



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A UNA
PERSONA LGTBIQ+ CON
SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DESDE
EL ENFOQUE AFIRMATIVO Y
GESTALT

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

CATHERINE GIOVANNA REVOLLAR
ZOPPI

LIMA – PERÚ

2023

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A UNA PERSONA LGTBIQ+ CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DESDE EL ENFOQUE AFIRMATIVO Y GESTALT

INFORME DE ORIGINALIDAD



ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ
C.P.S.P. 10324

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

ilga.org

Fuente de Internet

1%

3

www.apa.org

Fuente de Internet

1%

4

issuu.com

Fuente de Internet

<1%

5

www.polodelconocimiento.com

Fuente de Internet

<1%

MIEMBROS DEL JURADO

MG. GIANCARLO MANUEL FRANCIA SÁNCHEZ

Presidente

MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

Vocal

LIC. JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MG. ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ

DEDICATORIA

*A ti, persona de la diversidad sexual y de género,
visible o aún no visible, porque tu mera existencia es
sinónimo de lucha y resiliencia.*

*Valoro tu presencia y,
cada batalla interna y externa,
que te ha tocado vivir y las que vives,
gracias por seguir aquí.*

*Mucha calma,
no estás sola, sola, ni solo,
aunque a veces se perciba así.*

¡Fuerza y resistencia!

AGRADECIMIENTOS

A mi papá, por su perseverancia y lucha, ya que logra mantenernos a flote y demostrar que la vida no se detiene.

A mi mamá, por su tenacidad y bondad, ya que logra demostrarnos, una y otra vez, que podemos levantarnos al caer.

A mi hermano, por su sensibilidad y sus ganas de disfrutar cada día, ya que logra recordarnos que la vida es a cada momento.

A mis abuelas y tías más allegadas, porque con su aceptación y apoyo ha sido más sencillo el andar.

A mi familia elegida, porque gracias a su soporte, amistad y amor, el camino ha sido de múltiples colores cuando a veces se tornaba blanco y negro, gracias por no rendirse conmigo.

A mis compañeros de lucha porque, gracias a su fuerza, activismo y resonar en sentires, mi propio proceso ha sido, y sigue siendo, más amigable y sostenido a su lado.

A mí, por cada momento, risa, lágrima y grito que ha involucrado mi existencia y, sobre todo, por seguir apostando por mí.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.....	3
Descripción de la Institución.....	3
Misión	4
Visión	4
Valores	5
Objetivos	5
Puesto Desempeñado	6
Nombre del Puesto	6
Principales Funciones.....	6
Cargo del Jefe Inmediato	6
Reseña y Ubicación.....	6
Delimitar Área de Trabajo	7
Línea de Investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
Ansiedad.....	8
Sintomatología Ansiosa	10
Salud Mental	15

Factores de Riesgo en la Salud Mental de Personas LGTBIQ+	15
Afectaciones en la Salud Mental de Personas LGTBIQ+	26
Modelo del Estrés de Minorías	29
Intervención Psicológica	34
Psicoterapia Gestalt	34
Enfoque Afirmativo	41
Lineamientos de atención virtual	55
Antecedentes	62
Antecedentes Nacionales	62
Antecedentes Internacionales	64
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	67
Contextualización del Problema	67
Problema de Estudio	69
Intervención	75
Objetivos de la Intervención	75
Indicadores de Logro	75
Público Objetivo	75
Descripción del procedimiento	76
Metodologías empleadas en el caso	93
Descripción de los abordajes, técnicas e instrumentos	93
Procedimiento	97

Consideraciones Éticas.....	98
Capítulo IV: Resultados	100
Descripción de los resultados hallados.	100
Discusión de los resultados	108
Capítulo V: Reflexión de la Experiencia	115
Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	115
Impacto a Nivel Profesional.....	115
Impacto en la Institución con los Resultados Hallados.....	116
Aporte en el Área Psicológica y en el Contexto	117
Conclusiones	118
Recomendaciones.....	119
Referencias.....	120
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cronograma de trabajo.....	78
Tabla 2 Indicador de sintomatología ansiosa en base a lista de chequeo.....	100
Tabla 3 Indicadores de sintomatología ansiosa – abordaje dialogal y entrevista	100
Tabla 4 Indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género en base a lista de chequeo	102
Tabla 5 Indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género – abordaje dialogal y entrevista	102
Tabla 6 Indicador de la autopercepción positiva en base a la lista de chequeo .	103
Tabla 7 Indicador de la autopercepción positiva en base - abordaje dialogal y entrevista	103
Tabla 8 Indicador de soporte social en base a la lista de chequeo	105
Tabla 9 Indicador de soporte social-abordaje dialogal y entrevista.....	105
Tabla 10 Resultados de la encuesta de satisfacción y entrevista final	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Tipos de estrés	32
Figura 2 Etapas de valoración del riesgo	58
Figura 3 Proceso de intervención.....	98

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional describe la experiencia profesional de una intervención psicológica cuyo objetivo principal fue disminuir la sintomatología ansiosa a través de una intervención psicológica desde el enfoque afirmativo y gestalt. Para la implementación efectiva de este enfoque, resulta crucial comprender los conceptos clave relacionados con la diversidad sexual y de género, así como familiarizarse con el contexto que rodea a la comunidad LGTBIQ+. Esta comunidad, además de enfrentar los factores estresantes comunes a todas las personas, se ve sometida a estresores adicionales que impactan directamente a su salud mental. La intervención se llevó a cabo con una persona cisgénero femenina, quien se identifica como bisexual y tiene 22 años. Reside en Perú y la intervención se desarrolló de marzo a junio del año 2022. Se llevaron a cabo 12 sesiones virtuales empleando, principalmente un abordaje dialógico y psicoeducativo. La entrevista semi estructurada y la lista de chequeo se utilizaron para evaluar los avances evidenciados durante el proceso. Como principal resultado de la intervención, se obtuvo que la intervención psicológica desde el enfoque afirmativo y gestalt ayuda en la reducción de la sintomatología ansiosa y fomenta la aceptación de la diversidad sexual y de género.

Palabras clave: Diversidad, Estrés de Minorías, Gestalt, Salud Mental

ABSTRACT

The present work on professional sufficiency describes the professional experience of a psychological intervention whose main objective was to reduce anxious symptomatology through a psychological intervention from the affirmative and gestalt approach. For the effective implementation of this approach, it is crucial to understand the key concepts related to sexual and gender diversity, as well as becoming familiar with the context surrounding the LGTBIQ+ community. This community, in addition to facing the stressors common to all people, is subjected to additional stressors that directly impact their mental health. The intervention was carried out with a female cisgender person, who identifies as bisexual and is 22 years old. She resides in Peru and the intervention took place from March to June 2022. 12 virtual sessions were carried out, mainly using a dialogic and psychoeducational approach. The semi-structured interview and the checklist were used to evaluate the progress evident during the process. As the main result of the intervention, it was obtained that psychological intervention from the affirmative and gestalt approach helps in reducing anxious symptoms and promotes the acceptance of sexual and gender diversity.

Keywords: Diversity, Minority Stress, Gestalt, Mental Health

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha puesto mayor énfasis acerca de la importancia de abordar la salud mental de las personas LGTBIQ+ desde un enfoque afirmativo. Esto debido a que complementa los modelos de terapia para atender las necesidades específicas de las personas de la diversidad sexual y de género.

El principal pilar del enfoque afirmativo es la validación y aceptación de las respectivas identidades de género y orientaciones sexuales y surge debido a las situaciones de discriminación y retos únicos que las personas de la diversidad sexual y de género experimentan en el día a día, siendo ello, factores estresantes adicionales con los que la persona debe lidiar además de los estresores de la vida diaria. Debido a estos factores, algunas personas podrían desencadenar sintomatología ansiosa u otras afectaciones de la salud mental.

El enfoque busca ayudar a las personas de la diversidad sexual y de género a explorar y comprender las causas subyacentes de su malestar emocional, desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades para manejar las consecuencias que el modelo del estrés de minorías señala. Además, de fomentar la construcción de una identidad y autoestima positiva, el fortalecimiento de las redes de apoyo y promoción de la resiliencia que las personas LGTBIQ+ han desarrollado a lo largo de la historia.

Es importante que profesionales de la salud mental manejen un enfoque afirmativo en consulta con pacientes de la diversidad sexual, razón por lo cual el objetivo general del trabajo de suficiencia profesional es disminuir la sintomatología ansiosa a través de una intervención psicológica desde el enfoque afirmativo y gestalt.

Para ello, el presente trabajo está constituido por cuatro capítulos donde se aborda: Capítulo I: la experiencia profesional y el contexto; Capítulo II: la revisión teórica respectiva que incluye conceptos claves, estrés de minorías y enfoque afirmativo; Capítulo III: la metodología, donde se describe la contextualización del caso, los abordajes, herramientas utilizadas y el esquema de intervención; y finalmente, el Capítulo IV, que presenta los resultados junto con el análisis correspondiente y la reflexión de la experiencia. Se espera con lo descrito, generar un impacto en la comunidad y profesionales en salud mental, así como, beneficiar a los objetivos sostenibles.

CAPÍTULO I: EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

Descripción de la Institución

Es una organización feminista que promueve la igualdad y la no discriminación de las personas LGTBIQ+. Colabora con organizaciones públicas y privadas, organizaciones de derechos humanos y la sociedad civil, brindando servicios de educación y cobertura mediática sin exclusión alguna, y promoviendo la investigación y la reflexión sobre temas de diversidad sexual, género y corporal. Se rige por la Constitución Política del Estado, el Código Civil, su estatuto, reglamentos y demás normas pertinentes (Acta de Constitución de la Asociación Civil, 2017).

Actualmente, tiene diversas áreas de trabajo:

1. Educación e Incidencia Social: tiene dos líneas principales, la primera es salud mental, cuyos servicios son contención emocional, orientación y consejería y psicoterapia breve desde un enfoque afirmativo y de primeros auxilios psicológicos a personas de la comunidad LGTBIQ+. La segunda línea es de educación, la cual brinda capacitaciones y formaciones relacionadas a la diversidad sexual y enfoque afirmativo a profesionales en salud mental, empresas, instituciones educativas, ONG, sociedad civil, entre otros.
2. Incidencia Política: participa tanto a nivel nacional como internacional, en mesas de trabajo y espacios destinados a velar por los derechos humanos de las personas LGTBIQ+. Sumado a ello, cuenta con un área legal que brinda asesoría de casos de violencia y discriminación basada en género, orientación sexual y características sexuales, así como, para

casos de reconocimiento de familias y parejas LGTBIQ+, y realiza litigios estratégicos para reconocimiento de uniones de personas del mismo género y la identidad de género de personas Trans.

3. Proyectos e investigación: tiene dos líneas importantes, la primera busca visibilizar y generar estadística, que refleje la situación actual de la comunidad LGTBIQ+, a través de estudios, investigaciones y observatorios. La segunda, busca y coordina los diversos proyectos que se estén llevando a cabo en la Asociación.
4. Comunicación y campañas: brinda información actualizada sobre los hitos, conceptos, campañas, entre otras temáticas relacionadas a la comunidad LGTBIQ+ por redes sociales y su página web, así mismo, realiza una serie documental sobre la historia queer¹ en distintas regiones del país.

Misión

La Asociación Civil tiene como misión trabajar por la promoción del bienestar de las personas y familias que están integradas por personas LGTBIQ+. Así también, velar por la salud mental, el acceso a servicios equitativos y la protección de los derechos de las personas de la diversidad sexual y de género.

Visión

La Asociación Civil busca convertirse en una figura política de importancia, destacándose por su reconocimiento, visibilidad y su capacidad para tener un fuerte

¹ Queer: término paraguas que abarca todas las orientaciones sexuales e identidades de género de la diversidad sexual, en otras palabras, personas que se identifican como LGTBI+ (Bazan et al., 2022)

impacto en asuntos relacionados con la diversidad sexual, de género y corporal en la esfera pública.

Valores

Los valores descritos en el Acta de Constitución de la institución son los siguientes:

- La colaboración entre sus miembros se basa en una dinámica orgánica y democrática, promoviendo la igualdad, la confianza y la cooperación entre ellos.
- Se valora profundamente la diversidad, considerando el respeto como un principio fundamental.
- La toma de decisiones se rige por una ética que prioriza el bienestar colectivo por encima de los intereses personales
- Se promueve la renovación de liderazgos dentro de la asociación, fomentando la continuidad y el crecimiento.

Objetivos

Los objetivos descritos en el Acta de Constitución de la institución buscan lograr:

- Un país donde la diversidad sea reconocida como un valor y como una riqueza social.
- Un país con plena igualdad de derechos, con instituciones, marcos legales y políticas que reconozcan y garanticen los derechos humanos de la diversidad sexual, de género y corporal.
- Una sociedad "politizada", que tome conciencia y acción sobre sus derechos y se mantenga crítica y propositiva de su situación.

Puesto Desempeñado

Nombre del Puesto

Asistente de psicología

Principales Funciones

- Asistencia en la coordinación y gestión de los proyectos relacionados al área de salud mental y educación.
- Asistencia en la elaboración, organización y ejecución de capacitaciones y talleres relacionados a diversidad sexual y enfoque afirmativo a las distintas instituciones educativas, públicas y privadas, empresas, ONG, entre otras.
- Brindar primeros auxilios psicológicos bajo un enfoque afirmativo a personas LGTBIQ+, así como, realizar intervención psicológica de forma virtual.
 - Realizar reportes sobre los casos atendidos y asistir a las reuniones de supervisión de casos.

Cargo del Jefe Inmediato

Coordinación del equipo psicológico, a cargo de una persona profesional en psicología con colegiatura vigente.

