

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/324216908>

PSICOTERAPIA CULTURALMENTE COMPETENTE PARA EL TRABAJO CON PACIENTES LGBT+: UNA GUÍA PARA PSICOTERAPEUTAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Book · March 2018

CITATIONS

27

READS

32,490

6 authors, including:



Claudio Martinez

Diego Portales University

101 PUBLICATIONS 770 CITATIONS

SEE PROFILE



Alemka Tomicic

Diego Portales University

132 PUBLICATIONS 1,308 CITATIONS

SEE PROFILE



Constanza Galvez

Alberto Hurtado University

11 PUBLICATIONS 108 CITATIONS

SEE PROFILE



Juliana Rodriguez Bothe

Diego Portales University

7 PUBLICATIONS 109 CITATIONS

SEE PROFILE

PSICOTERAPIA CULTURALMENTE COMPETENTE PARA EL TRABAJO CON PACIENTES LGBT+

UNA GUÍA PARA PSICOTERAPEUTAS Y
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL



Santiago de Chile
2018

LOS AUTORES

CLAUDIO MARTÍNEZ GUZMÁN

Psicólogo clínico y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. Doctor en psicología y magister en psicología clínica. Profesor asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, director del Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS-UDP) e investigador responsable del estudio *“Formación de psicólogos culturalmente competentes para una atención psicológica y de salud mental no discriminadora con personas de la comunidad LGBT+”* que ha dado lugar a esta guía.

ALEMKA TOMICIC SUÑER

Psicóloga e investigadora. Doctora en psicología. Profesora asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, co-directora del Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS-UDP). Investigadora Asociada del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

CATALINA ROSENBAUM VIDELA

Psicóloga clínica de la Universidad Diego Portales. Terapeuta de adolescentes y adultos del Centro de Terapia Post-racionalista de Santiago. Investigadora colaboradora de CEPPS-UDP.

CONSTANZA GÁLVEZ TORO

Psicóloga clínica de la Universidad Diego Portales, Coordinadora del Policlínico de Identidad de Género y Psicóloga del Programa Ambulatorio Intensivo Mujeres, en la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital y CRS El Pino. Coordinadora del área de Educación e Investigación de Centro de Apoyo LGBT+ y Género Espacio Seguro. Docente en Universidad Andrés Bello, en las facultades de Psicología y Medicina. Investigadora colaboradora de CEPPS-UDP.

JULIANA RODRÍGUEZ BOTHE

Psicóloga clínica con orientación en psicoterapia posmoderna y culturalmente sensible. Coordinadora de Plural: Unidad de Diversidad Humana en Centro Integrado de Especialidades Psicológicas. Consultora independiente en temáticas relacionadas a la diversidad. Consultora Junior en Comba Internacional. Investigadora colaboradora de CEPPS-UDP.

FRANCISCO AGUAYO FUENZALIDA

Psicólogo de la P. Universidad Católica de Chile y psicoterapeuta. Magíster en Estudios de Género, Universidad de Chile. Director de Masculinidades y Equidad de Género (EME) y Fundación CulturaSalud. Investigador en masculinidades y diversidad LGBT+.

PRESENTACIÓN

El Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP), junto con la Embajada de Canadá, hacen orgullosa entrega de esta guía para el desarrollo de competencias culturales no discriminadoras en la atención psicoterapéutica de personas de la comunidad LGBT+ a toda la comunidad de psicólogos y psiquiatras que realizan atención en salud mental en Chile.

Esta guía ha sido financiada por el Fondo Canadiense para Iniciativas Locales (CFLI-2017-STAGO-0002) de la Embajada de Canadá en Chile y desarrollada con el apoyo de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales y la colaboración del Instituto Milenio para la Investigación de Depresión y Personalidad (MIDAP), del Centro Integrado de Especialidades Psicológicas (CIEPS) y de la Fundación Cultura Salud.

La guía fue construida a partir de cuatro principales fuentes de conocimiento. En primer lugar, el conocimiento acumulado, tanto teórico como en práctica clínica, de sus autores. Esto incluye publicaciones e investigaciones sobre el tema en los últimos cinco años; en segundo lugar, el desarrollo de una encuesta sobre "actitudes, prejuicios, creencias y habilidades en la atención psicológica con personas de la comunidad LGBT" dirigida a psicólogos, psiquiatras y estudiantes de psicología de los últimos años de formación, la que fue aplicada entre octubre y diciembre de 2017; en tercer lugar, una revisión sistemática de la literatura internacional de los últimos 10 años acerca de la atención psicológica y psicoterapéutica con pacientes de la diversidad sexual y de género, y cuarto, la realización de cuatro talleres sobre "psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con personas de la diversidad sexual y de género". Esta última actividad fue llevada a cabo durante el mes de enero de 2018 en cuatro servicios de salud de cuatro regiones del país y nos permitió enriquecer muchos aspectos de la guía, haciéndola más cercana a la práctica concreta de psicoterapeutas en diferentes contextos de salud mental.

Esperamos que esta guía se convierta en una fuente de consulta y aprendizaje para los clínicos y que su utilidad no se limite a mejorar sus competencias como terapeutas, sino que, sobre todo, les permita comprender que el ejercicio de la psicoterapia no puede dejar de considerar las características culturales de sus participantes, ya que este reconocimiento hará de este ejercicio uno verdaderamente respetuoso y ético.



AGRADECIMIENTOS

Los autores y las autoras agradecen a la Embajada de Canadá en la persona de su embajadora, Sra. Patricia Peña, y de la segunda secretaria de la embajada para asuntos políticos, Hélène Mayrand, por la confianza depositada en nosotros; a Trinidad García, coordinadora y enlace con la Embajada de Canadá, por la diligencia de su gestión y apoyo permanente; a Antonio Stecher, decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales por haber sido el "mejor backup" que uno podría tener en momentos difíciles; a Claudia Valenzuela, de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud (MINSAL), por su ayuda con los contactos con los servicios de salud, al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital El Pino, a los encargados de salud mental y coordinadores de los diferentes servicios de salud que participaron en las encuestas y en los talleres realizados y, de manera especial, nuestros agradecimientos a los más de cien profesionales que participaron en los talleres que se hicieron durante el mes de enero de 2018 en cuatro regiones del país.

***Nota:** Los y las autoras de esta guía reconocen y validan las variadas expresiones de la diversidad sexual. Las personas LGBT+ pueden no requerir tratamientos psicológicos, hormonales o quirúrgicos. Algunos/as pacientes que solicitan atención psicológica ya habrán realizado un significativo proceso de autoexploración de su identidad sexual sin necesidad de apoyo de profesionales de la salud, otros/as, en cambio, requerirán servicios más intensivos y específicos.

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO



Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosenbaum, C., Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CONCEPTOS GENERALES	
• Sexualidad e identidad sexual	9
• Categorías identitarias	10
• Heteronormatividad	12
• Contextos vulneradores	12
• Disparidades en salud mental	14
UNA PSICOTERAPIA CULTURALMENTE COMPETENTE: MAS ALLÁ DE LA DESPATOLOGIZACIÓN	
• Modelo de Estrés de Minorías y LGBTIfobia	15
• Estigma internalizado y microagresiones en la psicoterapia	17
• Actitudes, prejuicios y creencias de profesionales de la salud mental en Latinoamérica y Chile: una cifra emergente	20
HERRAMIENTAS PARA UNA PSICOTERAPIA CON PERSONAS LGBT+	
• Generación de espacios afirmativos	22
• Trabajo multidisciplinar y trabajo en red	24
• Evaluación de riesgo suicida en población LGBT+	26
• Acompañamientos psicoterapéuticos	28
• Reconocimiento de las múltiples expresiones del estigma internalizado	32
• La construcción de un futuro legítimo: de la aceptación a la afirmación	37
UN Y UNA PSICOTERAPEUTA CULTURALMENTE COMPETENTE	
• Autorreconocimiento del desconocimiento, creencias y prejuicios de los y las psicoterapeutas	40
• Actitudes que los y las pacientes LGBT+ valoran en sus psicoterapeutas	43
REFERENCIAS	46

INTRODUCCIÓN

Desde la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, 1952), y gracias al activismo LGBT+ y a la investigación psicológica despatologizante de la diversidad sexual, la homosexualidad fue progresivamente desclasificada como trastorno mental, siendo eliminada definitivamente del DSM en su tercera versión revisada, publicada en 1987. Por su parte, la identidad transgénero fue incluida como trastorno de la identidad de género en 1973 con la publicación del DSM-III. En la quinta versión de dicho manual (DSM-V, 2013), esta categoría diagnóstica fue renombrada como disforia de género en un intento de despatologizar a las personas trans, aun cuando permanece la discusión en torno a la conveniencia de mantener o no este diagnóstico en el manual (Bidell & Stepleman, 2017). En paralelo con esta historia, hasta antes de 1970, la investigación en psicología clínica se centró principalmente en la identificación de las etiologías de la homosexualidad y la identidad transgénero y en el desarrollo de intervenciones para su tratamiento y, eventualmente, su cura (e. g., terapias aversivas y terapias conversivas) (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010; Jesus, 2013). Consecuentemente, por décadas, los diferentes modelos clínicos coincidieron en sostener una visión patologizante de la sexualidad diversa, contribuyendo a la instalación de la heteronorma como un ideal de salud mental (Costa & Nardi, 2015). Muchas generaciones de psicólogos y psiquiatras se formaron bajo esta visión y crecieron profesionalmente con las creencias y conceptos promovidos por dichos modelos. Así, a pesar del progresivo proceso de desclasificación de la homosexualidad como fenómeno psicopatológico y del hecho de que, en la actualidad, la mayoría de los profesionales de la salud mental no la consideran como un trastorno, persisten en dichos profesionales, muchas veces de manera inadvertida, creencias y prejuicios que implican actitudes estigmatizadoras de la diversidad sexual y de género. Estas creencias y actitudes son lentas y difíciles de erradicar, pues, además de implícitas, se hallan fuertemente arraigadas en órdenes morales y culturales específicos como, por ejemplo, el catolicismo, el cristianismo y la concepción de familia tradicional predominante en Latinoamérica y en Chile.

A nivel internacional, ya se cuenta con una historia de veinte a treinta años de investigación sobre intervenciones psicológicas sensibles a las especificidades del trabajo con pacientes LGBT+; sin embargo, tanto en Latinoamérica como en Chile los trabajos en esta área son escasos y, por lo tanto, los conocimientos producidos en países como Canadá, el Reino Unido y EE. UU. constituyen, para nosotros, puntos de partida necesarios. Entre las cuestiones que se han trabajado se encuentran: el conocimiento y las actitudes de psicoterapeutas

hacia las personas LGBT+ y su impacto en la relación de ayuda; las creencias, prejuicios y actitudes de las personas LGBT+ hacia la psicoterapia y su influencia en la decisión y formas de búsquedas de ayuda psicológica; la internalización del estigma sexual en personas LGBT+; los aspectos facilitadores y obstaculizadores de la provisión de ayuda psicológica a estos pacientes, y el impacto de estos fenómenos en la conformación de la alianza terapéutica. Todos estos asuntos requieren del desarrollo de más conocimiento en términos generales y, específicamente, una mirada anclada en las particularidades que adquiere la relación entre psicoterapia y diversidad sexual en el contexto social y cultural chileno.

Muchas veces, a pesar de las buenas intenciones que puedan tener los terapeutas, la falta de entrenamiento específico, el desconocimiento de la cultura y la psicología LGBT+ y la falta de autoconciencia acerca de los propios preconceptos y creencias sobre la sexualidad y el género diverso pueden dar por resultado tratamientos donde los pacientes LGBT+ experimentan estas agresiones o ven confirmados sus temores y desconfianza respecto de la psicoterapia, aumentando, en algunos casos, su desesperanza en relación la ayuda que es posible recibir. En otros casos, si esto no es percibido, la combinación entre prejuicios y creencias erróneas del terapeuta y un paciente autoestigmatizado puede tener como resultado la profundización de las inseguridades y angustias de éste último sobre sí mismo.

