de minorías lo que origina intentos suicidas, suicidio. (7)

Además, se observan factores protectores y de riesgo ante estas patologías. El MSP indica altos niveles de suicidio por factores de riesgo como: depresión, altos nivel de sustancias psicotrópicas y aislamiento familiar-social, internamientos en contra de su voluntad en centros psiquiátricos para la deshomosexualización, falta de apoyo social-familiar. (7)

Según la OMS, desde 1990 se eliminó a la homosexualidad como enfermedad psiquiátrica y desde 1973 la Asociación Estadounidense de Psiquiatría la retira como trastorno mental, indicándose el desuso de las acciones clínicas a cambiar la orientación sexual de los individuos. (1)

2.4.3 Adicciones: alcohol, drogas y tabaquismo en personas LGBTI+

El uso de sustancias psicotrópicas es frecuente en la población LGBTI+ debido a su relación con los trastornos psicológicos y los efectos deseados para sobrellevar su situación social-familiar-individual y en aquellos que realizan el trabajo sexual. Situación que coincide a lo expresado por el MSP el cual indica altos niveles de consumo de tabaco, alcohol, drogas en comparación con personas heterosexuales debido a la discriminación, homofobia y estrés elevados en la población LGBTI+; el objetivo de las mismas es relajarse y permitir las relaciones interpersonales. (7)

Según Whitlock, en población transgénero se debe llevar un screening para sustancias de abuso, las tasas de consumo de cigarrillos y cigarrillos electrónicos son más altas entre las personas transgénero en comparación con sus homólogos

cisgénero. Respecto al alcohol datos actuales sobre tasas de abuso de esta sustancia en poblaciones transgénero son mínimos y no proporcionan una evaluación precisa de las necesidades de la comunidad. (9)

2.5 Subgrupos de riesgo y las interseccionalidades

El conjunto de factores de riesgo en un individuo lo hace vulnerable a las acciones de la sociedad, es en ellos a los cuales se debe dirigir los enfoques en leyes y priorización. El MSP especifica que los profesionales de salud deben conocer las variables que influyen en la población LGBTI+ al acceder a los lugares de atención en salud: género, edad, etnia, nivel socioeconómico, étnica, religión, situación migratoria, actividades económicas, familia, instrucción, grupos sociales en los que forma parte. (7)

Según Narvárez, la interseccionalidad permite reconocer que las desigualdades de grupos o sistemas sociales se forman por la unión de varios factores sociales que vulneran a los individuos, siendo necesaria la unión de todos para considerar la intersección de identidades como una nueva categoría distinta de análisis, una nueva identidad única, un nuevo grupo de personas más propensa a la discriminación. (10)

“Chus African American lesbians face social and psychological concerns that are different than those faced both by heterosexual African American women and White lesbians and therefore can only be captured at the intersection of race and sexual identity”. (10)

La población gay es la más aceptada socialmente por las razones indicadas previamente. El énfasis en población trans e intersex además del análisis de las múltiples vulnerabilidades nos permiten hablar de la interseccionalidad y la discriminación que originan.

El MSP indica la doble discriminación en mujeres lesbianas, trans masculino y bisexuales con bases en el control del comportamiento sexual, el machismo y la

orientación sexual (...) la situación se agrava cuando provienen de minorías socioculturales, religiosas y étnicas. Ello dificulta el cumplimiento de las necesidades básicas que participan en la salud del ser humano: afectivas, socioculturales, sanitarias, nutricionales (...) Hay un rechazo y desconocimiento de prácticas sexuales entre mujeres reflejado en ausencia de políticas y manuales especializados, lesbofobia y bifobia. (7)

Según Flores, la identidad lesbiana está más arraigada a la situación de raza, estrato social y educativo, grupo religioso, posición política, etnia, etc. (11)

Conforme indica Haider, las personas bisexuales tienen más probabilidades de negarse a proporcionar orientación sexual que las personas heterosexuales probablemente por niveles más altos de confusión de identidad, eventos de revelación más tardía que las personas lesbianas y gays. (26)

De acuerdo con el MSP, las personas trans tienen problemas médicos, psicológicos y sociales más complejos por los procesos discriminatorios a los cuales son víctimas ello le niega el acceso a trabajo social y en salud deteriorando su estilo y calidad de vida. Ellas destruyen las normas del género binario y la sexualidad clásica. (7)

Según Whitlock, en su estudio Primary Care in Transgender Persons, indica que las necesidades de atención médica preventiva de las personas transgénero son casi idénticas a las del resto de la población. Se debe prestar especial atención al impacto de los regímenes hormonales de afirmación de género y la atención quirúrgica en los exámenes preventivos. Para evitar crear barreras adicionales al acceso, se debe crear un sistema de atención médica acogedor e inclusivo para personas transgénero. (9)

Respecto a la población intersex según el MSP experimentan sufrimiento, temor por las cirugías de asignación de sexo realizadas desde el nacimiento, su historial médico es complejo, creando una apariencia no acorde a su identidad. (7) Dicha situación concuerda con lo observado en nuestro estudio. Además, se indica la

realización de la norma para el manejo de personas con desorden en el desarrollo sexual por los profesionales de salud, situación aún no realizada en nuestro país.

3. Familia

3.1 Concepto

La familia no es únicamente consanguinidad, este término incluye: las amistades, parejas y mascotas. Según Malpartida, la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc.), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o afinidad. (13)

3.2 Estructuración familiar

La estructuración familiar consta de madre, padre y hermanos; la formación típica en la sociedad, sin embargo, familia son grupos de apoyo de la población LGBTI+, las madres putativas, amigos y parejas. Asimismo, Malpartida menciona que la población LGBTI en gran parte tienen como familia a jefes de las organizaciones del colectivo LGBTI. (13)

3.3 Relación con la familia

En las familias existen problemas de discriminación y violencia, al igual que apoyo emocional en el proceso de aceptación de la sexualidad de alguno de sus miembros. Esto coincide con el estudio cualitativo realizado en Quito-Ecuador por Ricaurte, quien menciona que una tercera parte de los entrevistados no perciben apoyo dentro de la familia; debido a, la falta de educación en temas relacionados al género y la comunidad LGBTI como tal, por pertenecer a un ambiente homofóbico y/o transfóbico; además, la población ha experimentado comentarios que violentan su identidad. (27)