Reseña y Ubicación

Asociación Civil de derecho privado y sin ánimo de lucro ubicada en un distrito de Lima, Perú. Se formó en el año 2017 a raíz que un grupo de activistas, quienes eran parte de las colectivas que buscaban la aprobación por el reconocimiento legal de las parejas del mismo género entre los años 2013 y 2016 en el Perú a través de movilizaciones a nivel nacional, decide renovar su

compromiso por la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas LGTBIQ+.

Delimitar Área de Trabajo

Línea de Investigación

El presente trabajo de suficiencia profesional, está orientado a la línea de investigación “Bienestar psicológico y salud mental”, la cual investiga los factores emocionales y de salud mental que regulan el bienestar psicológico y permite la adaptación orientada a la calidad de vida de las personas, según describe la coordinación de investigación, ciencia y tecnología (2023), de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Más del 50% de personas LGTBIQ+ que participaron de la primera encuesta virtual para personas LGTBIQ+ del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) reportaron problemas de salud mental como principal problema de salud en el país. Ante ello, el uso del enfoque afirmativo en la práctica psicológica es un factor importante para contrarrestar esa percepción (Hernández, 2021a).

Asimismo, se enmarca en los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización Mundial de la Salud (OMS) números 3, 5 y 10, puesto que busca contribuir con la salud y bienestar, la igualdad de género y la reducción de desigualdades (Naciones Unidas, 2022).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Ansiedad

El diccionario de la Asociación Americana de Psicología (2023), define a la ansiedad como una emoción que se caracteriza principalmente por el miedo y síntomas físicos de tensión que surgen a raíz de pensamientos anticipados de la persona con índole de peligro, catástrofe o desgracia. Frente a dicha amenaza percibida, el cuerpo manifiesta tensión en los músculos, aceleración de la respiración y el ritmo cardíaco. En este punto, es importante hacer distinción del miedo y de la ansiedad, el miedo es una respuesta proporcionada que está orientada al presente y es de corta duración, a comparación de la ansiedad que es de respuesta desproporcionada a la realidad, de acción prolongada y orientada al futuro (OMS, 2023).

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2023), en afinidad con otros autores, refiere que la ansiedad es un estado emocional que conlleva estrés y no es placentero para la persona. Esto debido a que produce sentimientos de intranquilidad y nerviosismo de forma anticipada a la amenaza percibida. La ansiedad puede ser adaptativa y tiene como función la preparación para prever y tomar decisiones ante situaciones peligrosas, sin embargo, cuando el grado de ansiedad es elevado, continuo y supera la capacidad adaptativa de la persona, genera diversa sintomatología que provoca disfunción y angustia excesiva, tratándose en ese momento como un tema de mal adaptación y se considera un trastorno en salud mental (Barnhill, 2020; D'Acunha, 2019, como se citó en Mateo, 2022). Esto último debido a que altera de forma significativa situaciones cotidianas de la vida, así como

los aspectos personales, sociales, académicos y profesionales de la persona (CIE-11, 2023; Yañez, 2022).

Es importante mencionar que, existen distintos tipos de trastornos de ansiedad, dentro de los más frecuentes se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, ansiedad social y varios trastornos relacionados con la fobia (NIMH, 2023).

El trastorno de ansiedad generalizada, tiene como principal característica la ansiedad y preocupación de manera excesiva y persistente. Además, frente a diversas situaciones o actividades, la persona encuentra dificultad en poder controlar entre tres a más síntomas. Cabe mencionar que, para poder considerar el diagnóstico, la sintomatología debe manifestarse de forma recurrente (mayoría de días) por un periodo mínimo de seis meses (Tortella-Feliu, 2014) y no debe estar asociado a los efectos de alguna sustancia o síntoma de alguna enfermedad física y generar afectación de forma significativa en diversas áreas de vida (APA, 2014; OMS, 2023).

El trastorno de angustia, consiste en la aparición de crisis de angustia de forma inesperada y de forma reiterada. Al menos una de estas circunstancias va acompañada, durante al menos un mes, de una preocupación constante acerca de la posibilidad de experimentar nuevas crisis o sus consecuencias, y/o de cambios significativos y desadaptativos en el comportamiento relacionado con las crisis de angustia (Tortella-Feliu, 2014).

Para que la ansiedad social sea considerada trastorno, el miedo o ansiedad debe ser de forma intensa y aumentar su aparición de manera significativa en contextos sociales donde la persona se expone a ser juzgada por las demás personas.

El temor es a tener ciertas conductas o mostrar sintomatología ansiosa y que pueda ser juzgada por las demás personas (Tortella-Feliu, 2014).

Sintomatología Ansiosa

Se puede manifestar a través de componentes fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos, los cuales incluyen lo siguiente (Bomyea et al., 2015; Chang, 2015; Díaz, 2019; Maté, Hollenstein y Gil, 2004, como se citó en Montes-Nogueira y Romo-Gonzales, 2017; NIMH, 2023):

- *Fisiológicos*: tensión muscular, respiración acelerada, aceleración del ritmo cardiaco, sensación de falta de aire, alteración del sistema digestivo, náuseas, vómitos, mareos, dolores de cabeza, mayor sudoración, cansancio, hormigueo en el cuerpo, alteración del sueño, apetito y libido, mayor facilidad para fatigarse.
- *Conductuales*: agitación psicomotriz, cambios en el área social, evitación situaciones que son percibidas como amenaza, alteración del ritmo del habla, verborrea (palabras excesivas al hablar), agitación que puede llegar a conducta suicida, acciones coordinadas ineficaces (torpeza), entre otras acciones que tienen como objetivo prevenir, controlar, afrontar o huir del peligro.
- *Cognitivos*: pensamientos dentro de las categorías de peligro, catástrofe, desgracia, sobregeneralización, maximizar lo negativo y minimizar lo positivo, autopercepción de indefensión, disminución de la concentración, tener la mente en blanco.

- *Afectivos*: miedo, incertidumbre, inestabilidad, inquietud, aprehensión, culpa, sensación de estar fuera de control o atrapado/a o con los nervios de punta, irritabilidad.

Es importante mencionar que existen ciertos factores que pueden predisponer a una persona a manifestar ansiedad o desarrollar un trastorno de ansiedad, ellos son (Mayo Clinic, 2021; Kuba, 2017):

- *Trauma psicológico*, las personas LGTBIQ+ que están expuestas a un ambiente hostil desde la infancia, recibiendo un mal trato y/o haber presenciado un evento de discriminación por orientación sexual o identidad de género, pueden desarrollar un trastorno de ansiedad.
- El *estrés continuo*, que se relaciona con el estrés de minorías, propone que, además del estrés que ocasiona la preocupación constante por el futuro, el tratamiento y los cambios por alguna enfermedad física, así también, la salida del clóset de una persona LGTBIQ+ genera niveles de estrés altos debido a que deben hacer visible su orientación sexual y/o identidad de género a la familia, amistades, escuela, centro de laboral y con cada persona y grupo nuevo. Esto último debido a que la sociedad asume y espera que las personas sean heterosexuales y cisgénero.
- Cuando se habla de *genética* como factor que predispone el desarrollo de trastorno de ansiedad, significa que dicho trastorno puede ser hereditario, para ello se deberá indagar si hay antecedentes en la familia biológica con trastorno de ansiedad u otros trastornos mentales.
- Las *sustancias como alcohol o drogas* pueden provocar o incrementar la ansiedad en quienes tienen un consumo elevado y/o indebido, al igual

que el estado de abstinencia cuando se deja de consumir. Es sabido que las personas LGTBIQ+ tienen mayor predisposición al uso de sustancias y alcohol como estrategia para lidiar con el estrés de minorías.

- Quienes tienen *otros trastornos mentales*, como el trastorno depresivo, pueden tener mayor predisposición a desarrollar ansiedad.
- Finalmente, la *ausencia de herramientas de afrontamiento*, o la idea y percepción de no poder afrontar una situación, incrementa los niveles de ansiedad.

Es importante mencionar que el estrés no regulado predispone a la persona a que pueda desarrollar ansiedad (Molina-Jimenez et al., 2008). Así también, Melgosa (1995) señala que la ansiedad representa una de las expresiones psicológicas más perjudiciales del estrés. Si bien, es común experimentar cierto nivel de ansiedad ante situaciones de incertidumbre, la ansiedad en exceso no resulta beneficioso para la persona.

Modelos Teóricos. A continuación, se presentan los modelos teóricos de la ansiedad:

Modelo de la Ansiedad de Beck. Este modelo planteado por Clark y Beck, plantean que la activación de la ansiedad se da en dos etapas. La primera, la persona realiza un mapeo rápido y efectivo sobre los peligros (consecuencias) que podría tener una situación específica. Así también refiere que, en el trastorno de ansiedad, ello se presenta de una forma exagerada de la gravedad de un posible daño, así como una excesiva valoración de la probabilidad de que dicho daño ocurra. En la segunda etapa, la persona realiza una reevaluación cuyo proceso requiere de estrategia, control y elaboración de la información obtenida. Por otro lado, el modelo refiere

que existe la tendencia en las personas de subestimar sus propios recursos de afrontamiento (2012, como se citó en Díaz, 2019).

Modelo de Evitación de la Preocupación y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (MEP). Este modelo está basado en la teoría del miedo en dos fases de Mowrer (1974) y también deriva del modelo de procesamiento emocional de Foa y Kozak (1986).

Behar et al. (2011) refiere que el MEP sostiene que la preocupación es una herramienta para eludir estímulos que estén llenos de emociones, como imágenes vividas y de reacción somática que comúnmente están asociadas con una situación que genera miedo o ansiedad. Esta evitación de las experiencias emocionales y somáticas impide al miedo procesarse a nivel emocional, que teóricamente es necesario para que se pueda habituar y extinguir de forma exitosa. En otras palabras, cuando una persona se preocupa, la línea de pensamientos llega a la rumiación, donde se anticipan las situaciones temidas en escenarios de catástrofe, lo cual significa que la experiencia emocional y corporal que normalmente surge ante la situación se detenga o reduzca. Es como si el proceso de preocupación actuara como una barrera que impide que la persona tenga la experiencia de sentir el miedo o ansiedad en niveles esperados, en el momento que se vive la situación. Esto último trae como consecuencia que la persona no pueda adaptarse gradualmente a la situación temida, puesto que no hay un adecuado procesamiento emocional. En otras palabras, la persona no tiene la oportunidad de aprender que dicha situación que acompaña del miedo y la ansiedad no es tan amenazante como la mente lo hace parecer. Por ello, los niveles de la ansiedad y el miedo se ven incrementados con el tiempo a través de la preocupación.

Así también, hay investigaciones que sugieren que las personas con un trastorno de ansiedad generalizada, refuerzan la preocupación con otras personas a través de creencias positivas compartidas ya que no cuentan con otras herramientas para lidiar y encontrar soluciones a situaciones específicas (Behar et al., 2011).

Las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento que se han desarrollado con base al modelo MEP son: la auto observación de situaciones externas, pensamientos, emociones, reacciones psicológicas y conductas; junto con el uso de técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y visualización de momentos e imágenes agradable; autocontrol de desensibilización; control gradual de estímulos; reestructuración cognitiva, orientada a trabajar la flexibilidad ante diversas perspectivas; monitorización del resultado de la preocupación; así también fomentar la conciencia plena en el presente; expectativas de una vida sin restricciones.

Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII). Lo que plantea este modelo es que las personas con TAG encuentran estresantes y molestas a los acontecimientos que presentan incertidumbre o ambigüedad y frente a ello vivencian preocupación de una forma crónica. Esto debido a que tienen la idea que la preocupación les permitirá lidiar de una mejor manera las situaciones que les genera miedo o prevenir dichas situaciones (Behar et al., 2011).

Las herramientas que involucran el tratamiento desde este modelo se encuentran las siguientes: la auto observación; la psicoeducación sobre cómo afrontar la intolerancia a la incertidumbre; evaluación de creencias relacionadas con la preocupación; el desarrollo de una mejor capacidad para enfrentar problemas y el manejo de los miedos claves (Robichaud & Dugas, 2006 como se citó en Behar

et al., 2011). Un punto clave en el tratamiento, es acompañar a la persona a percibir que las dificultades son parte de la cotidianidad y pueden ser una oportunidad en lugar de amenaza.

Modelo Metacognitivo (MMC). Este modelo fue planteado por Wells (1995, 2000, 2004, 2005, como se citó en Behar et al., 2011) y refiere que las personas con TAG vivencian dos formas de preocupación. La preocupación tipo 1, es aquella que frente a una situación que les genera ansiedad se formulan pensamientos positivos sobre ello, y la preocupación tipo 2, es aquella que surge cuando los pensamientos negativos engloban a la preocupación inicial, es “preocuparse por la preocupación”. La preocupación de tipo 2 se asocia a la percepción de no contar con las herramientas para afrontar dicha situación.

El tratamiento consiste en modificar los pensamientos del tipo 2 que eclipsan a las de tipo 1, para que puedan resultar adaptativas, además de trabajar en la confianza de la persona y sus propios recursos. Así también, el contrastar la preocupación con la información que se tiene en la realidad.

Salud Mental

Factores de Riesgo en la Salud Mental de Personas LGTBIQ+

Violencia y Discriminación Hacia Personas LGTBIQ+

En el Perú, la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos elaborada por IPSOS (2019) y por solicitud del Ministerio de Justicia (MINJUS), se estima que la población no heterosexual es aproximadamente el 8% de personas adultas con nacionalidad peruana, y dentro de los principales obstáculos que deben de enfrentar es la discriminación, así como el no reconocimiento de los derechos humanos básicos (IPSOS, 2019).

