



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO E IDEOLOGÍA POLÍTICA
EN MÉDICOS Y NO MÉDICOS DE LIMA METROPOLITANA**

**Tesis para optar el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Social
que presenta la Bachillera:**

CLAUDIA GABRIELA MENDOZA CHAVEZ

ASESORA: NOELIA RODRÍGUEZ ESPARTAL

LIMA, 2019

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Noelia, mi asesora, por su apoyo a lo largo de este proyecto y por los ánimos a continuar pese a las dificultades. Su motivación por ir más allá y profundizar sobre los resultados afianzó mi amor e interés por la investigación y logró que esta tesis sea lo que es ahora.

En segundo lugar, agradezco a mis padres y hermana, sin ellos no hubiera podido lograrlo. Me acompañaron a lo largo de toda mi vida universitaria, siempre apoyándome pese a los errores o tropiezos que pude haber cometido. A mi papá, por estar conmigo en la aplicación del campo y contactarme con sus colegas; a mi mamá por su continuo interés y su ayuda para poder llegar a mi meta muestral. A mi hermana, que, a pesar de la distancia, siempre estuvo ahí con palabras de aliento y su contagiante buen humor. Esta tesis también es de ustedes.

En tercer lugar, agradezco a mis mejores amigas y amigos de la universidad, por su aliento durante estos años y por todos los buenos momentos y aprendizajes que logramos juntos. Especialmente, a Xime, Romi, Pams, Bea y Guille quienes siempre escuchaban mis preocupaciones y me confortaban en los momentos más difíciles sacándome sonrisas.

Finalmente, agradezco a mis amigas y grandes maestras del banco, de quienes recibí apoyo y enseñanzas y orientaron mi camino hacia el rumbo de la investigación. Gracias por ayudarme con el desarrollo de mi tesis, por siempre preguntar cómo me iba y darme consejos. He aprendido mucho de todas ustedes y espero que en el futuro volvamos a trabajar juntas.

Resumen

Actitudes hacia las personas transgénero e ideología política en médicos y no médicos de Lima Metropolitana

La presente investigación exploró la relación entre los niveles de autoritarismo de ala derecha (RWA) y dominancia social (SDO) con las actitudes hacia las personas transgénero tanto en médicos como no médicos de Lima Metropolitana. Para ello, se evaluó a 213 personas, de los cuales, el 51% eran médicos o estudiantes de medicina, mientras que el 49% de otras carreras. En ambos grupos se evaluaron las actitudes negativas hacia las personas transgénero mediante un instrumento adaptado para esta investigación: la Escala de Actitudes y Creencias hacia las Personas Transgénero (TABS), mientras que las variables de ideología política fueron medidas con la Escala de Autoritarismo de Ala Derecha y la Escala de Dominancia Social, ambas validadas en el contexto sudamericano. Los resultados indicaron que existía una relación inversa entre las variables de ideología política y las actitudes positivas hacia las personas transgénero para ambos grupos; sin embargo, al profundizar sobre esta se halló que el sexo y profesión eran relevantes, en tanto las mujeres médicas tenían actitudes menos negativas a la par que eran menos autoritarias, posiblemente por el contexto más igualitario en el que se desenvuelven.

Palabras clave: *Actitudes, ideología política, transgeneridad, médicos*

Abstract

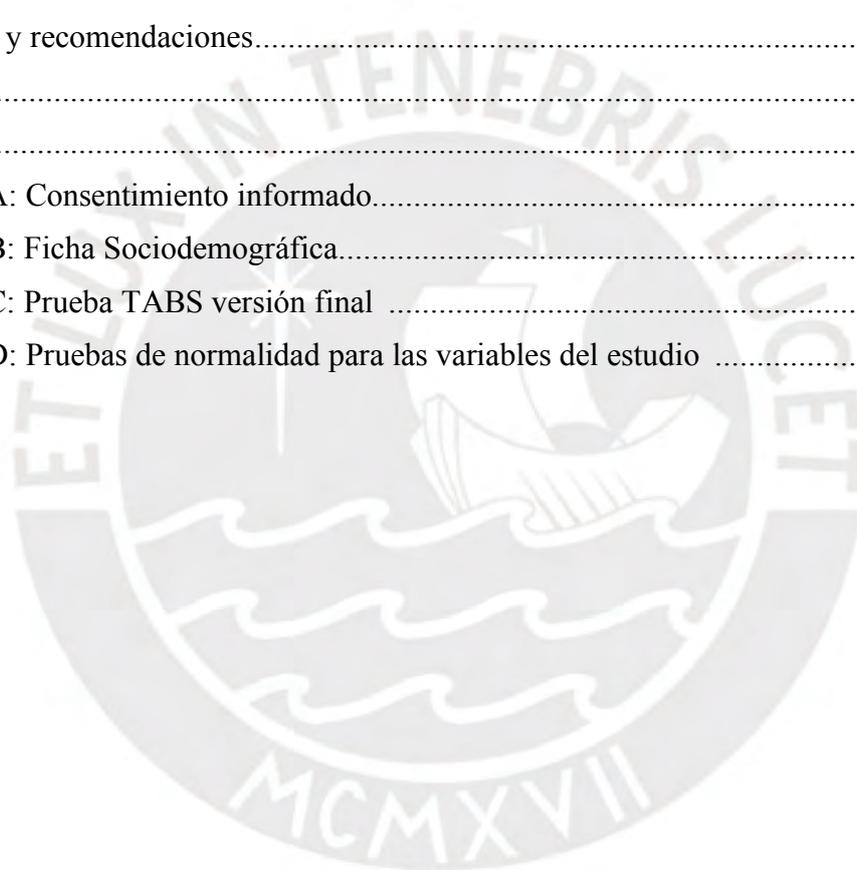
Attitudes towards transgender people and political ideology in doctors and non-doctors of Metropolitan Lima

The following investigation explored the relation between right wing authoritarianism (RWA) and social dominance (SDO) levels with the attitudes towards transgender people among physicians as well as general people in Metropolitan Lima. The sample consisted on 213 participants whom 51% were physicians or medicine students whilst 49% were from other professional careers. In both groups the negative attitudes towards transgender people was evaluated with an instrument adapted from its original version for this context: The Transgender Attitudes and Beliefs Scale (TABS); while the measurement of the variables of political ideology was made with The Right-Wing Authoritarianism Scale and The Social Dominance Scale, both validated in south american context. Results indicated an inverse correlation between the variables of political ideology and the positive attitudes towards transgender people in the two groups; however, after deeper analysis the variables of sex and profession became relevant since women physicians showed less negative attitudes and were less authoritarian, possibly due the more egalitarian context where they unfold.

Key words: *Attitudes, Political Ideology, Transgenderism, Physicians*

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes.....	11
Instrumentos	11
Procedimiento	13
Análisis de datos	13
Resultados	17
Discusión	27
Conclusiones y recomendaciones.....	30
Referencias.....	35
Apéndices.....	45
Apéndice A: Consentimiento informado.....	45
Apéndice B: Ficha Sociodemográfica.....	46
Apéndice C: Prueba TABS versión final	47
Apéndice D: Pruebas de normalidad para las variables del estudio	48



Introducción

Se define como transgénero a la persona cuya identidad de género experimentada difiere de su sexo asignado al nacer, así como de las normas y expectativas sociales establecidas para este (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012; Winter et al., 2016). Este es un término *paraguas* pues incluye a todo tipo de persona que no sienta que encaja en la estructura dicotómica del sexo como hombre o como mujer (Meier & Labuski, 2013, citado en APA, 2015). De esta manera, las personas transgénero pueden expresar su identidad de género de diversas formas, las mismas que varían según la etnia, cultura y lugar de residencia, teniendo así un carácter interseccional (Loza, Beltrán, & Mangadu, 2017; Reisner et al., 2016; Valentine, 2007). Por ello, esta definición incluye a personas que transicionan de un sexo o género a otro ya sea quirúrgica o socialmente, así como a travestis, genderqueer, personas andróginas u otros no conformes con su género entendido de la forma tradicional (Liu & Wilkinson, 2017; Robles et al., 2016).

La defensa de las identidades transgénero alega la idea de que el sexo biológico no está necesariamente asociado a un tipo de identidad, sino que este tiene un carácter social que determina diversos patrones de conducta de acuerdo con la ubicación de la persona en el grupo femenino o masculino a nivel biológico (Nagoshi, Nagoshi, & Brzuzny, 2014). Esto, sin embargo, es difícil de entender para la sociedad que ve a las personas desde una percepción binaria de hombre o mujer e ignora las dificultades biológicas y emocionales asociadas a la transgeneridad (Acker, 2017).

Más aún, al ser una condición distinta de la norma dentro de la mayoría de sociedades, a lo largo de los años, se la ha calificado como una patología bajo la denominación de “disforia de género” dentro de los trastornos presentes en manuales diagnósticos como el DSM-5 y la CIE 10 (Polo & Olivares, 2011). Esta denominación hace alusión a la angustia y malestar producido por la incongruencia entre la identidad de género de la persona y su sexo asignado (APA, 2015). No obstante, no todas las personas transgénero o con inconformidad de género experimentan la disforia (Coleman et al., 2012). Si bien el argumento de esta clasificación recae en que las personas con este diagnóstico puedan acceder a servicios de salud relacionados con la identidad transgénero en muchos países, esto también ha provocado que se cree un estigma sobre dicha población (Robles et al., 2016; White Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015).

Un estigma refiere a algún atributo que desacredita a un individuo, reduciéndolo de ser una persona a alguien marcado y devaluado dentro de la sociedad (Goffman, 1963, citado en Major & O'Brien, 2005). Por tanto, implica poner etiquetas, estereotipar y rechazar las

diferencias como una forma de control social (White Hughto et al., 2015). Este concepto abarca múltiples estatus y características, y se manifiesta desde el trato desigual por la pertenencia a un grupo, hasta la generación de condiciones que limitan las oportunidades, recursos y bienestar de un individuo (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013).

Lo amplio del concepto incluye a las actitudes negativas, el prejuicio y la discriminación hacia otros individuos (Hatzenbuehler et al., 2013; Link & Phelan, 2001). Por ello, el abordaje tradicional del estudio del estigma suele basarse en la evaluación de las actitudes hacia el grupo rechazado (Quiles & Morera, 2015), las mismas que son entendidas como las evaluaciones generales, tanto explícitas como implícitas, frente a un objeto, situación o persona (Horcajo Briñol, Díaz & Becerra, 2015). Si bien la concepción moderna de las actitudes ya no incluye al componente conductual, sí abarca a las emociones y creencias dentro de estas y destaca el rol de las actitudes como modos de percepción temporáneos que brindan un mayor entendimiento de las características disposicionales del individuo y cómo el contexto influye de manera particular sobre el mismo (Albarracín & Shavitt, 2017). En ese sentido, al estudiar el estigma se debe considerar no solo los factores internos sino también los factores contextuales.

De este modo, desde una visión socio-ecológica el estigma se experimenta a través de tres niveles: el estructural, el interpersonal y el individual. El nivel estructural se relaciona con las normas, leyes y prácticas que restringen el acceso de un grupo a espacios o servicios; el interpersonal involucra un maltrato verbal o físico hacia otros debido a su condición; mientras que el individual refiere a los sentimientos y creencias que las personas mantienen y que moldea muchas veces la conducta con la que se dirigen hacia determinados grupos (White Hughto et al., 2015). Al respecto, Link & Phelan (2001) manifiestan que el estigma solo podrá aparecer cuando se destaquen diferencias que formarán etiquetas, mismas que se asociarán a un estereotipo o atributos negativos en un contexto determinado, provocando la segregación y que las personas de dicho grupo pierdan su estatus de persona.

Para el caso de las personas transgénero, el estigma es mayor al que experimentan otros grupos como los gays, lesbianas o bisexuales, debido a que estos pueden representar una amenaza mayor para la identidad género-conforme y heteronormativa de los individuos y por ende, pueden producir mayor prejuicio y discriminación (Thompkins, Shields, Hillman & White, 2015). Asimismo, en diversas sociedades se produce un *borrado institucional*, es decir que la discriminación llega a niveles institucionales en las que no existen políticas que acepten las identidades o los cuerpos trans lo cual genera que no existan para el sistema (Bauer et al., 2009).

En cuanto al estigma hacia estas personas, a nivel individual se manifiesta a través de prejuicios, que son resultado del estigma interiorizado y que conlleva tener evaluaciones negativas, estereotipos y actitudes discriminatorias hacia aquellos cuya apariencia o identidad no va acorde con la expectativa o las concepciones tradicionales del género (King, Winter & Webster, 2009). Por dicha razón, algunos autores indican que un diagnóstico en disforia de género más que centrarse en la identidad y expresión de un género distinto al sexo biológico debería enfocarse en el malestar causado por el rechazo que se da por parte de la sociedad y la violencia que se ejerce sobre este grupo (No Tengo Miedo, 2016; Polo & Olivares, 2011; Robles et al., 2016).

Esto ha sido tomado en cuenta por algunas instituciones como la OMS (Adrián, 2013; Borraz, 2018), la cual ha retirado de la clasificación de enfermedades mentales a la transgeneridad, reemplazando a la disforia de género por “incongruencia de género” y ubicándola en las condiciones relativas a la salud sexual. Esta acción ha sido elogiada por los grupos activistas, aunque aún existe una crítica por parte de las personas trans sobre la clasificación de la diversidad sexual en la niñez y el término “incongruencia” (Davy, Sorli & Schwend, 2017).