Algunas familias ocultan la orientación sexual de alguno de sus miembros por miedo a perder un estatus social o impactar en el bienestar de los hijos. Otras aceptan la noticia bajo condiciones como: restringir la exposición pública de la identidad de género, esconder la decisión de la familia extensa. Solís en su estudio evidenció que, los padres y las madres tenían como principales miedos a: los asesinatos, la homofobia social, los daños propiciados por otros, que el hijo abandone los estudios y las enfermedades de transmisión sexual. Además, para las familias que experimentan este proceso de aceptación es más fácil admitir a las personas LGBTI+ fuera del ambiente familiar con su hijo/a. (28)

La mala relación con la familia puede colaborar al desarrollo de trastornos psicológicos como: depresión, ansiedad, estrés postraumático e intentos suicidas. Asimismo, Ricaurte en su estudio evidencia que el desarrollo de varios efectos psicológicos nace a partir de la discriminación y la violencia existente en el entorno familiar, la cual tiene, una relación cercana con la identidad de género y con la dinámica general de la familia que es parte de un sistema social tradicional y ortodoxo. (27)

3.3.5 Religión

La religión influye en los pensamientos de las familias del colectivo LGBTI+. Según Cornejo, en el entorno familiar la homosexualidad o distintas preferencias sexuales y la religión son como el aceite y el vinagre, imposibles de mezclarse de forma efectiva, la mayor parte de las veces vemos aparecer estas dos realidades de forma conjunta. (29) Además, en el estudio de Ayerdi, un entrevistado menciona que la religión afirma que la familia heterosexual es lo bueno, la Biblia justifica que un hombre con otro es pecado, "(...) ¿si nacimos así? ¿Qué culpa tenemos? yo no decidí ser así, hubiera querido tener a mi esposa, hijos, pero no se puede". Ayerdi divide a las personas latinoamericanas tanto LGTBI+ como cishetero normativas como: ateas y de izquierdas defensoras de las realidades LGTBI+; profundamente religiosas y que no viven un conflicto entre su fe y la aceptación, empatía y/o defensa

de las personas LGTBI+; y profundamente religiosas que ven la diversidad afectivo-sexual y de género como algo normalizado, pero no bueno. (30)

3.3.5 Machismo

Según las entrevistas, los gays, intersexuales y trans sufren varias formas de machismo en la familia proveniente generalmente de sus padres o cuidadores. Según Sánchez en su estudio realizado en Perú, dentro del colectivo LGTBI se ve que los hombres están por encima y “valen más” que las mujeres por el simple hecho de ser hombres. Los gays y transmasculinos son los que más problemas tienen en este sentido, por la discriminación y machismo enfrentada en sus núcleos familiares, sobre todo por sus padres al no aceptar sus identidades de género, ni orientación sexual. (31)

4. Sociedad

4.1 Conceptos generales

4.1.1 Concepto sociedad

El concepto de sociedad es analizado desde una perspectiva geográfica-idealista-de grupos humanos todo ello heteronormado. Según Flores, las sociedades democráticas modernas se conciben como una unidad, un bloque homogéneo con un interior es multidiverso; esta división surge de la convivencia social y política en base al género, educación, edad, estado socioeconómico, creencias religiosas. En base a esto se establecen relaciones de dualidad entre lo legítimo-ilegítimo, sano-insano, justo-injusto, moral-inmoral, legal-ilegal, correcto-incorreto. Esto determina la creación, funcionamiento y persistencia de la sociedad moderna. Es en este concepto en donde todo aquello que se escapa de lo heteronormativo (lo bueno) ha sido colocado dentro de lo insano, ilegítimo, malo e inmoral. Por lo tanto, el reconocimiento de la diversidad sexual se encuentra en la reasignación social del

sentido dual, y en el Estado consiste en una posición neutral, impulsar el debate social y garantizar los derechos ciudadanos. (11)

4.1.2 Concepto de población LGBTI+

El concepto de población LGBTI+ encierra a una minoría humana con características positivas y negativas: de exclusión social, diversidad sexual, igualdad a lo heterosexual, equidad, familia inclusiva, seguridad, empatía, discriminación interiorizada e institucional. Acorde con Flores, por la gran diversidad que existe entre las poblaciones, mucho más dentro de cada subpoblación, resulta complejo hablar de una comunidad bien establecida (...) debe reconocerse diferenciación entre las subpoblaciones, aunque esto puede acarrear actitudes y políticas de exclusión. (11)

4.2 Comportamiento de la sociedad

4.2.1 Discriminación y aceptación por la sociedad.

Como se indica en el análisis, existen varias formas de discriminación por parte de la sociedad a la población LGBTI+ que son ejecutadas sin considerar que comprometen una violación a derechos humanos; por lo tanto, sanciones legales a sus ejecutores. Según la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 11, numeral 2, establece la no discriminación por orientación sexual e identidad de género como derecho innato del ser humano y el artículo 66 numeral 9 indica que toda persona tiene el derecho a decidir libremente y de manera informada todo aquello relacionado a su sexualidad. (12)

Según Gómez et al, el Código Integral Penal Ecuatoriano sanciona los delitos de odio incluido los que se cometan por motivos de orientación sexual. Esto muestra un avance en la lucha contra la discriminación por orientación sexual. Vale indicar que hasta 1997 en Ecuador la los actos que reflejaban homosexualidad era penada con 4 a 5 años de prisión según el antiguo Código Penal. (4)

La homofobia cultural e institucional expresa sus bases en el pensamiento Latinoamericano/Cuencano. Se observa homofobia cultural. Acorde a Gómez et al, en las personas LGBTI+ la discriminación en lugares privados equivale al 50,5% y en públicos el 55,8%, la exclusión en sitios privados es del 71,4% y en públicos 60,8%. La violencia en lugares privados equivale al 52,1% y en públicos 65,5%. (4)

De acuerdo con el MSP, la homofobia cultural indica formas de comportamiento del sistema patriarcal propias de la heteronormatividad provocando la segregación basada a la orientación sexual. La homofobia institucional es la expresión de las múltiples organizaciones humanas del odio y opresión hacia lo homosexual mediante leyes y formas de comportamiento impuestos a la sociedad. (7) Junto con la interseccionalidad son la base de la discriminación hacia el grupo LGBTI+.