La discriminación, en la Convención Interamericana Contra toda forma de Discriminación e intolerancia, es definida por la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013), como cualquier acción de distinción o exclusión en el ámbito público o privado con el propósito de restringir o anular los derechos humanos de otra persona. Puede estar fundamentada en factores como la nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, idioma, religión, identidad cultural, opiniones políticas, entre otras. Es decir, ocurre cuando una persona se ve privada de disfrutar sus derechos humanos en igualdad de condiciones comparado con otras personas de una forma injustificada (Amnistía Internacional, 2021).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015), refiere preocupación ante los elevados índices de violencia que se han estado registrando contra personas de la comunidad LGTBQ+ en América, y la falta de respuesta eficiente por parte del Estado. Asimismo, la CIDH (2015) sostiene que los actos de violencia dirigidos hacia personas LGTBQ+, también llamados “crímenes de odio”, actos homofóbicos o transfóbicos, se pueden entender con mayor precisión como violencia basada en prejuicios contra las orientaciones sexuales e identidades de género que están fuera de la norma heterosexual – cisgénero.

Cuando se habla de homofobia, se hace alusión a la discriminación específica hacia personas de la comunidad LGTBQ+. Es importante mencionar que cada identidad es víctima de situaciones de violencia que son particulares, es por ello que también se utilizan los términos homolebóbica o lgtbfobia. Si bien la palabra “fobia”, dentro de un contexto clínico hace referencia al miedo irracional hacia algo, en este caso, la homofobia, lesbofobia, bifobia y transfobia,

son términos cuyo significado se utiliza para referirse a la no aceptación de una persona según su orientación sexual, identidad, expresión de género o diversidad corporal, y esto puede reflejarse, a través de odio, violencia, asco, miedo o exclusión (Hernández, 2021b; Del Val Vega, 2022).

Así también, la homofobia institucionalizada se puede evidenciar en el contexto peruano al no reconocer los derechos básicos para las personas LGTBIQ+. El Comercio (2023), describe cuales son los derechos que aún no son reconocidos para la comunidad LGTBIQ+ en el país. Por ejemplo: el Matrimonio igualitario, el cual busca el reconocimiento de las familias homoparentales; la ley de identidad de género, que en su propuesta busca la modificación de datos personales en el documento nacional de identidad (DNI) que hacen referencia al nombre, y además busca la disposición para que las instituciones públicas y privadas actualicen sus bases de datos con dichos cambios. Por otro lado, está la ley para evitar y sancionar los esfuerzos para corregir la orientación sexual e identidad y expresión de género (ECOSIEG), en otras palabras, prohibir las mal llamadas terapias de conversión; acciones destinadas a registrar exhaustivamente los casos de discriminación y crímenes de odio en contra de personas LGTBIQ+; y, medidas de orden jurídico para incluir la educación integral en sexualidad en el plan de estudios escolar.

Es por ello que, al no contar con un marco normativo a favor de velar por el derecho a una vida digna, las personas LGTBIQ+ se encuentran en un ambiente de constante vulnerabilidad y expuestas a situaciones de riesgo de forma continua, además de afectar el ejercicio de derechos fundamentales como la integridad, identidad, salud, empleo, educación, entre otros (Rodríguez-Espartal, et al., 2022; Defensoría del Pueblo, 2020).

Sumado a ello, la comunidad LGTBIQ+ es percibida como la población más discriminada en el país y con un índice elevado de rechazo en el ámbito laboral sobre la contratación a personas trans y homosexuales (IPSOS, 2019). Así mismo, la desaprobación del matrimonio igualitario y el derecho a la adopción por parejas del mismo género sigue estando en un porcentaje elevado entre peruanas y peruanos, siendo del 66% según encuesta de IPSOS (2023), lo cual daría cuenta el nivel de rechazo institucionalizado que existe en el país.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INEI, 2018) menciona que el 63% de las personas LGTBIQ+, que participaron en la primera encuesta virtual para personas LGTBI, manifestaron ser víctimas de discriminación y/o violencia, principalmente en espacios públicos, seguido del ámbito educativo. En la mayoría de los casos, las personas agresoras fueron pares del colegio o sus respectivos padres/madres, en segundo lugar, líderes religiosos, seguido de funcionarios públicos, en cuarto lugar, miembros de la propia familia, entre otros.

Además, 1 de cada 3 peruanos y peruanas LGTBIQ+ refiere haber sido víctima de discriminación, con mayor recurrencia en la vía pública seguido de su centro de labores. No obstante, el 44% manifestó no realizar alguna acción luego de la situación de discriminación (IPSOS, 2019).

En relación a la violencia por orientación sexual e identidad de género, el Informe Anual del Observatorio de Derechos LGTB, en el año 2017 registró 44 casos de violencia física, 38 casos de discriminación en instituciones privadas, 29 casos por discriminación por parte del Estado, 20 casos por acoso, seguido de 8 asesinatos (crímenes de odio) y 2 suicidios (Silva-Santisteban, et al., 2019). Siguiendo en esa línea, en el año 2020, se registraron 32 casos de violencia física,

31 casos de discriminación por parte del Estado, 23 casos por discriminación en instancias privadas, 22 casos de acoso, 20 asesinatos (crímenes de odio), entre otros (Silva-Santisteban, 2020)

Por otro lado, los Centros Emergencia Mujer (CEM) del Programa Nacional AURORA del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), deben reportar los casos atendidos según población. Así, en el año 2017, se atendieron 149 casos de personas LGTBIQ+, que acudieron principalmente por violencia por identidad de género, seguido por violencia por orientación sexual y con un porcentaje menor, ambas formas de discriminación. En el año 2018, fueron 74 casos atendidos por violencia por orientación sexual e identidad de género según el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los integrantes del Grupo Familiar (Valer Jaime y Viviano Llave, 2019). Asimismo, en el año 2019 se atendieron 98 casos, y en el 2020 solo 58 casos, teniendo como principal motivo la violencia física por parte de algún familiar. En el año 2021 fueron atendidos 132 casos, con principal motivo de consulta la violencia psicológica por parte de la pareja. En el año 2022 los casos aumentaron a 203, siendo la violencia psicológica por parte de algún familiar el motivo principal; y hasta mayo del año 2023, se han reportado 106 casos (MIMP, 2023).

Los casos de homofobia en los colegios del Perú se han ido registrando, desde el 2013, en la plataforma SíseVe del Ministerio de Educación, y hasta la fecha se han reportado 666 casos de violencia escolar homofóbica (MINEDU, 2023), de los cuales 543 han sido entre estudiantes y 123 del personal de la institución hacia la persona estudiante. Así también, la Secretaría Nacional de la Juventud (2017) hizo encuesta dirigida a la población de jóvenes peruanos LGTBIQ+ evidenciando

que el 36% de jóvenes LGBTIQ+ en Lima han sido víctimas de homofobia en las escuelas, en la región de Iquitos fue el 42% y en Trujillo el 35%. Siendo la violencia verbal la más frecuente a través de palabras ofensivas debido a la orientación sexual, identidad y expresión de género. Ello trae como consecuencia que exista mayor riesgo de ausentismo, así como bajo rendimiento escolar propio del impacto de la violencia homofóbica (Cuba y Osorio, 2017).

En relación a la realidad actual en instituciones de educación superior, Bazan et al. (2022) reportó en el Observatorio de prácticas docentes homolesbóbitransfóbicas, que el 80% de las acciones con índole discriminatoria y/o violencia hacia estudiantes fue por parte del profesorado regular y autoridades del centro de estudio, siendo más recurrente en carreras relacionadas a la salud, principalmente psicología y medicina. En el informe del Observatorio, se registró que en las instituciones la violencia más frecuente era mediante burlas, seguido de información y difusión en redes fomentando el odio hacia personas de la diversidad sexual.

En el año 2021, el estudio de Salud Mental de personas LGTBIQ+ en el Perú arrojó que el 83% de personas que participaron manifestó haber sido víctima de algún acto violento, principalmente psicológica, seguido de violencia verbal, así como de violencia física y en un porcentaje menor, violencia sexual (Hernández, 2021a). En el mismo estudio se encontró que la violencia psicológica era más frecuente en personas trans en comparación de personas cisgénero. Así también, las situaciones de violencia y discriminación que las personas LGTBIQ+ reportaron por motivos de su orientación sexual e identidad de género, se dieron

principalmente en sus hogares, seguido del colegio y universidades o institutos superiores (Hernández, 2021a).

Es importante mencionar que de estos indicadores hay un porcentaje que no denuncia por diversos motivos, entre ellos la percepción que es una pérdida de tiempo o por temor a que le digan que no era grave o que se merecía esa violencia, inclusive el miedo a las represalias es un limitante (IPSOS,2019; INEI, 2018). Siguiendo en esa línea, muchas personas LGTBIQ+ prefieren no hacer mención de su orientación sexual y/o identidad de género, esto debido al temor a sufrir discriminación o un acto de agresión, así como miedo a perder a la familia o el trabajo. Sumado a ello, otros factores por los cuales no lo expresan es por miedo al rechazo de sus pares o perder el lugar donde residen o no conseguir un espacio donde poder vivir (Cutipa, 2018; INEI, 2018).

Finalmente, se debe resaltar que también existe la homofobia (homolesbobitransfobia) internalizada y son todas aquellas acciones, conscientes o inconscientes, que una persona LGTBIQ+ tiene hacia su propia persona y con las demás personas de la diversidad sexual y de género (Benitez, 2021). Ello se instaura por prejuicios escuchados y repetidos en su entorno familiar y social desde la niñez y/o adolescencia (Cutipa, 2018), y afecta de múltiples formas, por ejemplo, sentimientos de vergüenza por ser quien es, miedo frente a demostraciones de afecto públicas con parejas de su mismo género y rechazo para quienes son más visibles y salen de la heteronormatividad. También se procura mantener en secreto su orientación sexual e identidad de género, todo lo descrito desarrolla angustia psicológica, entre otras afectaciones a la salud mental y en muchos casos pueden

buscar involucrarse en terapias de conversión (Benitez, 2021; Cutipa, 2018; Hernández, 2021b).

Terapias de Conversión

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito de México (UNODC, 2019) hace referencia que las “terapias de conversión”, “terapias reparativas”, o “Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual, la Identidad o Expresión de Género”, cuyas siglas son ECOSIG o ECOSIEG (Más Igualdad Perú, 2023b), son prácticas que buscan modificar la orientación sexual de una persona homosexual/bisexual hacia la heterosexual, así como la identidad o expresión de género de personas trans. Ello podría darse en contextos de consulta psicológica, psiquiátrica, consejería religiosa, campamentos de verano, entre otros contextos (Hernández, 2021a; UNODC, 2019).

Si bien, ya son más de 30 años desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) excluyó a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en el año 2012, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han expresado su oposición hacia las terapias de conversión ya que no cuentan con base médica y mucho menos científica, y son una amenaza para la salud y el bienestar de las personas que son sometidas a dichas prácticas (Del Carpio, 2020; Muñoz, 2020; Rosales, 2019).

Así mismo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) considera que las terapias de conversión califican como actos de tortura hacia personas LGTBIQ+ (Goytizolo y Torres, 2019; UNODC, 2019), ya que atentan contra la autonomía, libertad, salud e integridad de las personas, dichas prácticas son injustificadas y no cuentan con la ética correspondiente, por lo tanto, deberían tener una sanción y la

posibilidad de ser denunciadas por violación de derechos humanos (Defensoría del Pueblo, 2019; Rosales, 2019).

El Centro Nacional de Derechos de las Lesbianas en Estados Unidos (NCLR, 2018), refiere que a lo largo de la historia, se han utilizado técnicas relacionadas a la castración, terapia de shock electroconvulsivas y lobotomías con el objetivo de cambiar la orientación sexual y/o la identidad de género, inclusive se aplicaban técnicas conductuales y cognitivas, por ejemplo, el uso de la vergüenza para condicionar y crear rechazo hacia las personas de su mismo género, así también se buscaba el cambio motivacional sexual a través del control de la masturbación creando respuestas condicionadas, en otras palabras, se colocaban imágenes de personas del mismo sexo y mediante el empleo de medicamentos inducían el vómito o descargas eléctricas al verlas para generar el rechazo físico (Griffiths, 2017; NCLR, 2018; Soriano, 2002; UNODC, 2019). Como parte de los ECOSIEG se pueden llegar a aplicar violaciones correctivas para “corregir” a la persona diversa y “volverla” heterosexual y cisgénero (Hernández, 2021a; UNODC, 2019). Siguiendo esa línea, existen otras técnicas, por ejemplo, es común utilizar la hipnosis para redirigir los deseos, así también la enseñanza rígida de comportamientos hacia la heterosexualidad y las normas sociales de género. Lamentablemente, la actualidad no se distancia de las prácticas descritas, sin embargo, las medidas extremas se han reducido considerablemente, aunque no significa que hayan dejado de existir (NCLR, 2018).

La Organización OutRight realizó una investigación, acerca de las terapias de conversión y dentro de los principales resultados se encontró que, la mayoría de personas que se exponen a estas prácticas es por obligación o coerción, mientras

que el 34% acuden por voluntad propia. Adicional a ello, la prevalencia de estas terapias está vinculada con los prejuicios y creencias que se tienen sobre la comunidad LGTBIQ+, así como la baja aceptación en contextos familiares, religiosos y social (Bishop, 2019).

Es importante mencionar que hay un contexto existente por lo cual personas LGTBIQ+ buscan, de forma voluntaria, las terapias de conversión. Dentro de los motivos se encuentra la relación entre las creencias religiosas y la homofobia internalizada, propio de los discursos de odio a los cuales están expuestos (Hernández, 2021a, Tozer y Hayes, 2004). Así también la presión que existe por parte de la familia y el entorno social juega un rol importante en la decisión de acudir a las terapias de conversión, ya que la vida de la persona diversa puede estar en riesgo propio de la homofobia existente en su contexto (Hernández, 2021a, UNODC, 2019).