Pese a este avance, el cambio en la CIE-11 estará vigente a partir del año 2022 (Borraz, 2018) por lo que se sigue utilizando la denominación de disforia de género y con ello, se sigue clasificando como enfermos mentales a este grupo de personas persistiendo con el estigma (Davy et al., 2017; Winter et al., 2016). Evidencia de ello es que en el imaginario colectivo estas identidades sean consideradas padecimientos y desviaciones (No Tengo Miedo, 2016). Por tal relación con un diagnóstico psiquiátrico dichas personas son muchas veces discriminadas y se les restringen sus derechos básicos (McCann & Brown, 2017).

Así, las personas transgénero son marginalizadas en diversos aspectos de su vida relevantes para su desarrollo integral y su bienestar como lo son la educación, el trabajo y la salud (Bauer et al., 2009; Whitman & Han, 2017). En el caso de la educación, los servicios educativos son inadecuados para esta población, por lo que resulta un campo propicio para la estigmatización y la agresión por parte de estudiantes y hasta de docentes; esta situación provoca una elevada deserción escolar en las personas trans y, por lo tanto, un bajo nivel escolar en este grupo (Linares, Galbán & Martínez, 2017).

Esto a su vez repercute en el campo laboral, al que pocas veces se tiene acceso o en el que sufren acoso y maltrato, además de ser despedidas o pocas veces contratadas (Budge, Tebbe, & Howard, 2010; Xavier, Bradford & Hendricks, 2013). Por dicha razón, la mayoría realiza trabajos independientes, informales, mismos que no les permiten acceder a seguros de

salud (Aravena & Atenas, 2015; Poteat, German & Kerrigan, 2013). Dichas barreras socioculturales las obligan a realizar trabajo sexual exponiéndose a contraer ITS (Winter et al., 2016).

Sin embargo, es en el campo de la salud en el que muchas de las desigualdades a las que están expuestas las personas trans se hacen más evidentes. Existe evidencia de que el estigma en un grupo es una causa fundamental de las disparidades en salud, ya que sobre el acceso a esta convergen otros tipos de discriminación (Hatzenbuehler et al., 2013). Al ser una población estigmatizada, las personas transgénero se encuentran más expuestas a ambientes físicos y sociales tóxicos, además de verse limitadas en su acceso a una atención médica de calidad y buena alimentación. Asimismo, están más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad como depresión y ansiedad (Robles et al., 2016; Whitman & Han, 2017) teniendo como evidencia de ello la prevalencia de intento de suicidio en un 41% frente a un 1% a 6% en la población general (Winter et al., 2016). Más aún, esta situación repercute en el desarrollo de respuestas ante el estrés y la ansiedad generando a largo plazo efectos perjudiciales para la persona, como por ejemplo con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Major & O'Brien, 2005) entre otros.

Por lo tanto, el factor biológico relacionado al género, así como aspectos legales y socioculturales impactan en el riesgo sanitario para esta población tan desatendida (Reisner et al., 2016). Las personas transgénero tienen diversas necesidades médicas más allá de la reafirmación de género por la que algunas de ellas pueden pasar, también necesitan atención en torno al cuidado de la salud sexual y reproductiva, problemas de salud relacionados a los implantes de silicona o las hormonas que pueden consumir, y enfermedades relacionadas con la anatomía con la que nacieron (por ejemplo, un cáncer de próstata en una mujer transgénero) (Winter et al., 2016). No obstante, pocas veces encuentran comprensión en las entidades de salud, en las que los profesionales no se encuentran preparados, en la mayoría de casos, para responder a sus necesidades y terminan haciéndolas sentir rechazadas (Jafee, Shires & Stroumsa, 2016).

Entre el rechazo experimentado se destaca que a menudo los médicos eran poco comprensivos con lo concerniente a la identidad de género del paciente utilizando pronombres inadecuados (“él” para mujeres trans, por ejemplo), mostraban incomodidad y una interacción limitada, se les negaba la atención y en ocasiones se les trataba como si tuvieran un trastorno mental derivándolos a servicios psiquiátricos (Kosenko, Rintamaki, Raney & Manes, 2013). Respecto a esto, se ha visto que, en profesionales de la salud mental, estas conductas pueden

pasar desapercibidas debido a su carácter sutil, representando “microagresiones” (Whitman & Han, 2017).

De acuerdo con Lapinski, Sexon y Barker (2014) los médicos no necesariamente tienen una actitud negativa hacia personas LGBT, entre ellas las personas trans, sino que muchas veces reconocen poseer poca formación que les permita dar un mejor servicio. En relación a ello, se ha encontrado que una de las razones por las que algunas personas transgénero deciden no asistir a un médico o servicio de salud se relaciona con tener que explicar a quienes los atienden acerca de la transgeneridad constantemente (Jafee et al., 2016). Esto adquiere sentido al observar que la mayoría de instituciones que imparten enseñanza de la medicina pocas veces tocan temas en torno a la salud LGBT (Khalili, Leung & Diamant, 2015). De igual manera, los profesionales de la medicina pueden mantener estereotipos acerca de las personas transgénero tales como creencias de que todas estas personas son promiscuas y no se preocupan por su salud, ideas que pueden contribuir con el trato discriminatorio hacia este grupo (Vijay et al., 2017).

En consecuencia, las personas transgénero describen una hipervigilancia en los servicios de salud ante posibles actos de discriminación (Mikock & Mueser, 2014). Esto representa un factor de riesgo, ya que se produce desconfianza hacia el sistema de salud de parte de las personas trans, lo cual las lleva a buscar atención fuera del sector formal, por ejemplo, una práctica común es la de auto administrarse hormonas o conseguirlas de alguien que no es un médico (Poteat et al., 2013). Así, se evidencia que detalles como el lenguaje con el que un médico se dirige a un paciente transgénero, así como el interés que demuestre por su condición, serán de vital importancia para desarrollar el rapport adecuado en la práctica clínica (Trittschuch et al., 2018).

En el caso de Latinoamérica, la situación es aún más precaria. En los países de la región se reconocen en menor medida sus derechos, con excepciones como Argentina; esto genera que reciban un trato excesivamente discriminatorio, que sean pasados de médico en médico debido a la incomodidad que sienten de tratarlas o que en los servicios de hospitalización se las coloque con las que comparten su “sexo biológico” (Linares, Galbán & Martínez, 2017). Específicamente en el Perú, las barreras empiezan desde lo estructural con el poco acceso a un documento de identidad que refleje su identidad de género, lo que provoca que en los servicios de salud duden de su apariencia o hagan comentarios derogatorios, generando que estos pacientes no acudan en otra ocasión (Fraser, 2016).

Asimismo, con frecuencia, la poca confianza que se desarrolla con el personal de salud hace que se sometan a tratamientos sin supervisión médica, sobre todo en el caso de la población

trans femenina, lo que involucra arriesgar sus vidas con implantes y medicamentos no adecuados. Se evidencia además, una fuerte asociación entre las personas trans y las ITS, lo cual limita el tratamiento de la salud integral a solo un aspecto y muchas veces obliga a esta población a atenderse en centros de prevención en ITS, en los cuales encuentran mayor comprensión debido a que el personal de los mismos están en mayor contacto con personas transgénero (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX], 2011).

A la luz de esta información, se menciona que la falta de habilidades y conocimiento en el área de la salud de las personas transgénero, así como la discriminación hacia este grupo por parte de los profesionales de la salud evidenciada en diversos contextos, refleja de alguna manera a la sociedad misma (Winter et al., 2016). En relación a ello, Vijay y colaboradores (2018) estudiaron a un grupo de médicos encontrando que aquellos que demostraban una intención de discriminar a las personas transgénero tenían actitudes estigmatizantes más interiorizadas también.

Al respecto, una variable que resulta de interés para entender este fenómeno es la de ideología política en tanto es un determinante para una serie de actitudes, creencias y conductas relevantes para la igualdad y calidad en la atención en salud (Burgess, Dovidio, Phelan & Van Ryn, 2011). La ideología es entendida como el conjunto de creencias acerca del orden social ayudando a interpretar el medio y cómo este debe estar estructurado (Jost, Federico & Napier, 2009). De esta manera, la ideología política refiere a una posición relativa en una dimensión abstracta de derecha-izquierda o liberal-conservadora que se relaciona con la aceptación o rechazo de la inequidad y con la preferencia por el cambio social (Carney, Jost, Gosling & Potter, 2008). El conservadurismo en la ideología política se ha relacionado con el dogmatismo, la intolerancia a la ambigüedad, miedo a la inestabilidad y la necesidad personal de mantener orden y estructura (Jost et al., 2009).

Además, en el estudio del conservadurismo habrá dimensiones sociales y económicas, por lo que se proponen modelos duales con dos fundamentos motivacionales distintos, estos serán la orientación hacia la dominancia social (SDO) y el autoritarismo de ala derecha (RWA) (Jost et al., 2009; Rottenbacher, 2012a). Por un lado, la SDO implica lidiar mejor con las desigualdades sociales y la creencia de que existen grupos que son inherentemente superiores a otros (Sidanius & Pratto, 1999, citado en Duckitt, 2006). Las personas con altos niveles de SDO tienden a oponerse a ideologías que buscan atenuar las jerarquías sociales como las políticas públicas que favorecen a personas de grupos desfavorecidos (González-Gutierrez, Carvacho-García & Gerber-Phiss, 2015).

Por su parte, las personas con alto RWA poseen un alto grado de sumisión ante lo establecido y las autoridades, despliegan agresividad en nombre de quienes reconocen como sus autoridades siendo muy convencionales (Altemeyer, 2006). Esta será una actitud sociopolítica que exprese el grado en el que las personas creen en los valores y normas tradicionales y la dificultad para interactuar con individuos de grupos socialmente estigmatizados (Burgess et al., 2011). Más aún, los altos niveles de RWA podrían ser la expresión de una identificación insegura con el endogrupo y una necesidad de generar mayor cohesión; por ello, se le otorgará mucha importancia a la obediencia y respeto de las autoridades grupales, al seguir con las convencionalidades y agredir a quienes van contra sus líderes (Duckitt, 1989, citado en González-Gutierrez et al., 2015).

Sin embargo, pese a su relación con el conservadurismo, ambas variables no se encuentran altamente correlacionadas, posiblemente debido a que la SDO refiere a la idea de superioridad mientras que el RWA se relaciona más a la sumisión, aunque ambas reflejan posiciones únicas del prejuicio (Heaven & Bucci, 2001). De esta manera se ha visto que la SDO predice mejor el conservadurismo económico, mientras que el RWA predice mejor el conservadurismo social (Jost et al., 2009). Pese a ello, estos dos rasgos tienen un papel determinante en el entendimiento y predicción del prejuicio hacia otros grupos (Heaven & Bucci, 2001). Al respecto, se ha encontrado que la SDO era un predictor significativo de actitudes negativas hacia grupos percibidos socialmente como subordinados mientras que el RWA predecía significativamente actitudes negativas hacia grupos socialmente desviados (Duckitt, 2006).

Al ser un grupo que escapa de la norma, se ha estudiado la relación entre las variables de ideología política y las actitudes negativas hacia personas transgénero. De esta manera, se encontró que personas con mayor SDO y RWA tenían comentarios abiertamente anti-transgénero y mayor transfobia, en este caso, ambas variables correlacionaron con transfobia posiblemente debido al contexto de reivindicación de derechos trans que se vivía cuando se realizó (Hoffarth & Hodson, 2018). Otro estudio también encontró relación entre las variables de ideología política: RWA y SDO con transfobia; sin embargo, destacó la existencia de una correlación más fuerte entre esta y el RWA, expresado a través del deseo de mantener el estatus quo, mientras que se daba de forma más indirecta con la SDO y el deseo de mantener privilegios y posición en la sociedad derogando los derechos de personas transgénero (Makwana et al., 2017).

Esto va acorde con otra investigación, en la que solamente RWA correlacionó con el prejuicio hacia grupos transgénero, la cual se catalogó como una buena variable para medir este

tipo de prejuicios. Por su parte, la SDO no funcionaría tanto en contextos en los que las personas transgénero se asocian a grupos marginados como las prostitutas y por ende no representan amenaza para el orden jerárquico social (Rottenbacher, 2012a).

En ese sentido, se ha encontrado que el RWA, tanto en hombres como en mujeres, estaba relacionado a prejuicios contra personas transgénero y transexuales; sin embargo, en los hombres este prejuicio se asociaba a agresividad ante la amenaza a la masculinidad que este grupo representa, mientras que en las mujeres representaba un desafío a la mirada conservadora del rol de la mujer que mantenían (Nagoshi, Cloud, Lindley, Nagoshi & Lothamer, 2018). Más aún, en el caso del autoritarismo, al ser una variable que se exagera como respuesta ante un contexto hostil, puede estar más presente en sociedades en las que la paridad de derechos de género es menos marcada (Brandt & Henry, 2012). De este modo, se observa que las actitudes y creencias negativas hacia las personas transgénero pueden verse influenciadas por variables demográficas y socioculturales.

En el caso específico de los profesionales de la medicina, no se ha estudiado la relación entre las variables de ideología política y las actitudes hacia la transgeneridad; no obstante, algunas investigaciones han encontrado una relación entre estas variables y las actitudes hacia otros grupos estigmatizados en profesionales y estudiantes de ciencias de la salud (Burgess et al., 2011; Lang, 2011; Van Ryn et al., 2011). El RWA, incluso, tiene una medida adaptada al ambiente médico denominada “Autoritarismo médico”, mismo que se desarrolló para comprobar su relación con el trato diferenciado, la menor tolerancia hacia la ambigüedad y un mayor prejuicio hacia determinados tipos de pacientes (Merrill et al., 1995). Entender estas variables resulta de interés ya que evidencia que la práctica médica se da dentro de una estructura sociopolítica determinada, de la cual recibe influencia (Van Ryn et al., 2011).