Se han desarrollado, en años recientes, prácticas psicoterapéuticas con pacientes LGBT+ que promueven una aproximación afirmativa, que no constituye un modelo psicoterapéutico en sí mismo, sino que aboga por la incorporación de actitudes específicas a la intervención psicológica ligadas, generalmente, con la aceptación y la comprensión de la naturaleza y de los desafíos de la diversidad sexual y de género (Dillon *et al.*, 2004; Kilgore, Sideman, Amin, Baca & Bohanske, 2005; Milton, Coyle & Legg, 2002). Por su parte, organismos internacionales como la OMS y la APA (Bidell & Stepelman, 2017), coinciden en la gran necesidad de que exista formación y capacitación para la atención en salud mental de personas LGBT+. Esto implica establecer un lenguaje adecuado para referirse a las temáticas respectivas y específicas de esta población y garantizar la entrega de tratamientos e intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas pertinentes, equitativas y libres de discriminación. Así, tanto el entrenamiento en competencias clínicas para el trabajo con personas LGBT+ (Bidell & Stepelman, 2017) como la generación de conocimiento sobre procesos de salud mental y experiencias psicoterapéuticas de pacientes LGBT+ que sea sensible a la realidad local (Boroughs, Bedoya, O'Cleirigh & Safren, 2015) contribuyen al desarrollo de una psicoterapia culturalmente competente (APA, 2000). Esto requiere, por parte de los psicoterapeutas, la comprensión de las influencias culturales que afectan sus habilidades para proveer un cuidado adecuado a pacientes pertenecientes a una determinada cultura.

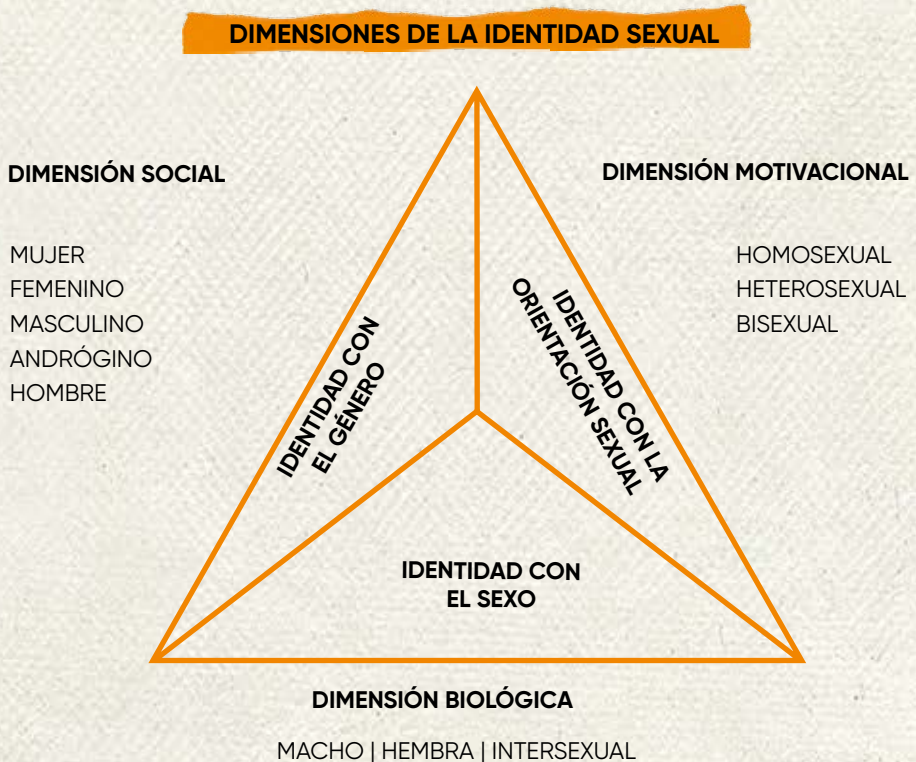
Considerando lo anterior, esta guía tiene un doble propósito: por una parte, busca describir las características del contexto particular de la salud mental de las personas LGBT+, dando cuenta de sus aspectos epidemiológicos, modelos explicativos y, en particular, del peso social y cultural que adquiere la atención psicológica y psiquiátrica en esta población, incluyendo las actitudes, prejuicios y creencias de psicólogos y psiquiatras en el Chile actual. Por otra parte, esta guía busca destacar aquellos aspectos que los clínicos de la salud mental debieran conocer y manejar, ya que nos parecen fundamentales al momento de ejercer una psicoterapia culturalmente competente con personas LGBT+. En este sentido, la guía no pretende entregar técnicas específicas –porque no las hay–, sino criterios y orientaciones que clínicos y psicoterapeutas, de la orientación teórica que sean, podrán adaptar a su práctica terapéutica con personas de orientación sexual e identidad de género diversa. Esta guía no busca censurar o descalificar las prácticas habituales de los clínicos, sino entregar orientaciones, aclaraciones discursivas y de lenguaje, actualizaciones de conocimientos y, sobre todo, una mirada que les permita tomar conciencia sobre su propio actuar en este ámbito. Nuestra máxima aspiración es que un clínico o psicoterapeuta reconozca sus prejuicios o actitudes y que se pregunte si su lenguaje es el más adecuado para tratar a un paciente que se identifica como LGBT+.

CONCEPTOS GENERALES

1. Sexualidad e Identidad Sexual

La definición de **sexualidad** ha tenido diversas interpretaciones. Desde nuestra perspectiva, las más completas son las que ofrecen la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) y la Asociación Americana de Psicología (APA, 2008). Ambas incluyen conceptos tales como sexo, género, roles de género, identidades de género, expresión de género, orientación sexual, placer, intimidad y erotismo. Adicionalmente, señalan que la sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, roles, comportamientos, relaciones, deseos, creencias, actitudes, valores y prácticas.

La identidad sexual corresponde, entonces, a la integración, conformidad y afinidad con los distintos aspectos involucrados en la expresión de la sexualidad. En la identidad sexual están comprendidas las dimensiones biológica, social y motivacional, las que dan lugar a diferentes categorías identitarias (Vargas-Trujillo, 2007).



*Basado en Vargas-Trujillo, 2007.

Es fundamental reconocer que cada ser humano tiene un grado de conformidad con su biología, su orientación sexual, su rol de género, su identidad de género, su expresión de género y con todos los otros aspectos involucrados en su sexualidad. Esto se conforma según experiencias propias de descubrimiento y exploración de estos aspectos a lo largo de la vida.

2. Categorías identitarias

Existen ciertas categorías de la sexualidad con las que las personas pueden manifestar distintos grados de conformidad identitaria. Estas son el sexo, el género y la orientación sexual:

1. Identidad con el sexo La identidad con el sexo se refiere al grado de conformidad con las características biológicas (caracteres sexuales primarios y secundarios). Existen las categorías de **macho, hembra e intersexual**.

2. Identidad con el género o Identidad de género Hace referencia al propio sentir y a la conformidad con las expectativas sociales en relación al ser **hombre o mujer** a lo largo de la vida. Existen las categorías de: **andrógino/a, femenino/a, masculino/a, transgénero/a, bigénero, género fluido, género queer, género neutro, cisgénero**. Cuando alguien siente que no pertenece a ningún género podría identificarse como **agénero**.

3. Identidad con la orientación sexual Hace referencia a la atracción física, emocional y romántica que una persona siente hacia personas de un mismo sexo, otro sexo o ambos sexos. Existen las categorías de: **lesbiana, gay, bisexual, heterosexual, pansexual, demisexual**. Cuando alguien siente que no tiene atracción hacia ningún sexo o que no tienen una orientación sexual puede identificarse como **asexual**.

GLOSARIO: DIVERSAS CATEGORÍAS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

- **Intersexual:** una persona cuyo sexo biológico es ambiguo. (No es sinónimo de transgénero).
- **Cisgénero:** personas que tienen una coherencia entre el sexo biológico y el género socialmente asignado a dicha categoría.
- **Género no conforme / Variación de género:** personas con matices en identidad respecto del género, no se sienten del todo en lo femenino o masculino.
- **Transgénero:** identidad de género, expresión de género o conducta que no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se asigna al nacer. También se utiliza como término sombrilla, el cual incluye a las personas transexuales y travestis.
- **Hombre trans o trans masculino:** persona que es biológicamente hembra o designada como mujer al nacer y se identifica como hombre.
- **Mujer trans o trans femenino:** persona que es biológicamente macho o designada como hombre al nacer y se identifica como mujer.
- **Andrógino:** mezcla de lo que se entiende por expresión de género masculino y femenino.
- **Bigénero:** variación de femenino a masculino en diferentes frecuencias temporales (día, semana, mes, año).
- **Género fluido:** variación entre femenino, masculino, mezclas o neutralidad en diferentes frecuencias temporales (día, semana, mes, año).
- **Agénero:** personas que dicen no tener un género.
- **Género queer:** crítica al orden género; corresponde a un postura ideológica y política.
- **Lesbiana:** mujer que siente una atracción física, erótica, emocional y romántica de manera exclusiva y permanente hacia las mujeres.
- **Gay:** hombre que siente una atracción física, erótica, emocional y romántica de manera exclusiva y permanente hacia los hombres.
- **Bisexual:** persona que siente atracción física, erótica emocional y romántica de manera permanente hacia ambos sexos.
- **Asexual:** persona que no experimenta atracción física, emocional, erótica o romántica hacia otras personas.
- **Pansexual:** persona que experimenta atracción física, erótica, emocional y romántica hacia otras personas de cualquier identidad sexual o categoría identitaria.
- **Demisexual:** persona que experimenta atracción sexual y erótica solo hacia personas con las que se involucra emocionalmente.

3. Heteronormatividad

Se entiende por heteronormatividad el sistema de creencias que impone a la heterosexualidad como la norma, estableciendo la suposición de que la heterosexualidad es universal y que cualquier manifestación diferente a esta no es natural (Clark et al., 2010).

En psicología, aún se manejan preconceptos establecidos del comportamiento individual o grupal afines a la heteronormatividad. Estos preconceptos pueden interferir en el trabajo con personas que consulten sobre temáticas asociadas a la diversidad sexual. La propia comprensión que el o la terapeuta tiene de conceptos como la monogamia, el matrimonio y la reproducción, los roles de género, la expresión de género o la identidad de género son importantes de cuestionar, para así evaluar la manera en que estos pueden estar influyendo en la mirada de algún caso particular (Moon, 2010).

4. Contextos vulneradores

Los contextos vulneradores hacia las personas LGBT+ no son lugares específicos, sino situaciones y/o actitudes negativas hacia la diversidad sexual o de género, hacia las prácticas sexuales diversas o hacia los estilos de vida de las personas LGBT+. Es fundamental resaltar que las personas percibidas por otras como pertenecientes a la diversidad sexual y de género también han vivido o pueden vivir alguna experiencia de violencia y discriminación como si fuesen personas autoidentificadas como LGBT+.

Estos son contextos donde la **homolesbobitransinterfobia u homolesbobitransinternegatividad** se hacen presentes. Ambas denominaciones pueden definirse como una actitud rígida de rechazo con ideas estereotipadas, conductas discriminatorias y agresivas hacia personas LGBT+ (Barrientos y Cárdenas, 2013; Moral y Valle, 2014).

Asimismo, estos son contextos donde existe violencia verbal o física expresada de diversas formas. Esta se puede dar entre pares, en el sistema familiar, en relaciones amorosas, en el sistema social, en el escolar, en el legal, en el de salud, tanto público como privado, y, finalmente, en el contexto de una psicoterapia o supervisiones clínicas. Ejemplos de estas situaciones y actitudes vulneradoras son:

- Lenguaje excluyente, expresiones de inferioridad (ignorar una conversación con una persona LGBT+ o percibida como tal), chistes y bromas descalificadoras y que denigran a las personas pertenecientes a la diversidad sexual.
- Segregación por identidad de género, expresión de género u orientación sexual percibida o sabida. Por ejemplo, no permitir el acceso a un espacio físico.

- Golpes o empujones motivados por la identidad de género, expresión de género u orientación sexual percibida o sabida.

CONDICIONES VULNERADORAS EN CHILE

En cuanto al contexto chileno, una revisión sistemática realizada por Barrientos (2017) plantea una situación paradójica en relación con la homofobia en Chile. El autor plantea que el país ha tenido un ascenso notable en favor de la aceptación hacia la homosexualidad, como se puede observar en el siguiente cuadro, recogido de la Encuesta Mundial de Valores y el Latinobarómetro:

	1990	1996	2000	2002	2004	2008	2009	2011
1 Nunca justificable 	76,9	44,1	37	4,3	21	14,1	11,9	13,2
2	4,3	6,9	6,3	2,1	4,3	3,9	5,5	3,1
3	4,2	6,9	6,3	2,2	5,4	6,8	12,7	5,9
4	2,6	8,5	5,6	4,5	4,1	11	8,6	5,8
5	7	16,9	16,7	18,6	19,3	16,9	18,9	19,9
6	1,4	4,5	8,1	6,8	7,9	11,6	8,7	8,9
7	1,2	2,6	4,4	1,8	6,3	11,8	10,2	6,7
8	0,9	3,2	5,4	4,8	6,1	11,1	8,3	7,8
9	0,3	0,7	1,4	1,6	2,7	4,3	4,3	4,6
10 Siempre justificable 	1,4	5,7	8,8	14,2	22,9	8,4	10,9	16,7
Suma Núm. de Participantes	1477	973	1139	1128	1128	1102	1056	926
Media de Aceptación	1,8	3,3	4	4,1	5,5	5,4	5,3	5,7
Desviación Típica	1,84	2,68	2,99	3,30	3,28	2,69	2,75	2,97

Fuente: Word Values Survey: <<http://www.wvsevsdb.com/wvs/WVSAalyzeQuestion.jsp>> y Latinobarómetro <<http://www.latinobarometro.org/latino/LATANalyze.jsp>>.

