

“Hacer género” en psicoterapia: fundamentos teóricos para visibilizar prejuicios y estigmas de género en la psicoterapia con personas LGBTIQ+

Pilar Alejandra Navarro Cerda

Instituto de Estudios Feministas, INSTIFEM. Universidad Complutense de Madrid (España) ✉ 

Marta Alicia Giménez Páez

Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial. Universidad Complutense de Madrid (España) ✉ 

Marta Evelia Aparicio García

Instituto de Estudios Feministas, INSTIFEM. Universidad Complutense de Madrid (España) ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/infe.85285>

Resumen. Introducción: La investigación en salud con perspectiva de género demuestra que hoy en día continúan reproduciéndose acciones discriminatorias y estigmatizantes en la atención sanitaria a personas LGBTIQ+, a pesar de las intenciones de les¹ profesionales de salud en ofrecer un espacio seguro y una atención afirmativa. Existe una brecha entre la intención y la práctica, que perpetúa la estigmatización y las barreras de acceso a la salud para el Colectivo. **Objetivos:** Presentar fundamentos teóricos actuales para analizar cómo se manifiesta esta contradicción en la psicoterapia con personas LGBTIQ+. **Metodología:** Revisión asistemática sobre modelos de psicoterapia en salud mental LGBTIQ+ y marcos teóricos socioconstructivistas sobre el género. **Resultados:** Los modelos de Competencia Multicultural, las Teorías Relacionales del género y la perspectiva de “Hacer Género” permiten estudiar la psicoterapia como microproceso y revelar procesos implícitos en que los estereotipos de género se reproducen. **Conclusión:** Se espera contribuir a visibilizar las profundas repercusiones del prejuicio y los estigmas de género en la psicoterapia, y con ello aportar a mejorar la calidad de atención en salud mental para el colectivo LGBTIQ+, repensar los modelos de competencias para terapeutas y fortalecer la posición crítica de la psicoterapia en su aporte hacia la justicia social.

Palabras Clave: salud mental LGBT; Psicoterapia Afirmativa; perspectiva de “Hacer Género”; Teoría Relacional del Género; estereotipos de género en la psicoterapia; Psicología Multicultural.

ENG “Doing Gender” in psychotherapy: a theoretical framework to visibilize gender prejudice and stigma on psychotherapy with LGBTIQ+ clients

Abstract: Introduction: Health research on gender demonstrates that acts of discrimination and stigmatization toward LGBTIQ+ community persist in healthcare contexts, despite professionals' intentions to offer affirmative and inclusive consultations. A gap remains between intention and practice, contributing to the reproduction of stigmatization and social barriers for this population. **Objectives:** To present an updated framework for studying how this contradiction manifests in psychotherapy with LGBTIQ+ clients. **Methodology:** An asystematic review of psychotherapy models and socio-constructivist frameworks on gender to work with LGBTIQ+ clients. Results: Multicultural competence models, relational theories of gender, and the “Doing Gender” perspective facilitate the conceptualization of psychotherapy as a microprocess, revealing the implicit mechanisms through which gender stereotypes are enacted and reinforced in psychotherapy. **Conclusion:** This line of research aims to broaden the understanding of the profound impact of gender prejudice and stigma on psychotherapy practice. It seeks to improve healthcare for LGBTIQ+ individuals, reconsider competency models for psychotherapists, and enhance psychotherapists' critical role in the pursuit of social justice.

Keywords: LGBT mental health; Affirmative counseling and psychotherapy; Doing Gender Perspective; Relational theory of gender; gender stereotypes in psychotherapy; Multicultural Psychology.

¹ Este artículo utiliza el lenguaje inclusivo, como el uso de la “e” en las desinencias genéricas para no imponer identidades de género, medida acorde a los enfoques de salud afirmativos de la diversidad de género y sexualidad (Zabalegui 2021).

Sumario: 1. Introducción: El género como determinante de salud. 2. Problema: vulnerabilidades psicosociales de las personas LGBTIQ+ y su impacto en la salud mental. 3. Enfoques específicos de atención a salud mental para personas LGBTIQ+. 3.1. Enfoque de Psicología Multicultural. 3.2. Enfoque de Psicoterapia Afirmativa. 3.3. Enfoque de Psicoterapia Centrada en la Persona. 3.4. Guías de Recomendaciones para Profesionales de la Salud. 4. Implicaciones éticas para les terapeutas, de cara a las competencias culturales. 5. La Psicoterapia en su dimensión social: teorías relacionales del género y la perspectiva de "Hacer Género". 6. Discusión y Conclusiones. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Navarro Cerda, P. A.; Giménez Páez, M. A.; Aparicio García, M. E. (2024). "Hacer género" en psicoterapia: fundamentos teóricos para visibilizar prejuicios y estigmas de género en la psicoterapia con personas LGBTIQ+. *Sociedad e Infancias*, 8(2), 91-101. <https://dx.doi.org/85285>

1. Introducción: El género como determinante de salud

La salud es un Derecho Humano fundamental (ONU 1948) y a pesar de los acuerdos internacionales que buscan protegerlo, los determinantes sociales de la salud continúan condicionando el acceso a los servicios sanitarios y sesgando las soluciones ofrecidas por el sistema. Uno de esos determinantes es el género (Hawkes y Buse, 2013). "Género" comprende tanto el marco de normas, roles y valores que diferentes culturas, en un determinado tiempo, consideran válidas para cada categoría de sexo ("hombre" y "mujer"), como también los procesos culturales por los cuales estas normas se reafirman día a día (Connell, 2011). Los feminismos acuñan este concepto para visibilizar que las identidades "hombre" y "mujer" no solo son designaciones para diferenciar cuerpos, sino que también les indican funciones dentro de la sociedad.

El ser humano es un sujeto sexuado. En un proceso de tipificación sexual, se le asigna una categoría de sexo al nacer y se le socializa en las normas de género ligadas a esa categoría. Estas normas proponen que existe de base una jerarquía de poder del "hombre" por sobre la "mujer" (Velasco, 2009). El género, por tanto, es también un principio ordenador de las relaciones en la sociedad, con un marcado carácter prescriptivo y con patrones bien descritos (Hagemann-White, 1988), los cuales sustentan la opresión hacia las mujeres y su desigualdad social, incluyendo la salud.

Las perspectivas feministas de la salud proponen que las personas, en sus procesos de salud y enfermedad, llevan consigo no sólo sus factores anatómicos y materiales sino también los efectos de los conflictos sociales y culturales que enfrentan dentro de esta socialización sexuada y normada (Velasco, 2009). La perspectiva de género hace visibles estos problemas y, por tanto, los servicios de salud que no la aplican cuentan con una ceguera importante hacia los problemas sociales involucrados en la salud, comprometiendo su calidad y accesibilidad.