Por ejemplo, los médicos y médicas que eran más autoritarios tendían a utilizar opciones biomédicas más agresivas como los opioides en pacientes con dolor crónico antes que derivarlos a tratamientos alternativos o psicoterapéuticos. Asimismo, tenían visiones más negativas y suspicaces de este tipo de pacientes (Burgess et al., 2011). Por su parte, Hagiwara y colaboradores (2017) encontraron que los médicos que tenían sesgos raciales implícitos demostraban mayor dominancia social durante las interacciones racialmente discordantes, lo cual evidenciaba una sensación de mayor estatus de parte de los mismos.

Si bien la especialidad y la enseñanza universitaria pueden influenciar en la disminución de ciertos estereotipos o creencias relacionadas al conservadurismo (Lang, 2011; Van Ryn et al., 2014), la carrera médica tiende a mantener un ambiente jerarquizado y autoritario, en el que muchos de los médicos y médicas pueden encontrarse en una posición de poder (Chen et al.,

2014). Así, algunos autores han descrito el ambiente intrahospitalario entre los médicos en formación, como un medio con estructuras jerárquicas rígidas que pueden derivar en comportamientos autoritarios que no son favorables para el aprendizaje (Cancino-Marentes, Fernández-Argüelles & Arbesú-Michelen, 2011). En ocasiones, las sanciones que pueden darse provocan efectos indeseables como la poca apertura ante nuevas situaciones y menor reflexión o generación de cuestionamientos (Chen et al., 2014; Rodríguez-Weber, 2016).

En el caso de algunos, esa rigidez podría provocar que, en situaciones en las que los conocimientos de la carrera no son suficientes, se adopten actitudes autoritarias frente a los pacientes, en las que el profesional de la medicina se presenta como único poseedor de la verdad (Afonso-Presilla & Nabalbo-Aguilera, 2012). En ese sentido, es posible que una formación de este tipo, haga que los conocimientos más rígidos, sobre todo los relacionados a la visión biomédica de la medicina, alienten a la conservación de rasgos más conservadores.

A partir de lo revisado, se hace evidente la necesidad de conocer la situación de la salud de un grupo como las personas transgénero, más aún en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran (Vijay et al., 2017). Si bien el contexto hostil en el que se desarrollan hace que muchas veces no hagan pública su situación (Winter et al., 2016) y las aproximaciones más cercanas se ligen a cifras de pacientes con VIH únicamente (Linares et al., 2017), se sugiere que, a nivel global, existe una prevalencia de 0.3-0.5% de personas que se identifican como transgénero (Reisner et al., 2016). En el Perú, según la encuesta virtual para personas LGBTI realizada por el INEI (2018a) se conoce que el 3% de los que participaron se identificaban como hombres transgénero, mientras que un 2% eran mujeres transgénero. Esto refleja un porcentaje, aunque minoritario, importante de personas que sufren por el poco acceso que tienen a un derecho básico como la salud en las diversas sociedades del mundo, incluido el Perú. Además, resulta importante considerar que la cifra puede estar subrepresentada pues, al tratarse de una encuesta virtual, las personas LGBTI que no tengan acceso a internet, difícilmente habrán respondido a la misma.

A la luz de lo expuesto anteriormente y en sintonía con los principios de Yogyakarta (2007, citado en Robles et al., 2016) se indica la necesidad de una atención en salud integral para las personas transgénero y la protección contra los abusos médicos. Para ello es importante entender qué variables están a la base de la interacción entre médico y paciente transgénero y hacer evidente la posible influencia que tiene el medio social dentro de la práctica médica. Si bien se han estudiado las actitudes negativas y la transfobia en distintas poblaciones, existe poca información sobre cómo se manifiestan estas actitudes en profesionales de la salud (Acker, 2017) y en el caso del Perú dicha información es inexistente. En la actualidad, lo único que se

conoce en torno al tema es el informe realizado por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (2011) sobre la salud de las personas LGBT en la que se destaca que existe poca capacitación y algunos prejuicios que son percibidos por las personas transgénero al momento de ser atendidas.

De este modo, conocer el nivel de conservadurismo en una población como la de los médicos permitiría comprobar si se desarrollan actitudes negativas en los mismos, y cómo estas podrían restringir el acceso a la salud de las personas transgénero a través de la poca aceptación de políticas que ayuden a las personas estigmatizadas (Burges et al., 2011). Por ello, entender que los médicos y médicas comparten creencias y actitudes similares a las del resto de la población resulta relevante puesto que evidencia la necesidad de una formación más integral, que tenga un rol más activo en el tema y pueda brindar una mejor orientación para la población transgénero (PROMSEX, 2011).

Por ende, a fin de entender la relación del conservadurismo con en el mantenimiento de las actitudes negativas hacia las personas transgénero dentro de la sociedad, la presente investigación tiene como objetivo general analizar la relación entre los niveles de RWA y SDO con las actitudes hacia las personas transgénero tanto en médicos como en no médicos, de Lima Metropolitana.

Por ello, se plantea de manera específica lo siguiente:

1. Comparar si existen diferencias significativas en las variables de ideología política entre los médicos y los no médicos.
2. Comparar si existen diferencias significativas en las actitudes hacia las personas transgénero entre los médicos y los no médicos.

A partir de ello, se espera que tanto para médicos como para no médicos exista una correlación inversa y significativa entre las variables de ideología política y las actitudes positivas hacia las personas transgénero.

Para cumplir con estos objetivos, se realizó un estudio cuantitativo, en el que se evaluaron las variables de ideología política y las actitudes negativas hacia las personas transgénero, en un único momento en el tiempo, a un grupo de personas entre los 18 a 65 años, de los cuales la mitad de ellos eran médicos.

Método

Participantes

Se contó con 213 participantes, todos residentes en Lima Metropolitana y cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años ($Mdn = 28$, $RI = 24$). Dentro de la muestra se contó con un 55% de mujeres y un 46% de hombres. Así mismo, el 99% se identificaba como cisgénero. Del total de la muestra, el 51% eran médicos o estudiantes de medicina, mientras que el 49% se repartía en otras carreras (14% en ciencias de la salud, 8% en administración y negocios, 7% en ingeniería, 6% en gastronomía, 5% en psicología, 3% en comunicaciones y 6% en otros). Por otra parte, dentro de la muestra evaluada, un 72% se identificaba como católico, 19% como agnóstico o ateo, 5% como cristiano o evangélico y un 4% con otra religión. Finalmente, 56% de los participantes indicaron haber visto temas sobre género en sus carreras y un 26% indicó que tenía contacto con personas transgénero en el ejercicio de su labor profesional.

Respecto a la selección de los participantes, se consideró como requisito que los mismos fueran mayores de 18 años. Asimismo, se basó en la disponibilidad de los participantes, y su participación fue voluntaria y anónima. En el caso específico de los médicos y médicas, se accedió a los participantes a través de un muestreo de bola de nieve, con la ayuda de contactos. Antes de iniciar la aplicación, a todas las personas se les informó acerca del estudio y se les paso un enlace que contaba con un consentimiento informado en la primera interfaz (ver apéndice A) en el que se indicó que se podían retirar del estudio en cualquier momento, que su participación era anónima y voluntaria y que no representaría ningún perjuicio para ellos.

Medición

Ficha de datos sociodemográficos: Se elaboró una ficha de datos (ver apéndice B) en la que se recogía información sobre edad, sexo, nivel educativo, carrera a la que pertenecían los participantes y religión con la que se identificaban. Asimismo, se preguntó si los participantes habían recibido algún tipo de enseñanza en torno al género y si tenían contacto con personas transgénero en su ejercicio profesional.

“Escala de actitudes y creencias hacia la transgeneridad (Transgender Attitudes and Beliefs Scales; TABS)” (Kanamori, Coernelius-White, Pegors, Daniel & Hulgus, 2017). Para medir las actitudes hacia las personas transgénero se utilizó una adaptación realizada para la presente investigación de la prueba elaborada por Kanamori et al. (2017). El

cuestionario original está conformado por 29 ítems que miden las actitudes y creencias sobre la transgeneridad tomando en cuenta matices religiosos presentes en la sociedad. La opción de respuesta es una escala Likert de 7 puntos que va desde 1= “totalmente en desacuerdo” a 7= “totalmente de acuerdo”. Esta escala tiene a la base el supuesto de la multidimensionalidad de las actitudes, por ello, cuenta con tres factores que demostraron tener una alta confiabilidad: “comodidad interpersonal” ($\alpha = .98$) que incluye ítems como “*Si supiera que alguien es transgénero, evitaría a esa persona*”, “creencias sobre el género/sexo” ($\alpha = .97$) que incluye ítems como “*Un niño nacido con genitales ambiguos debe ser asignado para ser u hombre o mujer*” y “valor humano” ($\alpha = .96$) que incluye ítems como “*Las personas transgénero deberían tener acceso a los mismos beneficios de salud como las demás personas*”. Además, entre los aportes de la prueba, se encuentra el hecho de haber sido validada en una muestra que no era universitaria únicamente, a diferencia de las pruebas desarrolladas previamente.

Esta escala fue adaptada al contexto peruano para la presente investigación (ver apéndice C), obteniendo evidencias de validez interna a través de un análisis factorial exploratorio en el que se comprobó el número de factores y se obtuvo una distribución similar de los ítems, de igual manera se evidencia una adecuada confiabilidad para el puntaje total ($\alpha = .92$) así como para los tres factores replicados en la adaptación: “comodidad interpersonal” ($\alpha = .89$), “creencias sobre el sexo y el género” ($\alpha = .85$), y “valor humano” ($\alpha = .79$).

“Escala de Autoritarismo de Ala Derecha (Right-Wing Authoritarianism / RWA)” (Altemeyer, 2004): Se utilizó una versión resumida de la escala, traducida al español y validada en Chile por Cárdenas y Parra (2010). Si bien la versión original cuenta con 30 ítems, las versiones abreviadas como esta intentan subsanar los problemas que presenta la versión original, como el hecho de tener ítems demasiado largos y la presencia de más de una oración en su estructura. Así, la escala utilizada comprende 12 ítems sobre creencias conservadoras y autoritarias de derecha, esto entendido como la sumisión a las autoridades y la preservación del orden establecido en un sentido político, económico y social. Estos ítems poseen una opción de respuesta que se da a través de una escala Likert de siete puntos, estos van desde los valores de 1 = “Totalmente en desacuerdo” hasta 7 = “Totalmente de acuerdo”.

La estructura factorial revela la presencia de tres dimensiones definidas por la teoría: “sumisión autoritaria” (“*En defensa de la libertad de expresión deberíamos permitir la publicación de literatura que incluso podemos considerar mala o contraria a nuestras ideas*”, ítem inverso), “agresión autoritaria” (“*Hay muchas personas radicales o inmorales que tratan de echar a perder las cosas; la sociedad debe frenarlos*”) y “convencionalismo” (*Nuestra*

sociedad necesita líderes fuertes que puedan erradicar el extremismo y la inmoralidad que prevalecen actualmente”). Para el caso de la presente investigación, solo se utilizó el puntaje general el cual contó con adecuada confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = .62$).

“Escala de Orientación a la Dominancia Social (Social Dominance Orientation / SDO)” (Pratto, Sidanius, Stallworth & Malle, 1994): Se utilizó la versión traducida al español y validada en una muestra chilena por Cárdenas, Meza, Lagunes y Yañez (2010). Esta escala mide la disposición para mantener las relaciones jerárquicas y desiguales dentro de la sociedad. Comprende 16 ítems cuyas respuestas son medidas a través de una escala Likert de 7 puntos que van desde los valores de 1 = “Totalmente en desacuerdo” hasta 7 = “Totalmente de acuerdo”. Para la presente investigación se obtuvo una confiabilidad por consistencia interna adecuada para el puntaje general ($\alpha = .83$). Además, esta versión contaba con dos dimensiones: “Oposición a la igualdad” (“*El valor que tienen algunos grupos de personas es mayor que el de otros*”), referida al acceso a diversas oportunidades para todos los grupos, y “Dominancia grupal” (“*Para salir adelante en la vida, algunas veces es necesario pasar por encima de otros grupos de personas*”), la cual alude al nivel de acuerdo con la existencia de las jerarquías en la sociedad. Para ambas dimensiones el instrumento obtuvo una confiabilidad adecuada entre .79 a .88. Asimismo, para esta investigación dichas dimensiones obtuvieron un alpha de Cronbach superiores a .75 en los dos factores: Oposición a la igualdad ($\alpha = .79$) y Dominancia Grupal ($\alpha = .75$).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó una adaptación del instrumento para medir las actitudes negativas hacia las personas transgénero (ver apéndice C). Así, se tradujeron los ítems de la escala y se revisó con otra persona si la redacción era adecuada. Luego de ello, la versión traducida fue revisada por un grupo de expertos en temas de género quienes determinaron la pertinencia de los ítems. Posteriormente, se llevó a cabo un piloto con 7 personas en el que se comprobó la claridad de cada ítem dentro de la escala. Con ello, se procedió a la aplicación de esta escala en un grupo de 126 personas para poder adaptarla al contexto peruano.