Según Narváez, la persona con identidades minoritarias interseccionales puede experimentar demandas psicológicas y sociales que son exclusivas de la constelación específica de identidades minoritarias y estructuras de poder relacionadas. La interseccionalidad por lo tanto arroja una nueva luz sobre el racismo, el sexismo y la homofobia; porque, la persona con identidades interseccionales no se enfrenta a cada uno de esos “ismos” de forma aislada, sino a una sexualización fluida y contextual de la raza/etnicidad y a una racialización de la sexualidad. (10)

Existen leyes, pero las mismas no son puestas en práctica, además hay la necesidad de un marco legal que rija en todos los países para la inclusión de las personas LGBTIQ+. Whitlock indica que, en población transgénero se debe permitir el cambio de documentos legales acorde a la identidad de género (situación en donde participan los médicos como certificadores): certificado de nacimiento, licencia de conducir, cambio de nombre, terapia de afirmación de sexo. Adopción de niños, matrimonio igualitario son otros temas a considerar en el proceso de legalización. (9)

La eliminación de la discriminación a la población LGBTI+ inicia desde una educación sexual realista. Según el MSP, la educación sexual parte de la construcción de la persona como hombre o mujer y todo su proceso como seres sexuados en lo masculino y femenino; compete la diversidad sexual, la variación en la atracción, las relaciones, los sentimientos y emociones del individuo, la promoción de las actitudes y formas de vivir la sexualidad. Esta hace referencia al modo de cada persona de mirar, sentir y vivir ser hombre o mujer. Por lo tanto, no existe lo normal ni anormal, solo la pluralidad-diversidad sexual. Se debe humanizar la sexualidad y sus elementos para humanizar a las personas en sus diferencias. (7)

Conforme indica Whitlock, múltiples determinantes sociales de la salud tienen un impacto negativo y desproporcionado en las personas transgénero: violencia, dificultades económicas, desempleo e inseguridad habitacional, entre otros. (9)

Acorde a Gómez et al, los Principios de Yogyakarta bajo la aplicación del Principio de Igualdad y no Discriminación ante la Ley dispuesto en los Tratados Internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos los estados garantizan que las personas LGBTI+ puedan gozar sus derechos igual que cualquier persona en la sociedad. (4)

4.3 Fenómeno culturales

4.3.1 Discriminación en la población LGBTI+ a sus miembros

En la población LGBTI+ se observa en mayor medida la búsqueda de la heteronormatividad como forma de ser aceptados por la sociedad. Además, se indica discriminación institucional e internalizada. Según el MSP, la homofobia internalizada es la aceptación de prejuicios sociales en torno a la homosexualidad por parte de una persona sexo-género-diversa lo cual origina rechazo hacia sí misma y otros homosexuales. Además, la población LGBTI+ guarda en sus miembros homofobia interpersonal entendida como rechazo de las personas de

cierta subpoblación hacia lo sexo-género-diverso para evitar relaciones afectivas con aquella diversidad que se aleja de su subpoblación. (7)

Acorde a Flores, la realidad indica exclusión de los miembros de la red LGTBI+ hacia sus colegas: "(...) la peor homofobia que te vas a encontrar es la que hay al interior del conglomerado LGBTI". Hay rechazo hacia gente trans en los que se concentran estigmas sociales sobre la homosexualidad, aunque en ellos se tiene mayor empatía en la población. Las lesbianas son presas del machismo basado en roles de género y reproducción por los homosexuales masculinos. Los homosexuales masculinos sienten discriminación por parte de lesbianas por prácticas dirigidas y realizadas únicamente para su círculo. Las personas bisexuales son rechazadas en actividades gays o lesbianas, son consideradas traidoras. (11)

En la población hay presencia de lesbofobia, transfobia. Sistemas sociales como el patriarcado, sexismo, machismo, hembrismo, misoginia, transfobia son observados en la población. Esto se ve resumido en violencia de género.

Según Haider, las personas bisexuales experimentan una doble discriminación, en la que tanto las personas heterosexuales como las lesbianas/gays reportan niveles más altos de actitudes binegativas que las personas bisexuales; por lo tanto, las personas bisexuales pueden estar menos dispuestas a informar sobre su orientación sexual para encajar en aquellas comunidades sin estigma. (26)

5. Entrevista

5.1 Calidad de la entrevista

5.1.1 Calidad de opiniones

Los entrevistados nos muestran el desafío que tienen los profesionales de salud desde sus etapas de formación hasta el ejercicio profesional; situación con grandes falencias en nuestro medio. Según el MSP del Ecuador, los trabajadores en áreas de salud deben actuar de manera acertada y asertiva a las necesidades de salud de la población LGTBI+, erradicar prejuicios y mitos respecto a la diversidad sexual

para lograr permanencia de las personas LGBTI+ en los servicios de salud; lo cual se puede lograr con un manejo correcto de información y uso de los mismos para el desarrollo de conocimientos. (7)

5.1.2 Jerarquización

El proceso de jerarquización fue llevado a cabo mediante un ejercicio gráfico. En el mismo se pudo observar un cambio de importancia respecto a realizar el ejercicio antes de las entrevistas y después de las mismas. Se determina que existe un mayor grado de introspección respecto a la realidad del individuo y su relación con los pilares de la salud tras el análisis originado durante la conversación. Se determina que este instrumento es útil y puede ser extrapolado a distintas poblaciones. Mediante el uso único de esta herramienta se podría llevar a cabo estudios cualitativos en base a la saturación del discurso. Según Narváez, el instrumento cualitativo original fue diseñado para estudiar la intersección de la identidad de género relacionada con la sexualidad y la raza/etnicidad y cómo las personas interactúan con los contextos sociales. El uso de esta medida unificadora permite identificar elementos de un autosistema que surgen de la intersección de identidades entre identidades y contextos sociales y ver sus cambios a lo largo del tiempo. Además, fue diseñado para ahorrar en administración y análisis, de modo que pueda usarse como complemento cualitativo en investigaciones de encuestas grandes. (10)

Debilidades y fortalezas del estudio

Las debilidades de nuestro estudio son: La ausencia de participantes transexuales en el estudio. Exclusión de códigos con temáticas poco relacionadas al primer nivel de atención primaria en salud. Presencia de preguntas dicotómicas que surgieron a lo largo de la entrevista cuya información fue utilizada. Surgimiento de comentarios inconscientes por parte de las entrevistadoras que pudieron guiar hacia cierta postura a los entrevistados. Debilidades inherentes de un estudio cualitativo:

muestra pequeña, muestra no aleatoria, imposibilidad de aplicar estadísticas, resultados no cuantificables.

Las fortalezas de nuestro estudio son: La presentación de una amplia gama de puntos de vista al alcance del lector. Expresión de la jerga y términos propios de los entrevistados; plan piloto de la entrevista semiestructurada a 12 personas para probar su entendimiento y efectividad. Apoyo de organizaciones no gubernamentales para visibilizar la realidad en salud de la población LGBTI+ garantizando aspectos éticos: Asociación CARE Colectivo Silueta X Cuenca LGBTI+ y Equipo de Bioética de la Universidad del Azuay.