Existe una "brecha entre intención y práctica" en la implementación de medidas sensibles al género en la atención sanitaria. Las actitudes de les profesionales y centros de salud hacia el género y el ambiente político presente pueden interferir en el ejercicio de una salud que considere esta perspectiva (Celik *et al.*, 2011). Así, se sostiene que las disparidades de género están ya instaladas en el sistema de salud, y a pesar de la relevancia de este problema aún no se cuenta con evidencia suficiente sobre intervenciones específicas que ayuden a transformar esta situación, tanto a nivel interpersonal e institucional como estructural, en la política pública (Chilet-Rosell & Hernández-Aguado, 2022). Por todo esto, el estudio e implementación de la perspectiva de género en salud sigue siendo necesaria y urgente.

Hacia finales del s. XX, el concepto de "género" además ha evolucionado frente a la diversidad de experiencias que sobrepasan las categorías binarias de "hombre" y "mujer". Las filosofías post-estructuralistas y las teorías *queer* permiten "volver posible la vida de las "sexualidades periféricas" (Gros, 2016, p.44), como las que atañen al colectivo LGBTIQ+. De esta manera, el análisis del género como determinante de salud va integrando paradigmas que permiten incluir trayectorias vitales y experiencias sociales cada vez más diversas.

2. Problema: vulnerabilidades psicosociales de las personas LGBTIQ+ y su impacto en la salud mental.

La sigla LGBTIQ+ nombra al colectivo de personas que manifiestan orientaciones sexuales (lesbianas, gay, bisexual, pansexual, asexual) e identidades de género (como trans, no-binario, no conforme, fluido) diferentes al modelo hegemónico cisgénero heterosexual (American Psychology Association, 2021). En una encuesta realizada en 26 países con 18.515 participantes, un 9% de la población adulta se identificó como parte del colectivo LGBTIQ+ y la tendencia a manifestar mayor diversidad sexual aumenta considerablemente según generación, pasando de un 5% de personas "Baby Boomers" (nacidos en 1946 y 1964), un 6% de la generación X (de 1965 a 1980) a un 11% de la generación Millennial (de 1981 a 1996) y un 17% de personas de la "Gen-Z" (de 1997 a 2012) (Ipsos, 2024).

No obstante, las personas LGBTIQ+ reciben variadas formas de discriminación por manifestar una sexualidad diferente a la norma (Lemoire y Chen, 2005). Reciben un amplio espectro de abusos y vulneración de derechos humanos, desde acciones que afectan su dignidad, hasta ataques, torturas y asesinatos. Muchos de esos abusos son perpetrados con impunidad, a través de mecanismos formales como leyes discriminatorias y mecanismos informales como el prejuicio y las tradiciones religiosas (Amnistía Internacional, 2001).

Esto es resultado de la acción de la “heteronormatividad”: un principio normativo sobre la orientación sexual, que forma parte de las normas de género (Röndahl, 2010) y que declara la heterosexualidad como “condición natural, única e inevitable de la condición humana normal, por lo que “otras” condiciones son sujeto de rechazo y de categorización como “desviados” (Enson, 2015, pp. 74). En base a esta premisa, se asume que todas las personas son heterosexuales y cuando una persona sale de esta norma, se exige que sea rechazada y corregida a través de mecanismos de discriminación (Röndahl, 2010).

Numerosas investigaciones demuestran que las personas que no adscriben a la norma heterosexual sienten miedo cotidianamente, y tienen la necesidad de permanecer invisibles (Röndahl, 2010). La Agencia de la Unión Europea por los Derechos Fundamentales (FRA 2020) corrobora en su informe que las personas LGBTIQ+ tienen temor a expresar públicamente su orientación sexual: un 53% de los participantes declara evitar caminar de la mano con su pareja en la vía pública y un 33% evita ciertos lugares donde sabe que estará en mayor riesgo. Un 40% informa haber sido víctima de acoso y un 11% señala ser víctima de violencia física y/o sexual en los últimos 5 años previos a la encuesta, siendo el 11% personas Trans, y 22% personas Intersex, quienes en general experimentan mayores tasas de violencia y discriminación.

Las situaciones de violencia y discriminación ocurren en múltiples entornos: trabajo, escuela, lugares de esparcimiento (café, restaurantes, bares, tiendas), en la búsqueda de alquiler y también en los servicios de salud. Un 16% de la muestra indica que ha sentido discriminación por parte del personal sanitario, y de este grupo el 88% califica su salud general como muy mala o mala (FRA, 2020). Luego, también evitan hacer denuncias de estas situaciones, por el miedo a recibir más violencia a través de comentarios heterosexistas y transfóbicos en las instituciones como policía o tribunales. Se crea así un círculo de invisibilización (FRA, 2020).

La discriminación y estigmatización permanente hacia las personas LGBTIQ+ perjudican su calidad de vida y su salud. Actualmente, existe amplia evidencia científica sobre la mayor prevalencia de sintomatología y trastornos de salud mental en personas del colectivo LGBTIQ+, en comparación a las personas con identidad normativa. Las personas LGBTIQ+ muestran mayor prevalencia de trastornos del ánimo y ansiedad y uso problemático de alcohol y drogas (Tomicic et.al., 2020). El 83% del total de personas LGBTIQ+ señala padecer una condición de salud mental moderada a severa, versus un 74% en población cisgénero heterosexual (Mental Health America, 2019). Asimismo, estas personas presentan un riesgo mayor de experimentar trauma a lo largo de su vida, tanto en la niñez en forma de maltrato infantil como a través de las relaciones íntimas en la adultez, y más del doble de riesgo de vivir abusos y ataques sexuales (Keating y Muller, 2021).

Las vivencias de trauma para las personas LGBTIQ+ no solo se viven de forma directa en un evento específico, sino también a través de los efectos traumáticos acumulativos de vivir bajo la influencia de un entorno que oprime y degrada constantemente, lo cual se denomina “trauma insidioso” (Root, 1992). Este fenómeno incide en la aparición de síntomas de salud mental, como por ejemplo en la mayor prevalencia de sintomatología asociada a Trastorno por Estrés postraumático en mujeres lesbianas, o de conductas de autolesiones en jóvenes LGBTIQ+. Se sugiere que los efectos traumáticos de la opresión y los prejuicios no necesitan ser explícitos y directos para afectar el sentido de seguridad de las personas (Keating y Muller, 2021).

Concorde a lo anterior, la evidencia muestra que los índices de suicidio y comportamientos suicidas en población LGBTIQ+ alcanzan un 20-50%, siendo 7 veces mayor que en personas con identidad de género y orientación sexual normativa (Tomicic et al., 2016; 2020).