Con la escala adaptada, esta se colocó junto con las escalas de RWA y SDO y se realizó la aplicación. La convocatoria de los participantes se realizó por medio de las redes sociales en las que se compartía el link de la prueba y para el caso de los médicos y médicas por medio de contactos. Al ingresar al enlace los participantes eran informados acerca de los objetivos de la

investigación de manera general, además de especificar el carácter voluntario y confidencial de los datos brindados antes de iniciar.

Análisis de Datos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25 (IBM). Para el caso de la Escala de Actitudes y Creencias sobre las Personas Transgénero, con la finalidad de obtener evidencias de validez de dimensionalidad, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. Asimismo, se determinó la confiabilidad por consistencia interna por medio del coeficiente Alfa de Cronbach para el puntaje general de la escala así como para sus factores. El análisis de confiabilidad también se realizó para las escalas de RWA y SDO.

En segundo lugar, se realizaron las pruebas de normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov y los valores de asimetría y curtosis; los puntajes para el total de la muestra indicaron distribuciones normales para el RWA y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero, mientras que para la SDO se obtuvieron distribuciones no normales (Apéndice D). Luego, cuando la muestra fue segmentada según médicos y no médicos, se encontraron distribuciones normales para el RWA y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero y distribuciones no normales para la SDO tanto en médicos como en no médicos. A partir de estos resultados se decidió realizar análisis paramétricos y no paramétricos dependiendo del caso.

A continuación, para determinar si existía una relación entre las actitudes negativas hacia las personas transgénero y las variables ideológicas RWA y SDO tanto en médicos como en no médicos, se realizaron análisis de correlación entre estas para los dos grupos. Se utilizó el coeficiente de Pearson en el caso de las correlaciones entre puntajes de RWA y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero; mientras que el coeficiente de Spearman se utilizó al correlacionar la SDO con las actitudes hacia las personas transgénero. Para las correlaciones entre las actitudes hacia las personas transgénero y variables dicotómicas como sexo, se utilizó el coeficiente biserial puntual.

Adicionalmente, se llevó a cabo una comparación de medias o medianas (dependiendo del caso) mediante una prueba T/ U de Mann Whitney para poder establecer si existían diferencias significativas. Las variables evaluadas fueron sexo y contacto intergrupar en las cuales se tenía dos grupos independientes. Para el caso de la religión, se realizó un análisis de ANOVA para determinar si existían diferencias y luego de ello se hicieron los contrastes utilizando el estadístico t-student.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión múltiple utilizando las variables que demostraron una correlación significativa con las actitudes hacia las personas transgénero: RWA, SDO, sexo, religión y edad. De este se determinó que solo RWA, SDO y sexo aportaban a la variación de las actitudes. A partir de ello se hizo un análisis de mediación moderada a través de la macro PROCESS en SPSS, la misma que indicó los efectos de cada una de las variables así como de la interacción de las mismas.

Se optó por utilizar este análisis ya que permite ver efectos condicionales indirectos más allá de la mediación, como lo hacen las ecuaciones estructurales, aunque brinda la particularidad de indicar cuándo una variable nominal representa una moderadora dentro de la explicación causal (Hayes, 2018).





Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las variables medidas en esta investigación. En primer lugar, se reportan los resultados para la adaptación de la Escala de Actitudes y Creencias hacia las Personas Transgénero (Kanamori et al., 2018) y, a continuación, se muestran los resultados correlacionales correspondientes al objetivo general de la investigación. Luego, se reportan las diferencias referentes a los objetivos específicos. A partir de los resultados anteriores se sugirió la elaboración de un modelo de regresión en tanto este explicaba mejor lo hallado con respecto a las actitudes hacia las personas transgénero.

Análisis factorial exploratorio para la Escala de Actitudes y Creencias hacia las Personas Transgénero (TABS)

La Escala de Actitudes y Creencias hacia las personas transgénero no contaba con una versión en español ni para Latinoamérica; por ello, con el objetivo de comprobar si la adaptación realizada para esta investigación medía consistentemente al constructo evaluado, se realizó un análisis de confiabilidad por consistencia interna ($\alpha = .93$). De igual manera, se analizaron sus tres factores: “comodidad interpersonal” ($\alpha = .92$), “creencias sobre el sexo y el género” ($\alpha = .89$) y “valor humano” ($\alpha = .84$).

Por su parte, para comprobar la validez de la prueba se realizó un análisis factorial exploratorio ya que no se tenía una versión previa a la misma en el contexto peruano y por ende no se contaba con base teórica que sustentara cómo se agrupaban los factores para este contexto. Cabe resaltar que este análisis se realizó con la primera versión que los autores manejaban, que constaba inicialmente de 33 ítems, pues se vio conveniente incluir los ítems eliminados por ellos en la prueba final puesto que algunos hacían referencia a situaciones médicas útiles para el presente estudio.

El método de extracción utilizado fue el de componentes principales, mismo que permite identificar factores latentes a partir de una cantidad grande de ítems. Además, se empleó la rotación Oblimin ya que la correlación entre los factores indicó que se encontraban relacionados con magnitudes entre medianas y grandes. Esta rotación también fue usada por los autores de la prueba original para realizar el análisis exploratorio.

Se encontró una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de .89, la cual fue adecuada. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa [$\chi^2(378) = 2310.73, p < .001$], de esta manera se indica que existirían relaciones entre las variables internas

por lo cual los resultados eran aptos para el análisis factorial. A partir de estos análisis, se obtuvo una estructura factorial de 3 factores, los mismos que explicaban el 57% de la varianza.

A diferencia de la escala original, esta versión obtuvo 28 ítems ya que se eliminaron 5 de la escala preliminar; todos estos pertenecían a la subescala de “comodidad interpersonal” (por ejemplo, “Si supiera que alguien es transgénero, aún estaría abierto/a a desarrollar una amistad con esa persona”) pero se retiraron de la escala puesto que cargaban para más de un factor y no conservaban el sentido con los demás ítems en los factores en los que se incluían. Por su parte, solo un ítem varió del factor en el que originalmente se encontraba (ver Tabla 1); así, el ítem 8 “Una persona que no está segura de si es hombre o mujer se encuentra mentalmente enferma” pasó a ser parte del factor “comodidad interpersonal”.

Tabla 1

Factores de la Escala de Actitudes y Creencias hacia las personas transgénero

Ítem	Comodidad interpersonal	Creencias sobre el sexo y el género	Valor humano
Si supiera que alguien es transgénero, evitaría a esa persona (I)	0.819		
Tengo dificultades para respetar a las personas transgénero (I)	0.744		
Me molestaría si una persona a la que conozco por mucho tiempo me revela que solía ser de otro género (I)	0.724		
Me sentiría incómodo/a si mi jefe/a fuera una persona transgénero	0.724		
Si alguien que conozco me revelara que es transgénero, probablemente dejaría de ser tan cercano/a a esa persona (I)	0.723		
Si descubriera que mi doctor/a es transgénero me gustaría buscar otro/a doctor/a (I)	0.712		
Una persona que no está segura de si es hombre o mujer se encuentra mentalmente enferma (I)	0.677		
Me sentiría incómodo/a trabajando junto a una persona transgénero en mi puesto de trabajo (I)	0.633		
Si me presentaran a una persona transgénero en una fiesta, me sentiría cómodo/a teniendo una conversación con esa persona	0.626		
Si una persona transgénero me propusiera compartir departamento conmigo, desearía rechazarla (I)	0.585		
Me sentiría cómodo/a estando en un grupo de personas transgénero	0.584		
Me sentiría cómodo/a si mi vecino/a de al lado fuera transgénero	0.552		

Me sentiría incómodo/a descubriendo que estuve a solas con una persona transgénero (I)	0.504	
Todos los adultos deberían identificarse o como hombres o como mujeres (I)		0.887
Aun cuando alguien tenga una cirugía de reasignación de sexo, seguirá siendo biológicamente del sexo con el que nació (I)		0.723
La gente solo es u hombre o mujer, no existe nada en el medio (I)		0.687
Que una persona sea hombre o mujer depende de si esta se siente hombre o mujer		0.662
Si has nacido hombre, nada de los que hagas podrá cambiar eso (I)		0.659
Aunque la mayoría de la humanidad son hombres o mujeres, existen también identidades en medio		0.653
Un niño nacido con genitales ambiguos debe ser asignado para ser u hombre o mujer (I)		0.570
Que una persona sea hombre o mujer depende estrictamente de sus genitales externos (I)		0.565
Una persona no tiene que ser claramente u hombre o mujer para ser normal y sano		0.468
Las personas transgénero son seres humanos con sus propias dificultades, exactamente igual que el resto de nosotros		0.773
Las personas transgénero deberían ser tratadas con el mismo respeto y dignidad como cualquier otra persona		0.762
Las personas transgénero deberían tener acceso a los mismos beneficios de salud como las demás personas		0.745
Las personas transgénero deberían tener el mismo acceso a vivienda como cualquier persona		0.733
Encontraría muy condenable el ver a una persona transgénero siendo molestada o maltratada		0.575
Las personas transgénero son seres humanos valiosos, independientemente de cómo yo me sienta con respecto a la transgeneridad		0.569

*(I): ítems inversos

Análisis descriptivos de las variables

Los puntajes para esta investigación en RWA y SDO para el total de la muestra se encontraron por debajo del punto medio, lo cual indicaría que presentaban poco autoritarismo ($Me = 3.64$; $DE = .72$) y muy baja orientación hacia la dominancia social ($Me = 2.40$, $DE = .81$). Así mismo, las subescalas de la dominancia social también indicaron poca oposición a la igualdad ($Me = 2.08$, $DE = .88$) y baja dominancia grupal ($Me = 2.71$, $DE = 1$). En cuanto a las actitudes y creencias hacia las personas transgénero se evidencia que estas eran medianamente

positivas ($Me = 5.26$, $DE = 1.02$), superando el punto medio de 4 puntos. En cuanto a sus factores, se vio que los participantes eran más proclives a sentir mayor comodidad interpersonal ($Me = 5.48$; $DE = 1.20$) y a otorgarles mayor valor humano ($Me = 6.41$, $DE = .76$); sin embargo, los puntajes eran intermedios al referirse a las creencias sobre el sexo y el género ($Me = 4.27$, $DE = 1.45$).

Relación entre variables de ideología política y las actitudes hacia las personas transgénero

De acuerdo con el objetivo general del estudio se buscó encontrar cómo se relacionaban las actitudes y creencias hacia las personas transgénero con las variables de ideología política, RWA y SDO, tanto en médicos como en personas de otras profesiones. Al respecto, los datos obtenidos indican que existe una correlación significativa e inversa entre los puntajes generales de RWA y SDO con las actitudes positivas hacia las personas transgénero (ver tabla 2).

Dichas relaciones se encontraron tanto en los médicos (esquina inferior) como en los no médicos (esquina superior), siendo de magnitud grande según los criterios de Cohen para el caso de la relación entre RWA y las actitudes positivas hacia las personas transgénero. Por su parte, la relación entre dichas actitudes con la SDO tuvieron magnitudes medianas. Finalmente, los puntajes de RWA y SDO correlacionaron significativamente solo para los médicos, relación que tuvo una magnitud pequeña.

Tabla 2

Correlaciones entre RWA, SDO y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero

	1	2	3
1. RWA	-	.08	-.64**
2. SDO	.28**	-	-.34**
3. Actitudes positivas hacia las personas transgénero	-.62**	-.40**	-

** $p < .01$

Nota: Los valores de la esquina superior se refieren a las correlaciones en los no médicos mientras que los valores de la esquina inferior se refieren a las de los médicos.

Por su parte, también se realizaron las correlaciones según las áreas específicas de los constructos evaluados. Los resultados fueron en su mayoría significativos, específicamente las correlaciones entre los puntajes de RWA y SDO con la escala general de actitudes y creencias hacia las personas transgénero, así como con sus tres factores, fueron significativas e inversas, con una magnitud mediana y grande para la mayor parte de los casos. Dichas relaciones se observaron tanto en los médicos como en los no médicos.

Un aspecto para destacar es que la magnitud de las correlaciones con RWA eran superiores para las subescalas de comodidad intergrupala y creencias sobre el sexo y el género; mientras que para las correlaciones con SDO, comodidad intergrupala y valor humano mostraban magnitudes de correlación medianas comparadas al factor de creencias sobre el sexo y el género (ver tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones entre RWA, SDO y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. RWA		.08	.02	.08	-.64**	-.63**	-.59**	-.35**
2. SDO	.28**		.77**	.87**	-.34**	-.33**	-.25*	-.40**
3. Oposición a la igualdad	.21*	.88**		.42**	-.30**	-.30**	-.19*	-.33**
4. Dominancia grupal	.27**	.90**	.61**		-.26**	-.24*	-.22*	-.31**
5. Actitudes y creencias hacia las personas transgénero	-.62**	-.40**	-.33**	-.39**		.95**	.90**	.65**
6. Comodidad interpersonal	-.51**	-.39**	-.30**	-.40**	.90**		.73**	.63**
7. Creencias sobre el sexo y el género	-.61**	-.24**	-.19*	-.24*	.85**	.57**		.42**
8. Valor humano	-.32**	-.44**	-.46**	-.36**	.41**	.23**	.35**	

**p<0.01

*p<0.05

Nota: Los valores de la esquina superior se refieren a las correlaciones en los no médicos mientras que los valores de la esquina inferior se refieren a las de los médicos.