Jaime Barrientos (2017) señala que se ha producido una importante disminución en las personas que consideran que “la homosexualidad no se puede justificar nunca” y un aumento considerable de las personas que siempre la consideran justificable. A pesar de que estos datos muestran que Chile tiende hacia la aceptación de la homosexualidad, otras mediciones han matizado, en alguna medida, estos avances. En la Primera Encuesta Nacional de Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley de Discriminación, realizada por el MOVILH el año 2013, se encontró que el 74,5% de la población LGBTI ha sido discriminada al menos una vez en su vida. Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Clima Escolar, realizada por la Fundación Todo Mejora en el año 2016, se evidenció que 70,3% de los y las estudiantes LGBT reportó sentirse inseguro/a en la escuela debido a su orientación sexual y el 29,7% debido a su expresión de género. Junto con lo anterior, el 94,8% de los estudiantes encuestados escuchó comentarios LGBTfóbicos, el 59,9% reportó que dichos comentarios fueron realizados por el personal de la escuela y el 76,4% declaró haber oído comentarios negativos sobre las personas trans.

5. Disparidades en Salud Mental

Las disparidades en salud mental refieren a diferencias en los resultados de salud, en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los tratamientos debido a determinantes que pueden ser considerados **innecesarios, evitables, incorrectos e injustos**. Es un conjunto amplio de condiciones que pueden afectar la salud, estableciendo la ventaja de un grupo por sobre otro. Estas inequidades abarcan una variedad de situaciones que incluyen exposiciones a condiciones de vida, trabajos insalubres y estresantes, factores de riesgo, calidad de vida y movilidad social (OPS, 1999).

Existe abundante evidencia respecto a las serias disparidades en salud mental que afectan a las personas LGBT+, tales como las altas prevalencias en trastornos del ánimo y ansiedad y de consumo problemático de alcohol y drogas (Tomicic et al., 2016). En conjunto, y de manera contundente, la investigación ha mostrado que las diferencias en términos de salud mental entre las personas pertenecientes a la diversidad sexual y sus contrapartes heterosexuales y cisgénero pueden atribuirse a los efectos del estrés relacionado con la estigmatización basada en la identidad de género y la orientación sexual diversa (APA/División 44, 2000; Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013).

En una revisión sistemática de diez años de investigación (2004–2014) sobre suicidio y salud mental LGBT se concluyó que la suicidalidad es un problema mayor en estas poblaciones, observándose prevalencias de entre el 20% y el 50% de comportamientos suicidas, siendo estos hasta siete veces más probables en personas de la diversidad sexual que en personas heterosexuales y cisgénero (Tomicic et al., 2016).

Específicamente, las personas trans corresponden a una población particularmente vulnerable (OPS, 2013), presentando:

- 1 Altos índices de riesgo suicida.
- 2 Alto riesgo de abuso de sustancias lícitas e ilícitas (mayor riesgo de consumo en adolescentes trans que en aquellos cisgénero), mayor prevalencia en las enfermedades de transmisión sexual (especialmente alta en VIH).
- 3 Alto riesgo de una autohormonización (y, como consecuencia, efectos colaterales de su uso sin supervisión médica).
- 4 Alto riesgo de rechazo familiar (lo que aumenta en trece veces el riesgo suicida).

Ninguna persona, sea o no LGBT+, debe vivir experiencias de discriminación o de violencia LGBTfóbicas. Al vivirlas, experimentará efectos negativos en su salud mental como depresión, ansiedad, ideación o intentos suicidas.

UNA PSICOTERAPIA CULTURALMENTE COMPETENTE: MAS ALLÁ DE LA DESPATOLOGIZACIÓN

1. Modelo de Estrés de Minorías y LGBTIfobia

Las diferencias, en términos de salud mental, entre las personas pertenecientes a las minorías sexuales y sus contrapartes heterosexuales y cisgénero se atribuyen a los efectos del estrés producto de la estigmatización basada en la identidad de género y la orientación sexual diversa.

El **modelo de Estrés de Minorías** de Ilan Meyer (2003) nos permite comprender los procesos sociales que subyacen a los indicadores de salud mental negativos en las poblaciones LGBT+. Este modelo identifica procesos de estrés de minorías que pueden ser categorizados **como distales o proximales**.

Estresores distales son:

- 1 La victimización y la discriminación LGBTI-fóbica.
- 2 Las actitudes heterosexistas.
- 3 La problematización de la identidad de género y la orientación sexual diversa.

La hipervigilancia, el ocultamiento y el estigma sexual internalizado constituyen **estresores proximales**, los cuales resultan particularmente importantes de abordar en el trabajo psicoterapéutico con pacientes LGBT+:

a. La hipervigilancia del estigma sexual y el ocultamiento de la identidad de género y la orientación sexual diversa

Muchas personas LGBT+ han experimentado la pérdida de amistades, relaciones familiares y del apoyo de las comunidades religiosas como resultado de revelar su identidad sexual o de género. Esto deja, a menudo, a los individuos LGBT+ con un sentido de hipervigilancia hacia las señales de si un individuo en particular pueda o no ser de apoyo respecto de su orientación sexual e identidad de género. Dada la existencia de una historia de la psicología y la psiquiatría que ha tendido a estigmatizar y patologizar a las personas LGBT+, los proveedores de atención en salud mental son vistos como "culpables hasta que se demuestre lo contrario" a los ojos de muchos pacientes LGBT+ (Rossman, Salamanci & Macapagal, 2017). A menos de que estos profesionales actúen

demostrando su aceptación de los y las pacientes con una identidad sexual o de género diversa, estos tenderán a asumir que psicólogos/as y psiquiatras los rechazarán y estigmatizarán.

Además, la hipervigilancia del estigma se transforma o resuelve en la construcción de una doble vida, en la que es posible satisfacer simultáneamente, pero a un alto costo emocional y psicológico, las expectativas de heteronormatividad del entorno y las relacionadas con vivir de acuerdo a la propia orientación sexual e identidad de género (Tomicic et al., 2016b).

EXPLORANDO LA HIPERVIGILANCIA Y EL OCULTAMIENTO CON LOS PACIENTES LGBT+

Una pregunta para explorar ocultamiento de la identidad de género y orientación sexual diversa es:

¿Con qué frecuencia evitas hablar sobre temas que indican o se relacionan con tu identidad de género y/o orientación sexual diversa cuando interactúas con otras personas (por ejemplo, no hablar sobre tu pareja, cuidar la manera como te expresas, cambiar tus gestos)?

Otra forma sugerida es preguntar:

¿En qué contexto te cuidas más de mostrar quién eres realmente?

b. La LGBTIfobia internalizada

En la internalización del estigma sexual, o LGBTIfobia internalizada, las personas pertenecientes a una minoría sexual incorporan las estigmatizaciones sociales a sus sistemas de valores, adaptándolas a su identidad y concepto de sí, llegando a considerarlas una verdad absoluta sobre sí mismas (Lingiardi, Nardelli & Drescher, 2015). La LGBTIfobia internalizada se asocia a mayor presencia de conductas de riesgo y suicidalidad (Tomicic et al., 2016a), por la cual es muy importante atender a sus manifestaciones (Martinez et al., 2017; Tomicic et al., 2016b):

- Actitudes y lenguaje negativos hacia otras personas LGBT+.
- Imágenes estereotipadas y descalificadoras de la diversidad sexual y de género.
- Autoexclusión y desconexión con otros individuos LGBT+.
- Escenas fantaseadas en las que el amor no es posible en la diversidad sexual y de género.
- Malestar con la actividad sexual del mismo sexo.
- Sentimientos de culpa por la propia identidad de género y/o orientación sexual.

UN TESTIMONIO DE LGBTFOBIA INTERNALIZADA

En un estudio sobre la construcción subjetiva de la experiencia de haber sobrevivido a un proceso suicida (Martínez, Tomicic, Rodríguez & Aguayo, 2014-2016), una de las entrevistadas relata en los siguientes términos su vivencia de internalización del estigma sexual:

"Yo nunca pude preguntarle a nadie, ¿entiendes?, como que me dijera: 'Ya, no tiene nada de malo, tranquila, vive si tienes que vivirlo y, si te defines como lesbiana, no va a ser tan terrible, vas a poder, no sé, enfrentarte a la vida igual'. Como que yo sentía prácticamente que era una discapacidad que iba a tener que cargar toda mi vida, ¿entiendes?, como que iba a tener así, escrito en la frente, 'lesbiana', y se me iban a cerrar un montón de puertas que, no sé si es así, pero yo estoy luchando para que no sea. Así que los mismos prejuicios que yo creé después me juegan en contra, porque yo tenía prejuicios, o sea: "No, pero cómo lesbiana, qué va a decir la gente", y no me asumía, me negaba, tenía una doble vida."

2. Estigma Internalizado y Microagresiones en la Psicoterapia

Algunos estudios señalan que el estigma internalizado, la hipervigilancia, la anticipación de situaciones de discriminación y las expectativas negativas respecto a la atención psicológica y psicoterapéutica constituyen importantes barreras de acceso a la salud mental para las personas LGBT+ (Calton, Bennett & Gebhard, 2016). Así, por ejemplo, debido al estigma, muchos pacientes deciden no revelar su orientación sexual o identidad de género a sus tratantes.

Por otra parte, la evidencia proveniente de estudios sobre actitudes hacia la diversidad sexual de profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental sugiere que los y las psicoterapeutas no son inmunes a los sesgos, prejuicios sociales y a la estigmatización psicológica de la diversidad sexual y de género e, inadvertidamente, los pueden perpetuar en su práctica con pacientes LGBT (Levounis & Anson, 2012). Estos **prejuicios y actitudes negativas se hallan encubiertos y pueden ser expresados de manera implícita y no consciente por psicoterapeutas bien intencionados que, explícitamente, están en desacuerdo con las prácticas heteronormativas y apoyan causas por los derechos de la diversidad sexual y de género.**

Así, por ejemplo, pacientes LGBT+ han reportado discriminación, hostilidad y experiencias terapéuticas negativas, describiendo microagresiones sutiles y encubiertas; esto es, comunicaciones expresadas por sus psicoterapeutas, de manera consciente o no, que implican creencias erróneas, prejuicio y estigmatización sexual y que son, en apariencia, inofensivas o sin sentido (Sue & Capodilupo, 2007).

Uno de los efectos de estas microagresiones en la realización de la psicoterapia con pacientes LGBT+ es el silenciamiento e invisibilización de la identidad sexual y de género diversa, lo que puede exacerbar, a su vez, el estigma sexual internalizado, reduciendo la exploración terapéutica de un amplio rango de experiencias de relevancia y profundizando en ellos/as la desesperanza y otros sentimientos depresivos (Shelton & Delgado-Moreno, 2011). Estos efectos pueden generar más daño psicológico e incluso ser más destructivos que los eventos externos y abiertos de discriminación y estigmatización, sobre todo porque las microagresiones provienen de psicoterapeutas a los que los y las pacientes han acudido por ayuda psicológica y con quienes han establecido una relación de confianza.

En general, estereotipos y creencias están frecuentemente presentes en tratamientos psicológicos con personas LGBT+ (Levounis & Anson, 2014).

Algunas de estas creencias se sostienen en factores sociales convertidos en estereotipos identitarios; otras están fuertemente ancladas en teorías que la propia psicología o la ciencia han ayudado a construir. Estas posturas pueden ser alimentadas tanto por pacientes como por terapeutas. Por ejemplo, la creencia de que un hombre gay no necesita casarse, ya que "es sabido" que habitualmente prefieren las relaciones no monogámicas y sus vínculos nunca duran mucho tiempo, puede ser una creencia estereotipada que ambos compartan y no exploren en profundidad. Otro ejemplo, son las teorías biológicas y hereditarias sobre la naturaleza de la homosexualidad que permiten sostener una serie de conceptos implícitos que las personas utilizan al hablar o relacionarse con personas LGBT+ (Pereira, Montero & Camino, 2009).

MICROAGRESIONES EN PSICOTERAPIA * Basado en Shelton & Delgado-Moreno, 2011.