Ahora bien, es importante considerar diferencias intragrupo dentro de este abanico de vulnerabilidades. Por ejemplo, existen diferencias según edad: los adolescentes presentan más conductas de riesgo suicida, las personas adultas se ven más vulnerables al consumo problemático de sustancias, y en la vejez se enfrentan a las barreras por aislamiento social (Gil-Borelli, et.al., 2017). También existen diferencias según jerarquía de opresión: las mujeres cisgénero lesbianas y bisexuales enfrentan más riesgos que los hombres cisgénero gay; las personas cisgénero suelen enfrentar menores vulnerabilidades que las personas Trans, Intersexuales o No-Binarias (Quesada, 2020). Las personas Trans jóvenes demuestran cuatro veces mayor riesgo de sufrir depresión que sus pares no-Trans, o que el 40% de las personas Trans adultas ha realizado al menos un intento de suicidio, versus sus pares adultos No-Trans, quienes han incurrido en estas conductas en menos del 5% (Mental Health America, 2019).

Para entender el género como determinante de salud en personas LGBTIQ+, Meyer (1995; 2003) propuso un modelo comprensivo para visibilizar cómo el heterosexismo y la estigmatización llevan a estas personas a una condición de mayor riesgo psicosocial. El “modelo de Estrés de las Minorías” (Meyer, 1995; 2003) muestra que las violencias y discriminaciones a las que las personas LGBTIQ+ están expuestas día a día son una forma de estrés crónico, derivado de la estigmatización social permanente. Ocurre en un continuo de su experiencia social: con estresores distales (p.e., discriminación interpersonal, victimización, crímenes de odio) y proximales (el “estigma sexual internalizado”: esquemas cognitivos y afectivos distorsionados por la violencia, que ejercen discriminación “desde dentro” de la persona). Todo esto tiene un impacto en su salud y calidad de vida. Así, este modelo muestra que el mayor compromiso de salud mental en personas LGBTIQ+ no se debe a su constitución identitaria o a variables internas e intrínsecas de la persona, sino que es resultado de un estado de mayor vulnerabilidad psicosocial, derivado de la violencia recibida en razón de su “posición social de minoría” (Meyer, 1995; 2003).

La mayor vulnerabilidad psicosocial en personas LGBTIQ+ les lleva a requerir más atención en salud mental que las personas hetero-cis (Tomicic et.al., 2020). La prevalencia anual de consultas de salud mental es de 18.91% para gays y lesbianas, y 25.97% para bisexuales (Platt et al., 2017). Sin embargo, al acercarse a los servicios de salud mental, ellos enfrentan barreras de acceso debido a opresiones adicionales que aparecen al solicitar ayuda (Shelton & Delgado-Romero, 2011).

Las barreras de acceso a la psicoterapia más frecuentes que enfrentan las personas LGBTIQ+ son el costo económico (78,9%) y la vivencia de experiencias rechazantes dentro de los centros sanitarios: el miedo de recibir un tratamiento inadecuado debido a prejuicios del terapeuta (46.6%), el recuerdo amenazante de experiencias de rechazo por parte de profesionales de salud (45%), el miedo a que falte el lenguaje inclusivo en el proceso de terapia y en el registro institucional (44%), el relato compartido de que les psicoterapeutas a veces no tienen sensibilidad de género hacia consultantes LGBTIQ+ (43.5%), o el miedo a recibir rechazo y discriminación durante en el tratamiento (16,9%). Asimismo, personas Trans y no binarias consideran una importante barrera el haber escuchado experiencias negativas durante terapia de trauma en personas LGBTIQ+ (85.7%) (Keating y Muller, 2021).

Varias de las experiencias antes descritas son formas de agresión implícitas de parte de los profesionales de salud hacia las personas LGBTIQ+, las cuales se conocen como microagresiones. Éstas consisten en mensajes y gestos comunicativos conscientes o inconscientes de los psicoterapeutas, que expresan prejuicios y estigmatización sexual y que son en apariencia inofensivas o sin sentido (Sue & Capodilupo, 2007). Por ejemplo, la negación del uso de pronombres ajustados a la identidad de género de la persona, la suposición de que la orientación sexual o la identidad de género de la persona es la causa de todos sus conflictos, la minimización o evasión de la sexualidad como área de exploración relevante en la terapia, los comentarios con supuestos estereotipados sobre personas LGBTIQ+ (ej: que en parejas homosexuales, hay una persona que cumple el rol de hombre y otro de mujer, o que una persona no-heterosexual es más promiscua y/o vulnerables a las infecciones de transmisión sexual), entre muchos otros (Shelton & Delgado-Moreno, 2011).

Esto ocurre debido a que muchos profesionales de la salud, incluso deseando realizar una atención sensible al colectivo, igualmente actúan desde premisas heteronormativas frente a sus consultantes. Estos prejuicios afectan la calidad de la atención en salud que ofrecen, llevándoles incluso a realizar juicios clínicos inadecuados (Röndahl, 2010). La aceptación o la intolerancia de una persona se revela fácilmente en el lenguaje, por ejemplo: qué se dice y cómo se dice, así también a través de la comunicación no verbal, como muecas o miradas enjuiciadoras. Todo esto es percibido rápidamente por las personas LGBTIQ+, quienes debido a la estigmatización crónica presentan mayor sensibilidad al rechazo (Wilton, 2000).

Las microagresiones en psicoterapia deben ser consideradas una forma de revictimización, que además ocurre en un contexto supuestamente de confianza, como lo es la relación terapéutica. Al recibir microagresiones, las personas LGBTIQ+ pueden sentir reforzados los prejuicios y el estigma sexual internalizado dentro de su terapia, lo cual reduce el potencial de exploración terapéutica y profundiza en estas personas la desesperanza y otros sentimientos depresivos (Shelton & Delgado-Moreno, 2011). Les consultantes LGBTIQ+ describen que este trato desalienta la continuidad y propicia el abandono de la terapia, a la vez que provoca sentimientos de rechazo y favorece la reactivación de heridas traumáticas (Shelton & Delgado-Romero, 2011; Nadal, 2018). Así, esta forma de violencia ocurre en una acción combinada de los prejuicios cis-heteronormativos de los terapeutas y el estigma internalizado de los consultantes (Martínez *et al.*, 2018).

3. Enfoques específicos de atención a salud mental para personas LGBTIQ+

Los prejuicios cis-heteronormativos que aparecen en la psicoterapia no solo dependen del punto de vista personal de los terapeutas, sino que también se apoyan en teorías que la propia psicología ha ayudado a construir (Pereira, *et al.*, 2009). La heteronormatividad también ha sido parte de la historia de la psicología y la psiquiatría como disciplina, a través de la psicopatologización de las mujeres y personas LGBTIQ+. Desde el feminismo, se propone que estos prejuicios se manifiestan en la práctica e investigación de la psicoterapia, y por ello es un desafío resolver cómo el sistema sanitario puede responder a las necesidades específicas de las mujeres si los mismos sesgos de género a la base de su sufrimiento también aparecen en las teorías psicológicas y en la literatura clínica contemporánea (Marecek y Kravetz, 1977).