Adicionalmente, se realizaron correlaciones entre las actitudes hacia las personas con las variables sociodemográficas evaluadas en esta investigación. Los resultados indicaron que las actitudes y creencias hacia las personas transgénero estaban relacionadas con el sexo del encuestado, indicando que las mujeres (codificado como 2) tendrían actitudes más favorables que los hombres (codificado como 1) con un efecto pequeño ($r_{bp}(211) = -.27, p < .01$).

También se relacionaban con la edad de forma directa, ya que a más edad se tendrían actitudes más negativas hacia las personas transgénero aunque con un efecto pequeño ($r(211) = -.25, p < .01$). Por último, se encontró una relación entre las actitudes hacia las personas transgénero y la religión, en la que los agnósticos o ateos (codificado como 2) tenían actitudes más favorables que los católicos declarados (codificados como 1), aun así el efecto de la correlación fue pequeño ($r_{bp}(191) = .19, p < .01$). No se hallaron correlaciones significativas para contacto intergrupala.

Diferencias entre médicos y no médicos

De manera específica, la presente investigación evaluó las diferencias en los puntajes de RWA, SDO y las actitudes hacia las personas transgénero entre los médicos y los no médicos. Los resultados indican que existe una diferencia significativa en los puntajes de RWA

entre ambos grupos. La magnitud del efecto de dicha diferencia fue pequeña de acuerdo con los criterios de Cohen. Por su parte, las variables de SDO y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero no demostraron diferencias entre ambos grupos.

Es importante destacar que sí hubo diferencias en uno de los factores de la escala de actitudes y creencias hacia las personas transgénero. Así, se encontró que el puntaje de los médicos en la subescala de “valor humano” era superior a la de los no médicos de manera significativa. Para esta diferencia, se observó que el tamaño del efecto fue pequeño (ver tabla 4).

Tabla 4

Comparación de RWA, SDO y Actitudes y creencias hacia las personas transgénero entre médicos y no médicos

	Médicos (n=108)		No médicos (n=105)		t/U	Z	p	d/r
	Me/Mdn	DE/RI	Me/Mdn	DE/RI				
RWA	3.51	.68	3.71	.74	-2.44		.02	.33
SDO	2.25	.08	2.43	.08	5586.00	-.19	.85	
Oposición a la igualdad	1.94	.09	2.00	.08	5454.00	-.48	.63	
Dominancia grupal	2.63	.09	2.75	.11	5507.50	-.36	.72	
Actitudes y creencias sobre las personas transgénero	5.35	.89	5.23	1.14		.85	.39	
Comodidad interpersonal	5.54	1.65	5.42	1.85	5497.00	-.38	.70	
Creencias sobre el sexo y el género	4.27	1.33	4.26	1.58	.035		.97	
Valor humano	6.83	.67	6.50	1.17	4557.50	-2.56	.01	.18

Nota: U= U de Mann Withney, d= d de Cohen, r= R de Rosenthal

Por otro lado, se exploró si existían diferencias significativas comparando los grupos obtenidos en las variables sociodemográficas. Se encontraron diferencias significativas al comparar sexo, religión y edad. El contacto intergrupar no obtuvo diferencias significativas para esta investigación. Se encontró que existían diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las actitudes hacia las personas transgénero, aunque la magnitud de esta diferencia fue pequeña (ver tabla 5).

Tabla 5

Comparación de RWA, SDO y Actitudes y creencias hacia las personas transgénero entre hombres y mujeres

	Mujeres (n=116)		Hombres (n=97)		t/U	Z	p	d/r
	Me/Mdn	DE/RI	Me/Mdn	DE/RI				
RWA	3.58	1.06	3.75	.83	4844.000	-1.74	.08	
SDO	2.34	.76	2.45	.86	-.94		.34	
Actitudes y creencias sobre las personas transgénero	5.63	1.38	5.10	1.50	3716.50	-4.26	.00	.29

Nota: U = U de Mann Withney, d = d de Cohen, r = R de Rosenthal

No obstante, se debe destacar que cuando la muestra fue subsegmenta por sexo y profesión, se encontró que no existirán diferencias entre médicos y no médicos cuando estos eran hombres mientras que en las mujeres sí existirán diferencias con un efecto mediano ($p < .01$, $d = .57$), siendo las médicas menos autoritarias ($Me = 3.31$, $DE = .70$) frente a las no médicas ($Me = 3.73$, $DE = .76$). Estas diferencias también surgieron al hacer contrastes a nivel intragrupal: las mujeres médicas ($Me = 3.31$, $DE = .70$) se diferenciaban de los hombres médicos ($Me = 3.68$, $DE = .62$) de forma significativa y con magnitud mediana ($p < .01$, $d = .56$) diferencia que no se veía entre hombres y mujeres no médicos.

Así mismo, cuando se realizó esta subsegmentación por sexo y profesión para ver diferencias en las actitudes hacia las personas transgénero se encontró que las médicas tendrían actitudes más positivas ($Me = 5.70$, $DE = .79$) en comparación con los médicos ($Me = 5.06$, $DE = .86$), esta diferencia fue significativa y de magnitud grande ($p < .01$, $d = .80$). Dicha situación se repetía para el caso de la muestra de no médicos, las mujeres tenían actitudes más favorables ($Me = 5.44$, $DE = 1.07$) frente a los hombres ($Me = 4.84$, $DE = 1.15$), siendo significativa con una magnitud mediana ($p < .01$, $d = .53$).

Por su parte, se vieron diferencias entre católicos y agnósticos/ ateos en los puntajes de RWA y en las actitudes y creencias hacia las personas transgénero, siendo ambas diferencias de magnitud pequeña (ver tabla 6).

Tabla 6

Comparación de RWA, SDO y Actitudes y creencias hacia las personas transgénero entre católicos y agnósticos/ateos

	Católicos (n=108)		Agnósticos/Ateos (n=105)		t/U	Z	p	d/r
	Me/Mdn	DE/RI	Me/Mdn	DE/RI				
RWA	3.75	.83	3.08	1.29	1750.000	-4.2	.00	.30
SDO	2.40	1.20	2.06	1.00	2642.00	-1.39	.16	
Actitudes y creencias sobre las personas transgénero	5.35	1.28	5.82	1.43	2155.00	-2.92	.00	.21

Nota: U = U de Mann Withney, d = d de Cohen, r = R de Rosenthal

Finalmente, se analizaron diferencias según los rangos de edad, el análisis ANOVA arrojó diferencias significativas entre grupos de edad ($F(4, 208) = 5.478$, $p < .01$) para el RWA, así a través del contraste por grupos se identificó que el grupo de 18 a 25 años ($Me = 3.42$, $DE = .79$) se diferenciaba significativamente del grupo de 56 años a más ($Me = 3.95$, $DE = .48$) ($p < .01$) aunque con un efecto pequeño ($d = .38$). Así mismo, se encontraron diferencias

significativas entre los grupos de edad en cuanto a sus actitudes y creencias hacia las personas transgénero ($H(4)=19.73$, $p<0.01$), de manera específica se identificó que tal diferencia se encontraba entre el grupo de 18 a 25 años ($Me= 5.54$, $DE= 1.07$) frente al grupo de 56 años a más ($Me=4.89$, $DE= .89$), aunque con un efecto pequeño ($U=834.5$, $p<.01$, $r=0.25$).

Propuesta de modelo de regresión con mediación moderada

Los resultados reportados anteriormente sugieren que las actitudes y creencias hacia las personas transgénero dependen de más de una variable. Por ello, se realizó un análisis de regresión múltiple para identificar cómo afectaban cada una de las variables evaluadas a partir del peso que tenían para generar diferencias en la variable dependiente: Actitudes positivas hacia las personas transgénero. Se realizaron dos modelos: uno para los médicos y otro para los no médicos en tanto se encontraron ligeras diferencias en los dos grupos.

Inicialmente se incluyó para ambos modelos la variable de edad; no obstante, esta no contribuía de manera significativa ni al modelo de médicos ($p=.42$) ni al de no médicos ($p=.10$) por lo cual se retiró del modelo. Con ello se volvió a realizar una regresión con 3 variables: las dos de ideología política: Autoritarismo de Ala Derecha y Dominancia Social así como la variable sexo, con ello se obtuvo que el modelo para los médicos explicaba el 52.8% de la varianza en la variable dependiente (R^2 ajustado =.51, $F(3,103)= 38.42$, $p<.05$) mientras que para los no médicos explicó el 49.7% de la varianza explicada (R^2 ajustado =.48, $F(3,101)= 33.21$, $p<.05$). Así mismo, el resultado indicó que la variable más potente dentro del modelo es el Autoritarismo de Ala Derecha para el modelo de médicos (β estandarizado= $-.48$, $p<.05$) seguido de la Dominancia Social (β estandarizado= $-.31$, $p<.05$) y el sexo en tercer lugar (β estandarizado= $-.20$, $p<.05$). En el modelo para los no médicos se da una situación similar, siendo la variable más potente la de Autoritarismo de Ala Derecha (β estandarizado= $-.60$, $p<.05$), seguido de la Dominancia Social (β estandarizado= $-.21$, $p<.05$) y el sexo (β estandarizado= $-.21$, $p<.05$).

Al observarse que la potencia de las variables dependiendo de si se trataba de médicos o no médicos se decidió integrar ambos resultados en un modelo de mediación moderada. Mientras que RWA y SDO son variables que indican procesos mentales y que por tanto pueden mediar la expresión de otras variables como las actitudes (Morgan-Lopez & Mackinnon, 2006), la variable de profesión hablaría de las diferencias en los subgrupos evidenciados a través de la prueba t.

Los resultados indicaron que el modelo explicaba el 49% de la variación en las actitudes y creencias hacia las personas transgénero, en la que la variable de RWA era la que mayor poder explicativo tenía cuando mediaba a la variable de sexo. Por su parte, la SDO no era afectada por el sexo directamente, pero sí aportaba a esta variable cuando se encontraba como mediadora para determinar las actitudes y creencias hacia las personas transgénero (ver tabla 7). Si bien la variable médico como moderadora no era significativa en la interacción con sexo, sí lo era cuando tomaba valores menores para esta variable, es decir, cuando hacía referencia a las mujeres (W=0 [mujer],B=-.29, SE= .10, CI[-.51,-.09]), cosa que no sucedía con los hombres (W=1 [hombre],B=-.05, SE= .11, CI[-.26,.17]). De esta forma, tenía un efecto indirecto estadísticamente marginal sobre las actitudes hacia las personas transgénero cuando el RWA se encontraba como variable mediadora (ver Gráfico 1).

Tabla 7
Modelo de mediación moderada entre sexo, RWA, SDO y Médico

Antecedentes	Consecuentes								
	M1 (RWA)			M2 (SDO)			Y (TABS)		
	Coef	SE	p	Coef	SE	p	Coef	SE	p
Médico	.26	.09	.007**	.02	.11	.86	-	-	-
Sexo	.22	.09	.026*	.11	.11	.33	-.40	.10	.00**
Sexo×Médico	-.30	.19	.12	.06	.22	.77	-	-	-
RWA	-	-	-	-	-	-	-.78	.07	.00**
SDO	-	-	-	-	-	-	-.29	.06	.00**
Constante	3.63	.40	.00	2.4	.05	.00	8.82	.28	.00
	$R^2 = .062$ $F(3, 209) = 4.626$			$R^2 = .004$ $F(3, 209) = 0.326$			$R^2 = .486$ $F(5, 207) = 66.06$		

**p<0.01

*p<0.05

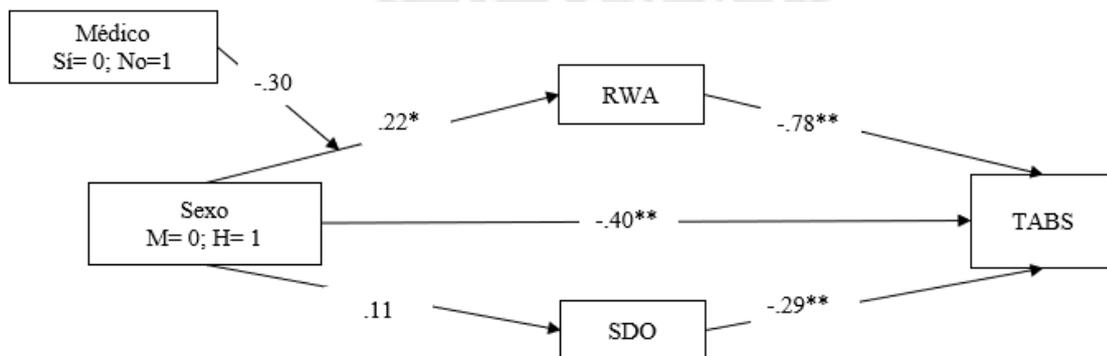


Gráfico 1. Resumen del modelo para la mediación moderada de las variables de ideología política y la profesión sobre las actitudes y creencias hacia las personas transgénero.

**p<0.01, *p<0.05



Discusión

Esta investigación exploró la relación entre las variables de ideología política y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero, comparando a médicos con no médicos. Por ello, se discutirá, en primer lugar, las relaciones encontradas.

Así, se reportó la existencia de relaciones significativas entre las tres variables de estudio: RWA, SDO y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero. Estas eran inversas, es decir que, a más autoritarismo o mayor dominancia social, las actitudes positivas hacia las personas transgénero eran menores. Así, los resultados son consistentes con la teoría en la que se plantea que una manera de entender el conflicto intergrupual es su expresión a través de las actitudes negativas hacia ciertos grupos o el rechazo a los mismos, los cuales se explican desde el autoritarismo y la orientación hacia la dominancia social (González-Gutierrez, Carvacho-García, & Gerber-Phiss, 2015).