Hernández (2021b) narra su experiencia entrevistando a personas LGTBIQ+ acerca de sus vivencias en salud mental en Perú, y encontró que diversas personas habían tenido situaciones en donde un profesional de salud mental, en su mayoría de la profesión de psicología, o alguna autoridad religiosa habían hecho esfuerzos, sin éxito alguno, por cambiar o curar su orientación sexual o identidad de género. Dichas personas hacen mención que estuvieron sometidas a horas de “psicoterapia”, medicación, misas de sanación o encierro. Además de ello, Goytizolo y Torres (2019) mencionan que entre los años 2017 y 2019, aproximadamente 65 personas buscaron el apoyo psicológico teniendo como principal motivo de consulta la depresión, ansiedad, trauma e intentos de suicidio como consecuencia de las terapias de conversión.

Sumado a ello, en el estudio que realizó Más Igualdad Perú (Hernández, 2021a), se encontró que el 40% de personas LGTBIQ+ participantes reportó haber sido sometida a prácticas de conversión, y de ese porcentaje, un 5% refiere que fue internado como parte de la terapia. Cabe resaltar que más del 60% tenían menos de 18 años, y un gran porcentaje manifiesta que fue por obligación de los padres o la familia, y alguna autoridad religiosa. Dichas prácticas fueron realizadas en alguna institución religiosa, seguido de profesionales en psicología, y psiquiatras o médicos y consistieron principalmente en conversaciones, discursos religiosos, misas, exorcismos, imposición de manos, tratamiento farmacológico, tratamiento hormonal, electroshok, todo con el objetivo de cambiar la orientación sexual e identidad de género. Un porcentaje considerable refiere no recordar en qué consistían dichas terapias (Hernández, 2021a). Esto último puede ser explicado por el trauma que las terapias de conversión traen como consecuencia.

Ryan et al. (2018), investigaron sobre los efectos que las terapias de conversión tuvieron en las personas LGTBIQ+. En dicho estudio se encontró que las personas, que durante su adolescencia fueron sometidas a dichas prácticas, presentan mayores temas relacionados a su salud mental, entre ellos, tendencia a pensamientos suicidas, intentos de suicidio, y un alto nivel de depresión. También se encontró que dicha terapia estaba relacionada a la baja autoestima, déficit en los ingresos económicos y menos logros académicos (Ryan et al, 2018).

Continuando en esa línea, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2009), refiere que son diversas las consecuencias de las terapias de conversión y que se ven reflejadas principalmente en la baja autoestima, mayor odio y rechazo hacia la propia persona, ideas negativas y estigmatizantes hacia la diversidad

sexual, sentimientos como culpa, falta de esperanza, vergüenza, ideas suicidas y suicidio, así también el aumento de abuso de sustancias, deshumanización, disfunción sexual, entre otros (Rosales, 2009). Más Igualdad Perú agrega a esa lista la ansiedad, seguido de la depresión y el trastorno de estrés post traumático, entre otras (Hernández, 2021a).

Por todo lo mencionado, la Asociación Americana de Psiquiatría (2018) y la Asociación Americana de Psicología (2008; 2015; 2022) concluyeron que los ECOSIEG no cambian la orientación sexual ni la identidad de género de las personas, y manifestaron que, quienes ejercen la psicología o psiquiatría, bajo ninguna circunstancia deben sugerir a personas de la diversidad sexual que pueden ser heterosexuales y cisgénero a través de las terapias de conversión.

A pesar de la gravedad de sus efectos, la vulneración de derechos y afectaciones para la salud mental y la vida, todavía no haya una ley que prohíba las terapias de conversión en todos los países (Rosales, 2009), si bien ha habido avances en países de Sudamérica, el Perú todavía no está en esa lista (Hernández, 2021b; Más Igualdad Perú, 2023b) a pesar que la Defensoría del Pueblo (2019) ha manifestado que las terapias de conversión son una amenaza para las personas LGTBIQ+, puesto que tienen contenidos llenos de prejuicios, estigma y discriminación con fundamentos en creencias religiosas y sin sustento científico.

Afectaciones en la Salud Mental de Personas LGTBIQ+

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como un estado de bienestar en donde cada persona tiene las herramientas para enfrentar las situaciones de estrés que puedan presentarse, así como el desarrollo de todas sus habilidades. Menciona también que la persona puede aprender y laborar de forma

adecuada y contribuye a su comunidad. En otras palabras, la OMS, refiere que la salud mental es parte esencial de la salud y el sustento de las capacidades y tomas de decisiones, así como un derecho humano (OMS, 2022).

Existe escasa evidencia en relación a la situación actual de personas LGTBIQ+ en el Perú, sin embargo, a lo largo de la historia, el estigma y rechazo ha sido una constante, por ejemplo, han sido siglos donde la homosexualidad era vista como pecado y enfermedad (Del Carpio, 2020). Recién en el año 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría retira a la homosexualidad como trastorno del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Posterior a ello, en el año 1990, la Organización Mundial de la Salud elimina a la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades más conocida como CIE (Peidro, 2021), y, dentro de las noticias más recientes, en el año 2018, las identidades trans dejan de ser consideradas como un trastorno mental (Naciones Unidas, 2018).

Sin embargo, en la actualidad y a pesar de los hitos mencionados, las personas de la diversidad sexual, son una población que vive en constante vulnerabilidad, expuestas al rechazo y violencias por parte de la sociedad, así como de instituciones tanto públicas como privadas (Espino y Lazo, 2021). Sumado a ello, siguen siendo víctimas de la discriminación por la alta prevalencia de prejuicios que existe en la sociedad (IPSOS, 2019).

La discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género trae consecuencias que afectan de forma directa a la salud mental y con las que deben lidiar las personas LGTBIQ+ en el país. El INEI (2018) encontró que 9 de cada 10 personas LGTBIQ+ víctimas de algún acto con índole discriminatorio. El

70% reportó haber experimentado sentimientos de exclusión o aislamiento social, así también sentimientos de culpabilidad, inutilidad y/o sensación de impotencia. Adicional a ello, más de la mitad reportó fatiga, falta de energía, estrés y estar irritables. El 38.9%, un porcentaje considerable, refiere haber experimentado ideas o intentos suicidas, así como falta o exceso de apetito, y afectación en la concentración y experimentado dificultad para dormir (INEI, 2018).

Los factores de riesgos descritos en el presente trabajo afectan de forma directa al bienestar y a la salud mental de las personas de la diversidad sexual. La sintomatología que acompaña como respuesta a la homofobia es la tristeza y desesperanza, ya que perciben que es imposible afrontar dichas situaciones; así como la ira y frustración antes discursos, burlas y ofensas por parte de sus pares y docentes, entre otras (Bazan et al., 2022). Además, estas experiencias traumáticas pueden provocar altos niveles de estrés, ansiedad, depresión entre otros problemas de salud mental, incluido las ideas de suicidio y el suicidio (Hernández, 2021a) como se mencionó previamente.

Siguiendo esa línea, las personas de la diversidad sexual frente a la discriminación, violencia y rechazo propio de su orientación sexual, identidad y expresión de género procuran no asistir a las instituciones educativas o centros laborales, condicionando así su experiencia, culminación de estudios, afectación en los proyectos de vida, así como su economía (Bazan et al., 2022; Hernández, 2021a; INEI, 2018;). En resumen, la violencia hacia las personas de la comunidad LGTBIQ+ va desde la discriminación cotidiana en cualquier espacio hasta el asesinato, cuyo motivo principal es la orientación sexual, identidad o expresión de género (UNODC, 2019).

Así también, en el estudio que realizó Más Igualdad (Hernández, 2021a), se encontró que en la población LGTBIQ+, la sintomatología más recurrente es la ansiedad junto con baja autoestima e inseguridad, seguido de sintomatología depresiva. En porcentajes menores, pero de igual importancia, se encontró trastorno bipolar, trastorno de estrés post traumático, trastorno límite de la personalidad y consumo o abuso de sustancias psicoactivas. Así mismo, se reportaron ideas e intentos suicidas. Todo lo descrito derivado de situaciones de discriminación y violencia a las cuales están expuestas personas LGTBIQ+, por motivos de orientación sexual e identidad de género (Hernández, 2021a).

Modelo del Estrés de Minorías

En el siglo XIV, el término estrés, era utilizado para describir la opresión, la adversidad y la dificultad (Moscoso, 1998, como se citó en Molina-Jimenez et al., 2008). Años más tarde, Mason (1968), planteó que el síndrome general de adaptación se desencadena en estímulos que causan estrés, siempre y cuando, la persona interprete una situación como amenaza, y enfatizó la relevancia de los aspectos sociales en este proceso.

Existen diversas conceptualizaciones acerca del estrés, de las cuales se pueden identificar tres perspectivas teóricas principales (Herrera-Covarrubias et al., 2017):

- *Teoría basada en la respuesta*, Hans Selye (1936), define al estrés como una respuesta automática del organismo no específica frente a un estresor, la cual se divide en tres etapas: la fase de alarma, es la notificación evidente de la presencia de un factor estresante. Aquí surgen las respuestas fisiológicas como señal de alerta y, en caso la

persona no perciba que cuenta con los recursos suficientes para hacerle frente, surge la segunda etapa. La fase de la resistencia surge, cuando el estrés se prolonga y la persona reconoce que su capacidad de afrontamiento es limitada y por tanto puede experimentar frustración y con ello disminuir su rendimiento. La tercera fase es la del agotamiento, caracterizada por la fatiga, ansiedad y depresión. Estas respuestas pueden surgir de forma independiente o al mismo tiempo (Naranjo Pereira, 2009; PsicoCode, 2021).

- *Teoría basada en el estímulo*: refiere que el estrés se localiza de forma externa a la persona. Se fundamenta en la percepción del estrés como atributos vinculados a los estímulos del entorno, reconociendo que éstos tienen la capacidad de perturbar o modificar el funcionamiento del organismo. Un obstáculo de esta teoría, es que un evento que puede ser un factor de estrés para una persona, podría no serlo para otra (PsicoCode, 2021; Montseny, 2022).
- *Teoría basada en la interacción o transaccionales*: Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como un conjunto de interacciones específicas entre la persona y el entorno, donde la persona percibe la situación como una carga que supera o agota sus propios recursos, poniendo en riesgo su bienestar personal (PsicoCode, 2021; Montseny, 2022).

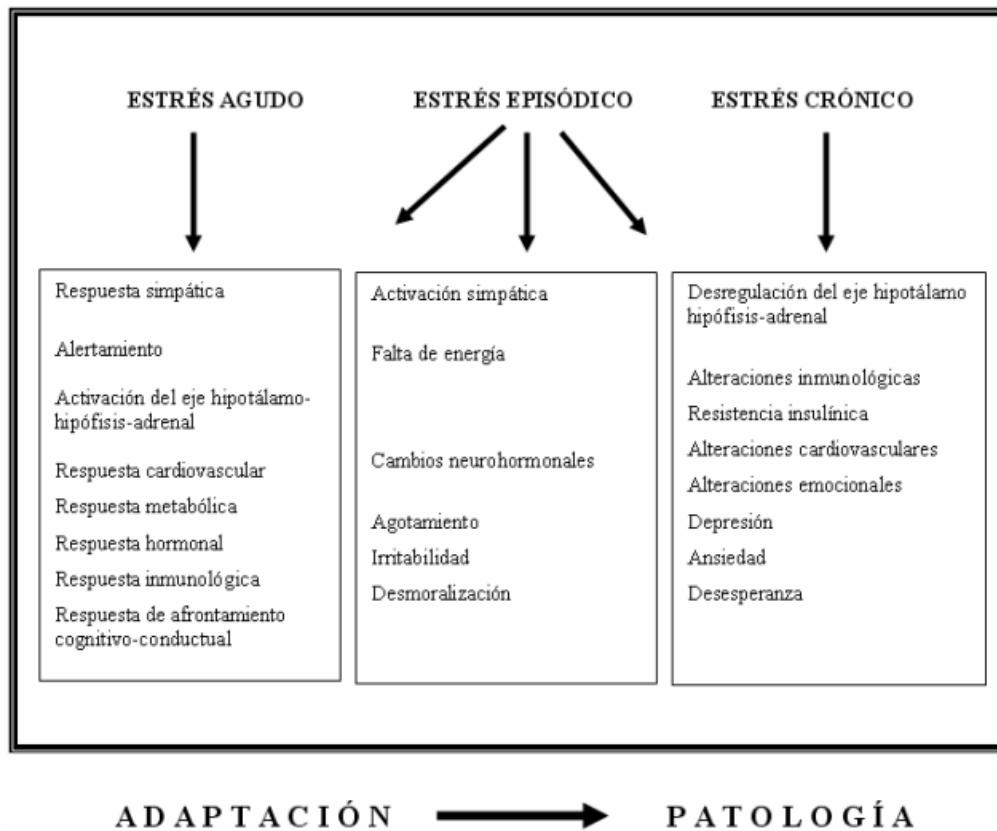
Así también es importante considerar la *teoría del estrés social*, cuya propuesta se basa en que las circunstancias sociales, culturales, y políticos, suelen generar niveles elevados de estrés que impactan de forma directa la salud y calidad de vida (Cocker-ham, 2001, como se citó en Molina-Jimenez et al., 2008).

En relación a los tipos de estrés, existen: estrés agudo, estrés episódico y estrés crónico (American Psychological Association, 2010; Herrera-Covarrubias et al., 2017). *El estrés agudo* es el más frecuente y se experimenta por las demandas y presiones a corto plazo (pasado o futuro) por lo que no genera daño directo. Este tipo de estrés puede ser estimulante y ayuda en afrontar los eventos que se perciben como amenazas. *El estrés agudo episódico*, similar al estrés agudo, solo que es repetitivo e intenso, sin llegar a ser crónico. Y, el *estrés crónico*, conlleva fatiga y produce daño en la salud física y mental. Surge cuando la persona no registra o no cuenta con las herramientas necesarias para afrontar los estresores.