Recomendaciones para futuros estudios

Se ve la necesidad de realizar estudios cuantitativos en base a los resultados encontrados en este trabajo, recalcando que el estudio fue un sondeo de opiniones. No existe en el medio ecuatoriano una visión clara de las actividades realizadas por los profesionales de salud para mejorar la calidad de salud en sus esferas biopsicosocial en las personas LGBTI+; se plantea la necesidad de conocer el punto de vista del personal de salud respecto a la realidad de la población LGBTI+ en los distintos niveles de atención en salud. Finalmente se propone estudiar estadísticamente la validez de la herramienta gráfica utilizada en este estudio para realizar estudios cualitativos únicamente en base a esta herramienta y la saturación del discurso.

Conclusiones

La diversidad sexual es una parte importante en el desarrollo y la salud de las personas LGBTI+ porque es la autonomía, sus características, sus preferencias; en pocas palabras su sexualidad, identidad y orientación sexual. La mayoría de entrevistados logran definir los conceptos abarcados en esta categoría. La heteronormatividad juega un papel impositivo en la diversidad sexual.

La familia no solo es consanguinidad, también incluye a amistades, mascotas, pareja sentimental, entre otros. Es el pilar fundamental para lograr el bienestar biopsicosocial de una persona LGBTI+. El proceso de aceptación familiar de uno de sus miembros con orientación sexual distinta a la heterosexual es complicado por influencia del machismo, la heteronormatividad y la religión; no obstante, informarse sobre diversidad sexual y tener apoyo de profesionales de la salud mejora el proceso.

La salud de todo ser humano se expresa en un equilibrio biopsicosocial, sin embargo, en la población LGBTI+ se ve amenazada por la discriminación por identidad de género. La homofobia en la relación médico-paciente con las personas sexo-género-diversas continúa presentándose en el primer nivel de atención en salud dificultando el enfoque de atención en las necesidades de los usuarios. Las personas LGBTI+ tienen miedo de acudir al sistema de salud y los profesionales se limitan a preguntar y hablar sobre sexualidad, ello implica acciones peligrosas del binomio. Existe la demanda de una mejora en el Manual de atención en salud de las personas LGBTI+ en Ecuador considerando los subgrupos de riesgo y sus necesidades. Temas como ETS, trastornos psicológicos y adicciones deben de ser analizadas de manera asertiva. El trabajo de un médico del primer nivel de atención en salud es individualizar el manejo de cada persona abarcando su estado físico-mental, individual-familiar-social.

La sociedad es un prototipo heteronormado, situación que pone en riesgo de discriminación a la población LGBTI+, siendo deber de los distintos grupos humanos y del Estado ecuatoriano garantizar el cumplimiento de sus derechos humanos y la

formación de específicos. Por otro lado, la población LGBTI+ puede llegar a ser un lugar seguro o inseguro acorde a la discriminación internalizada de sus miembros. Las interseccionalidades, la heteronormatividad y la fobia al grupo LGBTI+ crea una cadena de discriminación y rechazo observada en todos los pilares que forman la salud de un individuo. Es tarea en conjunto de los individuos, profesionales de salud, familias y sociedad entender la riqueza de la diversidad sexual, una característica humana que nos hace individuos únicos e irrepetibles y que está con nosotros desde el inicio hasta el final de la vida.

Agradecimientos

- A Dios, a la vida y al cosmos.
- A nuestras familias por su apoyo incondicional.
- A la Asociación CARE Colectivo Silueta X Cuenca LGBTI+ y al Dr. Johan Franz Radax, sin ustedes este trabajo no sería posible.
- A los entrevistados y entrevistadas por contarnos sus historias de vida.
- A M y A gracias por seguir.

Referencias

1. Organización mundial de la Salud. Género y salud. WHO. OMS [Internet]. 2018 [Consultado el 13 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
2. Bedoya, R. et al. Reflexiones desde la práctica. Organización Panamericana de la Salud [Internet] 2016 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37767794/Organizaci%C3%B3n_Panamericana_de_la_Salud_OPS
3. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021- Toda una Vida. [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de abril del 2022]; Disponible en: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%20Toda%20Una%20Vida%202017%20-%202021.pdf>
4. Gómez M, et al. Estudio de caso sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de los derechos humanos de la población LGBTI+ en el Ecuador. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INEC) [Internet]. 2013 [Consultado el 13 de abril del 2022]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf
5. REPÚBLICA DEL ECUADOR ASAMBLEA NACIONAL. LEY ORGÁNICA DE GESTIÓN DE LA IDENTIDAD Y DATOS CIVILES. Registro civil. [Internet]. 2016 [Consultado el 13 de abril del 2022]; Oficio No. SAN-2016- 0155. Disponible en: https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/04/LEY_ORGANICA_DE_GESTION_DE_LA_IDENTIDAD_Y_DATOS_MODIF3.pdf

6. Dávila S. Principio de igualdad y no discriminación por orientación sexual, en el acceso al matrimonio civil en la Constitución 2008. [Tesis de ciencias políticas y sociales, carrera de derecho)]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16969/1/T-UCE-0013-JUR-108.pdf>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual MSP. [Internet]. 2016 [Consultado el 13 de abril del 2022]; 0125-2016. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/manual-lgbti-29-de-nov-2016_mod.pdf
8. Domínguez E, et al. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. Dialnet [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de abril del 2022]; 3(2): 921- 935. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6325896.pdf>
9. Whitlock B, et al. Atención Primaria en Personas Transgénero. Elsevier. [Internet]. 2019 [Consultado el 13 de abril del 2022]; 48 (2): 377–390. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088985291930009X?via%3Dihub>
10. Narvárez R, et al. Un enfoque cualitativo de la intersección de las identidades sexual, étnica y de género. *Identity: An International Journal of Theory and Research* [Internet]. 2016 [Consultado el 13 de abril del 2022]; 9(1):1–22. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15283480802579375?journalCode=hidn20>
11. Flores Dávila JI. La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión. 1st ed. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. México: Colección Estudios; 2007. 119 p.