Esto se debe a que estas variables expresan las creencias que se tienen sobre el orden y la estructura de la sociedad (Jost et al., 2009) y la manera en la que las personas ven y se relacionan con otros grupos, más aún si el grupo es estigmatizado socialmente y se es visto como inferior (Burgess et al., 2011; Heaven & Bucci, 2001). Así mismo, de manera específica, las relaciones encontradas refuerzan hallazgos de investigaciones previas sobre la relación de las variables de ideología política con las actitudes hacia las personas transgénero (Hoffarth & Hodson, 2018; Makwana et al., 2017; Nagoshi et al., 2018; Rottenbacher, 2012a).

La relación entre estas variables se halló tanto en los médicos como en los no médicos, obteniendo una correlación de magnitud superior para el caso del RWA en los dos grupos. Este hallazgo va acorde con lo visto en investigaciones previas en las que se indica que el RWA predecirá mejor las actitudes negativas hacia grupos socialmente *desviados*, mientras que la relación con la SDO puede ser menor en tanto los grupos transgénero no necesariamente se ven como amenaza hacia la jerarquía social (Duckitt, 2006; Rottenbacher, 2012a).

Por su parte, los factores de las actitudes y creencias hacia las personas transgénero: “comodidad interpersonal”, “creencias sobre el sexo/género” y “valor humano” también correlacionaron con el RWA y la SDO. Para el grupo de médicos y no médicos se observa que ambos otorgaban mayor valor a las personas transgénero mientras menor era su SDO, siendo dicha relación la que más magnitud adquiría con la SDO. Esto se explicaría por el hecho de que la SDO se asocia al rechazo de grupos considerados como inferiores dentro de la sociedad y con menor agradabilidad hacia los mismos (Hamer, McFarland & Penczek, 2019; Duckitt,

2006) haciendo coherente, de esta manera, que se deshumanice a un grupo estigmatizado como el de las personas transgénero. Ya que las personas transgénero suelen ser estigmatizadas en la sociedad, es posible que se asocien a estas personas características negativas que provocan que se les segregue, rechace y se les haga perder su estatus de ser humano (Link & Phelan, 2001; Robles et al., 2016; White Hughto, Reisner & Pachankis, 2015).

En cuanto al RWA, se encontró que tanto médicos como no médicos que eran más autoritarios se sentirían menos cómodos a nivel interpersonal con las personas transgénero y tendrían creencias más rígidas sobre el sexo y el género. Ya que el RWA es una variable motivacional pues se ve afectada por el contexto en el que la persona se encuentra (Duckitt & Fisher, 2003; Brandt & Henry, 2012), la presencia de una persona transgénero que se aleja de expresión tradicional del género puede ser disruptiva. Así, el rechazo hacia desarrollar relaciones interpersonales con personas transgénero puede explicarse porque la transgeneridad se desvía de las normas sociales respetadas por las personas autoritarias quienes pueden ver amenazada la propia identidad intragrupal en relación con el hecho de ser hombres o mujeres y por ende actuar con hostilidad o con prejuicios hacia estos grupos (González-Gutierrez, Carvacho-García & Gerber-Phiss, 2015; Nagoshi et al., 2018).

En esta misma línea, las creencias sobre el sexo y el género más rígidas se relacionarían con el autoritarismo en tanto gran parte de la identidad de ser hombre o mujer se basa en la asignación biológica equivalente a estos (Nagoshi, Nagoshi & Brzuzy, 2014), por lo cual personas más autoritarias tenderían a aferrarse más la heteronormatividad y la vivencia del género congruente con lo biológico, como indica la norma social (Agadullina, Lovakov & Malysheva, 2018; Rye, Merritt & Straatsma, 2019).

Vale recalcar que, en el caso de los médicos, existe una particularidad y es que las creencias sobre el sexo y el género correlacionaban con más fuerza con el autoritarismo dentro de este grupo. Al respecto, Burgess y colaboradores (2011) indican que el autoritarismo en médicos suele presentarse como el priorizar los métodos biomédicos sobre los aspectos más psicosociales que influyen en la salud. Ya que el género hace alusión a aspectos identitarios que van más allá del sexo biológico, como el carácter social que determina los patrones de conducta según la asignación de hombre o mujer (Nagoshi et al., 2014) es congruente que esta visión no esté presente en los médicos y médicas más conservadores. Así mismo, esto se refleja en lo reportado por los pacientes transgénero quienes mencionan con mayor frecuencia la insensibilidad de los médicos tratantes sobre su identidad de género, adhiriéndose mucho más a tratarlos acorde con su sexo biológico (Kosenko et al., 2013; Linares, Galbán & Martínez, 2017; PROMSEX, 2014).

Diferencias entre médicos y no médicos

En esta investigación se tenía la hipótesis de que las variables de ideología política y las actitudes y creencias hacia las personas transgénero no evidenciarían diferencias entre médicos y no médicos; indicando así que la presencia del conservadurismo podría estar afectando en las actitudes hacia las personas transgénero de los médicos de la misma forma que en el resto de la sociedad. No obstante, estas hipótesis se cumplieron de forma parcial: mientras que la SDO y las actitudes hacia las personas transgénero no demostraron diferencias; el RWA sí manifestó diferencias siendo menor en los médicos.

En primer lugar, se debe destacar que la muestra no evidenció niveles muy altos de dominancia social ni de actitudes negativas hacia las personas transgénero. Al no encontrar diferencias entre grupos para la SDO reflejaría un deseo por mayor igualdad, aunque este se enfocaría sobre todo en aspectos económicos como se ha encontrado en otros estudios (Jost et al., 2009; Makwana et al., 2017).

Por su parte, las actitudes hacia la transgeneridad eran medianamente favorables para ambos grupos sin encontrar diferencias, ya que solo se encontraron diferencias en el valor humano, mismo en el que los médicos tenían actitudes más favorables. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas en las que los profesionales de la salud o médicos tenían actitudes más favorables hacia las personas trans (Kanamori & Cornelius-White, 2016; Vijay, et al., 2014). Una explicación referiría a que los médicos pueden tener creencias que impactan de manera menos consciente o implícita en su práctica con las personas transgénero, aun cuando sus actitudes sean favorables o la intención de discriminar sea baja (Greenwald, Poehlman, Uhlmann & Banaji, 2009; Vijay et al., 2009). Esto refuerza el hecho de que la educación en temas de salud transgénero se haga relevante, ya que muchos médicos podrían estar realizando micro-agresiones o ceñirse en demasía a lo biológico, lo cual haría que los pacientes transgénero se sientan discriminados y maltratados en la consulta aun cuando esta no sea la intención (Jafee et al., 2016; Whitman & Han, 2017)

En cuanto a las diferencias en el RWA entre médicos y no médicos, esto podría deberse a que, como se mencionó anteriormente, el autoritarismo puede vivirse de manera diferente en los médicos. Al respecto se menciona que el autoritarismo en los médicos se expresa en la medida en que estos consideran que un paciente puede adecuarse o responde a los tratamientos tradicionales (Chen et al, 2014; Merrill et al., 1995) y una visión más enfocada en la biología (Burgess et al., 2011). En tanto la evaluación de RWA se basaba sobre todo en situaciones

sociales, es probable que no haya reflejado las motivaciones en torno al autoritarismo que afectan a las actitudes de los médicos sobre las personas transgénero.

Este hallazgo resulta alentador, ya que indicaría que las creencias sobre el orden social no serían una razón tan fuerte por la que los médicos de esta muestra evidencian actitudes poco favorables hacia las personas transgénero. En su lugar, es posible que haya más influencia de aspectos como la formación académica en temas relacionados a la dimensión identitaria del género, como se ha visto en otros estudios con esta población (Khalili, Leung & Diamant, 2015; Lapinski, Sexon & Barker, 2014).

No obstante, vale la pena recalcar que el sexo parece ser una variable que cobra relevancia al evaluar el autoritarismo. Mientras que los hombres médicos tenían niveles parecidos de RWA con los no médicos, las mujeres médicas eran menos autoritarias que las mujeres no médicas. Esta diferencia podría explicarse por la tendencia del RWA a aumentar en contextos que se perciben como amenazantes (Duckitt & Fisher, 2003; González-Gutierrez, Carvacho-García & Gerber-Phiss, 2015). Así, se ha comprobado que mujeres que se encuentran en contextos menos igualitarios en favor de sus derechos, expresan mayores niveles de autoritarismo, en este caso manifestado a través de valores ligados a la obediencia y convencionalismo (Brandt & Henry, 2012), así como creencias más sexistas ligadas al género (Sibley, Overall, & Duckitt, 2007).

Es posible que las médicas se encuentren en un contexto menos dispar y por ende menos amenazante psicológicamente que las no médicas. Esto es coherente con el hecho de que la medicina es una de las carreras en las que más balanceado se encuentra el acceso tanto a hombres como a mujeres y en las que pueden alcanzar posiciones de mayor liderazgo (Florez-Dominguez, 2012). De hecho, en el Perú, se encuentra a la par con el porcentaje de hombres que estudian esta carrera (INEI, 2018b). Además, el estatus de la carrera médica ya hace que puedan encontrarse en una posición de poder a nivel intrahospitalario (Chen et al., 2014) lo que podría generar que se sientan menos amenazadas al tener las mismas oportunidades que los médicos hombres (por ej., en jefaturas de departamento) y por ende puedan tener motivaciones menos conservadoras.

Por el contrario, mujeres no médicas podrían desenvolverse en ambientes menos igualitarios y en los que se percibe mayor amenaza a la pertenencia al grupo profesional pues se las puede cuestionar más por el hecho de ser mujeres o podrían estar en posiciones más subordinadas y de menos liderazgo como las carreras “típicamente” femeninas (Callaghan, 2015). Así, al tener como parte de la muestra de otras carreras a mujeres en ingenierías, por ejemplo, en la que la proporción de mujeres representa un cuarto a la de hombres (INEI, 2018b),

carreras de ciencias en las que se tiene la concepción cultural de que las mujeres no son suficientemente buenas en las mismas (Ruzzedu, 2018) es posible que en este grupo se de una mayor adhesión a creencias más autoritarias en torno a lo que se debe seguir en la sociedad y el orden social tradicional de este; sobre todo como respuesta al entorno psicológicamente más amenazante (Nagoshi et al., 2018).

En esta misma línea, se encontró que tanto en médicos como no médicos, las hombres tendrían actitudes menos favorables hacia las personas transgénero. Esta relación se ha evidenciado en investigaciones previas (Costa & Davies, 2012; Kanamori & Cornelius-White, 2016; Nagoshi et al., 2008; Norton & Herek, 2012) y se explicaría porque la socialización del género en los hombres suele ser más rígida lo cual implica un rechazo a aquello que sea femenino o se desvíe de lo tradicionalmente masculino (Costa & Davies, 2012). Por ende, los hombres se sentirían más amenazados por las expresiones de género que se desvían de la norma, provengan de hombres o de mujeres, por lo que se aferrarían a un sistema heterosexista (para el caso de los hombres transgénero) y cisgeneronormativo (para el caso de las mujeres transgénero) (Worthen, 2016).

Con respecto a las diferencias en relación con la religión, estas serían referenciales ya que indicarían la influencia del catolicismo en las actitudes hacia las personas transgénero. Si bien la escala TABS es sensible a los matices que pueden existir en sociedades con influencia religiosa (Kanamori et al., 2017), es posible que, al ser una variable autoreportada, no haya reflejado la intensidad con que la que se vive, y por ello el efecto haya sido pequeño. Aun así, existen diferencias según la religión que se explicarían por la alineación de la religión católica, más dogmática con los valores tradicionales muy ligados al autoritarismo (Shaffer & Hastings, 2007).

En cuanto a las diferencias según el grupo de edad, se halló que las personas más jóvenes eran menos autoritarias y que además tendrían actitudes más favorables hacia las personas transgénero aunque con un efecto pequeño, siendo similar para los médicos y los no médicos. Estos resultados son similares a los hallados por Onraet, Van Hiel, Roets y Cornelis (2011) en los que el aumento de la edad coincidía con mayor autoritarismo. En tanto las personas mayores experimentan cambios a nivel cognitivo relacionados a la velocidad de procesamiento, buscarían recursos cognitivos más económicos, como por ejemplo la necesidad de cierre, lo cual aumentaría el autoritarismo. Si bien, se propone también que esta economía cognitiva involucraría aferrarse a creencias más conservadoras ligadas a décadas pasadas (Ruffman et al., 2016) es posible que las diferencias no hayan sido demasiado fuertes en la muestra de esta investigación debido a que la sociedad peruana sigue siendo muy conservadora.

Esto reforzaría, además, el hecho de haber encontrado actitudes negativas sobre todo en personas mayores. En tanto se ha comprobado que personas con mayores niveles de RWA también serán más prejuiciosas y tendrán actitudes más negativas (Heaven & Bucchi, 2001; Franssen, Dhont & Hiel, 2012). Para el caso específico de las actitudes hacia las personas transgénero, existe evidencia de que personas más jóvenes tendrán actitudes más positivas, aunque con un efecto pequeño (King, Winter & Webster, 2009) como sucedió en esta investigación.