En relación a las respuestas psicológicas del estrés se encuentra: dificultad para la concentración, problemas para tomar decisiones, pérdida de confianza en sí misma o en sí mismo. Así también, estar irritable, preocupada o preocupado y ansiedad. En relación a las respuestas conductuales, tics nerviosos, impulsividad, entre otras (Naranjo, 2009). En la Figura 1 se visualiza la adaptación de McEwn (2005), en relación a las consecuencias por tipos de estrés.

Figura 1

Tipos de estrés



Fuente: McEwen, 2005, citado en Molina-Jimenez et al., 2008.

Diversos autores concuerdan que la definición del estrés es un proceso complejo que involucra estímulos, los cuales se denominan estresores, que requieren de un proceso adaptativo a través de respuestas a nivel psicológico y fisiológico en la persona afectada. La angustia psicológica, como la ansiedad, depresión o ira, suelen ser respuestas comunes ante el estrés cuando los recursos de afrontamiento no son suficientes, y pueden causar consecuencias significativas a largo plazo de no regularse (Anderson et al., 2022).

Con lo descrito previamente, es importante mencionar que, el concepto de estrés va adaptándose de acuerdo a las poblaciones, en ese sentido, el modelo de

estrés de minorías, ayuda poder explicar el elevado índice de prevalencia de problemas en salud mental de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y no binarias en comparación con la población heterosexual cisgénero (Meyer, 2003; Meyer, 2015). Además, explica que el estigma, prejuicios y discriminación, que crean un entorno social hostil y estresante, son factores para los problemas en salud mental de los grupos sociales minoritarios, a diferencia de la población general (Hendricks y Testa, 2012 como se citó en Lefevor et al., 2019; Meyer, 2003; Meyer, 2015).

Continuando en esa línea, Meyer (2003) explica que el estrés de las minorías se basa en los supuestos de que es: *único*, ya que es adicional a los estresores generales que todas las personas experimentan. *Crónico*, debido a que se relaciona con las estructuras culturales y sociales. Y, de *base social*, puesto que está basado en procesos, estructuras e instituciones sociales.

Así también, dicho concepto presenta dos categorías principales en relación a los estresores y se les denomina: distales y próximos. Los *estresores distales* se definen como eventos y condiciones objetivas, en otras palabras, son las experiencias que ocurren fuera de la persona, por ejemplo, los eventos de la vida, tensiones crónicas, discriminación cotidiana o microagresiones, e incluso lo eventos anticipados del curso de la vida que se han frustrado (Meyer et al., 2011). Los *estresores próximos* son definidos como subjetivos debido a que se basan en las percepciones y valoraciones individuales, en otras palabras, es un proceso interno, a nivel cognitivo y emocional, que vivencia la persona, por ejemplo, la homofobia y transfobia internalizada, expectativas de rechazo y discriminación, el estigma

interiorizado, así como el ocultar la propia orientación sexual e identidad de género (Barrientos et al., 2019; Meyer, 2015).

Diversas investigaciones y autores concuerdan en que un elemento importante del modelo de estrés de minorías, es que establece que los factores descritos previamente, pueden ocasionar consecuencias dañinas para la salud. Esto debido a que la comunidad LGTBIQ+ está expuesta a dichos estresores durante toda su vida (Bergelund, 2022; Meyer, 2015).

En relación a las principales afectaciones a la salud mental que se han evidenciado se encuentran: depresión, ansiedad, trastorno por uso de sustancias, suicidio, entre otras; y también varias afectaciones a la salud física que surgen como consecuencias propias del estrés, como el asma (Barrientos et al., 2019; FredriksenGoldsen, Kim, y Barkan, 2012; King et al., 2008; Marshal et al., 2008), viéndose alteradas diversas áreas y proyectos de vida.

Sumado a ello, las estadísticas indican que el suicidio en comunidad LGTBIQ+ son más altos que la población heterosexual cisgénero, y esto se debe a que algunas personas de la diversidad sexual encuentran en el suicidio una herramienta o estrategia para poder afrontar y culminar con los elevados niveles de prejuicio y discriminación que experimentan en el día a día, así como la ansiedad que ello conlleva (Barrientos, 2019; CIDH, 2015; Hernández,2021b).

Intervención Psicológica

Psicoterapia Gestalt

Gestalt es una palabra de origen alemán que apareció por primera vez en el año 1523 en una traducción de la Biblia, la cual tiene como significado figura, configuración o totalidad (Sinay y Blasberg, 2008). En el año 1912, Max

Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Kohler, dieron a conocer la Psicología Gestáltica (Castanedo, 2008), que tiene como base a la fenomenología.

La asociación española de terapia gestalt (2022) narra que, en la década del 40, Firtz Perls y Laura Perls crean la terapia gestalt, y no es hasta el año 1951 que, en la ciudad de Nueva York, Fritz Perls, Ralf Hefferline y Paul Goodman, publican el libro terapia gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana, dando así el primer acercamiento a las bases de la terapia gestalt, generando una nueva propuesta dentro del ámbito de la psicoterapia (Sinay y Blasberg, 2008).

Es importante hacer mención que la psicología de la gestalt no es lo mismo que la terapia gestalt. Esta última toma algunos principios de la psicología de la Gestalt como, por ejemplo, las leyes de proximidad, continuidad de la buena forma, pregnancia, semejanza y tendencia al cierre. Además, de complementar con otras corrientes como el existencialismo y el budismo Zen. entre otras influencias dentro del ámbito de la psicología, como el psicoanálisis (Castanedo, 2008).

La terapia de la gestalt es definida por Sinay y Blasberg (2008), como una visión que integra de forma holística al ser humano, y que da importancia a los aspectos sensoriales, sociales, espirituales, emocionales, afectivos, intelectuales y fisiológicos. Su enfoque pone énfasis en la toma de conciencia (awareness) de la experiencia, así como, en el encuentro entre terapeuta y paciente en el momento presente. Esto engloba también el recuerdo de vivencias previas al “aquí y ahora”, aquellas que están pendientes o inconclusas (Castanedo, 2008). Y, para poder llevarlo a cabo, tiene las siguientes bases epistemológicas:

- *Fenomenología*: busca la descripción de los fenómenos a través de la pregunta “cómo” en lugar de una explicación detallada de los “por qué”

(Sinay y Blasberg, 2008). La psicología de la gestalt aporta en este sentido al destacar que, en cualquier campo perceptivo, la información captada por los sentidos puede ser discernida de un fondo (plano posterior que proporciona contexto a la figura) y una forma (figura que predomina del fondo y varía de acuerdo al individuo y sus necesidades). Los primeros estudios en este campo se esforzaron por demostrar que la percepción está influenciada por factores objetivos como subjetivos, y esta variabilidad depende de la persona (Castanedo, 2008; Sinay y Blasberg, 2008). Además, se toman tres componentes esenciales de la fenomenología, el primero promueve que los juicios, opiniones y suposiciones, no interfieran en la dinámica de la consulta terapéutica. El segundo, invita a la persona en consulta a describir sus experiencias en función a lo que es obvio y se percibido a través de los sentidos. El tercero es el horizontalismo, que otorga igual importancia a la conducta, apariencia y expresiones de la persona en consulta (Joyce y Sills, 2013). Sumado a ello, la percepción corporal de la experiencia inmediata, desempeña un papel esencial para obtener información del paciente. Invita a que el proceso se desarrolle en un “aquí y ahora”, en otras palabras, que la persona viva cada emoción y experiencia en el tiempo presente. Así también, se considera a la persona como un ser completo e integrado, en lugar de una suma de partes separadas (Castanedo, 2008).

- *Existencialismo*: basado en sus principios, reconoce que cada persona es responsable de su propio proyecto de vida, así como sus elecciones.

Busca entender cómo la persona vive su existencia en el momento presente, centrándose en lo que siente y experimenta. Otro de sus fundamentos sostiene que la experiencia tangible de la persona es más relevante que las abstracciones o interpretaciones, priorizando lo que se vive y fomentando la reflexión para la acción (Castanedo, 2008; Joyce y Sills, 2013). Asimismo, promueve la autonomía y la responsabilidad personal, proponiendo el “darse cuenta” de lo que puede o no estar necesitando para activar su propia capacidad de actuar con el fin de satisfacer o resolver, considerando la existencia de otras personas (Sánchez, 2022). Cada experiencia del ser humano es única, por lo que, en consulta, se debe abordar cada suceso desde esa perspectiva (Joyce y Sills, 2013).

- *Budismo Zen*: promueve la libertad como resultado de la expresión auténtica del ser (Spangenberg, 2018). Además, enfatiza en la práctica de la atención y consciencia plena en el momento presente. Invita al paciente a abrirse a la experiencia sin juicio y fomenta el movimiento, para que la persona pueda llegar al autoapoyo y conocerse a sí misma (Castanedo, 2008).

La terapia gestalt tiene principios básicos: el darse cuenta (awareness), el aquí y ahora, y la responsabilidad (Perls, 1998, como se citó en Ayala y Rodríguez, 2020).

- *Darse cuenta* o toma de conciencia, se define como la habilidad innata que poseen las personas para reconocer, comprender y entender lo que acontece tanto en su mundo interno como en el externo (Martín 2011,

como se citó en Sánchez, 2022). Para ello, se toman en consideración preguntas claves como: ¿Qué estás haciendo?, ¿qué sientes ahora?, ¿qué tratas de evitar en este momento?, ¿qué quiero o qué espero de ti? Esta práctica no solo facilita que se establezca el encuentro terapéutico auténtico, sino que también brinda la oportunidad de revelar situaciones previas inconclusas (Joyce y Sills, 2013). Existen tres zonas de las que la persona puede darse cuenta: la zona interna, es lo que ocurre de la piel hacia dentro, se refiere al mundo interno y comprende las sensaciones físicas, las emociones y los sentimientos. La zona externa, hace referencia al mundo externo (lo obvio), en otras palabras, es la interacción con el entorno, a través de los sentidos y el aparato motor. Por último, la zona intermedia, conocida como la zona de la fantasía, engloba los pensamientos, recuerdos y las proyecciones hacia el futuro, las cuales pueden ser tanto catastróficas como anastróficas. Esta última, puede operar de manera madura, representando de manera adecuada las necesidades y sentimientos al planificar eventos y contrastarlos con la realidad, o de manera o inmadura, lo cual implica fantasear sobre eventos adversos, atribuir intenciones de otras personas y no corroborarlas, entre otras. (Ayala y Rodríguez, 2020; Sánchez, 2022).

- *Aquí y Ahora*, se refiere al presente, considerándose como única realidad actual en contraste con el pasado ya transcurrido y el futuro aún por acontecer. Cuando una situación remite a experiencias del pasado o a situaciones futuras, se centra dicho acontecimiento en la actualidad,

solicitando al paciente que lo verbalice en primera persona y tiempo presente (Ayala y Rodríguez, 2020).

- *Responsabilidad*, entendida desde el existencialismo, subraya que cada persona es responsable de sí misma, y, aunque el entorno puede imponer ciertas condiciones, la persona posee la facultad de responder y optar por la acción que mejor se alinee con sus objetivos en el presente. En esencia, el acto de tomar conciencia otorga el poder de elegir (Perls, 2008, como se citó en Ayala y Rodríguez, 2020). En este punto, Sánchez (2022) añade que, la responsabilidad también consiste en que la persona pueda asumir que, algunas veces, lo que sentimos es consecuencia de lo que pensamos o del diálogo interno, y que no podemos elegir qué sentir, pero sí qué hacer con ello, por ejemplo, asistir dicha emoción o evitarla. Así también, el reconocer las consecuencias de las acciones sobre las demás personas y el entorno, es parte de la responsabilidad del ser humano.

Ayala & Rodríguez (2020), hace mención que otro criterio importante en la terapia gestalt es el ciclo gestáltico, ciclo de satisfacción de necesidades o ciclo de autorregulación, puesto que muestra que cada persona tiene los recursos necesarios para poder desplegar su potencial. El ciclo inicia cuando una necesidad se manifiesta (figura), y termina al satisfacerse o resolver dicha necesidad, para dar paso a que emerja otra. Si el ciclo se interrumpe, surge un conflicto interno entre esta y un conjunto de respuestas que no se adecuan al entorno, por tanto, da lugar a la repetición persistente de la gestalt incompleta.

Técnicas y Métodos. La terapia gestalt tiene diversas técnicas, las que se utilizaron para este trabajo son:

Abordaje Dialogal. Se basa en tener una actitud fenomenológica y un acompañamiento desde el diálogo con la persona consultante para explorar las experiencias y los darse cuenta generando así un aprendizaje significativo. Esto involucra que la persona profesional en salud mental este en presencia para comprender, prestar atención, observar y contemplar a la persona que acompaña a través de la empatía, el apoyo, y dejando sus propias creencias, juicios y sesgos fuera del espacio terapéutico. El abordaje dialogal propone incentivar a la toma de conciencia a través de preguntas ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿quiénes? y ¿para qué?, y el contacto con las emociones, habilitando un espacio de confianza y vulnerabilidad necesario para transitar y resolver aquello que se aborda en consulta. (Díaz, 2016; Unikel Spector, 2013).

Técnica PISH. Se enfoca en la percepción, imaginación, sentimiento y acción de la persona. Es utilizada como recurso para fomentar la conciencia de la experiencia de una situación, así como las emociones e ideas que surgen, buscando que se diferencie lo obvio de lo imaginario (Saul, 2019), además, propone poder diferenciar si se siente y actúa en base a la percepción o en base a lo que se imagina, por tanto, invita a la persona que ante la duda es mejor preguntar. Siguiendo esa línea las siglas PISH significan (Carabelli, 2014):

- *Percepción*, todo lo que ocurre afuera del organismo y se capta con los sentidos (vista, oídos, olfato, tacto, gusto), es lo obvio, la descripción fenomenológica de una situación.