En la historia de la psicología se encuentran hitos importantes en el estudio de la sexualidad, como los estudios de Freud a principios del s. XX o los estudios de Kinsey sobre el deseo y la conducta sexual en los años 60', pero siempre desde un prisma heterosexual y patriarcal. La protesta de Stonewall en Nueva York de los años 70' por la despatologización de la homosexualidad constituyó un gran hito de reencuadre a la expresión sexual, y luego en los años 80' el Manual de Desórdenes Mentales eliminó la "homosexualidad" como trastorno mental, pero aún permaneció el concepto de "homosexualidad egodistónica" y se podía solicitar cura psiquiátrica para ello, en lo que hoy se conoce como "terapias de conversión" o "esfuerzos de corrección de la orientación sexual". Estas prácticas fueron cuestionadas recién en los años 90' y aún hoy se siguen practicando, ya que solo 17 de 193 países de todo el mundo han promulgado leyes de vinculación nacional para prohibirlas (ILGA World, 2020).

Para enfrentar esta realidad, se han desarrollado publicaciones especializadas y modelos de psicoterapia que permitan el reconocimiento de las necesidades específicas del colectivo LGBTIQ+, las cuales se describirán a continuación.

3.1. Enfoque de Psicología Multicultural

A fines de los años 70' en Estados Unidos, de la mano de críticas feministas y estudios raciales, se comenzó a explorar el rol de la cultura para comprender la salud de las personas. Se reconoció que la demografía estaba cambiando y que los abordajes en salud mental del momento no se ajustaban a las necesidades de la nueva población diversa. Los psicólogos desarrollaron estrategias para tratar individuos de razas y etnias diversas u otras diversidades (estatus socioeconómico, creencias religiosas, género y sexualidad). Se denominó "competencia cultural" a la capacidad de comprender suficientemente las influencias culturales de un grupo, para proveer una atención clínica adecuada a sus necesidades (Boroughs *et al.*, 2015).

El Modelo de Tres Dominios en Competencia Multicultural (Sue *et al.*, 1992) señala que las competencias culturales de los psicoterapeutas involucra: Autoconciencia (“Self-Awareness”) sobre las propias creencias, sesgos y actitudes hacia grupos diversos. Conocimientos (“Knowledge”) específicos de la diversidad que estudia, incluyendo las expectativas de la relación terapéutica que se forman considerando el marco cultural del grupo al que se atiende, y el aprendizaje continuo sobre esa cultura. Y Habilidades especializadas (“Skills”) para proveer acompañamiento e intervención a ese grupo en particular. Con estos tres dominios, se busca explicar cómo los terapeutas pueden desarrollar la habilidad para reconocer su membresía a uno o más grupos culturales dominantes, con el subsecuente reconocimiento del efecto que esto tiene en los factores de la relación terapéutica con una persona, familia y comunidad (Quinn, 2012). Ya que:

“El mayor obstáculo para que nuestra profesión entienda los efectos negativos del monoculturalismo, es que la cultura Blanca es una norma dominante que actúa como un velo invisible y que impide que las personas busquen ayuda dentro de un sistema fuertemente sesgado. Se necesita que los terapeutas se hagan “culturalmente conscientes”, que actúen en base a análisis críticos y que reconozcan sus propios condicionamientos, los condicionamientos de sus clientes, y el sistema sociopolítico del cual ambos son parte” (Sue *et al.*, 1992, 480).

Este modelo considera la sensibilidad cultural de los terapeutas como un valor incorporado a su identidad, y la propone como determinante clave para la psicoterapia. La evidencia muestra que cuando un consultante percibe que su terapeuta se ha sintonizado con su cultura, siente más confianza y comodidad durante el tratamiento, y así este factor tiene la potencialidad de mejorar la relación terapéutica y facilitar el bienestar psicológico (Tomicic *et al.*, 2020). Asimismo, varios estudios han concluido que para realizar una psicoterapia más efectiva con pacientes LGBTIQ+ los terapeutas deben sentir comodidad con su propia identidad de género y tener disponibilidad a examinar sus creencias, sentimientos, prejuicios, comodidad o incomodidad con sus consultantes, ver las diferencias culturales y tener conocimientos sobre cómo esas variables pueden afectar la relación terapéutica (APA, 2021; Pereira *et al.*, 2019).

3.2. Enfoque de Psicoterapia Afirmativa

En el marco de la psicología multicultural, la “Psicoterapia Afirmativa” fue creada en 1982 por Alan Malyon, enfocada en la atención sanitaria a hombres gay. Ésta no constituye un modelo de intervención, sino más bien propone la afirmación como una actitud terapéutica e instala en la terapia una premisa de validez hacia las identidades sexuales diversas y no-normativas (Queer Affirmative Caucus, 2014; Beattie y Lenihan, 2018; Tomicic *et al.*, 2020). Existe evidencia de que la afirmación es un componente necesario de las competencias culturales. En la entrevista inicial, es un “factor no específico” relevante para la continuidad, adherencia y progreso de una persona LGBTIQ+ en su tratamiento. Por ello, la afirmación es parte de las bases para desarrollar una buena relación terapéutica con consultantes LGBT+ (Heck *et al.*, 2013).

Algunos ejemplos de acciones afirmativas de terapeutas son: reconocer el efecto del heterosexismo y el estigma internalizado en la persona consultante, sentir y expresar admiración por cómo la persona consultante LGBTIQ+ se ha gestionado a pesar de la norma, valorar y celebrar la contribución a la diversidad que realizan las personas LGBTIQ+, al mismo tiempo que confrontan la discriminación (homofobia, transfobia) en sí mismos, y en otros, o también reocuparse de proveer un ambiente terapéutico acogedor donde la persona LGBTIQ+ pueda prosperar (Riddle, 1996).

Ahora bien, para desarrollar una actitud afirmativa, los terapeutas no solo deben conocer o nombrar estas acciones, sino que es importante que adscriban a un paradigma donde se reconoce el impacto de la cultura heterosexual dominante. Esto implica reconocer que la heterosexualidad es un privilegio y quienes no representan esa norma enfrentan distintas formas de sexismo en su cotidiano (Finnerty *et al.*, 2017). Además, deben reconocer que la socialización heteronormativa condiciona a tener “puntos ciegos” en el ejercicio profesional, tanto en el impacto de esta cultura en su desarrollo identitario como terapeutas y personas, como por toda la investigación con sesgos heteronormativos en psicoterapia. Por ello, es de suma importancia que, por un lado, los terapeutas acepten que su formación no le ha brindado las herramientas adecuadas para atender a personas LGBTIQ+ (Gómez-Lamont, 2018) y por otro, que se dispongan a examinar sus propias creencias y sesgos heterosexistas que eventualmente interferirán en sus capacidades de expresar afirmación en la psicoterapia (Heck *et al.*, 2013). Para hacer ese trabajo reflexivo y de consciencia de su posición social, deben practicar un ejercicio de “permanente curiosidad” y apertura (Beattie y Lenihan, 2018), que finalmente debe apoyarse en otro proceso más profundo de transformación ética del terapeuta como persona, el cual se detallará más adelante.