Finalmente, se esperaba que el contacto con personas transgénero generara actitudes más favorables hacia las personas transgénero; sin embargo, no se hallaron diferencias significativas. Al respecto, se menciona que es posible que el contacto intergrupales no tenga el mismo efecto que sí tiene para otros grupos estigmatizados como las lesbianas o los gays, debido a que se suele tener contacto más esporádico con esta población (Hoffart & Hodson 2018). De igual modo, se plantea que el contacto intergrupales generará mayor impacto en las actitudes si se promueve la familiaridad con este grupo, en interacciones más igualitarias y con objetivos compartidos (Walch et al., 2012). En el caso de los médicos que trabajan en el Estado es posible que no haya sido significativo debido a que la asistencia masiva de pacientes provoca que muchas veces se acorte el tiempo de atención (Aldave, 2016), lo cual no permitiría un ambiente de confianza y que se establezca una relación con el paciente.

Modelo para explicar las actitudes hacia las personas transgénero en médicos

El modelo comprobó que la ideología política expresadas en el RWA y el SDO tienen un efecto predictor en las actitudes intergrupales cuando median la relación de variables disposicionales del individuo como el sexo. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas, en las que el RWA resultó como variable predictora con mayor impacto (Johnson et al., 2012; Rottenbacher, 2012a; Van Hiel, Pandelaere & Duriez, 2004).

Así mismo, el modelo sigue la definición actual de las actitudes, en las que se considera que en el estudio de las mismas debería tomar en cuenta una visión holística que integre los aspectos propios del individuo, el contexto social y el contexto cultural (Albarracín & Shavitt, 2017). En ese sentido, las actitudes estarían dependiendo no solo de las variables motivacionales de ideología política sino también de los aspectos contextuales como el contexto laboral y la situación de igualdad vivida que se podría inferir por la profesión como moderadora.

Aunque la interacción con la variable de profesión fue significativamente marginal, se encontró que la condición de médico era significativa al interactuar con sexo. Con ello, se

refuerza una vez más la importancia del contexto y de su percepción de amenazante para el RWA y su poder explicativo sobre las actitudes (Cohrs & Ibler, 2009; Duckitt, 2006).

Conclusiones y recomendaciones

La conclusión principal de esta investigación es que las actitudes hacia las personas transgénero serán afectadas por el RWA y la SDO tal como se ha visto en investigaciones previas; sin embargo, dentro del ámbito médico, se evidencia que la influencia del conservadurismo se da de forma similar a la de los hombres en el resto de la sociedad mientras que en las mujeres la carrera médica podría representar un factor protector ante contextos psicológicamente amenazantes de disparidad, lo que disminuiría su expresión en autoritarismo y con ello también se daría en menor medida las actitudes negativas hacia grupos transgénero.

Adicionalmente, esta investigación deja en evidencia que existe una oportunidad para mejorar la atención en la salud transgénero, ya que las actitudes de los médicos evaluados fueron moderadamente favorables y se deberían sobre todo a la visión poco holística del ser humano centrada en la biología impartida en la enseñanza de la medicina. Con esto, se destaca la posibilidad de seguir educando en temas relacionados a la identidad de género y sobre los aspectos psicológicos que pueden afectar a la salud para ampliar la visión médica más allá de lo puramente biológico.

Finalmente, futuras investigaciones deberían complementar este estudio con una vista cualitativa, en la que se pueda conocer las creencias que tienen los médicos sobre las personas transgénero así como las barreras percibidas dentro de la atención en la salud transgénero. Si bien este estudio sienta una línea base, es necesario conocer qué creencias, no necesariamente evaluadas en la escala utilizada en este estudio, pueden afectar a la práctica de la salud transgénero y sobre las cuales se pueden hacer programas de intervención

Limitaciones

En este estudio se evaluaron los aspectos cognitivos y emocionales de las actitudes hacia las personas transgénero. Sin embargo, la principal limitante de las actitudes es que no siempre se van a traducir en una conducta ya que esta no solo es afectada por variables internas como lo son las creencias o actitudes, sino que también recibe influencia del contexto social y cultural en el que la persona se desenvuelve. Como se mencionó anteriormente, los médicos no necesariamente tienen actitudes negativas hacia las personas transgénero, pero se encuentran en un contexto en el que reciben poca formación en torno al tema y en el caso de los hombres podrían interactuar también aspectos como la presión social por defender el rol masculino tradicional, variables que no fueron evaluadas en esta investigación.

Así mismo, se debe considerar que la mayoría de la muestra de médicos provenían de un mismo hospital en la ciudad de Lima por lo que los resultados no se podrían extrapolar a otros centros de salud o contextos del Perú. Finalmente, la baja confiabilidad del instrumento abreviado para RWA también debe ser tomada como limitante.



Referencias

- Acker, G. M. (2017). Transphobia Among Students Majoring in the Helping Professions. *Journal of Homosexuality*, 64(14), 2011–2029. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1293404>
- Adrian, T. (2013). Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas TRANS en DSM- 5 y CIE-11. *Comunidad y Salud*, 11(1), 60–67. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Afonso Presilla, É. M., & Nosalbo Aguilera, Y. T. (2012). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Humanidades Médicas*, 12(2), 252–261.
- Agadullina, E. R., Lovakov, A. V., & Malysheva, N. G. (2018). Essentialist beliefs and social distance towards gay men and lesbian women: a latent profile analysis. *Psychology & Sexuality*, 1–17. doi:10.1080/19419899.2018.1488764
- Albarracín, D., & Shavitt, S. (2018). Attitudes and attitude change. Attitudes and Attitude Change, *Annual Reviews of Psychology*, 1–29. <https://doi.org/10.4324/9780203838068>
- Aldave, M. (2016). *Síndrome de burnout y factores de riesgo en médicos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen* [Tesis de maestría]. Lima: Universidad San Martín de Porres. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2944/3/aldave_smr.pdf
- Altemeyer, B. (2006). Who Are The Authoritarian Followers?. En *The Authoritarians* (1-51). Winnipeg: University of Manitoba.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. doi.org/10.1037/a0039906
- Aravena, G. & Atenas L. (2015). *Personas Transexuales y Discriminación Laboral en la ciudad de Concepción* (Tesis de licenciatura). Universidad del Bío-Bío: Chile. Recuperado de: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1388/1/Aravena_Novoa_Gabriela.pdf

- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bohner, G. & Dickel, N. (2010). Attitudes and Attitude Change. *Annual Review of Psychology*, 62, 391-417. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131609
- Borraz, M. (2018). La OMS deja de considerar la transexualidad un trastorno mental. *El Diario.es*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedad-incongruencia_0_783572396.html
- Brandt, M. J., & Henry, P. J. (2012). Gender Inequality and Gender Differences in Authoritarianism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(10), 1301–1315. doi:10.1177/0146167212449871
- Budge, S. L., Tebbe, E. N., & Howard, K. A. S. (2010). The work experiences of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 377–393. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020472>
- Burgess, D., Dovidio, J., Phelan, S., & Van Ryn, M. (2011). The Effect of Medical Authoritarianism on Physicians' Treatment Decisions and Attitudes Regarding. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 1399–1420.
- Callahan, M. (2015). "The right attitude: gender, conservatism, and career choice" (Graduate Theses and Dissertations). Iowa State University: Iowa. Recuperado de: <https://lib.dr.iastate.edu/etd/14333>
- Cárdenas, M., & Parra, L. (2010). Adaptación y validación de la Versión Abreviada de la Escala de Autoritarismos de Derechas (RWA) en una muestra chilena. *Revista de Psicología*, 19(1), 61–79. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2010.17098>
- Cárdenas, M., Meza, P., Lagues, K., & Yañez, S. (2010). Adaptación y validación de la escala de orientación a la dominancia Social (SDO) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 9(1), 161–168. [https://doi.org/10.1016/0957-4166\(95\)00174-N](https://doi.org/10.1016/0957-4166(95)00174-N)
- Carney, D. R., Jost, J. T., Gosling, S. D., & Potter, J. (2008). The secret lives of liberals and conservatives: Personality profiles, interaction styles, and the things they leave behind.

- Political Psychology*, 29(6), 807–840. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2008.00668.x>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX]. (2011). *La Igualdad en la Lista de Espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay*. Lima: Lettera Gráfica S.A.C.
- Chen, I. H., Lee, A. Y. P., Parboteeah, K. P., Lai, C. S., & Chung, A. (2014). The effects of physicians' personal characteristics on innovation readiness in Taiwan's hospitals. *Innovation: Management, Policy and Practice*, 16(1), 158–169. <https://doi.org/10.5172/impp.2014.16.1.158>
- Cohrs, J. C., & Ibler, S. (2009). Authoritarianism, Threat, and Prejudice: An Analysis of Mediation and Moderation. *Basic and Applied Social Psychology*, 31(1), 81–94. doi:10.1080/01973530802659638
- Davy, Z., Sørli, A., & Schwend, A. S. (2018). Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Critical Social Policy*, 38(1), 13–34. <https://doi.org/10.1177/0261018317731716>
- Duckitt, J. (2006). Differential Effects of Right Wing Authoritarianism and Social Dominance Orientation on Outgroup Attitudes and Their Mediation by Threat From and Competitiveness to Outgroups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(5), 684–696. doi:10.1177/0146167205284282
- Duckitt, J., & Fisher, K. (2003). The impact of social threat on world-view and ideological attitudes. *Political Psychology*, 24, 199–222. <http://dx.doi.org/10.1111/0162-895X.00322>
- Fishbein, H. (2002). The Nature of Prejudice. En *Peer Prejudice and discrimination: the origins of prejudice* (1- 39). New Jersey: Lawrence Elbraum Associates.
- Flores-Domínguez, Carmina. (2012). Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educación Médica*, 15(4), 191-195. Recuperado en 22 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400003&lng=es&tlng=es.

- González-Gutierrez, R., Carvacho-García, H. & Gerber-Phiss, M. (2015). Relaciones Intergrupales. En Sabucedo J. & Morales J. (Eds.), *Psicología Social* (275-297). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hamer, K., McFarland, S., & Penczek, M. (2019). What lies beneath? Predictors of identification with all humanity. *Personality and Individual Differences, 141*, 258–267. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.019>
- Hayes, A. (2018). Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: a regression based approach. The Guilford press: London.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health, 103*(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Heaven, P. C. L., & Bucci, S. (2001). Right-wing authoritarianism, social dominance orientation and personality: an analysis using the IPIP measure. *European Journal of Personality, 15*(1), 49–56. doi:10.1002/per.389
- Hoffarth, M. R., & Hodson, G. (2018). When intergroup contact is uncommon and bias is strong: the case of anti-transgender bias. *Psychology and Sexuality, 9*(3), 237–250. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1470107>
- Horcajo, J., Briñol, P., Díaz, D. & Becerra, A. (2015). Actitudes: estructura, concepto y medición. En Sabucedo, J. & Morales, J. (Eds.). *Psicología Social* (117-136). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], (2018a). *Encuesta Virtual sobre personas LGBTI-2017*. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/inei-dio-a-conocer-los-resultados-de-la-primera-encuesta-virtual-para-personas-lgtbi-2017-10705/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018b). Perú: Brechas de género 2018: Avances hacia la igualdad de Hombres y Mujeres. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1594/libro.pdf

- Jaffee, K. D., Shires, D. A., & Stroumsa, D. (2016). Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Medical Care*, *54*(11), 1010–1016.
- Johnson, M. K., Labouff, J. P., Rowatt, W. C., Patock-Peckham, J. A., & Carlisle, R. D. (2012). Facets of Right-Wing Authoritarianism Mediate the Relationship Between Religious Fundamentalism and Attitudes Toward Arabs and African Americans. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *51*(1), 128–142. doi:10.1111/j.1468-5906.2011.01622.x
- Jost, J. T., Federico, C. M., & Napier, J. L. (2009). Political Ideology: Its Structure, Functions, and Elective Affinities. *Annual Review of Psychology*, *60*(1), 307–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163600>
- Jorge, A. (2016). Relaciones entre ideología, participación y cinismo político en jóvenes de Lima (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7081/JORGE_DAVILA_ANDREA_RELACIONES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kanamori, Y., Cornelius-White, J. H. D., Pegors, T. K., Daniel, T., & Hulgus, J. (2017). Development and Validation of the Transgender Attitudes and Beliefs Scale. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(5), 1503–1515. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0840-1>
- Kanamori, Y., & Cornelius-White, J. H. D. (2016). Big changes, but are they big enough? Healthcare professionals' attitudes toward transgender persons. *International Journal of Transgenderism*, *17*(3-4), 165–175. doi:10.1080/15532739.2016.1232628
- King, M. E., Winter, S., & Webster, B. (2009). Contact reduces transprejudice: A study on attitudes towards transgenderism and transgender civil rights in hong kong. *International Journal of Sexual Health*, *21*(1), 17–34. <https://doi.org/10.1080/19317610802434609>
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, *51*(9), 819–822. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829fa90d>