Categorías de microagresión LGBT-fóbica en psicoterapia	Comentarios, preguntas o actitudes para autoevaluar
1. Presuposición de que la orientación sexual e identidad de género diversa es la causa de todos los síntomas y conflictos de el o la paciente.	<p><i>"A las personas homosexuales siempre les va a costar salir del clóset con sus padres".</i></p> <p><i>"Es normal que las personas bisexuales tengan mayor presencia de trastornos de personalidad".</i></p> <p><i>"El abuso sexual tiende a convertir a las personas en lesbianas, gays o bisexuales".</i></p> <p><i>"Siempre es posible identificar perversiones sexuales en las personas trans".</i></p>
2. Evasión y minimización de la orientación sexual como área de exploración relevante durante la psicoterapia.	<p>Paciente: <i>"Lo que pasa es que yo soy bisexual y mi familia aún no lo sabe".</i></p> <p>Terapeuta: <i>"Ese puede ser un tema que exploremos después, podría ser pasajero. Volviendo a lo que estábamos conversando..."</i></p>
3. Intentos de sobreidentificación del terapeuta con los pacientes LGBT+.	<p>Que el o la terapeuta haga constante referencia a su conocimiento/experiencia con la diversidad sexual (ej. conocimiento sobre películas, personajes, personas famosas, libros con temáticas LGBT+, vivencias personales) como forma de mostrar cercanía o empatía con el o la paciente, imponiendo así su propia perspectiva por sobre la particular experiencia de el o la paciente.</p>
4. Comentarios basados en supuestos estereotipados sobre personas LGBT+.	<p><i>"Ya que me comentas sobre tu tránsito a mujer, me gustaría saber cuáles operaciones te has realizado".</i></p> <p><i>"Imagino que ya te has hecho el test de VIH para controlar tu salud".</i></p> <p><i>"Pienso que es importante el hecho de que ya tengas una pareja con la que te puedas proyectar, porque esto no es algo fácil de lograr para el caso de los hombres gay".</i></p>
5. Expresiones con sesgo heteronormativo.	<p><i>"Con tu pareja ya llevan un buen tiempo juntas: ¿Cuándo han pensado comenzar el proceso de maternidad?".</i></p> <p><i>"En su relación de pareja, ¿Quién de los dos asume un rol más femenino?".</i></p>
6. La suposición de que todo individuo LGBT+ necesita psicoterapia.	<p><i>"No puedes comenzar tu tránsito quirúrgico sin tener un acompañamiento psicoterapéutico".</i></p> <p><i>"Es importante un acompañamiento psicológico que dé apoyo al proceso de salir el clóset".</i></p>
7. Advertencias sobre los potenciales daños de identificarse como LGBT+.	<p><i>"Quisiera que habláramos sobre los riesgos, que son altos, ahora que te defines abiertamente como gay, porque es importante que los tengas en consideración a la hora de tomar esta decisión".</i></p> <p><i>"¿Tienes claras las señales de un cuadro con sintomatología depresiva? Ahora que has descubierto ser una persona trans, es fundamental que las conozcas, ya que es la población más vulnerable dentro de tu comunidad".</i></p>

3. Actitudes, Prejuicios y Creencias de Profesionales de la Salud Mental: Una Cifra Emergente

A nivel internacional se cuenta con 20 a 30 años de investigación sobre actitudes, prejuicios y creencias acerca de la diversidad sexual en profesionales de la salud mental. Sin embargo, tanto en Latinoamérica como en Chile son escasos los trabajos en esta línea.

En Chile, entre los meses de octubre del 2017 y diciembre del 2017, aplicamos por primera vez una encuesta destinada a pesquisar prejuicios, creencias y competencias clínicas para el trabajo con pacientes de la diversidad sexual y de género en profesionales de la salud mental. Participaron 77 estudiantes de psicología y 485 profesionales de la salud mental de todo el país. Entre los resultados obtenidos se encontró que:

- En general, los y las participantes mostraron **un bajo nivel de actitudes negativas hacia la diversidad sexual**, estando en su gran mayoría en desacuerdo con enunciados de prejuicio explícito, tales como: "El sexo entre dos hombres es algo totalmente equivocado", "la homosexualidad masculina es una perversión" y "hombres y mujeres debiesen tener prohibido cambiar de sexo".

- **Los y las participantes que se identificaron con las categorías de orientación sexual diversa mostraron un nivel más bajo de actitudes negativas** hacia las personas LGBT+ que aquellos que se identificaron con la categoría de heterosexual.

- **Los y las participantes que declararon tener uno o más miembros de su familia pertenecientes a la diversidad sexual y de género mostraron un nivel más bajo de actitudes negativas** que aquellos que dijeron no tener un familiar LGBT+.

Al preguntar por las creencias sobre la naturaleza de la diversidad sexual y de género, se observó que:

- Los y las participantes estuvieron más de acuerdo con enunciados que explicaban la orientación sexual e identidad de género diversa como **preferencias, desarrollos identitarios y prácticas culturales.**

- En menor grado, y particularmente para el caso de la **categoría trans**, los y las participantes estuvieron de acuerdo con enunciados que explicaban la identidad sexual diversa **en términos psicológicos, específicamente, a partir de experiencias de abuso sexual en la infancia, perversión del comportamiento sexual normal, mala resolución de conflictos parentales.**

- Los y las participantes que mostraron más acuerdo con explicaciones psicológicas sobre la naturaleza de la diversidad sexual y de género presentaron más altos niveles de prejuicio explícito.

ACTITUDES, PREJUICIOS Y CREENCIAS EN LATINOAMERICA

Los investigadores brasileños Marcos Lacerda, Cícero Pereira y Leoncio Camino (2002) desarrollaron un modelo de creencias que las personas sostienen sobre la naturaleza de la homosexualidad y que se encontrarían a la base del desarrollo de prejuicios y actitudes negativas hacia la sexualidad diversa. En sus investigaciones han observado que las creencias de tipo biológica y psicosocial sobre la homosexualidad están asociadas con homofobia sutil. Por ejemplo, en una muestra de psicólogos y psicoterapeutas de Brasil, la presencia de creencias psicológicas sobre la homosexualidad, tales como que esta podía ser causada por una perversión, por una mala resolución de conflictos con figuras parentales o por experiencias de abuso sexual en la infancia, predijo mayores niveles de prejuicio y actitudes LGBTI-fóbicas (Bonamigo, 2016).

En esta misma línea, una serie estudios en países latinoamericanos muestran la presencia de creencias y actitudes homofóbicas en profesores y estudiantes de psicología y en psicoterapeutas. Por ejemplo, estudiantes de psicología en Uruguay presentaron niveles moderados de prejuicio y tendencia a distanciarse socialmente de personas homosexuales y transgénero (Coppari et al., 2014). Por su parte, en un estudio realizado en Puerto Rico, se encontró que cerca de un 20% de psicoterapeutas presentaba prejuicio moderado hacia las personas trans, que un 43% de estos reportó distancia social moderada con personas con identidad de género diversa y que un 7,3% consideró necesario realizar un psicodiagnóstico a pacientes trans (Francia-Martínez, Esteban & Lespier, 2017).

HERRAMIENTAS PARA UNA PSICOTERAPIA CON PERSONAS LGBT+

1. Generación de Espacios Afirmativos

La postura afirmativa o terapia afirmativa (*affirmative therapy* en inglés) es una aproximación a la terapia que **fomenta una visión despatologizante de las identidades lésbica, gay, bisexual, trans e intersexual, haciéndose cargo de visibilizar y abordar la negatividad provocada por la LGBTIfobia y la heteronormatividad a las que se ven expuestos los pacientes LGBT+** (Bieschke, Perez, DeBord, 2006). Sus principios se sustentan en la evidencia de que no hay nada inherentemente negativo en las diversas formas de vivir la sexualidad y en el reconocimiento de que cada persona tiene una historia única, una manera personal de descubrirse a sí misma y mostrarse a los demás. Como terapeutas, esto implica abordar con una mirada crítica –y autocrítica– los estereotipos de género propios de una sociedad heteronormativa.

Existe una diversidad de intervenciones afirmativas posibles. Todas ellas tienen un fundamento en común: la necesidad de despatologizar activamente la diversidad sexual y afirmarla como una dimensión positiva de la identidad. Estas pueden realizarse desde el primer contacto con el o la paciente –tanto en el trato verbal como no verbal–, y en intervenciones que van en la línea de modificar el entorno próximo y mediato de el o la paciente –familia y otros vínculos significativos, lugares de estudio y trabajo, centro de salud– (Rock, Carlson & McGeorge, 2010).

La generación de espacios afirmativos en el ámbito clínico implica:

1 SER AUTOCRÍTICO: Ninguno de nosotros está libre de los estereotipos de género propios de la sociedad heteronormada en la que vivimos. Reconocer lo anterior es el primer paso para una reflexión crítica de la manera en que estos estereotipos pueden estar presentes en la práctica psicoterapéutica.

2 CREAR UN ESPACIO AFIRMATIVO: Proveer información, literatura y material visual que incorpore la diversidad como posibilidad válida de ser.

3 USO DE LENGUAJE AFIRMATIVO: Por ejemplo, usar del pronombre elegido por la persona y evitar asumirlo; usar y respetar del nombre social de el o la

paciente; usar palabras y términos libres de heteronorma (por ejemplo, pareja en lugar de pololo/novio/marido o polola/novia/esposa).

4 MOSTRAR ABIERTAMENTE LA PROPIA POSTURA AFIRMATIVA: Para esto, es útil la realización de una “declaración de principios” como terapeuta afirmativo.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Existen diferentes maneras de mostrarse ante los y las pacientes como un/a psicoterapeuta afirmativo/a. Estas son algunas propuestas:

En la primera sesión: Al presentarse el o la terapeuta, puede explicitar que el o ella, como persona, respeta y reconoce como legítima la diversidad sexual.

Encuadre: Al momento de establecer el encuadre terapéutico, el o la psicoterapeuta puede explicitar que su enfoque de trabajo pretende establecer un espacio seguro para hablar de cualquier tipo de diversidad.

En la aparición de temáticas LGBT+: El o la terapeuta, dependiendo de cada caso, puede normalizar –sin minimizar el sufrimiento– y transmitir su conocimiento y reconocimiento de la importancia de dichas temáticas para el o la paciente.

5 OFRECER MATERIAL VISUAL EN LOS ESPACIOS COMUNES Y DENTRO DE LA CONSULTA O BOX: El uso de material visual, tanto para facilitar el acceso y comprensión de la información como para visibilizarse como aliado o aliada mediante imágenes, comunican una postura afirmativa. Para esto, es posible utilizar banderas de la diversidad, cuadros, afiches o calcomanías que expliciten que se trata de un espacio seguro para personas LGBT+. Además, se pueden disponer libros o revistas en la sala de espera relacionadas con temáticas LGBT+.

6 ASEGURAR QUE TODO EL PERSONAL DEL CENTRO O CONSULTA DE SALUD MENTAL SE ENCUENTRE CAPACITADO PARA UN TRATO NO DISCRIMINATORIO DE LA DIVERSIDAD SEXUAL: Enseñar elementos fundamentales a secretarios/as y personal administrativo de manera de asegurar que el lugar en cuestión es, efectivamente, un espacio seguro en su totalidad y que una persona LGBT+ no recibirá, bajo ningún término, discriminación ni violencia por parte de los funcionarios.

7 CONOCER Y ESTAR EN CONTACTO CON LA RED LGBT+ DE SU COMUNIDAD:

Tener disponible una red de derivación, asegurando que los y las profesionales que la componen adhieren a una práctica afirmativa; estar en conocimiento de centros comunitarios y agrupaciones LGBT+; conocer espacios e instancias de encuentro de la comunidad LGBT+ (agrupaciones, eventos, marchas, etcétera).

EJEMPLO DE INTERVENCIÓN AFIRMATIVA

A continuación, un ejemplo de intervención afirmativa referente a cómo abordar los temas de no conformidad con el género con un paciente:

"Las personas tienen diferentes maneras de vivir y expresar su género. Para algunas, su género coincide con el que se les asignó al nacer. Para otras, su sentido de sí mismos puede no alinearse del todo o en absoluto con el asignado al nacer. Podrías pensar que es algo obvio, pero yo le pregunto a todos: ¿Qué género se te asignó al nacer? ¿Alguna vez te has sentido diferente o has cuestionado si esa categoría calza contigo? Cuéntame que palabras utilizarías para describir tu identidad de género...".

2. Trabajo multidisciplinar y trabajo en red

Un abordaje multidisciplinario permite una comprensión de la particularidad de cada caso. Si bien este aspecto se configura como un ideal en la mayoría de los casos de salud mental, en el trabajo con personas de la diversidad sexual se vuelve especialmente relevante. Así, el trabajo con un equipo multidisciplinario de salud mental permite una comprensión más acabada y un acompañamiento integral que hace factible el abordaje de los y las pacientes LGBT+ en toda su complejidad.