Por último, algunos autores también hacen énfasis en que la actitud afirmativa también comprende una postura activa de lucha por la justicia social, y también implicarse en practicar las premisas afirmativas con todos los consultantes, no solo quienes son LGBTIQ+, combatiendo el heterosexismo y los binarismos de género en sus distintos niveles de influencia (Queer Affirmative Caucus, 2014).

3.3. Enfoque de Psicoterapia Centrada en la Persona

El psicólogo Carl Rogers desarrolló el Enfoque Centrado en la Persona entre los años 40 a los 70 en EE.UU. y propuso las Condiciones Facilitadoras del Terapeuta (CFT) para promover el cambio en individuos, familias, escuelas y grandes grupos. Más adelante, trabajó en una definición transcultural de este enfoque, proveyendo las bases del trabajo terapéutico en contextos culturalmente diversos (Quinn, 2012).

Las CFT (Congruencia, Aceptación incondicional, y Empatía) son actualmente reconocidas como precondiciones necesarias para que una relación terapéutica ocurra (Quinn, 2012). La Terapia Centrada en la Persona (en adelante, TCP) ofrece herramientas para que los terapeutas creen las condiciones necesarias de un ambiente terapéutico seguro para sus consultantes LGBTIQ+. Se espera que la terapia contrarreste la estigmatización a través de su efecto facilitador de exploración, del reforzamiento del sentido de sí mismos (self), de reconexión con un ambiente seguro y de confianza. Esto tiene como resultado bajar los mecanismos defensivos de los consultantes, para que tengan la oportunidad de revisar con honestidad cómo se sienten y qué necesitan, y con ello ganar la fuerza en su autoestima. Teniendo mayor claridad de sí mismos se facilita que puedan hacer frente a la discriminación, trasladando el locus de validación desde lo externo a lo interno. Esto constituye la base de resiliencia para comenzar a desmontar el estigma heteronormativo internalizado: que los consultantes descubran y validen que no hay un problema intrínseco en sí mismos, sino que su sufrimiento se deriva de una cultura estigmatizante (Lemoire y Chen, 2008).

Además, desde la TCP se confía en el potencial de los consultantes hacia la autorrealización (“self growth”), y entiende que cuando se desvían de esta fuerza, se debe a factores ajenos a las cualidades de la persona, que crean confusión y perturbación. La TCP se adhiere a un modelo biopsicosocial de la salud, con ello las categorías de análisis de los terapeutas se centrarán en examinar los factores biopsicosociales de estrés psicológico que han perturbado la capacidad inherente de los consultantes para desarrollarse sanamente (Lemoire y Chen, 2008).

3.4. Guías de Recomendaciones para Profesionales de la Salud

Existe gran cantidad de publicaciones con guías de salud y orientaciones para profesionales de la salud de cara a la atención sanitaria de personas LGBTIQ+. Diferentes países de Latinoamérica han publicado sus propias guías como iniciativas de lineamientos profesionales en salud, como México (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODOC *et al.*, 2019), Argentina, (Ministerio de la Nación, 2017), Colombia (Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, Colombia, 2019), Chile (Fundación Todo Mejora, 2013; 2017; Martínez, Tomicic *et al.*, 2018). En España, es posible encontrar guías publicadas por la Comunidad de Madrid (Consejería de Asuntos Sociales Comunidad de Madrid, 2015) y por la Universidad de Girona en Cataluña (Sandor, 2021). Por su parte, la American Psychology Association (2021) y la British Psychological Society (2019) han publicado sus propias guías actualizadas para los territorios de habla inglesa.

Las guías proveen un marco de referencia para la práctica afirmativa de la salud y la psicología en intervención, evaluación, asesoría, diagnóstico, educación, investigación, para personas LGBTIQ+ (APA, 2021). Sin embargo, es importante considerar que una guía no alcanza a ser un estándar de atención. Son un gran aporte a la visibilización y sensibilización de los psicoterapeutas y otros profesionales de la salud, pero actúan solo a nivel de conocimientos y no garantizan por sí solas el ejercicio profesional de una salud sensible al género, sino que se requieren procesos adicionales y más profundos en su formación.

4. Implicaciones éticas para los terapeutas, de cara a las competencias culturales

El desarrollo de la autoconciencia (“Self-Awareness”) de los terapeutas sobre su posición social respecto al género supone el paso por un proceso ético específico, por el cual un terapeuta se desafilia de la cultura cis-heteronormativa en que ha sido socializado, para entonces adscribir a nuevos valores que reafirman la diversidad de género y sexualidad. Este proceso se llama Aculturación Ética, y es un tipo de adaptación a una nueva cultura que comprende enfrentar la tensión entre valores ya adquiridos con otros nuevos. En el caso de los psicoterapeutas que trabajan con consultantes LGBTIQ+, esta aculturación puede darse de manera fluida o puede ser un proceso bastante difícil, dependiendo del nivel de tensión que haya entre la cultura de origen y la nueva, es decir, qué tan conformes a la norma cis-heteronormativa sean en un principio (Bieschke y Dendy, 2010).

Usualmente, las guías para terapeutas y la formación general para psicoterapia enfocada en personas LGBTIQ+ promueven que los psicólogos asimilen afirmaciones y valores positivos hacia la diversidad sexual. Sin embargo, promover solo la asimilación superficial de estos valores reporta el peligro de que los psicólogos confíen que solo con esos aprendizajes ya han logrado ser competentes, cuando en realidad todavía están vulnerables a replicar prejuicios cis-heterosexistas si no han realizado un cuestionamiento de fondo. Por ello, se deben ofrecer formaciones donde se promueva la aculturación ética de los terapeutas, que comprende exponerles a discusiones profundas que les permitan enfrentar los valores de sexualidad normativos con una psicología crítica a la cis-heteronorma y afirmativa de la diversidad (Heck *et al.*, 2013).

Al dejar fuera estos procesos, muchos psicólogos desarrollan estrategias afirmativas solo nivel superficial, perpetuando la marginalización y silenciamiento de los dilemas que surgen frente a la confrontación valórica que supone a los profesionales el acercarse a nuevas visiones y formas de vivir el género y sexualidad (Bieschke y Dendy, 2010). De hecho, el examinar las actitudes y valores personales puede ser amenazante para los terapeutas, pero si no lo hacen es muy posible que tomen posturas y hagan juicios incorrectos basados en sus propias experiencias dentro de la psicoterapia, con probables efectos negativos hacia sus consultantes (Heck *et al.*, 2013).

Schwartz (2010) muestra que la ideología política y la ideología religiosa son 2 de los predictores más fuertes acerca de las actitudes que una persona tendrá hacia los miembros de la comunidad LGBTIQ+, y es posible que estos ejes de cultura son los que más haya que trabajar en un proceso de aculturación de terapeutas. Con todo, la sexualidad es un tema que todavía se constituye como uno de los más grandes tabúes, y desde ahí es que los terapeutas están constantemente sometidos a desafíos, interpelaciones y educación de parte de sus consultantes (Pope *et al.*, 2000).