- *Imaginario*, lo que ocurre en la mente, las creencias, ideas, interpretaciones, y pensamientos.
- *Sentir*, lo que ocurre dentro del cuerpo, las emociones (alegría, tristeza, enojo, miedo, etc.)
- *Hacer*, es la acción y puede o no estar relacionado con el sentir. La acción puede ser hacia el afuera o hacia dentro de la persona.

Ejercicios de Relajación. Los ejercicios de respiración y relajación, con o sin imaginaria, son herramientas que tienen como principal objetivo regular el ritmo cardíaco, disminuir la sintomatología del estrés y la ansiedad. Las ventajas de estos ejercicios es que pueden ser realizados en cualquier lugar y momento. Así también, su práctica continua genera la interiorización de contar con recursos para lidiar con situaciones estresantes aumentando la confianza y la capacidad de concentración (Arévalo y Padilla, 2015; Rodríguez, 2018).

Enfoque Afirmativo

Es un término utilizado en el ámbito de la psicología que se enfoca en la aceptación y el respeto de la diversidad sexual y de género. Este enfoque tiene como principal objetivo entender y atender las necesidades y experiencias específicas de personas LGTBIQ+ fomentando así una atención psicológica en la reducción de estigma y homofobia y transfobia. En suma, las/los profesionales de la salud mental que ejercen con enfoque afirmativo, deben tener los recursos y conocimientos para acompañar a personas LGTBIQ+ a desarrollar herramientas y habilidades para afrontar la discriminación, el hostigamiento y el rechazo social que afectan su día a día y salud mental, logrando así incrementar el nivel de bienestar y cumplir con su

proyecto de vida (Más Igualdad Perú, 2023a; Neuropcion Centro Psicológico, 2023).

En 1982, Alan Malyon introdujo el enfoque afirmativo, inicialmente para hombres gays, sin embargo, con el tiempo, su aplicación se ha extendido a todas las personas de la diversidad sexual y de género (UNODC, 2019). El Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2023) menciona que este enfoque no surge como un modelo independiente de psicoterapia, sino como una perspectiva de conocimientos en la cual todas las corrientes psicológicas tienen la capacidad de interactuar de forma constructiva.

En el año 2007, la Asociación Americana de Psicología (APA) estableció un comité especializado para investigar sobre respuestas terapéuticas adecuadas para atender las diversas orientaciones sexuales e identidades de género. Esto con el propósito de contrarrestar las “terapias de conversión” que buscan corregir la orientación sexual, la identidad o expresión de género (ECOSIG o ECOSIEG) las cuales no cuentan con base científica, y son una amenaza para la salud y el bienestar de las personas que son sometidas a dichas prácticas (Del Carpio, 2020; Muñoz, 2020; Rosales, 2019) como se detalló previamente.

En ese contexto, el enfoque afirmativo de la psicoterapia, sostiene que las minorías sexuales (personas de la comunidad LGTBIQ+) experimentan beneficios cuando el estigma asociado a su orientación sexual e identidad de género es abordado en psicoterapia. Esto se logra mediante intervenciones que reducen y contrarrestan el estigma internalizado, proporcionan aceptación y apoyo, fomentan el afrontamiento activo, y facilitan la exploración y desarrollo de la identidad (APA; 2009).

En el marco de esta investigación, se ha presentado evidencia que respalda que el estigma sexual manifestado a través de prejuicios y actos discriminatorios hacia personas con identidades y orientaciones sexuales no heterosexuales, constituye una fuente de estrés significativa para las minorías sexuales. Este modelo de estrés específico, conocido como “estrés de minorías”, proporciona un enfoque para la implementación de la psicoterapia dirigida a personas de la diversidad sexual y de género. Esto implica el análisis y comprensión del estrés, la angustia, las estrategias de afrontamiento, la capacidad de adaptación y el proceso de recuperación (APA, 2009).

El enfoque afirmativo tiene una base principalmente humanista, puesto que promueve que cada persona construya el propio significado de su vida en base a su propia libertad, así como, busca que las personas se acepten tal y como son. En relación a sus principios encontramos: mantener una actitud empática y comprensiva, respetar los valores culturales y la libertad de expresión, generar apoyo en generar conciencia y responsabilidad sobre la misma persona (Universidad Internacional de Valencia, 2023).

Dentro de la literatura y guías en relación a la atención a personas LGTBIQ+ desde el enfoque afirmativo, encontramos la de Proujansky y Pachankis (2014) que mencionan que los principios específicos para la intervención incluyen:

1. *Normalizar el impacto en la salud mental del estrés de minorías*; ello va orientado para quien brinda la atención psicológica, puesto que deberá diferenciar si las dificultades que manifiesta la persona consultante LGTBIQ+ está relacionado al estrés de minorías (por ejemplo: sentimientos de culpa o vergüenza, temor a la evaluación negativa, auto

silenciamiento o encubrimiento de la vida personal), o por otros determinantes psicosociales de la salud mental. Con dicho análisis, la persona terapeuta podrá conversarlo en consulta para contrastar si la persona LGTBIQ+ se identifica con ello o no a través de la psicoeducación y la identificación de ejemplos personales del estrés de minorías y el impacto en sus vidas. Así también, para validar el estrés adicional e injusto que le está tocando vivir por la no aceptación de su orientación sexual e identidad de género propio del contexto en el que vive. Ello con el objetivo de empoderar e incrementar la conciencia que ubica la fuente de angustia personal en estructuras sociales estigmatizantes en lugar de los déficits personales. Algunas personas consultantes lograrán ver la relevancia del estrés de minorías solo con el tiempo, puesto que el proceso de aceptación es único en cada consultante.

2. *Facilitar la conciencia, la regulación y la aceptación de las emociones;* este punto es importante, sobre todo, para las personas de la diversidad sexual que presentan síntomas de ansiedad o depresión u otros trastornos emocionales. Esto debido a que la literatura ha encontrado que las personas LGTBIQ+ tienen mayor dificultad en la regulación emocional que personas heterosexuales cisgénero, puesto que, crecen con la enseñanza de que ser quienes son “está mal” o que mostrar emociones es algo “femenino” o “demasiado homosexual”, estas últimas frases se escuchan principalmente de experiencias de varones homosexuales o bisexuales, lo que lleva a la desconfianza de la propia persona y a evitar

u ocultar sus emociones. Según investigaciones, el uso de sustancias y el sexo pueden ser estrategias para lidiar con las emociones, ya que dan como resultado el evitar el afecto negativo.

3. *Disminuir la evitación*; las personas consultantes LGTBIQ+ tienden a evitar la posibilidad del rechazo por su orientación sexual e identidad de género compensando a través de comportamientos perfeccionistas en el área laboral, educativa, en el hogar o en sus vínculos interpersonales y así también evitar el sentimiento de sentirse “menos” por no ser heterosexual y cisgénero. Dicha evitación puede manifestarse también por el consumo de sustancias o el sexo recurrente como se mencionó previamente. La persona terapeuta, no debe juzgar dichas formas, sino aceptarlas como herramientas que le funcionan y en paralelo psicoeducar para que la persona pueda gestionar nuevas herramientas de aceptación de su propia orientación sexual e identidad de género y reenfocar a que la persona tenga conductas coherentes con sus propios objetivos.
4. *Reestructurar las cogniciones del estrés de las minorías*; para poder comprenderlo, es importante hacer mención que las personas LGTBIQ+ crecen, en su gran mayoría, con normas relacionadas a los roles de género, en donde el discurso va orientado a que los comportamientos que no vayan de acorde a ello (comportamientos asociados a estereotipos de la diversidad sexual) no son aceptables. Por tanto, la homolebóbtransfobia internalizada, es lo que se debe reestructurar para poder llegar a una aceptación completa y amigable de la propia

diversidad de la persona consultante y con ello disminuir el estrés y ansiedad que podría detonar ante la idea de la discriminación por mostrar algún comportamiento no heteronormado. El objetivo principal es transformar los discursos internos y externos (propios de la persona) homobisexualtransfóbicos en autoafirmaciones de conceptos de aceptación y normalidad sobre la diversidad sexual. Como dato adicional, hay investigaciones que demuestran que cuanto más tiempo se oculta la orientación sexual e identidad de género durante el desarrollo temprano de la persona, la probabilidad que asocien la autoestima con los logros alcanzados es mayor (el perfeccionismo que se mencionaba previamente) y son esas ideas las que se deben reestructurar también, para que la persona no vea afectada el desarrollo de un sentido interno de autoestima, o poder formar relaciones genuinas.

5. *Empoderar a través de la comunicación asertiva*; es importante que las personas de la diversidad sexual puedan reconocer sus necesidades, deseos y derechos como válidos a través de afirmaciones y validaciones, puesto que muchas veces por miedo al rechazo suelen no hacer valer sus derechos o no comunicar sus necesidades y sueños. Acompañar a la persona a que pueda comunicar de forma asertiva todo ello y, además, que pueda reconocer, aceptar y visibilizar su orientación sexual e identidad de género, primero con la persona misma, es un acto de autoafirmación y uno de los aspectos más importantes del enfoque. Luego de ello, tendrá mayores estrategias para poder visibilizar su orientación sexual con las personas o grupos que vaya eligiendo, esto

último porque que hay que tener en consideración el contexto familiar y social para prevenir el exponer a la persona LGTBIQ+ a una situación de violencia. No se debe presionar al paciente a visibilizar su orientación sexual e identidad de género con quienes aún no lo elige, se puede indagar qué piensa y qué siente frente a la idea de visibilizar su diversidad sexual y de género con determinadas personas o grupos, y en paralelo, desarrollar herramientas para que, cuando lo elija, reconozca que tiene los recursos para afrontar las diversas situaciones posibles ante el rechazo o aceptación.

6. *Validar las fortalezas*; es importante que se refuerce como las personas de la diversidad sexual han lidiado con el estrés de minorías a lo largo de la historia. Así también, resaltar la resiliencia que la comunidad LGTBIQ+ ha demostrado al afrontar y sobrevivir a la homolebobitransfobia, y cómo, a pesar de todo ello, han continuado en la lucha por los derechos y protecciones. Psicoeducar en la historia de la comunidad para generar sentido de pertenencia y promover la resiliencia en la persona a través de la conexión con otras personas de la diversidad sexual puede ayudar en el propio proceso de la persona LGTBIQ+, involucrarse en el activismo puede resultar empoderador y validante.
7. *Construir redes de apoyo*; es importante identificar aquellas personas que pueden ser aliadas para la persona LGTBIQ+ consultante. Al generar redes de apoyo con pares, cuidadores, familiares, etc., se puede propiciar un efecto amortiguador contra los efectos adversos que el estrés de minorías puede causar en la salud mental. La red de apoyo se

puede construir en grupos donde asisten personas de la diversidad sexual y de género, esto debido a que, reduce las posibilidades de rechazo, ya que logran comprender, por su propia vivencia, el estrés de minorías, y por ende pueden brindar aceptación y compañerismo que, muchas veces, personas heterosexuales no logran comprender del todo por lo mismo que no lo viven de forma directa.

8. *Afirmaciones saludables y gratificantes de la sexualidad*; validar como algo natural, válido y saludable el sexo y psicoeducar sobre las dudas que pueda haber sobre los métodos de protección, entre otros temas relacionados a la sexualidad, así como, propiciar el respeto de sus derechos y de las personas involucradas es parte esencial. Existirán vínculo monógamos y no monógamos, y es importante que como terapeutas prime el no juzgar y buscar informarse sobre la diversidad relacional también.

Continuando en esa línea, y durante los últimos años, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha ido actualizando las directrices para la atención de personas LGTBIQ+ a través de guías oficiales, la primera es para personas lesbianas, gays y bisexuales (LGB), y la segunda para personas trans y de género no conforme. Las dos guías son compatibles con Código Ético de la APA, y con las Normas de Acreditación para el Servicio de Salud en Psicología (APA, 2021; APA, 2015).

Dentro de las pautas de atención para el trabajo con personas lesbianas, gays y bisexuales recomiendan que las personas profesionales en psicología que trabajan en las distintas áreas deben:

– *Conocimientos básicos y sensibilización*

1. Entender que las personas tienen orientaciones sexuales diversas que intersectan con otras identidades y contextos.
2. Diferenciar los temas relacionados a la orientación sexual de aquellos relacionados a la identidad y expresión de género cuando se trabaja con personas de la diversidad sexual.
3. Esforzarse por afirmar las identidades bi+² y examinar los propios sesgos monosexistas³.
4. Entender que las orientaciones sexuales no son enfermedades mentales y que los esfuerzos por cambiar orientaciones sexuales (terapias de conversión) generan daño.

– *Impacto del estigma, la discriminación y el estrés de minorías*

5. Reconocer la influencia de la discriminación institucionalizada que existe hacia las personas de la diversidad sexual, y la necesidad de promover un cambio social.
6. Entender la influencia que los factores distales del estrés de minorías tienen sobre las personas de la diversidad sexual, y la necesidad de promover un cambio social.

² Bi+: paraguas de la bisexualidad que incluye las orientaciones sexuales que sienten atracción hacia más de un género como: bisexualidad, queer, pansexual, entre otras (APA, 2021)

³ Sesgos Monosexista: hace referencia a la idea de que sentir atracción por más de un género es imposible, problemático o peligroso, apoyando de forma directa el estigma, discriminación y violencia con la que la comunidad bisexual debe lidiar, no solo por personas heterosexuales cisgénero, sino también con personas la propia comunidad de la diversidad sexual. Estudios han encontrado que la comunidad bi+ tienen mayor prevalencia de ansiedad y depresión propio de que tienen mayor riesgo de sufrir discriminación (Craney et al., 2018; Hernández Muro, 2021a; Messinger, 2012).