12. Constitución de la República del Ecuador. SE EXPIDE LA TIPOLOGÍA SUSTITUTIVA PARA HOMOLOGAR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE APOYO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *fielweb*. [Internet]. 2015. [Consultado el 13 de abril del 2022]; 14. Disponible en: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/ACUERDO-MINISTERIAL-5212-TIPOLOGIA-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-POR-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>
13. Malpartida M. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. [Internet]. 2020 [Consultado el 13 de abril del 2022]; 5(9); 543. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/543/996?inline=1>.
14. Aulestia A, Marchand B, Caley M, Durán D, Nedel F. *MEDICINA FAMILIAR ESPAÑOL*.pdf. Ministerio. Bedoya R, editor. Quito; 2017. 330 p.
15. Cáceres C. DISCAPACIDAD, DIVERSIDAD Y DERECHOS HUMANOS: APUNTES PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE. *Revista Atlántida* [Internet] 2020 [Consultado 22 septiembre 2023]; 11:9. Disponible en: <https://www.ull.es/revistas/index.php/atlantida/article/view/2200/1376>
16. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los derechos sexuales [Internet]. España; 2016 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf
17. Curiel P. Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos. Universidad Nacional de Colombia Repositorio institucional [Internet] 2015 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75237>
18. Principios de Yogyakarta. PRINCIPIOS SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS EN RELACIÓN CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE

- GÉNERO [Internet] 2007 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf
19. Colás-Bravo P et al. Respuesta de los/as adolescentes hacia una campaña de realidad virtual sobre violencia de género. *Revista Prisma Social* [Internet] 2020 [Consultado 22 septiembre 2023];30: 186-206. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/3695>
 20. American Psychological Association. Orientación sexual y identidad de género. [Internet] 2013 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>
 21. Ramirez A et al. El ABC para conocer a la comunidad LGBT+. *Rarió* [Internet] 2022 [Consultado 22 septiembre 2023];5: 14. Disponible en: https://web.archive.org/web/20220326054522id_/https://uabjo.slm.cloud/Documents/Articles/file_bb4bc9e7b73463a47aff5a8458a9e8a
 22. Hurtado de Mendoza Z et al. La construcción del erotismo masculino y femenino. *Revista Iberoamericana*; 2012. 61-64
 23. Killermann S. La persona pangénero versión. *Género* [Internet] 2019 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.itspronouncedmetrosexual.com/2018/10/the-genderbread-person-v4/>
 24. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Reconocimiento de derechos de personas LGBTI. OAS. [Internet] 2018 [Consultado 25 septiembre 2023]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>
 25. Maffía D, Mauro C. ¿Los sexos son o se hacen?”, en Diana Maffía. *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. 2003. Buenos Aires, Feminaria, pp. 86-97

26. Haider AH, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity The EQUALITY Study. 2017;02120:1–10.
27. Ricaurte S et al. ENTORNO FAMILIAR Y EFECTOS PSICOLÓGICOS EN PERSONAS TRANS. Universidad Indoamérica [Internet] 2023 [Consultado 22 septiembre 2023] Disponible en: <https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5681>
28. Solís F. Proceso de aceptación que experimentan padres y madres de hijos homosexuales ante el conocimiento de la orientación sexual. Revista Científica de FAREM-Estelí [Internet] 2014 [Consultado 22 septiembre 2023]; (12):28-41. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/farem.v3i12.2459>
29. Cornejo M et al. Homosexualidad y religión ¿derechos irreconciliables? grupo de sociología de la sexualidad [Internet] 2012 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/cd84ca63-3407-4f9e-b125-88ee56e55378/content>
30. Ayerdi A et al. Percepciones de la población de origen latinoamericano residente en gipuzkoa sobre el colectivo LGBTI+. Gehitu. [Internet] 2023 [Consultado 22 septiembre 2023]. Disponible en: https://www.sorginlore.eus/wp-content/uploads/2023/06/Estudio.-Percepcion-de-la-poblacion...es_.pdf
31. Sánchez L. El principio de igualdad entre hombres, mujeres y la comunidad LGBTI desde el ámbito del derecho de familia, Lima Norte- 2019- Universidad Privada del Norte Repositorio institucional [Internet] 2019 [Consultado 25 septiembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/30635>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado para estudio de “La Diversidad sexual en Ecuador: la percepción del paciente adulto LGBTI+ (gay, lesbiana, bisexual, transgénero e intersexual) en el ámbito del primer nivel de atención en salud 2022-2023.”

Estimado/a participante. Usted ha sido elegido/a para formar parte en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por las estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, como tesis de grado. El estudio se realizará vía remota a personas de distintas ciudades del Ecuador.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Propósito: el propósito de este estudio es aprehender sobre la percepción de personas adultas de la población Gay, Lesbiana, Bisexual, Transgénero e Intersexual referente al contexto ecuatoriano en su interacción con las esferas: diversidad sexual, primer nivel de atención en salud, familia y sociedad.

Proceso: se realizarán entrevistas semiestructuradas, las mismas que serán grabadas vía audio/audio-video, con el consentimiento verbal y escrito del participante. La entrevista será realizada por un solo miembro de la pareja de investigación, pero ambas estarán presentes durante la misma. Durante la entrevista de 60 minutos, existirá un descanso de 5 minutos cada media hora. Además, se utilizará un ejercicio adicional al comienzo y al final de cada entrevista. La actividad se basa en el instrumento cualitativo del estudio “A Qualitative Approach to the intersection of Sexual, Ethnic, and Gender Identities”. Todo el procedimiento será relatado por el entrevistado conforme lo desarrolle.

Beneficios: la información lograda estará al acceso del personal de salud del Ecuador para una correcta práctica clínica basada en la calidad, calidez y buena relación médico-paciente hacia la población LGBTI+.

Confidencialidad: toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no está disponible para ningún otro propósito. La documentación será guardada y no revelada salvo por orden judicial para garantizar el anonimato de las personas entrevistadas. Usted quedará identificado(a) con un pseudónimo y no con su nombre real. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación voluntaria/ retiro: su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Tiene derecho a no contestar las preguntas si así lo considera oportuno en cualquier momento del estudio. Usted está en libertad de negarse a participar o retirarse del mismo en cualquier momento. Puede cambiar posteriormente sus respuestas o incluso prohibir la utilización de la entrevista parcial o totalmente de cualquier forma después de la realización

de la misma, es decir, pueden retractarse del consentimiento en cualquier momento. Le enviaremos la grabación y la transcripción de sus resultados, que serán empleados en el estudio y se harán los cambios que usted crea necesarios para cuidar su integridad como persona y la veracidad de sus respuestas. Su decisión no afectará su atención médica en ningún servicio.

Riesgos potenciales/ compensación: no existen riesgos potenciales ya que se va a realizar una entrevista directa con el participante, sin necesidad de examen físico o de laboratorio.

Aceptación del consentimiento de formar parte del estudio:

Yo... de años de edad,

acepto de manera totalmente voluntaria ser parte del proyecto de investigación, teniendo en cuenta que:

Se me ha enviado vía e-mail y he leído este documento de consentimiento informado.