Como punto inicial para un abordaje integral de el o la paciente LGBT+, es importante realizar una adecuada **evaluación de necesidades**:

- Evaluación de factores de riesgo suicida actuales e históricos.
- Evaluación de redes de apoyo familiar.
- Evaluación de redes de apoyo social.
- Evaluación de factores de riesgo de salud global.
- Evaluación de barreras de acceso a las redes de educación, trabajo y salud.

El trabajo en red se posiciona como una herramienta fundamental para crear y consolidar espacios de participación social abiertos y seguros para los y las pacientes LGBT+, lo que les posibilita una autoexploración segura y un

adecuado cuidado de sí mismos/as. En este contexto, es muy importante la búsqueda de aliados y aliadas en cada uno de los ámbitos de interacción social en los cuales los y las pacientes LGBT+ se desenvuelven:

Aliado en la familia Identificar, en conjunto con el o la paciente, a una persona dentro de la red familiar en quien se pueda confiar para verbalizar y explicitar situaciones o pedir ayuda.

Aliado en el sistema educativo Identificar, en conjunto con el o la paciente, a una persona dentro de la red educativa en quien se pueda confiar para verbalizar y explicitar situaciones o pedir ayuda.

Aliado en el sistema de salud Identificar, dentro de los equipos de profesionales de la región, a aquellas personas que estén familiarizadas con la temática LGBT+.

Aliados en el ámbito social y comunitario Identificar fundaciones y colectivos que refuercen el valor y aporte social de la diversidad sexual, que generen asociatividad y que visibilicen las temáticas LGBT+. Esto puede dar pie a que el o la paciente acceda al activismo, lo que, en muchos casos, ha mostrado ser una herramienta útil para resignificar y reparar las experiencias de violencia (Tomicic et al., 2016b).

EJEMPLO DE TRABAJO EN RED

Un adolescente trans masculino de 16 años en proceso de tránsito, atendido en un servicio de salud implicó la coordinación de:

- Psicoterapia para el acompañamiento en tránsito individual y familiar y, la exploración de identidad global y búsqueda de redes pertinentes.
- Tratamiento psiquiátrico para apoyo psicofarmacológico y para regular sintomatología anímica.
- Trabajo con fonoaudiología para el apoyo y desarrollo de una voz que se acomode a su identidad de género.
- Trabajo con endocrinología pediátrica para la provisión de terapia hormonal para el desarrollo de caracteres sexuales secundarios.
- Trabajo con terapia ocupacional infanto-juvenil para el desarrollo de habilidades sociales y estrategias de estudio y para generar las condiciones de integración en el ámbito escolar.
- Trabajo con la escuela para adecuación curricular, adecuación según etapas del tránsito (uso de nombre social, uso de uniforme, baños, vestidos, etcétera).

3. Evaluación de riesgo suicida en población LGBT+

Durante el proceso de la psicoterapia, es **indispensable prestar atención a los factores de riesgo frente a un intento suicida o frente a la gestación de un proceso suicida**. Los factores de riesgo son los que incrementan la probabilidad de un intento de suicidio, la que a su vez aumenta en proporción con la cantidad de factores de riesgo presentes en un individuo. Es por esto que es fundamental conocer los factores de riesgo específicos de las personas de la diversidad sexual dado que epidemiológicamente hablando es una población con alto riesgo de suicidio (Tomacic et al., 2016).

Los factores expresados a continuación deberán ser agregados a los factores de riesgo suicida generales de la población, tales como la edad, sexo, enfermedad mental, indigencia, historia o señales de depresión, enfermedad física crónica, historia previa de suicidio, duelo, crisis familiar, crisis económica (MINSAL, 2013).

FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN PERSONAS LGBT+ *Basado en Pineda, 2013.

Factor de Riesgo	Observación de Manifestaciones	Evaluación de Riesgo
LGBT-fobia Internalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos descalificadores, prejuicios sociales vistos como verdades indiscutibles. - Autoexclusión, vergüenza, culpa, miedo. Baja autoestima. - Violencia autoinflingida: autolesiones, conductas sexuales de riesgo, conductas de riesgo en consumo de drogas y alcohol. - Expresión extrema de odio: parasuicidio, suicidio, intentos suicidas. 	Explorar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Significados propios de su comportamiento o identidad. - Significados de contextos cercanos (familia, pareja, pares, ciudad, país, pueblo). - Sensación de culpa o vergüenza atribuida a su identidad o comportamiento. - Conductas de riesgo sexuales y de consumo de sustancias. - Pensamientos o intentos suicidas en el tiempo.
Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de no ver posibilidad de una vida distinta. - Verbalización de no ver un futuro posible siendo una persona LGBT+. - Sensación de no poder ser feliz siendo una persona LGBT+. - Síntomas depresivos y ansiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.
Rechazo Social	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia física. - Violencia verbal. - Invisibilización. - Segregación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar el contexto en el que vive la persona (calle, barrio, pueblo, ciudad, país). - Explorar normas y expectativas sociales frente a la diversidad sexual en su contexto.

Rechazo familiar	<ul style="list-style-type: none"> - No se habla o no se pregunta a la persona sobre su vida de pareja en su entorno familiar. - Violencia verbal. - Violencia física. - Negligencia en cobertura de necesidades básicas. - Síntomas depresivos y ansiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar las reacciones de la familia al develar una orientación sexual o identidad de género diversa. - Explorar el lenguaje utilizado al interior de la familia para referirse a la persona. - Explorar lenguaje y actitudes hacia personas LGBT+ en el espacio familiar.
Miedo al rechazo familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Temor a que alguno o varios miembros de la familia sepan de su identidad o comportamiento. - Hipervigilancia de conductas, lenguaje que ponga en evidencia la identidad en el contexto familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar fantasías o creencias respecto a las posibles reacciones de sus familiares ante la revelación de su orientación sexual y/o identidad de género diversa. - Explorar las formas que adquiere la hipervigilancia y el ocultamiento en el contexto familiar.
Acoso escolar debido a expresión de género, identidad de género u orientación sexual hacia una persona LGBT+	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia física motivada por la orientación sexual, identidad de género o expresión de género. - Violencia verbal motivada por la orientación sexual, identidad de género o expresión de género. - Deserción escolar. - Cambios en alimentación o sueño. - Cambios repentinos de conducta. - Insistencia en no querer asistir a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar redes de apoyo dentro de la escuela. - Explorar relación con pares. - Explorar cambios recientes que note la misma persona en su contexto. - Explorar situación reciente o antigua de acoso escolar.
Experiencias Negativas al Develar Orientación Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Desesperanza. - Sensación de falta de apoyo. - Experiencias de violencia verbal. - Experiencias de violencia física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar reacciones al develar una orientación sexual o identidad de género en el contexto cercano.
Falta de Apoyo de la Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo, Segregación, Invisibilización, Violencia Física, Violencia Verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar integración a la comunidad y el trato tanto percibido como recibido.
Percepción de un Entorno de Discriminación, Rechazo o Invisibilización	<ul style="list-style-type: none"> - Temor a expresar públicamente el cariño a la pareja (ej. tomarse la mano). - Hipervigilancia en lugares públicos; miedo de que se perciba su orientación sexual, identidad de género o conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar temores, conductas, reacciones e interacciones con personas que no conoce y en espacios físicos públicos o desconocidos.

4. Acompañamientos psicoterapéuticos

Dos procesos que requieren especial atención en personas LGBT+, y que podrían requerir acompañamiento psicoterapéutico, son el proceso de develación en el caso de personas con orientación sexual diversa y el proceso de tránsito en el caso de personas con identidad de género diversa.

a. El Proceso de Develación o "Salir del clóset":

Acompañando el Desarrollo de la Identidad con la Orientación Sexual

Se le llama "salir del clóset" al proceso de aceptar la orientación sexual o identidad de género, asumiéndose personal y públicamente como hombre gay, mujer lesbiana, bisexual, hombre o mujer trans o intersexual (Meidlinger & Hope, 2014).

Es importante considerar que, en una sociedad heteronormativa, las personas heterosexuales y cisgénero no viven este proceso de asumir y declarar su identidad u orientación sexual. **La heteronormatividad y la heterosexualidad obligatoria hacen que la develación de la identidad sexual sea una experiencia propia de la comunidad LGBT+.**

La develación de la identidad sexual diversa es un proceso que puede iniciarse a cualquier edad y que se caracteriza por ser heterogéneo, dado que puede ocurrir en diferentes grados en los variados contextos sociales en los que habita la persona –familia, amigos/as, compañeros/as de estudios o trabajo, etcétera. Además, la develación ocurre en un continuo que considera **la disminución del ocultamiento de la identidad sexual diversa y la progresiva divulgación activa de la misma** (Meidlinger & Hope, 2014).

Para algunas personas, la develación de su identidad sexual diversa ocurre naturalmente y sin mayores conflictos y, por lo tanto, no requiere de acompañamiento psicoterapéutico. Para otras, en cambio, resulta un proceso con contradicciones y tensiones que pueden llevar a sufrimiento psicológico, especialmente si el entorno social presenta un alto nivel de estigma y discriminación. **Ante la posibilidad de develación, las personas LGBT+ pueden experimentar temores –con mayor o menor sustento– de ser rechazadas, perder vínculos, ser discriminadas o sufrir acoso en la escuela, el trabajo o en espacios públicos. La internalización de ideas estigmatizantes también puede hacer este proceso más complejo;** por ejemplo, si la persona sostiene creencias o prejuicios tales como que los miembros de las comunidades LGBT+ son "anormales", "están en pecado", "se van al infierno", "son inestables", "nunca serán felices", "nunca tendrán una familia", etcétera (Martínez et al., 2017; Tomicic et al., 2016b).

RECOMENDACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DEL PROCESO DE DEVELACIÓN

- Apoyar a la persona en la determinación de enfrentar su proceso en una sociedad que, aunque más abierta, aún es discriminadora, estigmatizante y hostil hacia las personas LGBT+.
- Planificar en conjunto los pasos a dar en su proceso de develación. Existen aspectos a tener en cuenta: su contexto familiar, su contexto económico, estilo de vida, necesidades propias, deseos propios, variables únicas de cada persona (interseccionalidad).
- Propiciar el reconocimiento, aceptación y resolución de las contradicciones que pudiesen emerger a lo largo del proceso de develación.
- Ponderar y anticipar, en conjunto, las implicancias de develar en las redes de el o la paciente su orientación o identidad de género diversa.
- Apoyar el desarrollo de una identidad LGBT+ positiva, fortaleciendo el orgullo LGBT+.
- Comentar y normalizar –sin minimizar– los desafíos que un proceso de develación puede suponer.
- Evaluar continuamente la manera en que está viviendo la persona el proceso de develación y la posibilidad de que esté afectando su salud mental.

b. "Transitar": Acompañando el Tránsito de la Identidad de género desde la Niñez a la Adulthood

Un tránsito significa ejecutar un movimiento de un punto a otro, el cual es proyectado hacia el futuro. Cada persona puede transitar en diferentes aspectos, bien sea en características de los roles de género, de la expresión de género o en alguna de sus características biológicas relacionadas con el sexo (OPS, 2013).

Es importante aclarar que cada tránsito tiene su singularidad, constituyendo un proceso único con su trayectoria, sus etapas y pasos que se dan según la aceptación propia de la identidad o la aceptación que brinde el contexto social, familiar y legal. Además, no en todos los tránsitos la persona quiere intervenir quirúrgicamente. Por lo tanto, los tránsitos serán diferentes según cada etapa del desarrollo del ciclo vital y hay que tener en cuenta estas particularidades a la hora de ser necesario un acompañamiento en la psicoterapia.

En la niñez pueden aparecer las primeras manifestaciones de no conformidad con el género, la cual se expresa a través de la elección de juguetes o vestuario cuyo uso es socialmente asociado a otro género.

Esas primeras manifestaciones de no conformidad pueden, también, surgir **por primera vez en la pubertad**, expresándose bien a través de una no conformidad con los cambios en los caracteres sexuales secundarios, o bien a través de establecer un rol en el juego o un vestuario preferido y de comportamientos manifestados en la expresión del género.

Asimismo, pueden existir **primeras manifestaciones en la adultez**, las que se expresan a través del vestuario, los roles sociales y comportamientos asociados a la expresión del género.

A medida que las personas crecen, van agrupando, asumiendo y consolidando más normas sociales. Así, las tensiones entre el deber ser y el sentir suscitan angustia, sintomatología depresiva, ansiosa e incluso intentos de suicidio. Por lo tanto, **es muy relevante poner atención a la transfobia internalizada** en el proceso de tránsito de la persona, ya que esta podría constituir una barrera para la construcción y consolidación de una identidad positiva. Asimismo, es necesario visibilizar y transparentar el hecho de que la transfobia internalizada es, justamente, el proceso según el cual la persona asume como única verdad y realidad todos los estereotipos, prejuicios y creencias negativas alrededor de lo que significa ser trans.