- Lang, K. B. (2011). The relationship between academic major and environmentalism among college students: Is it mediated by the effects of gender, political ideology and financial security?. *Journal of Environmental Education*, 42(4), 203–215.
<https://doi.org/10.1080/00958964.2010.547230>
- Lapinski, J., Sexton, P., & Baker, L. (2014). Acceptance of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients, Attitudes About Their Treatment, and Related Medical Knowledge Among Osteopathic Medical Students. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114(10), 788–796. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2014.153>
- Loza, O., Beltran, O., & Mangadu, T. (2017). A qualitative exploratory study on gender identity and the health risks and barriers to care for transgender women living in a U.S.–Mexico border city. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 104–118.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1255868>
- Linares, I., Galbán, G., & Martínez, M. (2017). Caracterización sociocultural y demográfica de las personas trans en Cuba . Actitudes discriminatorias hacia ellas Sociocultural and demographic characterization of trans people in Cuba. *Culturales*, 1(1), 188–216.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69450593006>
- Liu, H., & Wilkinson, L. (2017). Marital Status and Perceived Discrimination Among Transgender People. *Journal of Marriage and Family*, 79(5), 1295–1313.
doi:10.1111/jomf.12424
- Marentes, M. E. C., Argüelles, R. A. F., & Michelena, M. A. A. (2011). El aprendizaje de estudiantes de Medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 25(3), 242–254.
- McCann, E., & Brown, M. (2017). Discrimination and resilience and the needs of people who identify as Transgender: A narrative review of quantitative research studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4080–4093. <https://doi.org/10.1111/jocn.13913>
- Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 146–158.
<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029>

- Merrill, J. M., Laux, L. F., Lorimor, R., Thornby, J. I., & Vallbona, C. (1995). Authoritarianism's role in medicine. *The American Journal of the Medical Sciences*, 310(3), 87–90. <https://doi.org/10.1097/00000441-199531030-00001>
- Morgan-Lopez, A. A., & Mackinnon, D. P. (2006). Demonstration and evaluation of a method for assessing mediated moderation. *Behavior Research Methods*, 38(1), 77–87. doi:10.3758/bf03192752
- Nagoshi, J. L., Nagoshi, C. T., & Brzuzy, S. (2014). *Gender and Sexual Identity: Transcending Feminist and Queer Theory*. Londres: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8966-5>
- Nagoshi, C. T., Cloud, J. R., Lindley, L. M., Nagoshi, J. L., & Lothamer, L. J. (2018). A Test of the Three-Component Model of Gender-Based Prejudices : Homophobia and Transphobia Are Affected by Raters ' and Targets ' Assigned Sex at Birth. *Sex Roles*. doi: 10.1007/s11199-018-0919-3
- Navas, M. (2015). Prejuicio. En Sabucedo J. & Morales J. (Eds.), *Psicología Social* (297-315). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- No tengo Miedo. (2016). *Nuestra voz persiste: Diagnóstico de la situación de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer en el Perú*. Lima: Tránsito - Vías de Comunicación Escénica.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *World Health Organization: Policy Brief: Transgender People and HIV*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf;jsessionid=687F34EEB91B56BF8981FF616E0CA437?sequence=1
- Polo Usaola, C., & Olivares Zarco, D. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 285–302. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200008>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science and Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>

- Quiles, M.N. & Morera, M. D. (2015). El estigma social: La percepción devaluada del otro. En Sabucedo J. & Morales J. (Eds.), *Psicología Social* (315-331). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J. A., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Roets, A. & Van Hiel, A. (2010). Item selection and validation of a brief, 15-item version of the need for closure scale. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 90-94. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.004
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
- Rodríguez-Weber, F. L. (2016). Disciplina y autoridad: Elementos en la formación de médicos especialistas profesionales. *Medicina Interna de México*, 32(1), 115–117.
- Rottenbacher, J. M. (2012a). Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 23–37.
- Rottenbacher, J. M. (2012b). Conservadurismo político y rigidez cognitiva en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de la ciudad de Lima. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 30(2), 257–271. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-36831-004&site=ehost-live&scope=site%5Cnhttp://jrottenbacher@pucc.edu.pe>
- Ruffman, T., Wilson, M., Henry, J. D., Dawson, A., Chen, Y., Kladnitski, N., Myftari, A., Murray, J., Halberstadt, J., & Hunter, J. A. (2016). Age differences in right-wing authoritarianism and their relation to emotion recognition. *Emotion*, 16(2), 226–236. doi:10.1037/emo0000107
- Ruzzeddu, M. (2018). Women and Science: Models of Participation. *Springer Proceedings in Business and Economics*, 43–57. doi:10.1007/978-3-030-00335-7_4

- Rye, B. J., Merritt, O. A., & Straatsma, D. (2019). Individual difference predictors of transgender beliefs: Expanding our conceptualization of conservatism. *Personality and Individual Differences, 149*, 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.033>
- Shaffer, B. & Hastings, B. (2007) Authoritarianism and religious identification: Response to threats on religious beliefs. *Mental Health, Religion & Culture, 10*(2), 151-158, DOI: 10.1080/13694670500469949
- Sibley, C. G., Overall, N. C., & Duckitt, J. (2007). When Women Become More Hostilely Sexist toward their Gender: The System-Justifying Effect of Benevolent Sexism. *Sex Roles, 57*(9-10), 743–754. doi:10.1007/s11199-007-9306-1
- Trittschuh, E. H., Parmenter, B. A., Clausell, E. R., Mariano, M. J., & Reger, M. A. (2018). Conducting neuropsychological assessment with transgender individuals. *Clinical Neuropsychologist, 40*(46), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1440632>
- Tompkins, T. L., Shields, C. N., Hillman, K. M., & White, K. (2015). Reducing Stigma Toward the Transgender Community: An Evaluation of a Humanizing and Perspective-Taking Intervention. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 34–42. <https://doi.org/10.1037/sgd0000088>
- Valentine, D. (2007). Introduction (pp. 3-29). *Imagining Transgender: An Ethnography of a Category*. Durham, NC: Duke University Press.
- Van Hiel, A., Pandelaere, M., & Duriez, B. (2004). The Impact of Need for Closure on Conservative Beliefs and Racism: Differential Mediation by Authoritarian Submission and Authoritarian Dominance. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(7), 824–837. doi:10.1177/0146167204264333
- Van Ryn, M., Burgess, D. J., Dovidio, J. F., Phelan, S. M., Saha, S., Malat, J., Griffin, Joan M., Fu, Steven S. & Perry, S. (2011). the Impact of Racism on Clinician Cognition, Behavior, and Clinical Decision Making. *Du Bois Review: Social Science Research on Race, 8*(01), 199–218. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000191>
- Van Ryn, M., Hardeman, R. R., Phelan, S. M., Burke, S. E., Przedworski, J., Allen, M., Burgess D., Ridgeway, J., White, R. & Dovidio, J. F. (2014). Psychosocial predictors of attitudes toward physician empathy in clinical encounters among 4732 1st year medical

- students: A report from the CHANGES study. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 367–375. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.009>
- Walch, S. E., Sinkkanen, K. A., Swain, E. M., Francisco, J., Breaux, C. A., & Sjoberg, M. D. (2012). Using Intergroup Contact Theory to Reduce Stigma Against Transgender Individuals: Impact of a Transgender Speaker Panel Presentation. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(10), 2583–2605. doi:10.1111/j.1559-1816.2012.00955.x
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Whitman, C. N., & Han, H. (2017). Clinician competencies: Strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients. *International Journal of Transgenderism*, 18(2), 154–171. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1249818>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Worthen, M. G. F. (2016). Hetero-cis–normativity and the gendering of transphobia. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 31–57. doi:10.1080/15532739.2016.1149538
- Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2013). Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 3–17. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.689513>

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por la estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú: Claudia Mendoza Chavez como parte de su tesis de licenciatura y está bajo la supervisión de la Dra. Noelia Rodríguez-Espartal. El objetivo del estudio es conocer las actitudes hacia las personas transgénero dentro de nuestra sociedad, así como evaluar diversas creencias sobre la sociedad y el orden dentro de la misma.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta que le demandará 15 minutos de su tiempo. Su participación será voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial y no podrá ser utilizada para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Los cuestionarios resueltos por usted serán confidenciales, por ello serán codificados utilizando un número de identificación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómoda o incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Cualquier consulta puede ponerse en contacto con Claudia Mendoza, alumna de tesis, al correo cgmendoza@pucp.pe

Muchas gracias por su participación

Sí deseo participar

No deseo participar

Apéndice B
FICHA DE DATOS

1. **Sexo:** Mujer
 Hombre
 Intersexual

2. **Género:** _____

3. **Edad:** _____

4. **Nacionalidad:** _____

5. **¿Con qué creencia religiosa se identifica?**

- Católico
 Evangélico
 Agnóstico/ateo
 Otra (especificar): _____

6. **Nivel de estudios:**

- Secundaria completa (**pasar a la pregunta 9**)
 Superior en curso
 Superior completa
 Superior incompleta
 Superior técnica

7. **Carrera:** _____

8. **De ser médico, especificar la especialidad:** _____

9. **¿Dentro de su formación profesional se han enseñado temas relacionados al género?**

- Sí
 No

10. **¿En su ejercicio laboral, tiene contacto con personas transgénero frecuentemente? (al menos 1 vez al mes)**

- Sí
 No

Apéndice C

TABS

El siguiente cuestionario busca medir sus creencias y actitudes hacia las personas transgénero. Este no es un examen, por lo que no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor, lea con cuidado cada pregunta y responda con la mayor sinceridad posible, utilizando la escala de siete puntos descrita abajo.

Para este cuestionario, se considera a una persona transgénero como una persona cuyo sexo biológico al nacer no coincide con cómo se sienten ya sea hombre o mujer.

1= Comodidad interpersonal, 2= Creencias sobre el sexo y el género, 3= Valor humano

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

#	Ítem	Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	Si me presentaran a una persona transgénero en una fiesta, me sentiría cómodo/a teniendo una conversación con esa persona.	1	2	3	4	5	6	7
2	Aun cuando alguien tenga una cirugía de reasignación de sexo, seguirá siendo biológicamente del sexo con el que nació (R)	1	2	3	4	5	6	7
3	Me sentiría cómodo/a si mi vecino/a de al lado fuera transgénero	1	2	3	4	5	6	7
4	Encontraría muy condenable el ver a una persona transgénero siendo molestada o maltratada	1	2	3	4	5	6	7
5	Que una persona sea hombre o mujer depende estrictamente de sus genitales externos (R)	1	2	3	4	5	6	7
6	Aunque la mayoría de la humanidad son hombres o mujeres, existen también identidades en medio	1	2	3	4	5	6	7
7	Me sentiría cómodo/a estando en un grupo de personas transgénero	1	2	3	4	5	6	7
8	Una persona que no está segura de si es hombre o mujer se encuentra mentalmente enferma.(R)	1	2	3	4	5	6	7
9	Me molestaría si una persona a la que conozco por mucho tiempo me revela que solía ser de otro género. (R)	1	2	3	4	5	6	7
10	Si supiera que alguien es transgénero, evitaría a esa persona (R)	1	2	3	4	5	6	7
11	Todos los adultos deberían identificarse o como hombres o como mujeres (R)	1	2	3	4	5	6	7

12	Las personas transgénero son seres humanos valiosos, independientemente de cómo yo me sienta con respecto a la transgeneridad	1	2	3	4	5	6	7
13	Un niño nacido con genitales ambiguos debe ser asignado para ser u hombre o mujer (R)	1	2	3	4	5	6	7
14	Una persona no tiene que ser claramente u hombre o mujer para ser normal y sano	1	2	3	4	5	6	7
15	La gente solo es u hombre o mujer, no existe nada en el medio (R)	1	2	3	4	5	6	7
16	Si una persona transgénero me propusiera compartir departamento conmigo, desearía rechazarla (R)	1	2	3	4	5	6	7
17	Si has nacido hombre, nada de los que hagas podrá cambiar eso (R)	1	2	3	4	5	6	7
18	Tengo dificultades para respetar a las personas transgénero (R)	1	2	3	4	5	6	7
19	Me sentiría incómodo/a trabajando junto a una persona transgénero en mi puesto de trabajo (R)	1	2	3	4	5	6	7
20	Que una persona sea hombre o mujer depende de si esta se siente hombre o mujer	1	2	3	4	5	6	7
21	Las personas transgénero deberían tener acceso a los mismos beneficios de salud como las demás personas	1	2	3	4	5	6	7
22	Las personas transgénero deberían tener el mismo acceso a vivienda como cualquier persona	1	2	3	4	5	6	7
23	Me sentiría incómodo/a descubriendo que estuve a solas con una persona transgénero (R)	1	2	3	4	5	6	7
24	Si descubriera que mi doctor/a es transgénero me gustaría buscar otro/a doctor/a (R)	1	2	3	4	5	6	7
25	Me sentiría incómodo/a si mi jefe/a fuera una persona transgénero (R)	1	2	3	4	5	6	7
26	Si alguien que conozco me revelara que es transgénero, probablemente dejaría de ser tan cercano/a a esa persona (R)	1	2	3	4	5	6	7
27	Las personas transgénero deberían ser tratadas con el mismo respeto y dignidad como cualquier otra persona	1	2	3	4	5	6	7
28	Las personas transgénero son seres humanos con sus propias dificultades, exactamente igual que el resto de nosotros	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice D

Tabla 8*Pruebas de normalidad para el TABS*

Variable	Médico	Kolmogorov-Smirnov
Puntaje general	Sí	0.062
	No	,200
TABS Factor 1: Comodidad interpersonal	Sí	0.001
	No	0.003
TABS Factor 2: Creencias sobre el sexo y el género	Sí	0.089
	No	,200
TABS Factor 3: Valor humano	Sí	0.000
	No	0.000

Tabla 9*Pruebas de normalidad para variables de Ideología política*

Variable	Médico	Kolmogorov-Smirnov
Autoritarismo de Ala derecha (total)	Sí	0.054
	No	0.092
Orientación hacia la dominancia social TOTAL	Sí	0.008
	No	0.016