Se me ha explicado el estudio incluyendo sus beneficios y efectos adversos, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.

Me he sentido libre de realizar preguntas pertinentes a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente.

Asistiré a la hora programada y por el medio remoto establecido, de forma mutua entre mi persona y el equipo de investigación, para la realización de la entrevista.

Por lo dicho anteriormente, otorgo la autorización a las entrevistadoras Michelle Doménica Idrovo González y María de los Ángeles Vele Criollo para hacer uso de la información proporcionada, en el proceso de elaboración del trabajo de investigación.

Teléfono del participante:

Seudónimo:

Fecha:

Firma:

Anexo 2. Preguntas para la entrevista.

Datos de filiación.

Pseudónimo:

¿Cuántos años tiene?

¿A qué se dedica actualmente?

¿Cuál es su instrucción?

¿Cuál es su residencia?

¿Cuál es su procedencia?

* Diversidad sexual

Definición de los elementos de la diversidad sexual.

¿Qué es para usted diversidad? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Qué es para usted sexualidad? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Qué es para usted diversidad sexual? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Qué es para usted la identidad de género? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Cómo se define usted en cuanto a su identidad género? ¿Por qué?

¿Qué es para usted la orientación sexual? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Cómo se define usted en cuanto a su orientación sexual? ¿Por qué?

¿Qué es para usted la tendencia sexual? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Cómo se define usted en cuanto a su tendencia sexual? ¿Por qué?

¿Qué es para usted el sexo biológico? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Cómo se define usted en cuanto a su sexo biológico? ¿Por qué?

¿Qué es para usted el género? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

¿Cómo se define usted en cuanto a su género? ¿Por qué?

¿Cómo define usted el erotismo sexual? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.

¿Cómo usted piensa que la sexualidad influye en el desarrollo de las personas? ¿Por qué?
(O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo cree usted que la influencia de la heteronormatividad ha influenciado en su construcción como persona LGBTI+ ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su definición?)

4. Primer nivel de la atención primaria en salud

Conceptos

¿Qué es la salud para una persona LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cuál es su opinión sobre el primer nivel de la atención en salud para una persona LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Relación médico - paciente.

¿Cómo y cuál es su experiencia respecto al trato que recibe desde que entra hasta que sale del servicio de salud? ¿Por qué cree que es así?

¿Conoce usted que existe un trato diferente por parte del equipo de salud con las personas LGBTI+ (si es trans por su apariencia o canon personal)?

¿Cuándo usted acude por servicios de salud le parece adecuado que le pregunten sobre su orientación sexual? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cuándo interacciona con un equipo de salud que conoce su identidad sexual, ¿Ha notado o ha sentido un trato diferente? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo se siente al recibir atención médica respecto a miedo, seguridad, temor, incomodidad? ¿A qué? ¿Por qué crees que es así?

¿Ha conocido de alguna otra persona o amigo que ha sufrido discriminación en los servicios de salud?

¿Cómo se ha expresado esa discriminación con usted o con sus conocidos?

¿Qué instituciones u organizaciones conoce que acompañen en procesos de violencia?

¿Qué acciones ha realizado usted cuando se ha sentido discriminado? ¿Por qué?

¿Cuál es su percepción de los médicos y su relación con la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Qué conoce sobre los espacios seguros para la población LGBTI+ para recibir atención médica? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo ha cambiado el trato del equipo de salud hacia la población LGBTI+ durante la pandemia de COVID-19? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Realidad del primer nivel de la atención e insumos de los servicios de salud

¿Conoce sobre los derechos de salud para la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Existe acceso en los servicios de salud para la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Ha recibido usted educación sobre salud sexual como población LGBTI+? ¿Dónde? (O

¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Conoce si existen protocolos y manuales especializados para la población LGBTI+

¿Cuáles? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Si tiene la oportunidad de elegir entre atención privada de salud o atención pública de salud

¿cuál escogería? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Patologías prevalentes del grupo

¿Las personas LGBTI+ puede sufrir de ETS e ITS? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Usted cree que la población LGBTI+ son los principales transmisores de VIH?

¿Cree usted que se dan los trastornos psicológicos como: depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio en la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cree usted que existen adicciones como: alcohol, drogas y tabaquismo en la población LGBTI+?

¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Qué conoce sobre programas de promoción y prevención brindados por personal de salud para la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Considera que existe atención especializada para población LGBTI+ en relación a prácticas sexuales, planificación familiar, prevención de enfermedades y específicas (para trans e intersexuales)? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Qué clase de apoyo te gustaría tener por parte del personal de salud para mejorar la atención a personas de otra identidad sexual?

Subgrupos de riesgo en el sistema de salud

¿Cuál cree que debe ser el trato por parte del personal de salud a personas Transexuales?

¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cuál cree que debe ser el trato por parte del personal de salud a personas Transgéneros?

¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Categoría tres. Familia:

Relación familiar

¿Qué es la familia para la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿La población LGBTI+ forma núcleos familiares?

¿Cuáles son los miembros de sus diferentes núcleos familiares? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo es la relación con sus diferentes núcleos familiares en relación a su orientación sexual o identidad de género?

¿Cómo ha sido la discriminación o aceptación en su familia? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo tomó su familia su proceso de transición y aceptación de su sexualidad?

¿Afectó esto a su salud física o mental? ¿Por qué?

¿Cómo responde su familia cuando está enfermo?

¿Identifica un trato diferente hacia la población LGBTI+ comparada con personas heterosexuales? ¿Por qué crees que es así?

¿Cómo se sientes al respecto sobre estos tratos?

¿En su familia le han impuesto reglas y normas que limiten su personalidad?

¿Cuáles son los tabúes que tiene su familia a la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo percibe usted el machismo en su familia como persona LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Y el hombrismo? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Cómo observa usted la influencia de la religión en su familia para procesos de discriminación? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Según su percepción de núcleos sociales y culturales (vecinos, iglesia, deportes) se genera mayor discriminación? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Categoría cuatro. Sociedad

Como persona LGBTI+, ¿Qué es la sociedad? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

Como persona LGBTI+, ¿Qué es la Comunidad LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Se siente usted parte de la sociedad como persona LGBTI+?

¿Según usted cree que hay la aceptación en la sociedad hacia la población LGBTI+? ¿Por qué? (O ¿En qué basa usted su respuesta?)

¿Considera que hay discriminación interna en población LGBTI+? ¿Por qué?

¿Cómo la sociedad vulnera derechos a las personas LGBTI+?

¿Cómo las personas LGBTI+ vulneran a las personas LGBTI+?

¿Qué tabúes existen en la población LGBTI+ respecto a sus miembros?