5. La Psicoterapia en su dimensión social: teorías relacionales del género y la perspectiva de “Hacer Género”

Les terapeutas necesitan develar cómo sus prejuicios no cuestionados aparecen para replicar las normas de género dentro de la psicoterapia, y para eso se hace necesario contar con enfoques que faciliten visibilizar la acción de la cultura normativa en las interacciones sociales cotidianas.

La perspectiva de género más tradicional es la del “género categórico”, el cual propone dos grupos de géneros posibles, hombre y mujer, como categorías fijas y dicotómicas. Se apoyan en una visión esencialista del mismo, heredada de los feminismos europeos y apoyada por la cultura médica moderna, los cuales tienen la premisa de que sexo y género están unidos y determinados por las características anatómicas de los cuerpos. Esta perspectiva ha apoyado muchas décadas de investigación para visibilizar la opresión de mujeres y niñas, no obstante sus fundamentos deterministas y biologicistas no permiten realizar un análisis de los aspectos sociales y culturales del género, ni considera que éste sea susceptible de cambiar (Connell, 2011).

Es desde el postestructuralismo que se propone una comprensión del género en su aspecto cultural y simbólico: el género no “es” de antemano ni reside en una esencia, sino que “se construye” simbólicamente, en las palabras y discurso. Las instituciones de poder, como las familias, escuelas, hospitales, iglesias y estados promueven las lógicas y normas de este sistema simbólico cultural y disciplinan los cuerpos materiales acorde a ellas (Connell, 2011). Una de las teóricas de género más famosas de esta escuela, Judith Butler (1990), propondrá que el género no es expresivo de una identidad, sino que es “*performativo*”. No es un nivel de realidad que se pone en acción, sino que es “*llevado a ser*”, a través de las acciones con las cuales las personas se conducen socialmente como sujetos sexuados, y que son interpretadas como masculinas o femeninas.

Este enfoque del género permite pensar la dimensión cultural de la salud, la enfermedad y también de la política: los discursos no solo reflejan los intereses de un grupo, sino que les constituyen activamente y por ello son susceptibles de cambio (Bacchi, 2009). Con esa base, los nuevos activismos de género, especialmente los grupos queer y trans, apuntan a subvertir las normas sobre el género y la sexualidad, a través de formas diversas de construir las relaciones en sociedad. Sin embargo, esta aproximación no logra inspirar la actualización en política de salud, la cual está diseñada en base a una visión categórica del género. Para analizar la interacción entre género y salud con una perspectiva cultural, se propone una aproximación relacional al género (Connell, 2011).

El enfoque relacional del género entiende que éste se conforma a través de interacciones sociales. Investiga cómo el género se “actúa” en el día a día, dentro de un tejido social denso y activo que incluye instituciones y lugares como las familias, empresas, gobiernos y barrios. Se “hace género” en estos espacios según una gran estructura de patrones de acción de género (el “orden de género” y los “regímenes de género”) que ya son conocidos por los actores sociales, pues se les ha educado en estos tempranamente. Patrones como el contraste entre masculinidad y feminidad, la división sexual del trabajo, la organización del deseo sexual entre otras, son aprendidos desde la infancia y practicados toda la vida. El mapeo de estos órdenes y regímenes es el objetivo principal de la teoría relacional del género, y pone énfasis en que, al ser una estructura social que se reconstruye cotidianamente, el género es susceptible a cambiar (Connell, 2011).

En lo que respecta a la salud, este enfoque confirma que las instituciones de salud, como hospitales y clínicas, tienen regímenes de género bien definidos que determinan sus planificaciones y acciones, tanto para los profesionales de salud y la institución completa, en interrelación (Connell, 2011). Como señala McLeod (2003): “la psicoterapia no es algo que sucede solo entre dos personas, sino que en realidad es una institución social, empapada de cultura industrial y moderna” (p. 281).

Dentro de estas teorías, la Perspectiva de Hacer Género (en adelante, PHG) estudia los mecanismos de reproducción de los órdenes de género dentro de las relaciones entre personas (Botía-Morilla, 2019). Con su publicación “Doing Gender”, West y Zimmerman (1987) propusieron entender el género no como una variable, o un rol, sino como un proceso: “*El género en sí mismo se constituye a través de la interacción, esto requiere adherir al género como una “exhibición” (gender display)*” (p. 17). El género no existe de antemano, sino que es un logro que ocurre a través de conductas situadas: gestos y acciones que buscan repetitivamente legitimar la categoría de sexo de cada persona, ya señalizada desde su nacimiento. Los miembros de la sociedad están llamados a producir estas prácticas y a legitimarse mutuamente, así también las instituciones dan el contexto para entregar esa legitimidad. A todos estos procesos, los autores le llaman “*hacer género*”, y esta perspectiva se centra en estudiar el hecho social de que las personas se involucran repetidamente en comportamientos que buscan ganar la confiabilidad (accountability) de su género. Cualquier situación interaccional instala el escenario para desplegar “*fotografías*” de la “*naturaleza sexual*” de las personas, y por ello sirven al propósito de reproducirlo (West y Zimmerman, 1987).

Esta perspectiva permite reconsiderar la manera en que ocurre la socialización sexual, comprendiendo que hay un “*reclutamiento*” en cierto sexo y género desde la niñez, en la división sexual del trabajo, en la heterosexualidad obligatoria y también en el poder: “*Hacer género ayuda a mantener los acuerdos sociales sobre las categorías de sexo como “normales” y “naturales”, como formas legítimas de organizar la vida social. Valida que las instituciones mantengan su organización como un “resultado o respuesta a un orden natural*” (West y Zimmerman, 1987, 32).

Existen investigaciones recientes que han aplicado esta perspectiva al estudio de la psicoterapia. Schigl (2019), sostiene que en el proceso de psicoterapia existen dinámicas específicas de género que permean la relación terapéutica y su proceso. Propone que en la psicoterapia, en tanto es una interacción social, también se “hace género”, y para entender las implicaciones de esto les terapeutas deben abandonar las pretensiones de visión objetiva o externa a sus consultantes y más bien concebirse como dentro de la interacción de la relación terapéutica, donde ambos participantes despliegan estrategias de exhibición y reproducción de normas de género. “*No podemos no-hacer género, pero sí que podemos traerlo a la consciencia*” (Schigl, 2019, 24).

Siguiendo esa idea, Klein (2016) propone que terapeutas y consultantes están “codificados” por género, por ende, les terapeutas deben desarrollar la sensibilidad para reconocer las normas de género hegemónicas y cómo éstas afectan su involucramiento como terapeutas y su capacidad para observar a sus consultantes. Sostiene que la relación terapéutica es un microproceso, que debe constatarse dentro de una cultura normativa, y por ello les terapeutas tienen la labor de velar que las inequidades de género no sean reproducidas automáticamente en él (Klein, 2016).