La observación de disconformidad de género, variaciones de género o género discordante no necesariamente constituye una identidad de género trans. De hecho, se ha visto que muchas personas que presenten estas características en su infancia no se identifican como trans en su adultez (Clarke et al., 2010). Sin embargo, la expresión de dicha disconformidad de género en la infancia tiene un impacto en el contexto familiar, educativo y social y, en algunas ocasiones, quienes participan de dichos contextos pueden ejercer presión para que el niño o niña resuelva de manera rápida y definitiva su identidad de género. Por esto, **es fundamental permitir la exploración y no imponer una identidad, ya sea trangénero o cisgénero, ya que esto podría tener consecuencias en la autoestima y en la construcción de una identidad global positiva, desembocando en una constante angustia al no encontrar un espacio o personas que afirmen un aspecto de la identidad, de la experiencia de descubrirse y de consolidarse saludablemente.**

Una persona trans enfrenta diferentes situaciones que pueden poner en pausa, retrasar o frenar su proceso de tránsito; estas pueden convertirse en factores de riesgo suicida y son: discriminación, rechazo familiar, aislamiento social, vulneración de derechos humanos, violencia física y verbal, barreras de acceso a la salud, educación y a trabajos dignos (Tomicic et al., 2016).

Como tratantes debemos ofrecer:

1. Un espacio libre de prejuicios, afirmativo y comprensivo de una identidad trans.
2. Conocimiento sobre los contextos sociales, médicos y legales del lugar en el cual vive la persona, con especial énfasis en aquellos programas y profesionales de la salud con posturas no discriminatorias.
3. Una mirada despatologizante, recomendando que la consulta psicológica sea para acompañar a los padres y las madres y no a el niño o la niña.
4. Un tratamiento que considere como uno de sus focos la reparación de experiencias traumáticas (familiares, sociales, institucionales).
5. Una atención digna, por ejemplo, utilizando el nombre social y el pronombre de manera adecuada.

LA DISFORIA DE GÉNERO

En 1973, en la publicación del DSM-III, la identidad transgenero fue incluida como trastorno de la identidad de género. En la quinta versión de dicho manual, publicado en el 2013, esta categoría diagnóstica fue renombrada como disforia de género con la intención de despatologizar a las personas transgénero. Sin embargo, la discusión continúa en torno a la conveniencia de eliminar totalmente la mención a lo transgénero del DSM o mantenerlo como una forma de garantizar la cobertura de salud para las terapias hormonales y los procedimientos quirúrgicos para la reasignación de sexo (Bidell & Stepleman, 2017).

5. Reconocimiento de las múltiples expresiones del estigma internalizado

Tal como ya ha sido mencionado, el estigma asociado a la orientación sexual y a la identidad de género que es internalizado por las personas LGBT+ constituye un efecto directo del llamado estrés de minorías (Meyer, 2003). Aunque la investigación acerca de los procesos psicológicos que participan y modulan esta incorporación de sentimientos negativos sobre la propia identidad aún es escasa, dada su procedencia psicosocial, la intensidad y el efecto de esta internalización, estaría asociada con las experiencias estigmatizadoras en relaciones familiares significativas dentro de una cultura determinada.

Muchas veces, determinar su origen y las complejidades de sus múltiples manifestaciones y efectos es una de las principales tareas de la psicoterapia con pacientes LGBT+.

Una de las primeras guías que puede tener el clínico para explorar el estigma o la LGBT-fobia internalizada en un paciente es a través de los efectos que esta ha tenido sobre la persona:

1 Uno de los principales efectos que se ha observado es sobre el desarrollo de la identidad en gays, lesbianas y bisexuales, lo que se manifiesta en **sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima** (Moradi, Van Den Berg & Epting, 2009). En el caso de personas transgénero, a las dificultades con la propia identidad se agrega el sentimiento de no pertenencia debido al rechazo sentido tanto desde el mundo heterosexual y cisgénero como desde otras minorías sexuales (Levitt & Ippolito, 2014).

2 Otro efecto habitual de la LGBT-fobia internalizada se produce sobre los niveles de **depresión y ansiedad de las personas LGBT+** (Newcomb & Mustanski, 2010). Algunas investigaciones han mostrado que este impacto no siempre es directo, sino que puede ser mediado o moderado por los contextos y las formas en que este estigma actúa psicológicamente sobre ellos. Por ejemplo, un estigma proveniente de la familia puede ser más poderoso que uno que proviene del ambiente escolar o de los amigos (Newcomb & Mustanski, 2011).

3 Otro de los habituales efectos del estigma internalizado sobre las personas LGBT+, y que suele ser un foco terapéutico muy común, son los **conflictos en las relaciones de pareja y la conducta sexual** (Balsam & Szymansky, 2005). Al explorar algunas dificultades con las parejas, no es raro que los terapeutas perciban patrones de interacción abusivos y violentos en uno o ambos miembros de la pareja, lo que pareciera ser una escenificación cotidiana y doméstica de la agresión y el rechazo social internalizados.

4 Con respecto a las **conductas sexuales riesgosas y promiscuas**, los estudios muestran variadas interpretaciones acerca del papel del estigma internalizado.

Por ejemplo, se ha hipotetizado que tales comportamientos enfatizan la marginación social y refuerzan los propios prejuicios acerca de la imposibilidad de mantener relaciones no abusivas, estables y amorosas (Huebner et al., 2014).

5 Otra de las formas habituales en que el estigma internalizado se presenta es a través del **abuso de sustancias**. Aquí, las drogas y el alcohol parecen jugar un papel en el manejo desadaptativo de la ansiedad del paciente frente al rechazo social y el estigma percibido presentándose, además, como un medio para vehicular la agresión hacia sí mismo (Brubaker, Garrett & Dew, 2009).

a. Estigma Internalizado Implícito y Explícito

Buena parte de los efectos del estigma internalizado que se han descrito anteriormente son bastante visibles y explícitos (**estigma internalizado explícito – EIE**), por lo que **los clínicos pueden trabajar más directamente sobre ellos, buscando que los pacientes logren reconocer las asociaciones entre sus síntomas o conductas y sus pensamientos y afectos negativos hacia su propia identidad y orientación sexual**. Sin embargo, lo más complejo para los terapeutas resulta ser aquello que algunos investigadores han denominado estigma internalizado implícito (EII). En estos casos, la homonegatividad o transnegatividad se expresa de maneras más sutiles, con mucho menos conciencia de parte de los individuos y de formas que muchas veces pueden confundir a los terapeutas (Millar, Wang & Pachanskis, 2016). Por tanto, **el desafío para los terapeutas es explorar aspectos menos evidentes del paciente, como pueden ser ciertos comportamientos pseudoadaptativos (por ejemplo, excesivo orden y control en la vida doméstica o hiperperfeccionismo e hipernormatividad en su comportamiento y relaciones cotidianas), o bien en algunos síntomas más aislados (rituales o ideas obsesivas, por ejemplo) y aparentemente no conectados con la orientación sexual o la identidad de género. También es importante atender a comentarios despectivos, actitudes negativas o prejuicios hacia la comunidad LGBT+ en general.**

b. Trabajo Terapéutico con el Estigma Internalizado: Haciendo Consciente lo Inconsciente

Ya sea con respecto a los aspectos explícitos del estigma internalizado o con sus manifestaciones más implícitas y menos evidentes, existen algunas recomendaciones que podrían ayudar a los terapeutas para el trabajo en psicoterapia (Russel & Bohan 2006; Proujansky & Panchankis 2014):

- Un primer punto central es la clara conciencia que deben tener los terapeutas de que el estigma internalizado es un proceso que tiene lugar en un contexto social que es producto de un sistema opresor y discriminador que marginaliza a las personas LGBT+. Durante el proceso terapéutico, al **explorar las**

manifestaciones particulares que adopta la LGBT-fobia internalizada en un paciente determinado (autoestima, culpa, vergüenza, etcétera), el clínico puede compartir con su paciente algunas hipótesis asociadas con el modelo de estrés de minorías que puedan ser ejemplificadas con experiencias de vida de ese paciente. Inmediatamente, para algunas personas, esto cobrará sentido en sus propias historias de discriminación y lograrán entender algunos síntomas o estrategias protectoras de evitación, ocultamiento y pseudoadaptación. A otros pacientes, sin embargo, les resultará más difícil aceptar que algunas cosas que les ocurren responden a la conceptualización de este modelo, aferrándose más bien a creencias o factores como la genética, problemas neurológicos, traumas infantiles o trastorno de la personalidad. Por tanto, **el terapeuta debe manejar estas hipótesis con el timing necesario y adaptarlas a las características de cada paciente.** También es importante subrayar que muchas veces no basta con evidenciar el modelo del estrés de minorías para que con ello desaparezcan los efectos del estigma internalizado. Es importante recordar que las peores manifestaciones del estigma tienden a aparecer frente a situaciones de estrés, ante las cuales la persona responderá automáticamente desde su identidad estigmatizada.

▪ Así como es importante explorar los síntomas y conductas inadaptadas de los pacientes LGBT+, a través el modelo de estrés de minorías, como manifestaciones del estigma internalizado, también es importante **no atribuir todo lo que le ocurre al paciente a esa conceptualización de las cosas.** Hay muchos otros aspectos de la vida que pueden afectar la salud mental de las personas. Por tanto, **la exploración y análisis deben ser cuidadosos, manteniendo una apertura hacia otras posibilidades. Muchas veces, la sintomatología depresiva o ansiosa puede responder a múltiples factores, donde la orientación sexual o la identidad de género diversa es un aspecto entre otros.**

▪ **Un importante foco terapéutico con personas LGBTI es ayudarlas a identificar, reconocer y regular sus emociones y afectos.** Investigaciones han sugerido que las dificultades en la regulación emocional son un mediador de las experiencias de estrés de minoría con la sintomatología ansiosa y/o depresiva: esto ocurriría tanto en lo cotidiano como a través de experiencias de toda una vida. Muchas personas LGBT+ aprenden muy tempranamente a desconfiar de sus sentimientos, emociones y pensamientos. Si su atracción por alguien del mismo sexo o su disconformidad con las expresiones sociales de su género son atribuidas a algo errado o muy negativo, entonces, tales experiencias son puestas en duda o explicadas por interpretaciones psicopatológicas o médicas. **A veces, el abuso de sustancias y el sexo riesgoso se convierten en formas desesperadas de regular la emocionalidad. Los afectos son canalizados a través de estos comportamientos inadaptados, los cuales permiten jugar con un precario equilibrio entre control y descontrol.**

■ Después de que se ha establecido que el paciente tiene que lidiar con la LGBT-fobia internalizada, el paso siguiente es el **desarrollo de una progresiva conciencia de las conexiones entre los mundos interno y externo**. Una forma de lograrlo es a través de la exploración, junto con el paciente, del origen de sus creencias y sentimientos negativos acerca de sí mismo. Tal como se dijo antes, es útil explicitar las conexiones que van emergiendo entre sus pensamientos negativos y sus experiencias sociales. **Específicamente, este trabajo se focaliza en precisar los momentos (familia, pares, etcétera) en los que esos sentimientos hacia su propia sexualidad o género se originaron. Hay que recalcar que muchas de estas experiencias se fueron normalizando sutilmente; las conexiones con el estigma o con sus síntomas pueden resultar difíciles de establecer. De ahí la importancia de que los terapeutas ayuden a llevar a la conciencia estas relaciones, a reflexionar sobre ellas, a que los propios pacientes aprendan a desafiarlas y, así, logren afirmar con mayor convicción quiénes son y qué quieren realmente en la vida.** Como se mencionó antes, los terapeutas pueden educar a sus pacientes acerca de los procesos de estigmatización, explicando que esta internalización negativa de sí mismos no es un proceso intencional, sino que una reacción esperada al vivir en un contexto social opresivo y violento.