¿Qué tabúes existen por parte de la sociedad hacia las personas LGBTI+?

¿Qué tabúes observa usted en la población LGBTI+ respecto al primer nivel de atención en salud?

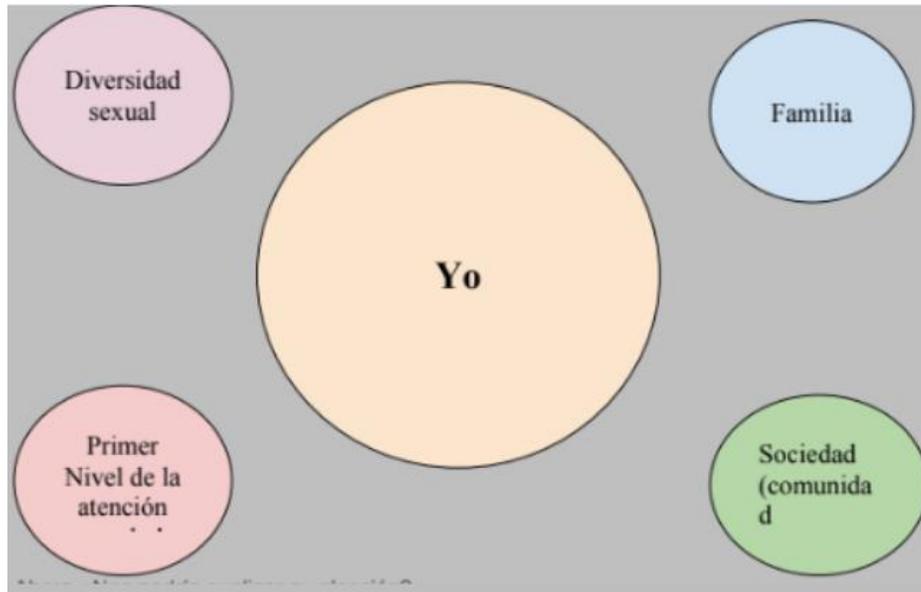
¿Cuáles son los grupos de apoyo externos a la comunidad o espacios seguros que ayuden a las personas LGBTI+ cuando están enfermas o con problemas de salud? (situaciones que podrían pasar desapercibidas como sobrepeso, obesidad, anorexia, violencia).

¿Cómo le gustaría que fueran los grupos de apoyo o espacios seguros para las personas LGBTI+ en el ámbito de salud en su comunidad? (esto en caso de que arriba responda no).

¿Qué aspectos positivos y negativos encuentras en la comunidad LGBTIQ con respecto a la salud de sus miembros?

Anexo 3. Ejercicio

Establecer mediante líneas la importancia, para su salud biopsicosocial, de las siguientes cuatro categorías que abarcan la salud



Ahora ¿Nos podría explicar su elección?

Preguntar: ¿Cómo le ha parecido esta entrevista sobre la Diversidad sexual en Ecuador: percepción del paciente adulto en el ámbito del primer nivel de la atención en salud?

Anexo 4. Operacionalización de categorías.

Objetivo específico	Generar definiciones de la población LGBTI+ sobre elementos conceptuales de la diversidad sexual (diversidad, sexualidad, identidad sexual, orientación sexual, erotismo, género, tendencia y sexo).
Categoría	Diversidad sexual
Definición	Para Dávila la diversidad sexual es el contraste entre los gustos, forma de vestir, pensar, relacionarse con otros, preferencias físicas y emociones de cada persona dentro de las cuales existen más identidades plurales diversas. La diversidad sexual es relativa, abierta al cambio e inclusión de nuevas identidades acorde al momento histórico y el contexto cultural específico. Está relacionado con la dignidad de las personas y el derecho a su intimidad, autonomía y al principio de vulnerabilidad.
Dimensión	1. Definición de elementos de la diversidad sexual. 2. Nuevos escenarios de los elementos de la diversidad sexual.
Código	1.1 diversidad 1.2 sexualidad 1.3 diversidad sexual 1.4 Identidad de Género 1.5 orientación sexual 1.6 tendencia sexual 1.7 Sexo 1.8 Género 1.9 Erotismo 2.1 Sexualidad y su influencia en el desarrollo del individuo. 2.2 Heteronormatividad.

Objetivo específico	Conocer el comportamiento de la familia ante la salud y enfermedad de la Población LGBTI+ a nivel grupal e individual.
Categoría	Familia
Definición	Según Malpartida, la familia es un grupo social, organizado como un Sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o afinidad.
Dimensión	0. Conceptos generales. 1. Estructuración familiar. 2. Fenómenos culturales.
Código	0. Familia. 1.1 Miembros de la familia. 1.2 Profesión. 1.3. la nueva estructura: la aceptación y la discriminación que conlleva. 1.4 Reglas y normas. 2.1 Tabú 2.2 Machismo y hembrismo. 2.4 Religión 2.5. Discriminación a familias.

Objetivo específico	Comprender la percepción de la población LGBTI+ dentro de los servicios del primer nivel de atención en salud a nivel grupal e individual.
Categoría	Primer Nivel de atención en salud.
Definición	Según la Constitución de la República del Ecuador (2015) los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención son los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Completa participación y un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, afín de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Es el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud.
Dimensión	0. Relación médico - paciente. 1. Realidad del primer nivel de la atención e insumos de los servicios de salud. 2. Patologías prevalentes del grupo 3. Subgrupos de riesgo en el sistema de salud. 5. Conceptos
Código	5.1 Concepto de salud. 5.2 Primer nivel de la atención primaria en salud para una persona LGBTI+. 0.1 equipo de salud y su relación con el paciente 0.2 calidad y discriminación por parte del equipo de salud. 0.3 espacios seguros para recibir atención médica. 0.3 Trato del equipo de salud durante la Pandemia del COVID-19. 1.3 derechos de salud para personas LGBTI+. 1.4 acceso a los servicios de salud para personas LGBTI+. 1.5 Educación sobre salud sexual a personas LGBTI+ 1.6 protocolos especializados para personas LGBTI+ en el MSP. 1. Medicina privada y personas LGBTI+. 2.1 ETS en Persona LGBTI +. 2.2 Trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio en personas LGBTI+. 2.3. Adicciones: alcohol, drogas y tabaquismo en personas LGBTI+ 2.6 Promoción y prevención para personas LGBTI+. 4. Necesidades de salud en relación a prácticas sexuales 4.1 Transexuales, atención especial. 4.2 Transgéneros atención especial.