En su investigación, Schigl (2019) revela que las prácticas donde se “hace género” en la psicoterapia se manifiestan en tres niveles: procesos específicos, como el inicio de la terapia y las situaciones tensas; temas específicos que convocan la terapia, lo que la autora llama “temas cargados de género” –“Gender-aufgeladen“ Themen- (p. 32) como son la sexualidad, corporalidad, familia y crianza, relaciones de pareja, entre otros. Y también aparece en interacciones específicas, como la sensación de proximidad según el género y la posibilidad de conexión con les terapeutas en tanto modelos de rol.

Sobre el primer nivel, Schigl (2019) detalla que el “hacer género” cumple un rol especial en las situaciones tensas, debido a que las normas y estereotipos de género están internalizadas en esquemas cognitivos de las personas y estos esquemas se activan automáticamente como herramientas disponibles para enfrentar dichas situaciones, de parte de terapeuta y de paciente. Por lo cual, es en momentos estresantes de la terapia donde suelen ser más visibles los estereotipos de género que guían los comportamientos y juicios de cada participante en la relación. El inicio de la terapia suele ser una situación tensa, pero también lo son situaciones donde hay conflictos afectivos controversiales, como sentir fuertes sentimientos de atracción o rechazo entre sí: “*la expresión de sentimientos agresivos o empáticos, el contacto físico, las dinámicas de poder o de atracción erótica, se distribuyen de manera diferente según la constelación de género que tenga la díada terapéutica*” (pp. 41). Para la autora, estas diferencias deben ser atendidas, en tanto pueden llevar a enfrentar conflictos éticos que necesitan ser analizados con perspectiva de género relacional.

Schigl (2019) sostiene que, frente a esta realidad, les terapeutas deben entrenar una capacidad –la sensibilidad– de aclarar estas dinámicas de género, observar las propias acciones con este prisma, y así tener un mejor manejo de los desafíos terapéuticos donde se involucra el género, ya que “*los conflictos de género en la psicoterapia pueden llevar a distorsionar el proceso terapéutico*” (p. 53). La autora considera que este debe ser considerado un trabajo inherente a la psicoterapia, confirmando la necesidad de desarrollar competencias culturales integrales en les psicoterapeutas.

6. Discusión y Conclusiones

La evidencia demuestra una persistente vulnerabilidad psicosocial en personas LGBTIQ+, por lo cual los esfuerzos por integrar la perspectiva de género en salud y las estrategias afirmativas en psicoterapia siguen siendo necesarios y urgentes. La opresión a través de violencia y estigmatización hacia personas LGBTIQ+ se fundamenta en órdenes sociales estructurales sobre el género y la sexualidad, que están internalizados en las personas. Hacer frente a estas estructuras requiere desarrollar estrategias de análisis que permitan develarlas, para así criticarlas y apuntar a reformarlas.

Los modelos terapéuticos actuales sugieren que la capacitación de terapeutas para personas LGBTIQ+ requiere adquirir ciertos conocimientos y habilidades, pero además requiere que desarrollen la autoconsciencia de su posición social. Esta es una habilidad de pensamiento crítico, que incluye la capacidad para reconocerse como parte de grupos culturales dominantes, como también el involucrarse en un proceso de aculturación ética, el cual les facilite descubrir los efectos de la cultura cis-heteronormativa en sí mismas y adherir a una cultura afirmativa de la diversidad. Esta estrategia podría facilitar que les profesionales deconstruyan sus prejuicios y normas de género internalizadas, las cuales suelen escapar a los conocimientos e intenciones racionales de les profesionales.

Este punto de vista propone variados desafíos a psicoterapeutas e investigadores en la forma de ejercer la psicoterapia y en el estudio del impacto de los estereotipos de género en esta profesión. Primero, se requiere adscribir a una visión de la psicoterapia como teñida por la cultura y aconteciendo en ella, no estéril ni ajena a ella. El modelo biopsicosocial socio constructivista es facilitador de esta postura. Asimismo, el trabajo reflexivo propuesto para la deconstrucción de les terapeutas vuelve necesario poner foco en “la persona del terapeuta”, y su consideración como sujeto social y sujeto sexuado. Les terapeutas han de aceptar que la influencia de la cultura cis-heterosexista permea en diversos niveles la práctica y la experiencia de la psicoterapia, y parte de su (de)formación consta de cultivar habilidades y actitudes críticas con la cual develarla en distintas situaciones. Por ello, para minimizar lo más posible la reproducción inconsciente de normas opresoras que revictimizan a sus consultantes y perjudican la calidad de su atención, requiere que se comprometan a desarrollar la dimensión de Autoconsciencia como parte de su trabajo.

De esta manera, para implementar una psicoterapia sensible a las necesidades de las personas LGBTIA+, se propone que no basta con adquirir conocimientos sino contar con una metodología particular, la cual busque transformar las dinámicas estigmatizantes a nivel estructural. La perspectiva de “Hacer Género” aplicada a la psicoterapia abre un foco de estudio donde es posible develar prácticas y microprocesos implícitos en que les participantes de la psicoterapia se encuentran vulnerables a replicar acciones normativas de género y sexualidad, y se espera que investigaciones futuras amplíen esta línea de trabajo.