■ Un último punto de relevancia en el trabajo con el estigma internalizado de personas LGBT+ es la reducción de este más allá –y fuera– de la consulta psicológica. En la medida en que los pacientes aprenden de su propio proceso de estigmatización, **la psicoterapia los puede ayudar a descubrir cómo su comportamiento puede influenciar otros contextos y crear un clima de mayor seguridad y resistencia frente a la discriminación externa**. Esto va empoderando al paciente, cambiando su posición de víctima al verse a sí mismo como capaz de influir en otros y de participar en su comunidad, lo que, a su vez, lo lleva a estar menos aislado, entrando en un círculo virtuoso de crecimiento personal. **Una parte importante de este círculo virtuoso comienza con el trabajo más íntimo de la psicoterapia, particularmente con la identificación de los patrones relacionales más arraigados y menos evidentes. Especialmente, aquellas formas de relación que superficialmente parecen menos problemáticas, más adaptadas o “demasiado adaptadas”.** Un ejemplo habitual es el del “niño perfecto” que, basado en su buen comportamiento escolar y excelente rendimiento académico va construyendo una capa protectora a partir del amor y aceptación de parte de la familia, de la admiración de los amigos, etcétera. Este tipo de patrón relacional suele ser útil en las etapas escolares y algo entrada la adolescencia, pero, en la homosexualidad y en la bisexualidad, tiende a resquebrajarse hacia el final de este periodo, especialmente frente a la necesidad de develar la orientación sexual. En jóvenes transgénero, se desmorona hacia el fin de la infancia, con la irrupción de los caracteres sexuales secundarios y los cambios hormonales.

LA HIJA IMPERFECTA

(Martínez, Tomicic, Rodríguez & Aguayo, 2014-2016)

Laura se define como una chica que se ha esforzado toda su vida por ser una hija perfecta: buenas notas, buena conducta, universidad de excelencia. Sin embargo, su deseo de estar con mujeres la puso en un lugar de fracaso frente a sus padres: ella estaba segura de que, si supieran que era lesbiana, los iba a decepcionar definitivamente. Así, comienza a ver su lesbianismo como una discapacidad. Pasa dos años mintiendo y ocultando su orientación homosexual ante su entorno y "ante el mundo" por la creencia y convicción de que es imposible revelar su orientación sexual diversa y ser aceptada. Durante este periodo ella sufre tremendamente, se deprime, se aísla y esto la impacta en la única área en que se siente segura frente a sus padres; sus estudios. Congela un semestre de la universidad y la inunda un tremendo sentimiento de fracaso. Ante esto, y luego de una discusión con su polola de ese momento, ella intenta suicidarse. Es internada en un hospital psiquiátrico y es el equipo médico de la unidad el que actúa como un canal para que ella pueda comunicarse con sus padres. Cuando, por fin, logra contarles de su orientación, sus padres la aceptan y consigue continuar el camino de autoaceptación.

ESTIGMA INTERNALIZADO E INTERSECCIONALIDAD

Interseccionalidad es un término que describe el solapamiento e intersección de las identidades sociales y sus respectivos sistemas de dominación y discriminación (Crenshaw, 1989), lo cual, en el contexto de esta guía, significa la consideración de parte de los y las terapeutas de los diferentes contextos en los que las personas LGBT+ viven en Chile y el impacto que tienen sobre su experiencia otras formas sistémicas de opresión como la clase social, la pertenencia a una raza o pueblo originario, la identidad de migrante, etcétera. En otros países, la investigación que ha sido realizada con personas LGBT+ de color ha mostrado, por ejemplo, que hombres gay y bisexuales afroamericanos y latinos tienen mayores niveles de estigma internalizado que hombre gay y bisexuales de raza blanca (O'Leary, Fisher, Purcell, Spikes & Gomez, 2007). Otro estudio examinó las experiencias de hombres y mujeres de minorías sexuales afroamericanas y asiático-americanas y encontró que el racismo internalizado y el heterosexismo internalizado tenían un efecto aditivo para predecir altos niveles de estrés psicológico, mostrando el impacto de la marginalización de las identidades múltiples (Szymanski & Gupta, 2009).

6. La Construcción de un Futuro Legítimo: De la aceptación a la afirmación del estigma internalizado

La construcción de un futuro legítimo en el caso de las personas LGBT+ implica un movimiento desde la aceptación de la propia orientación sexual e identidad de género diversa a una afirmación de la propia sexualidad como un aspecto sano y gratificante de la identidad (Proujansky & Pachankis, 2014).

Como ya se ha dicho, la autoenajenación y el aplazamiento del desarrollo de una identidad positiva en personas LGBT+, debido a la promoción de diferentes niveles de ocultamiento o invisibilización y a la internalización del estigma sexual, puede incidir en una progresiva disminución de la autoestima, en un proceso de aislamiento y en la presencia de comportamientos suicidas (Savin-Williams, 1990).

En un estudio retrospectivo sobre las experiencias de adolescentes y jóvenes LGBT+ en relación con el suicidio, se observó la presencia de un sentimiento permanente de **desesperanza vinculado con la imposibilidad de construir una identidad positiva y de encontrar un lugar legitimado a nivel familiar, interpersonal y/o social** (Tomicic et al., 2016b).

Las experiencias interpersonales de discriminación y violencia LGBTI-fóbicas y los procesos psicológicos de internalización del estigma sexual impactan no solo la perspectiva de un futuro esperanzador como persona perteneciente a la diversidad sexual y de género, sino también condiciones contextuales concretas vinculadas al desarrollo de políticas públicas y legislaciones de derechos y protección de las poblaciones LGBT+. Se ha demostrado que la promoción de legislaciones tendientes al matrimonio homosexual en Estados Unidos ha tenido un impacto medible en el bienestar de las comunidades de la diversidad sexual y de género (McKay, Lindquist & Misra, 2017), explicando, por ejemplo, un 7% de reducción de intentos de suicidio en estudiantes pertenecientes a minorías sexuales (Raifman, Moscoe, Austin & McConell, 2017).

Promover y acompañar al paciente en la construcción de un futuro esperanzador y legítimo desde su identidad sexual diversa implica validar las fortalezas únicas de las personas pertenecientes a las minorías sexuales:

- 1** **Mostrando a los pacientes el valor y la resiliencia** que históricamente ha tenido la comunidad LGBT+ en contra del estigma y la discriminación.
- 2** Ayudando a los pacientes no solo a aceptar la identidad sexual diversa, sino a aprender a **reconocerse como parte de un legado histórico** (por ejemplo, promoviendo el activismo, el voluntarismo, la creatividad y el orgullo) (Proujansky & Pachankis, 2014).

3 Ayudando a los pacientes a **encontrar y construir relaciones y comunidades que entreguen apoyo**: redes seguras que les ayuden a superar el aislamiento y la depresión y a desarrollar habilidades de comunicación autoafirmativas (Lelutiu-Weinberger & Pachankis, 2017).

Así, por ejemplo, adultos LGBT+, al relatar sus experiencias de haber vivido y sobrevivido a un proceso suicida, muestran un movimiento subjetivo que los reconcilia con su orientación sexual e identidad de género diversa, permitiéndoles integrarlas en su identidad global, adoptando una posición constructiva para sí mismos, los otros y su entorno. **Se trata de un "posicionamiento testimonial" que se constituye en un lugar psicológico e identitario desde donde pueden compartir su "testimonio" de una experiencia de sufrimiento que los transformó y los ayudó a crecer como individuos, convirtiéndose en un legado reconfortante para otras personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género** (Tomicic et al., 2016b).

VIVIENDO EN Y CONSIDERANDO EL CONTEXTO

Como hemos visto en esta guía, el contexto de estigma, discriminación y LGBTIfobia es una consideración clave para una adecuada comprensión del malestar subjetivo que puede experimentar un o una paciente LGBT+.

En psicoterapia, es fundamental traer a la conversación ese contexto cada vez que sea necesario; por ejemplo, cuando el o la paciente se culpabiliza o atribuye su malestar psicológico a su orientación sexual o identidad de género.

Un joven gay que estudia en un colegio católico de una zona rural de Chile declara considerar que la homosexualidad es un pecado y que por ello se irá al infierno. En varias ocasiones escucha en su colegio discursos que refuerzan esta sentencia (Martínez et al., 2014-2016). Recoger estos elementos como material a trabajar en psicoterapia es importante para desculpabilizar y señalar el carácter patologizante de las ideas, en este caso religiosas, presentes en un contexto cultural homofóbico.

En ocasiones, será importante incorporar elementos de contingencia que son presentados en los medios de comunicación masivos. Por ejemplo, cuando una autoridad (académica, política, religiosa, etcétera) hace asociaciones entre la diversidad sexual y la anormalidad, cuando se presentan reportes de crímenes de odio hacia personas LGBT+ o cuando se publicitan acciones o eventos abiertamente LGBTI-fóbicos. Por otro lado, también es relevante comentar los avances en las políticas LGBT+ en Chile o en la región. Por ejemplo, la promulgación de leyes de no discriminación y de igualdad de derechos.

En síntesis, es importante incorporar en la psicoterapia la reflexión sobre el contexto social y cultural que habitan las personas LGBT+ por varias razones:

- Para despatologizar.
- Para poner en contexto el malestar psicológico en una cultura con alto estigma, discriminación y homofobia.
- Para comprender la conexión del rechazo familiar con este tipo de prejuicios culturales.
- Para que el o la paciente pueda avanzar en su proceso de autoaceptación y reconocimiento de las condiciones culturales y familiares, las cuales pueden ser de alto rechazo implicando, incluso, la pérdida de vínculos.



**PARA MAYOR INFORMACIÓN,
RECURSOS DE TRABAJO Y
OTRAS ACTUALIZACIONES,
VISITA:**

→ www.cepps.udp.cl ←

UN Y UNA PSICOTERAPEUTA CULTURALMENTE COMPETENTE

1. Autorreconocimiento del Desconocimiento, Creencias y Prejuicios de los terapeutas

En general, los individuos LGBT+ reportan menos satisfacción y más experiencias de discriminación en los espacios terapéuticos que sus contrapartes heterosexuales (Mizock, 2014). Se ha observado que los sesgos o prejuicios por parte de los terapeutas afectan la calidad del vínculo terapéutico, la confianza en el tratamiento por parte de los pacientes y, por lo mismo, su participación en espacios psicoterapéuticos. Marcus Bidell (2017) plantea que la gran mayoría de las organizaciones y manuales LGBT+ reconocen al menos **tres elementos importantes a la hora de trabajar con personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género:**

- 1. Conocer y ser conscientes de los propios prejuicios y actitudes ante las personas LGBT+.**
- 2. Desarrollar competencias clínicas y experiencia para tratar efectivamente a los y las pacientes LGBT+.**
- 3. Conocer de manera acabada los problemas de salud y psicosociales que atraviesan los y las pacientes LGBT+.**

En cuanto a los sesgos, prejuicios y actitudes de los terapeutas, una postura afirmativa implica reconocer que, **dado que la cultura que nos rodea es una que mantiene prejuicios hacia los individuos LGBT+, ninguno de nosotros está del todo libre de ellos.** De esta manera, los y las terapeutas tienen que estar atentos no solo a la LGBT-fobia internalizada de sus pacientes, sino a sus propios prejuicios sobre ello.

Por ejemplo, en la guía de intervención en salud mental en población LGBT+ de la APA (2011) se indica que **una de las actitudes prejuiciosas más recurrentes entre los y las psicoterapeutas es considerar a la orientación sexual y a la**

identidad de género diversa como evidencias de psicopatología o como un estresor para el paciente, aun cuando esta no sea un problema.

Es esencial que los y las psicoterapeutas desarrollen la capacidad reflexiva necesaria para detectar los propios prejuicios, creencias y asunciones acerca de la población LGBT+ y respecto a lo que consideran "normal" y "anormal". Para esto, es necesario que los y las terapeutas revisen cómo su propio trasfondo sociocultural, creencias religiosas, uso del lenguaje y variables personales (historia personal, prejuicios familiares, etcétera) pueden estar influyendo en su evaluación de sus pacientes LGBT+.

Una técnica recomendada es el uso de un cuaderno de notas para el registro y posterior reflexión de las dificultades experimentadas en sesión, que permitan la propia visibilización de prejuicios en torno a la temática. **Otra recomendación es solicitar supervisión clínica;** para contrarrestar el peso de los prejuicios implícitos se necesita de un supervisor que cuente, idealmente, con experticia en temáticas de diversidad sexual, lo que le permitirá desafiar los prejuicios y desconocimientos de el o la psicoterapeuta.

IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL DE EL O LA PSICOTERAPEUTA

Frente a la pregunta por las ventajas o desventajas de la pertenencia del psicoterapeuta a alguna de las categorías de la diversidad sexual o de género para tratar a pacientes LGBT+, la respuesta es controvertida y está lejos de ser consensuada. Para algunos, es una pregunta irrelevante que solo responde a la división tradicional y binaria de género que se reproduce en la consulta psicológica. Para otros, en cambio, es una pregunta legítima, en tanto que el género o la orientación de el o la terapeuta puede constituir un mensaje de esperanza y, de alguna manera, un modelo a seguir. Por ejemplo, una psicoterapeuta mujer o un psicoterapeuta gay puede ofrecer más cercanía y confianza al encarnar la lucha contra la discriminación y la patologización LGBT, encarnando la esperanza de que las visiones negativas hacia la diversidad sexual y de género pueden ser superadas. Por otro lado, un psicoterapeuta heterosexual también puede ser visto por un paciente LGBT como representante de un mundo "hetero" no discriminador ni estigmatizador y, por sobretodo, afirmativo de la diversidad sexual y de género.