Objetivo específico	Identificar la posición de la población LGBTI+ acerca de su situación dentro de la sociedad respecto a discriminación, aceptación y lugares de apoyo en el ámbito de la salud.
Categoría	Sociedad
Definición	Comunidad es un grupo de personas que tienen algo en común; comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses. También supone que esas personas tienen una determinada articulación social que va construyéndose linealmente mediante una serie de líderes representativos e identificables. También se ha intentado identificar a la comunidad con la unidad administrativa sanitaria, la zona básica. Finalmente, cuando nos referimos a la comunidad nos imaginamos un lugar cerrado, donde lo más importante ocurre dentro y donde lo externo no es lo importante. Comunidad LGBTI+ agrupa a las personas que se autoidentifican con las orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas 6 letras iniciales.
Dimensión	0. Conceptos generales. 1. Comportamiento de la sociedad. 2. Fenómenos culturales.
Código	0.1 Sociedad 0.2 Comunidad LGBTI+ 1.1 Discriminación por parte de la comunidad no LGBTI+. 1.3 Discriminación en la comunidad LGBTIQ+ 1.4 Aceptación en la comunidad LGBTIQ+. 1.5 vulnerabilidad de los derechos por parte de la sociedad o el grupo LGBTIQ+ 1.6 organizaciones de apoyo y espacios seguros a miembros de la comunidad LGBTI+ 2.1 Tabú dentro del grupo LGBTIQ+.

Anexo 5. Informe del Comité de Investigación en Seres Humanos (CISH-UDA)

INFORME DEL COMITÉ

I. DATOS GENERALES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto (mayúsculas y sin punto final)	La Diversidad sexual en Ecuador: percepción del paciente adulto LGBTIQ+ en el ámbito del primer nivel de atención en salud 2022-2023.
Línea/Sublínea de investigación (MSP)	1- SALUD COMUNITARIA
Objetivos de Desarrollo Sostenible. Meta 3. Salud y Bienestar. (ONU)	Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
Objetivo general	Aprender respecto a la diversidad sexual y su interacción con las esferas: social, familiar, sistema de salud y sexualidad, dentro del primer nivel de atención en salud referente al contexto ecuatoriano.
Metodología	<p>Estudio de enfoque cualitativo. El diseño es un estudio fenomenológico, mediante una entrevista semiestructurada a detalle como técnica de recolección de la información.</p> <p>El universo son las personas adultas LGBTIQ+, el método de selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia: se revisó los contactos del equipo de investigación y 10 personas fueron elegidas en base a la accesibilidad de las mismas: 2 transexuales, 2 gays, 2 lesbianas, 2 transgénero, 2 bisexuales.</p> <p>La muestra es fija y no se considerará la saturación del discurso. Dicha muestra fue elegida con el objetivo de obtener información certera, proveniente de individuos con juicio crítico, autonomía, orientación sexual definida; cuyas respuestas sean el reflejo de la verdadera percepción de las personas LGBTIQ+ sobre el primer nivel de la atención primaria en salud dentro del contexto ecuatoriano.</p>
Consideraciones éticas	<p>Los procedimientos para garantizar los aspectos éticos en la investigación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso del consentimiento informado, que, por razones prácticas, será realizado verbalmente y grabado vía audio o audio / video. • La documentación será guardada y no revelada salvo por orden judicial para garantizar el anonimato y confidencialidad de las personas entrevistadas. • Aceptación del protocolo por parte del grupo de bioética de la Universidad del Azuay.
Resultados esperados	Trabajo de titulación para la obtención del título de Médico
Tiempo de ejecución (meses)	9 MESES
Presupuesto referencial (dólares americanos)	\$75,00
Financiamiento	AUTOFINANCIAMIENTO
Institución	Universidad del Azuay
Facultad/Unidad Académica	Facultad de Medicina
Nivel (Grado/postgrado/doctorado)	Grado

Investigador(a) principal y de correspondencia	MICHELLE DOMENICA IDROVO GONZALEZ (ESTUDIANTE DE MEDICINA) MARÍA DE LOS ÁNGELES VELE CRIOLLO (ESTUDIANTE DE MEDICINA)
Teléfono celular	0991379899
Correo electrónico	midrovo@es.uazuay.edu.ec ua085959@es.uazuay.edu.ec
Director(a) del proyecto	Dr JOHANN FRANZ RADAX
Teléfono celular	0998271798
Correo electrónico	Jradax@uazuay.edu.ec
Fecha de presentación al CISH-UDA	26/04/2022
Fecha de resolución del comité	

II. ANÁLISIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. ¿El título del proyecto es claro y conciso?
√ Sí.
2. ¿Presenta una línea y sublínea de investigación del MSP?
√ Sí.
3. ¿Se correlaciona con alguno de los objetivos de salud y bienestar como objetivos de desarrollo de la ONU?
√ Sí.
4. ¿Se identifica correctamente el problema central de la investigación?
√ Sí.
5. ¿Se plantea una pregunta, o preguntas de investigación?
√ Sí.
6. ¿Se plantea una hipótesis de acuerdo con el problema central de la investigación?
√ No aplica
7. ¿El objetivo general y específicos se relacionan con el tema presentado en el título?
√ Sí
8. ¿La metodología planteada responde a la problemática central y al objetivo general trazado?
√ Sí.
9. ¿Se presentan las consideraciones éticas relacionadas con el proceso de investigación?
√ Sí.
10. ¿Se presentan medidas de confidencialidad de los pacientes y sus datos?
√ Sí.
11. ¿La relación riesgo-beneficio es favorable para los pacientes sujetos de la investigación?
√ Sí.

12. ¿Se presenta el consentimiento (o Asentimiento) libre e Informado y el acta de firmas de manera adecuada?

√ Si

13. ¿La investigación propuesta responde a las necesidades y prioridades de salud del país?

√ Sí.

14. ¿Se vulnera alguna norma de legislación?

√ No.

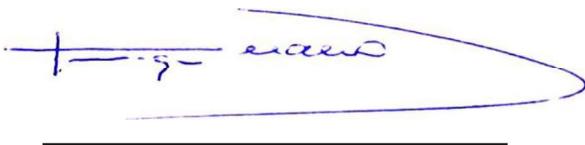
III. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ

1. Protocolo de investigación aprobado
2. Aprobación condicionada a modificaciones
3. Protocolo de investigación no aprobado

IV. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL INVESTIGADOR

Los investigadores han acogido las sugerencias propuestas por el comité, por lo que no existen más observaciones

Atentamente,



Ec. Enrique Serrano

Presidente del CISH-UDA



Dr. Esteban Segarra

Secretario CISH-UDA