7. Reconocer la influencia que los factores próximos del estrés de minorías tienen en el estado mental, físico y psicosocial de la salud de las personas de la diversidad sexual.
 8. Reconocer los aspectos positivos de ser una persona de la diversidad sexual, y las formas individuales y colectivas en que las personas de la diversidad sexual muestran resiliencia y resistencia al estigma y la opresión.
- *Vínculos y familia*
9. Esforzarse por conocer y respetar las diversas relaciones entre las personas de la diversidad sexual.
 10. Reconocer la importancia y complejidad de la salud sexual en la vida de las personas de la diversidad sexual.
 11. Esforzarse por comprender las relaciones de las personas de la diversidad sexual con sus familias de origen⁴, así como con sus familias elegidas⁵.
 12. Esforzarse por entender las experiencias, desafíos y fortalezas que afrontan los padres y madres LGB y sus hijas, hijos y/o hijes.
- *Temas educativos y vocacionales*
13. Esforzarse por comprender las experiencias en los centros de estudios y del sistema educativo y el impacto a los estudiantes de la diversidad sexual.

⁴ Familia de origen: es aquella con quien la persona de la diversidad sexual crece, incluye (APA, 2021).

⁵ Familia elegida: es aquella conformada por amistades, personas aliadas, parejas, entre otras personas, que la persona de la diversidad sexual elige y se generan conexiones similares a la familia biológica. Surge en respuesta al rechazo de su familia de origen, la comunidad, o por compartir experiencia en común (APA, 2021).

14. Esforzarse por comprender el desarrollo profesional y los problemas laborales de las personas de la diversidad sexual.

– *Educación, entrenamiento e investigación profesional*

15. Esforzarse por educarse a sí mismos/as/es y a otras personas sobre temas psicológicos que tienen relevancia para las personas de la diversidad sexual, y utilizar ese conocimiento para mejorar programas de capacitación y sistemas educativos.

16. Esforzarse por adoptar una postura afirmativa hacia las personas y comunidad de la diversidad sexual en todos los aspectos de la planificación, realización, difusión y aplicación de la investigación, con el objetivo de disminuir las desigualdades en la salud y fomentar el bienestar mental y emocional.

Continuando en esa línea, las pautas de atención para el trabajo con personas trans y de género no conforme (TGNC), la Asociación Americana de Psicología (APA, 2015) recomiendan que las personas profesionales en psicología que trabajan en las distintas áreas deben:

– *Conocimientos básicos y sensibilización*

1. Entender que el género no es una categoría binaria, sino un concepto que abarca las diversas identidades de género y que la identidad de género de una persona puede no coincidir con el sexo que se le asignó al nacer.

2. Entender que la identidad de género y la orientación sexual son conceptos diferentes pero relacionados entre sí.

3. Buscar entender cómo se interseccionan la identidad de género con otras identidades culturales en las personas TGNC.
 4. Generar conciencia sobre cómo las actitudes y conocimientos acerca de la identidad y la expresión de género afecta la calidad de la atención que se presta a las personas TGNC y sus familias.
- *Estigma, discriminación y barreras en la atención*
5. Tomar conciencia de cómo el estigma, el prejuicio, la discriminación y la violencia afecta la salud y el bienestar de las personas TGNC.
 6. Trabajar para identificar la influencia de las barreras institucionales en las vidas de las personas TGNC y por contribuir en el desarrollo de espacios TGNC afirmativos.
 7. Entender la necesidad de promover un cambio social para reducir los efectos negativos del estigma sobre la salud y el bienestar de las personas TGNC.
- *Desarrollo del ciclo de vida*
8. Entender las distintas necesidades del desarrollo de la niñez y la adolescencia, para quienes trabajan con jóvenes que se están cuestionando el género y jóvenes TGNC, y que habrá quienes no mantengan una identidad TGNC en la adultez.
 9. Esforzarse por comprender los desafíos específicos que viven las personas mayores TGNC y la resiliencia que tienen que desarrollar.
- *Evaluación, Terapia e Intervención*

10. Esforzarse en comprender cómo las preocupaciones de salud mental, pueden o no, estar relacionadas con la identidad de género de una persona TGNC y los efectos psicológicos del estrés de minorías.
 11. Reconocer que las personas TGNC tienen más probabilidades de experimentar resultados positivos en la vida cuando cuentan con apoyo social o atención transafirmativa.
 12. Esforzarse por entender los efectos que los cambios en la identidad de género y la expresión de género tienen en las relaciones románticas y sexuales de las personas TGNC.
 13. Buscar comprender cómo la crianza de sus hijas/os/es y la formación de la familia entre personas TGNC pueden tomar una diversidad de formas.
 14. Reconocer las ventajas que un enfoque interdisciplinar propone en la atención de personas TGNC y buscar trabajar junto con diferentes profesionales.
- *Investigación, educación y entrenamiento*
15. Respetar el bienestar y los derechos de las personas TGNC que participan en la investigación y buscar esforzarse por representar los resultados con precisión y evitar el uso indebido o la tergiversación de los hallazgos.
 16. Buscar preparar a sus estudiantes para que trabajen de manera competente con las personas TGNC.

La guía de referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG, hace mención que para una correcta atención a la población LGTBIQ+

se deben tener en consideración los puntos mencionados en las respectivas guías de la Asociación Americana de Psicología, así como también algunos aspectos claves a desarrollar en el espacio terapéutico (UNODC, 2019):

- En primer lugar, se deben identificar de forma cautelosa los motivos por los cuales una persona manifiesta en terapia que desea cambiar su orientación sexual o identidad de género.
- Si una persona consultante tiene dudas o cuenta con información inadecuada, es importante poder resolver la inquietud desde la objetividad y conocimientos actualizados sin estigma.
- En el proceso de entablar el vínculo terapéutico es importante tomar una postura de “no saber”, y esto es debido a que cada vivencia de una persona LGTBIQ+ es única y las soluciones pueden no calzar con el contexto del consultante, ya que lo que se sugiere en psicoterapia (formaciones principalmente dirigidas a población heterosexual y cisgénero) no necesariamente funcionará con personas LGTBIQ+.
- No asumir la orientación sexual o identidad de género de una persona basada solo por su expresión de género o documento legal, para ello es importante preguntar cuál es su pronombre y cómo desea que se le llame. En caso de confundirse con el pronombre o asumir, es importante reconocer el error y disculparse, de esa forma la persona LGTBIQ+ consultante podrá reconocer el esfuerzo e interés por validar su diversidad.
- Utilizar un lenguaje basado en respeto, así como también, procurar utilizar el lenguaje inclusivo o neutro en consulta puede facilitar el punto

anterior, sobre todo, si la persona está en el proceso de exploración de la identidad.

- Habrá consultantes que no mencionaran ser de la comunidad LGTBQ+ hasta sentirse en un ambiente de confianza y se presentaran como personas heterosexuales, por ello se recomienda que las pautas del enfoque afirmativo sean una práctica constante.

Lineamientos de atención virtual

Telesalud. La Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) del Ministerio de Salud, estableció el reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud con el fin establecer protocolos para la implementación y con ello regular su uso. Esta ley inició su ejecución en el año 2017 en las 24 regiones del Perú, con el objetivo de incrementar la cobertura de atención, y optimizar la calidad y eficiencia, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en el país (MINSa, 2019).

Telesalud es definido como el servicio que se realiza a distancia por personal de salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, entre otros, por medio de las TIC (teléfonos, aplicativos, etc.), para que dichos servicios y sus relacionados sean accesibles a toda la población (MINSa, 2019).

Los principios de Telesalud que describe el MINSa son:

- *Universalidad:* asegura que toda la población tenga acceso a los servicios de salud.
- *Equidad:* la calidad y las alternativas en los servicios se proporcionan de manera equitativa a toda la comunidad, reduciendo la disparidad en el acceso.

- *Eficiencia*: utilización racional de los recursos, lo que resulta en una optimización de la atención en los servicios de salud a través de los diversos componentes de la telesalud.
- *Calidad del servicio*: impulsa una elevación en el estándar de calidad de la atención y se potencian las habilidades del personal de salud, poniendo en el centro la satisfacción del paciente.
- *Descentralización*: enfoque para maximizar la atención en los servicios de salud y reforzar el proceso de descentralización del sistema nacional de salud mediante el uso de TIC.
- *Desarrollo social*: fomenta el progreso de la sociedad al permitir que la población acceda con mayor amplitud a la información sobre salud y adquiera conocimiento acerca de sus responsabilidades y derechos en este ámbito. Esto impulsa a las personas a tomar un rol central en el cuidado de su propia salud, así como en la de sus familias y comunidades. Además, se generan oportunidades para la implementación de nuevas formas de participación ciudadana.

La Ley hace mención que el personal de la salud que realiza trabajo de Telesalud debe cumplir con los lineamientos del reglamento, la normativa que corresponde a los colegios profesionales, así como la normativa aprobada por el Ministerio de Salud. Adicional a ello, se debe resguardar la confidencialidad y protección de la información de las/los pacientes, según el marco legal correspondiente. El reglamento hace hincapié que la implementación de los servicios a distancia puede darse con la TIC que mejor se adapte y garantice la calidad y el acceso a la comunidad (MINSa, 2019).

A raíz de la pandemia por COVID-19 los servicios de Telesalud se reforzaron para poder seguir atendiendo a la población, incluyendo el servicio de salud mental, puesto que, con el confinamiento, la continuidad de los tratamientos sufrió un impacto directo, deteniéndose en muchos casos. En abril del 2020 la normativa legal tiene un cambio que incluye el servicio de teleorientación y teleconsultas, el cual funciona a través de las TIC, como por ejemplo vía llamada telefónica, video llamada u otros medios de comunicación (Alva-Arroyo et al., 2021).

En ese sentido, Zurita (2022), señala que la atención virtual se ha normalizado en los sistemas de salud público y privado del Perú, puesto que la demanda no cubierta en la pandemia por COVID-19 encontró una ruta para ser resuelta. Esto se evidencia a través de cifras que el alcance previo a la virtualidad era de 250 atenciones mensuales, y que para el año 2022 se tuvo como registro 1 millón de consultas según la Red Nacional de Telesalud (RNT) del MINSA.

El MINSA (2023) menciona que las atenciones virtuales disminuyen el tiempo de espera, así como los costos y tiempo de traslado. Así también, hace referencia de los requerimientos técnicos para desarrollar el servicio virtual:

- Conexión a internet que tenga una velocidad rápida y estable.
- Acceso a una computadora que tenga funciones de audio, video, así como dispositivos de transmisión. De no tener una, usar un teléfono inteligente (Smartphone).
- Conocimientos sobre las plataformas de conferencia como Zoom, Meet, entre otras que permitan brindar el servicio.

Línea 100. El Protocolo de atención Línea 100, a cargo de la Unidad de Prevención y atención del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el cual es implementado por el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e integrantes del Grupo Familiar – AURORA- ofrece atención de forma gratuita vía llamada telefónica (MIMP, 2021).

Este servicio brinda información, orientación, consejería y soporte emocional a las personas que han sido afectadas por situaciones de violencia. La atención da inicio al conectar la comunicación y se procede a registrar los datos personales, seguido de realizar el diagnóstico de la problemática. Posterior a ello, se brinda la intervención en crisis, según corresponda y se procede a valorar y gestionar el riesgo (Figura 2). La atención termina al brindar un resumen de la llamada y, según corresponde, la derivación (MIMP, 2021).

Figura 2

Etapas de valoración del riesgo



Fuente: MIMP, 2021.

La línea 100 para el abordaje debe considerar los enfoques de: derechos humanos, género, integralidad, interculturalidad, riesgo, diferencial, intergeneracional, interseccionalidad, territorial, centrado en la víctima. Así también, se toman en consideración los siguientes principios: confidencialidad, igualdad y no discriminación, interés superior del niño, no revictimización, debida diligencia, sencillez y oralidad (MIMP, 2021).

Como parte de las condiciones de la atención se encuentran las siguientes:

- *Acoger las necesidades de la persona usuaria*: tener un trato basado en el respeto para acoger e identificar sus necesidades, así como los datos personales necesarios y el motivo de consulta. Del mismo modo, empatizar, generar un ambiente de respeto y comprensión. Estar atento/a a la persona, evitar prejuicios o predisposiciones negativas. Brindar calma y apoyo, así como, validar las emociones y las estrategias de afrontamiento que se comparta. La comunicación debe ser sencilla, y el tiempo de atención es variable a la necesidad de la persona usuaria.
- *Entregar información oportuna*: brindar la información necesaria que aporte a la persona usuaria a la calma. Ello deberá darse en palabras comprensibles, sin tecnicismos.
- *Facilitar la expresión*: brindar validación y estrategias para que la persona pueda comunicar sus sentimientos. Utilizar preguntas abiertas, así como el uso de reforzadores sociales.
- *Valorar las capacidades*: a través del reconocimiento de las propias capacidades de afrontar la crisis y recuperar el control.
- *Respetar la privacidad*: brindar la atención de una forma privada.

- *Entrevista no revictimizante*: la conversación debe cuidar no revictimizar a la persona, por el contrario, se debe brindar contención y orientación.

El protocolo de atención hace mención de las principales consideraciones que se deben de tener para la atención a personas LGBTIQ+, entre ellas se encuentran (MIMP, 2021):

- Reconocer que brindar atención a personas LGBTIQ+ afectadas en sus derechos no implica la creación de nuevos derechos ni la concesión de privilegios especiales. En su lugar, implica el estricto cumplimiento del derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación. Asimismo, implica reconocer que la orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas no deben ser obstáculos para el ejercicio pleno de sus derechos.
- Entender que la atención debe llevarse a cabo con actitudes libres de discriminación por motivos de orientación sexual, expresión e identidad de género. Su propósito es contribuir a la protección y defensa de los derechos de las personas LGBTIQ+.
- Al interactuar con la persona, es importante preguntarle cómo desea ser llamada y referirse siempre a ella de acuerdo con la identidad que ha expresado o su nombre social. Esto implica respetar los términos como gay, lesbiana, bisexual, trans e intersexual u otros, si la persona así se identifica. Sin embargo, para asuntos legales correspondientes, se deben utilizar los nombres y apellidos consignados en el documento de identidad.