Considerando los efectos perjudiciales de la reproducción de violencias basadas en género y sexualidad dentro de la atención terapéutica, este proceso ya no se figura como una opción sino más bien un deber ético para la psicología como disciplina y para les terapeutas como profesionales, en pos de lograr una atención en salud mental más efectiva para personas LGBTIQ+. Es un llamado a construir una psicología alineada con las garantías de derechos humanos fundamentales, aportando al desarrollo de una sociedad más justa para todes.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. Washington, D.C. www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf
- Amnistía Internacional. (2001). *Crimes of hate, conspiracy of silence: Torture and ill-treatment based on sexual identity*. London: Amnesty International Publications. <https://www.amnesty.org/en/documents/act40/016/2001/en/>
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Pearson Education.
- Beattie, M., & Lenihan, P. (2018). *Counselling Skills for Working with Gender Diversity and Identity*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bieschke, K., & Dendy, A. (2010). Using the Ethical Acculturation Model as a Framework for Attaining Competence To Work With Clients Who Identify as Sexual Minorities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 424–434. <https://doi.org/10.1037/a0021121>
- Boroughs, M., Bedoya, A., O'Clairigh, C., Safren, S. (2015). Toward Defining, Measuring, and Evaluating LGBT Cultural Competence for Psychologists. *Clinical Psychology*, 2, 151-171. <https://doi.org/10.1111%2Fcp.12098>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós Ibérica.
- Gil-Borelli, C., Velasco, C., Iniesta, C., De Beltran, P., Curto, J. y Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175-177. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
- Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., & Abma, T. A. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, (84), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.016>
- Chilet-Rosell, E., & Hernández-Aguado, I. (2022). Solving gender gaps in health, what else is missing? *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 45-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.002>
- Connell, R. (2011). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*, (74), 1675-1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Consejería de Asuntos Sociales. (2015). *Guía de Atención a Menores con Diversidad de Género de la Comunidad de Madrid*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013919.pdf>
- Enson, S. (2015). Causes and consequences of heteronormativity in healthcare and education. *British Journal of School Nursing*, 10(2), 73-78. [10.12968/bjsn.2015.10.2.73](https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.2.73)
- Finnerty, P., Kocet, M. M., Lutes, J., & Yates, C. (2017). Affirmative, strengths-based counseling with LGBTQI+ people. <https://doi.org/10.1002/9781119375517.ch10>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia. (2019). *Lineamientos de Atención en los Servicios de Salud que consideran el Enfoque Diferencial, de Género y No Discriminación para Personas LGBTI*
- FRA - European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EULGBTI - II A long way to go for LGBTI equality*. Vienna, Austria: Publication Office of the European Union. <https://doi.org/10.2811/7746>
- Fundación Todo Mejora. (2017). *Bienestar, Salud e Inclusión: Orientaciones Generales para Profesionales que trabajan con Niños, Niñas y Adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales*. <https://todomejora.org/guias/>
- Gómez-Lamont, M. (2018). *Terapia Sistémica Multicultural con Perspectiva de Género*. Editorial Académica Española.
- Gros, A. (2016). Judith Butler y Beatriz Preciado: una comparación de dos modelos teóricos de la construcción de la identidad de género en la teoría queer. *Revista Civilizar Ciencias Sociales Y Humanas*, 16(30), 245-260. <https://www.redalyc.org/pdf/1002/100246672016.pdf>
- C. Hagemann-White (1988) *Frauen Männer Bilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion*. AJZ.
- Hawkes, S., & Buse, K. (2013). Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, (381), 1783-1787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
- Heck, N., Flentje, A., & Cochran, B. (2013). Intake Interviewing with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clients: Starting from a Place of Affirmation. *J Contemp Psychother*, (43), 23-32. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9220-x>
- IPSOS. (2024). *LGBT+ Pride 2024. A 26-Country Ipsos Global Advisor Survey*. Washington, D.C. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-05/Pride%20Report%20FINAL_0.pdf
- ILGA World. (2024). *Global database on LGBTI conversion therapies*. ILGA World. Retrieved November 22, 2024. <https://database.ilga.org/conversion-therapies-lgbti>
- Keating, L., Muller, R., & Wyers, C. (2021). LGBTQ+ People's Experiences of Barriers and Welcoming Factors When Accessing and Attending Intervention for Psychological Trauma. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 77-92. <https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1868376>
- Klein, M. (2016). Über die Bedeutung von Gender im therapeutischen Prozess. *Z Psychodrama Soziom*, 2(15), 105-117. <https://doi.org/10.1007/s11620-016-0360-y>
- Lemoire, J., & Chen, C. (2005). Applying Person-Centered Counseling to Sexual Minority Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 146-154. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00591.x>
- Marecek, J., & Kravetz, D. (1977). Women and Mental Health: A Review of Feminist Change Efforts. *Psychiatry*, 40(4), 323-329. <https://doi.org/10.1080/00332747.1977.11023945>

- Martínez, C., Tomicic, A., Rosenbaum, C., Gálvez, C., Rodríguez, J., & 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 de Chile.
- McLeod, J. (2003). *An introduction to counseling.* Open University Press.
- Meyer, I. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <https://www.jstor.org/stable/2137286>
- Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Salud y adolescencias LGBTI: herramientas de abordaje integral para equipos de salud.* Buenos Aires.
- Nadal, K. L. (2018). *Microaggressions and traumatic stress: Theory, research, and clinical treatment.* American Psychological Association.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC) (2019). *Nada Que Curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG.* México.
- ONU Asamblea General. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Ginebra: Centro de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- 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. <https://doi.org/10.14417/lp.683>
- Pereira, H., Cunha, M. J., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2019). Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study. *Community Mental Health Journal*, 55(5), 884-893. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00373-0>
- Platt, L., Kay, L., and Scheitle, C. (2017). Patterns of mental health care utilization among sexual orientation minority groups. *J. Homosex.* 65, 135-153. 10.1080/00918369.2017.1311552
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holroyd, J. (2000). Sexual feelings in psychotherapy. American Psychological Association.
- Riddle, D. (1996). Riddle Homophobia Scale. In M. Adams, P. Brigham, P. Dalpes, & L. Marchesani (Eds.). *Social diversity and social justice: Gay, lesbian, and bisexual oppression* (p. 31). Dubuque: IA: Kendall/Hunt Publishing.
- Queer Affirmative Caucus (2014). *LGBT Affirmative Therapy* American Association for Marriage and Family Therapy. AAMFT. https://education.uoregon.edu/sites/default/files/affirmative_therapy_handout_0.pdf
- Quesada, R. (2020). *La salud mental de los jóvenes gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales y queer.* Trabajo Final de Grado de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.
- Quinn, A. (2013). A Person-Centered Approach to Multicultural Counseling Competence. *Journal of Humanistic Psychology*, 53(2), 202-251. <https://10.1177/0022167812458452>
- Riggs, D.W. & Treharne, G.J. (2017). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64, 592-605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>
- Röndahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31, 345-349. 10.1016/j.nedt.2010.07.003
- Root, M. P. (1992). Reconstructing the impact of trauma on personality. In L. S. Brown & M. Ballou (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 229-265). Guilford.
- Sandor, B. (2021). *Prevenir y combatir los diferentes tipos de violencia contra la infancia y adolescencia LGTBI+.* Guía para Profesionales. España: Universitat de Girona.
- Schigl, B. (2019). Gender als notwendige Perspektive psychotherapeutischen Handelns. *Psychotherapie Forum*, 23, 18-24. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0109-y>
- Schwartz, J. (2010). Investigating differences in public support for gay rights issues. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 748-759. <https://doi.org/10.1080/00918369.2010.485875>
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. <https://doi.org/10.1037/a0022251>
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821. <https://doi.org/10.1177/0011000001296002>
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477-486. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1992.tb00563.x>
- Sue, D. & Capodilupo, C. (2007). *Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice.* The American Psychologist, 62(5), 271-286.
- The British Psychological Society. (2019). *Guidelines for psychologists working with gender, sexuality and relationship diversity.* Leicester, United Kingdom.
- Tomicic, A., Martínez, C., & Rodríguez, J. (2020). Using the Generic Model of Psychotherapy to Develop a Culturally-Sensitive Approach to Psychotherapy With Sexual and Gender Minority Patients. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://10.3389/fpsyg.2020.599319>
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.* Minerva.

- West, C., & Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125. 151. <https://www.jstor.org/stable/189945>
- Wilton, T., 2000. *Sexualities in Health and Social Care. A Textbook*. Philadelphia.
- Zabalegui, M. (2021) *INCLUSIVO, un lenguaje hacia la(s) equidad(es)*. Editorial Autores de Argentina.