Por último, más allá de las controversias ideológicas, la investigación no ha logrado demostrar que la concordancia entre la orientación sexual o de género de terapeuta y paciente haga diferencia en cuanto al éxito o fracaso del tratamiento.

Por último, se recomienda exponerse y tener contacto con el mundo y la comunidad LGBT+, conocer y rodearse lo más posible de sus temáticas y problemas. Esta es una práctica importante y muy útil a la hora de desarrollar una mayor sensibilidad hacia los y las pacientes de la diversidad sexual. Este acercamiento puede ser social –participando activamente en la comunidad LGBT+, asistiendo a marchas, grupos de discusión, eventos del orgullo LGBT+– y también puede ser un acercamiento cultural, es decir, a través de la literatura, el cine, las series, la música y el arte visual que tratan temáticas relacionadas con el mundo LGBT+.

PELÍCULAS

1. **Una Mujer Fantástica** | 2017, Larraín, J. & Lelio, S. Chile: Fábula.
2. **Moonlight** | 2016, Romanski, A. & Jenkins, B. Estados Unidos: A24.
3. **La Chica Danesa** | 2015, Bevan, T. & Hopper, T. Reino Unido: Pretty Pictures.
4. **Tangerine** | 2015, Cox, K. & Baker, S. Estados Unidos: Duplass Brothers Productions.
5. **Carol** | 2015, Karlsen, E. & Haynes, T. Estados Unidos: Film4 Productions.
6. **Tomboy** | 2011, Burah, R. & Sciamma, C. Francia: Hold up Films.
7. **Milk** | 2008, Cohen, B. & Van Sant, G. Estados Unidos: Focus Features.
8. **Brokeback Mountain** | 2005, Ossana, D. & Lee, A. Estados Unidos: Good Machine.

DOCUMENTALES

1. **Mala Mala** | 2014, Santini, A. & Sickles, D. Puerto Rico: El Peligro.
2. **We Were Here** | 2011, Weissman, D. & Weber, B. Estados Unidos.
3. **After Stonewall** | 1999, Scagliotti, J. Estados Unidos: First Run Features.
4. **Changing Our Minds: The Story of Dr. Evelyn Hooker** | 1992, Haugland, D. & Schmiechen, R. Estados Unidos.

Actitudes que los y las pacientes LGBTQ+ valoran en sus psicoterapeutas

Los y las pacientes LGBTQ+ valoran (Quiñones, 2017):

- Que el o la psicoterapeuta **sea sensible** a su orientación sexual e identidad de género y tenga conocimiento acerca de la realidad LGBTQ+.
- Que el o la psicoterapeuta los escuche, **acepte tal como son**, que ofrezca un espacio seguro y respetuoso a las personas LGBTQ+.
- Que el o la psicoterapeuta sea **sensible al contexto cultural de discriminación**, estigma, exclusión y violencia hacia las personas LGBTQ+ y haga conexiones entre su malestar y el contexto cuando corresponda.
- Que el o la psicoterapeuta no intente interpretar su orientación sexual o identidad de género como patológica y **no atribuya su malestar a su orientación o identidad** con mensajes tales como "estás deprimido porque las personas LGBTQ+ son inestables" o "eres culpable de tu malestar por ser LGBTQ+".
- Que el o la psicoterapeuta haga **preguntas abiertas** que ayuden a la persona LGBTQ+ a hacer sus propias reflexiones y sacar sus propias conclusiones.
- Que el o la psicoterapeuta **use un lenguaje inclusivo**, sin prejuicios ni estereotipos acerca de las personas LGBTQ+. En el caso de los pacientes trans, esto incluye el uso del nombre social y del pronombre adecuado.
- Que el o la psicoterapeuta **los ayude a trabajar la LGBTQ+fobia internalizada**, explicitando y cuestionando los prejuicios que el propio paciente pueda tener hacia las vidas o comunidades LGBTQ+.
- Que el o la psicoterapeuta apoye y ayude a el o la paciente en **procesos específicos**, tales como salir del clóset, enfrentar la discriminación o rechazo, elaborar experiencias traumáticas de acoso o violencia.
- Que el o la psicoterapeuta los apoye en el desarrollo de una orientación o identidad LGBTQ+ positiva, **con orgullo**.
- Que el o la psicoterapeuta sea **respetuoso** de sus decisiones.



MIS NOTAS

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2011). *Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- APA/Division 44. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55(12), 1440–1451.
- Balsam, K. F., & Szymanski, D. M. (2005). Relationship quality and domestic violence in women's same-sex relationships: The role of minority stress. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 258–269.
- Barrientos, J (2017) Homofobia en Chile: una revisión del estado del arte. *Revista Liminales*, 9 (1), 129–151.
- Barrientos, J., & Cárdenas, M. (2013). Homofobia y Calidad de vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. *Psykhé*, 22(1).
- Barrientos, J., Cárdenas, M., & Ojeda, F. (2014). Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas. *Cad. Saúde Pública*, 30 (6), 1259–1269.
- Bieschke, K. J., Perez, R. M., DeBord, K. A. (2006). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clients*. Washington, D. C.: APA.
- Bidell & Stepleman, (2017) An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. *Journal of Homosexuality*, 64(10):1305–1329. doi:10.1080/00918369.2017.1321360.
- Bonamigo, I. (2016). *Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero e Prática Clínica em Psicologia*. Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.
- Boroughs, M., Bedoya, A., O'Cleirigh, C., & Safren, S. (2015). Toward Defining, Measuring, and Evaluating LGBT Cultural Competence for Psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 22(2), 151–171.
- Brubaker, M. D., Garrett, M. T., & Dew, B. J. (2009). Examining the relationship between internalized heterosexism and substance abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals: A critical review. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3, 62–89.
- Calton, J., Bennett, L., Gebhard, K. (2016). Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(5), 585–600. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838015585318>
- Clarke, V., Ellis, S.J., Peel, E., & Riggs, D. W. (2010). *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans & Queer Psychology: An Introduction*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Costa, A. & Nardi, H. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: Debate conceitual. *Temas de Psicologia*, 23 (3), 715–726. (Costa & Nardi, 2015)
- Coppari, N., Arcondo, G., Bagnoli, L., Chaves, M., Corvalán, M., Enciso, A., Melgarejo, K., & Rodríguez, X. (2014). Prejuicio y distancia social hacia la homosexualidad en universitarios de psicología de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(3), 240 – 252.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139–167.
- Dillon, F. R., Worthington, R. L., Savoy, H. B., Rooney, S. C., Becker-Schutte, A., & Guerra, R. M. (2004). On becoming allies: A qualitative study of lesbian, gay and bisexual-affirmative counselor training. *Counselor Education & Supervision*, 43, 162–178. doi:10.1037/0022-0167.54.11

- Francia-Martínez, M., Esteban, C., & Lespíer, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (1), 98-113.
- Fuentes, M. & Peña, F. (2017). *Consideraciones clínicas para un trabajo culturalmente competente con pacientes LGBTIQ*. V2017-01. Disponible en sitio web de AFIRMA: <http://www.afirma.cl/recursos>
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.
- Huebner, D. M., Kegeles, S. M., Rebchook, G. M., Peterson, J. L., Neilands, T. B., Johnson, W. D., & Eke, A. N. (2014). Social oppression, psychological vulnerability, and unprotected intercourse among young Black men who have sex with men. *Health Psychology*, 33, 1568-1578.
- Infante, A., Berger, C., Dantas, J. & Sandoval, F. (2016). Santiago: Todo Mejora.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178.
- Lelutiu-Weinberger, C. & Pachankis, J. (2017). Acceptability and Preliminary Efficacy of a Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Affirmative Mental Health Practice Training in a Highly Stigmatizing National Context. *Journal of LGBT Health*, 4 (5), 360-370.
- Levitt, H. M., & Ippolito, M. R. (2014). Being transgender: Navigating minority stressors and developing authentic self-presentation. *Psychology of Women Quarterly*, 38, 46-64.
- Levounis P, Drescher, J. & Barber, M. (2012). *The LGBT casebook*. New York: American Psychiatric Association.
- Lingiardi, V., Nardelli, N., & Drescher, J. (2015). New Italian lesbian, gay and bisexual psychotherapy guidelines: A review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 405-415.
- McKay, T., Lindquist, C. & Misra, S. (2017). Understanding (and Acting On) 20 Years of Research on Violence and LGBTQ + Communities. *Trauma Violence Abuse*, 1-14.
- Mandel, S.H. (2014). Targeting sexual stigma: The hybrid case study of "Adam". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), Article 1, 48-105.
- Martínez, C., Tomicic, A., Rodríguez, J., Gálvez, C., Leyton, F., Aguayo, F., Rosenbaum, C. (June, 2017). Our daily trauma: Subjective construction of suicide experiences of young trans people. *48th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Toronto, Canada.
- Martínez, C., Tomicic, A.; Rodríguez, J., & Aguayo, F. (2016). Adolescencia y Suicidio: *Construcción Subjetiva del Proceso de Suicidio en Jóvenes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT)*. Informe Final, Proyecto Fonis SM14I0004 (2014-2016).
- Millar, B., Wang, K., & Pachankis, J.E. (2016). The moderating role of implicit internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 565-570.
- Mizock, L., Harrison, K., & Russinova, Z. (2014). Lesbian, Gay, and Transgender Individuals with Mental Illness: Narratives of the Acceptance Process. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18:3, 320-341.
- Moradi, B., van den Berg, J. J., & Epting, F. R. (2009). Threat and guilt aspects of internalized antilesbian and gay prejudice: An application of personal construct theory. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 119-131
- Moon, L. (2010). *Counseling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*. Farnham: Routledge
- MOVILH (2012). *Encuesta sobre educación sexual y discriminación*. Santiago, Chile.
- Meyer, I., (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual population: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697.
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1019-1029.
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2011). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 189-199.

- O'Leary, A., Fisher, H., Purcell, D., Spikes, P. & Gomez, C. (2007). Correlates of risk patterns and race/ethnicity among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 11(5):706-15.
- Organización Panamericana de la Salud. (Octubre 1999). *Principios y conceptos básicos de equidad y salud*. División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (Diciembre, 2011). *Por la salud de personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Documento de Trabajo, OPS 2011/2012.
- Pineda, C., (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbiana, gays y bisexuales: Estado actual de la Literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (4), 333-349
- Pereira, A., Monteiro, M. B., & Camino, L. (2009). Estudo da validação das escalas de crenças sobre a natureza da homossexualidade e de preconceito contra homossexuais. *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 21-32.
- Proujansky, R. & Panchankis, J. (2014). Toward Formulating Evidence-Based Principles of LGB-Affirmative Psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10 (2): 117-131.
- Quiñones, T. (2017). Sexual minority reflections on their psychotherapy experiences. *Journal of Counseling Psychology*, 64 (4), 376-384.
- Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. & McConell, M. (2017). Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. *JAMA Pediatrics*, 171(4):350-356.
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 171-184
- Rossmann, K., Salamanca, P., Macapagal, K. (2017) Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Non-Disclosure of LGBTQ Identity to Healthcare Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10):1390-1410.
- Russell, G. M., & Bohan, J. S. (2006). The case of internalized homophobia: Theory and/as practice. *Theory & Psychology*, 16, 343-366.
- Sue, D. & Capodilupo, C. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, 62(5), 271-286.
- Shelton, K. & Delgado-Romero, E. (2011). Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal Counseling Psychology*, 58, 210-21.
- Szymanski D. & Gupta A. (2009) Examining the relationship between multiple internalized oppressions and African American lesbian, gay, bisexual, and questioning persons' self-esteem and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1):110-118.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. & Lagazzi, I. (2016a). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144, 723-733.
- Tomicic, A., Martínez, C., Aguayo, F., Leyton, F., Rosenbaum, C., Rodríguez, J., Galvez, C & Lagazzi, I. (June, 2016b). Adolescence and Suicide: Subjective Construction of Suicide Process in Young Gay and Lesbian People. *47th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Jerusalem, Israel.
- Vargas-Trujillo, E. (2007) *Sexualidad... mucho más que sexo: Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Colombia: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales - CESO Departamento de Psicología.



Canada^{ca}
Embajada de Canadá

cepas CENTRO DE ESTUDIOS
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y PSICOTERAPIA **udp**
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Santiago de Chile
2018

Diseño
Carola Ureta Marín | carola.umarin@gmail.com