Intervenciones Psicológicas Por Chat. El manual de lineamientos para las intervenciones psicológicas por chat en el contexto de crisis a raíz de la COVID-19 realizado por la Universidad Adolfo Báñez y la Fundación Todo Mejora brinda pautas para la atención a personas de la comunidad LGTBIQ+ (Barriga y Paiva, 2022).

Barriga y Paiva (2022) hacen referencia a las principales estrategias de atención utilizadas en las atenciones por chat: Indagación de la problemática, contención emocional, identificación de recursos o redes, psicoeducación, reflexión, validación de la experiencia y derivación.

Así mismo, hacen mención que las intervenciones a personas de la comunidad LGTBIQ+ debe ser un espacio bajo un enfoque afirmativo que implica lo siguiente (Barriga y Paiva, 2022):

- *Ser autocrítico/a:* invita a la reflexión y conciencia sobre los estereotipos que el personal de salud tiene.
- *Crear un espacio afirmativo:* brindar información sobre la diversidad sexual y de género.
- *Usar el lenguaje afirmativo:* involucra utilizar el pronombre elegido por la persona y no asumirlo. Respetar el nombre elegido por la persona usuaria, así como un lenguaje más neutro en la conversación.
- *Visibilizar la postura afirmativa:* comunicar que se trabaja desde el enfoque afirmativo de forma directa.
- *Capacitar* a todas las personas que trabajen en el servicio para asegurar que la persona LGTBIQ+ no reciba discriminación ni violencia.

- *Tener redes de contacto* de profesionales que trabajen con un enfoque afirmativo para poder realizar las derivaciones a un espacio seguro, así también, conocer colectivas, centros comunitarios, asociaciones que realicen encuentros para comunidad LGTBIQ+.

Antecedentes

Antecedentes Nacionales

Bergelund (2022) desarrolló un reporte cuyo objetivo fue investigar la relación existente entre factores de estrés de minorías de Meyer y dimensiones de bienestar psicológico eudamónico y hedónico en estudios que incluyeron una población conformada por adolescentes, jóvenes y adultos no heteronormativos. Para el fin del estudio, se utilizaron como instrumentos las bases de datos Scopus, Ebsco y Web of Science seleccionando 10 artículos que cumplieran con los criterios de búsqueda. Entre los resultados principales se encontró que el estrés de minorías se relaciona de forma negativa con el bienestar psicológico, y de forma positiva con la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva.

Chávez (2022) realizó una investigación cuyo fin era la descripción a través del modelo de estrés de minorías de Meyer las consecuencias relativas al bienestar psicológico en mujeres que pertenecen a minorías sexuales peruanas. Se utilizó como instrumento la Escala de Bienestar Psicológico y la Sexual Minority Streen Scale. La muestra fue de 111 mujeres peruanas que pertenecen a minorías sexuales. Los principales resultados encontraron que existe una relación negativa entre los factores de estrés proximales (homofobia internalizada, expectativas de rechazo y negación de la orientación sexual) y el bienestar psicológico.

Hernández . (2021a) realizó un estudio para explorar el acceso a servicios de salud mental y los obstáculos que encuentran para obtener asistencia calificada que pueda satisfacer sus necesidades de salud, sin discriminación. El diseño fue exploratorio debido a la reducida información sobre el tema abordado. El cuestionario fue virtual y tuvo un alcance de 323 personas lesbianas, gays, trans y de género no binario. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario virtual con preguntas cerradas y abiertas centradas en situaciones de violencia y discriminación, salud mental, etc., y una entrevista semiestructurada a profundidad. Se obtuvieron diversos resultados en el estudio, y entre los principales, se encontró que dentro de los obstáculos identificados para el acceso a la atención a la salud mental se debe a la falta de capacitación del personal de salud encontrándose con prejuicios y discriminación por parte de dichos profesionales.

Alva-Arroyo et al. (2021) realizaron un estudio cuyo objetivo fue dar a conocer las experiencias de telesalud en un hospital especializado en salud mental en Lima, Perú durante la pandemia de COVID-19 durante los meses de marzo a diciembre del año 2020. Se brindaron 57398 atenciones en teleconsultas y telemonitoreos; 4411 orientaciones en salud mental; 295 teleinterconsultas en psiquiatría, 42 actividades de telecapacitación y 29 sesiones educativas en salud mental dirigidas a la población en general. Los principales motivos de consulta fueron por trastornos mentales pre existentes a la pandemia y la aparición de conflictos intrafamiliares. Se concluyó que la implementación de la telesalud para la atención de las personas del hospital contribuyó al cuidado de la salud mental y permitió reducir las brechas de acceso a la atención.

Antecedentes Internacionales

Muevecela-Carmona y Hernández-Rodríguez (2022), realizaron un estudio, teniendo como objetivo principal determinar la eficacia de la terapia afirmativa en la depresión en adolescentes con disforia de género. El estudio se realizó en Ecuador, es una investigación teórica y como técnica se utilizó la indagación documental realizando una revisión sistemática de tipo descriptiva. La estrategia utilizada fue la selección de artículos de diversas bases de datos como: Scopus, Web of Science y PubMed, con el instrumento de revisión Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA), encontrando un total de 36, pero finalmente solo 5 cumplieron los criterios. Dentro de los resultados principales se encontró que el trabajo realizado demuestra la importancia de la terapia afirmativa en la población LGBTI y en adolescentes con disforia de género, puesto que se disminuyen la sintomatología que altera la salud mental, entre ellas, la depresión.

Rodríguez et al. (2022), llevaron a cabo un estudio con objetivo de dotar de herramientas para una correcta gestión de los sentimientos de la persona participante y acompañar en el proceso de aceptación y adaptación a sus nuevos hábitos de vida, este estudio se llevó a cabo en España y tuvo una participante de 29 años con quien se describen 12 sesiones. Los instrumentos utilizados son: entrevista semiestructurada derivada de la entrevista conductual, y Escala de Evaluación de Resultados. El principal resultado encontrado en el presente estudio fue la obtención de resultados efectivos en la intervención, demostrando así que las intervenciones cognitivo-conductuales con enfoque afirmativo son un acercamiento

terapéutico para el trabajo relacionado a las problemáticas relacionadas a la orientación sexual.

Craig et al. (2021), realizaron un estudio cuyo principal objetivo, describir la eficacia del enfoque afirmativo virtual en la intervención para mejorar la salud mental a través del reporte de disminución de la sintomatología depresiva, mejor evaluación y afrontamiento del estrés y mayor esperanza. Se tuvieron 78 personas LGTBIQ+, con edad promedio de 21 años, que participaron como pacientes y cumplieron los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados para evaluación fueron: El Inventario de Depresión de Beck-II, el Inventario Breve COPE (BCI) y el Inventario de Afrontamiento Proactivo para Adolescentes, la Medida de Evaluación del Estrés para Adolescentes (SAMA), la Escala de Esperanza (HS), la Encuesta de Aceptabilidad AFFIRM y para la intervención, se tuvieron 8 sesiones de Terapia Cognitivo conductual con enfoque afirmativo. Dentro de los resultados se encontró que hubo una reducción significativa en la sintomatología depresiva y una mejor evaluación del estrés y habilidades de afrontamiento, lo cual sugiere que las terapias afirmativas de forma virtual tienen potencial.

Zúñiga-Salazar et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo principal de analizar la evidencia basada en la práctica de una red de servicios de psicología afirmativa para personas LGTBIQ+ en Ecuador. El estudio tiene un enfoque naturalístico que con el instrumento Clínical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome measure (CORE-OM) se realizó el monitoreo de resultados de 101 pacientes que recibieron Terapia afirmativa entre el 2018 y 2020 en una red de servicios de psicología afirmativa para personas LGTBIQ+. Dentro de los

principales resultados, se encontró que la terapia afirmativa minimiza las consecuencias del estrés de minorías.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Contextualización del Problema

En el año 2022, el trastorno más común diagnosticado en el Perú, fue de ansiedad, abarcando el 28.81% de los casos, según la Dirección de Salud Mental (DSM), seguido por la depresión con un 17.57%. En respuesta a estos hallazgos, el médico psiquiatra Carlos Bromley, perteneciente a la DSM, señaló que factores psicosociales como la pandemia por COVID-19, el desempleo, entre otros, inciden negativamente en la salud mental de las personas, provocando un aumento en los casos de ansiedad y depresión. Además, advirtió que dichos diagnósticos en un nivel elevado incrementan la probabilidad de comportamientos suicidas (El Peruano, 2022).

En esa misma línea, es relevante destacar que la comunidad LGTBIQ+ presenta una probabilidad 1.5 veces mayor de experimentar trastornos como depresión, ansiedad y tentativas de suicidio en comparación con la población heterosexual cisgénero. Según las encuestas con mayor relevancia relacionadas a la comunidad LGTBIQ+ se ha encontrado que el 60% de personas de la diversidad sexual y de género ha manifestado tener Ansiedad (Guardamino, 2023).

La Asociación Americana de Psicología (2009) menciona que, a mediados de la década de 1970, sobre la base de evidencia científica emergente y alentado por el movimiento social para poner fin a la discriminación por motivo de orientación sexual e identidad de género, se han obtenido diversos logros relacionados a los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y queer (LGTBIQ+) a nivel internacional, sin embargo, aún son 67 países que tienen sentencias que van desde la prisión hacia la muerte por ser una

persona de la diversidad sexual y de género. Si bien, algunos países han logrado avances significativos en la protección de derechos de las personas de la diversidad sexual y de género, aún no es una normalidad absoluta y varía con cada gobierno emergente dependiendo de la cultura (BBC News Mundo, 2023).

Teniendo en cuenta el contexto nacional de las personas LGTBIQ+ que se ha ido describiendo en el capítulo anterior, es importante hacer mención que con la pandemia por COVID-19 la situación de vulnerabilidad de personas de la diversidad sexual se vio incrementada. Ello debido a que muchas personas LGTBIQ+ se vieron obligadas a regresar a casa de sus familiares donde fueron expulsadas o donde existe un ambiente violento por la afectación de la economía y trabajo (UNFPA, 2021).

Al vivir en un contexto que les dice constantemente que está mal ser quienes son, propio de la homolebobitansfobia (Cultipa, 2018), encontrar un espacio que afirme que se merecen cada uno de los derechos que no se le está brindando y, sobre todo, que respete y acepte su propia identidad de género y orientación sexual, puede reducir la sintomatología ansiosa y otras afectaciones a la salud mental que podría estar presentando (Hernandez, 2021a).

El enfoque afirmativo, al complementarse a las diversas corrientes terapéuticas, contribuye a mejorar el bienestar mental de las personas LGTBIQ+. Al existir profesionales en salud mental que comprenden todas las aristas que interceden en la vida de una persona de la diversidad sexual y de género se evita la patologización en la consulta psicológica y, sobre todo, no se realizan prácticas que dañen la salud mental que incluyen conductas no éticas basados por los sesgos y prejuicios hacia las personas diversas (Asociación Americana de Psicología, 2009).

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional, describe el caso de una persona LGTBIQ+ que presenta sintomatología ansiosa a quien se le interviene mediante una plataforma virtual del centro laboral.

Problema de Estudio

A inicios del año 2022, la persona T.S (por fines de confidencialidad se usará esas siglas) escribe a la plataforma para acceder al servicio de salud mental debido a que se encontraba con sintomatología ansiosa frente a la idea de tener que expresar su orientación sexual a su madre.

- Contexto general

T. S. tiene 22 años, nació en Perú y vive en un distrito de la región de Lima. Es una persona cisgénero con pronombre ‘ella’. Su orientación sexual es bisexual y su expresión de género es femenina. Ella ha estado viviendo con sus tías, hermanas de su mamá, debido a la cercanía a su centro de estudios, pero hace poco regreso con su mamá, papá y hermana. La familia es apegada a creencias religiosas, sobre todo la parte materna. En relación al uso de sustancias refiere que no consume alcohol ni drogas. Sobre sus gustos y hábitos, le gusta escuchar música, leer y salir a caminar, así también, está pensando inscribirse en el gimnasio para poder hacer ejercicios que es algo le gustaba hacer antes.

- Contexto social

T. S. refiere “no me considero sociable, creo que soy más tímida”, “es difícil conocer personas nuevas, además que tengo poco tiempo libre”, “qué pasaría si conozco a alguien y le digo que soy bisexual y le cuenta a mi mamá”. Además, refiere que tiene un grupo pequeño de mejores amistades con quienes, desde hace un tiempo, ha disminuido la comunicación. De ese grupo solo una persona sabe de

su orientación sexual y a pesar de que hay comentarios buenos en relación a la diversidad sexual, siente temor que al visibilizarse se alejen.

En relación a vínculos románticos, refiere que solo se ha permitido salir con chicos cisgénero y evitado relacionarse con chicas o personas de género no binario. En la actualidad, conoció a una chica con quien estuvo saliendo hace unos meses, sin embargo, se terminó. Frente a esta situación menciona “la persona con quien salía, bueno... es mujer... y me cortó porque mi familia no sabe sobre mi orientación sexual... no es justo”, “no debí enamorarme tan rápido... debí alejarme a la primera como siempre... no sé qué me pasó... Perdón si sigo hablando de este tema es que nadie sabe sobre esto... estoy cansada de tener que cuidar con quien salgo o no... y que te corten por eso es duro...”

- Contexto académico y laboral

T. S. refiere ser una buena estudiante, en la época de colegio cumplía con todas sus tareas y obtenía buenas notas. Refiere haber estado en el tercio superior, en especial los últimos años de la secundaria. “Me llevaba normal con mis compañeras y compañeros... no generaba problemas... era tranquila, prefería estar leyendo y aprendiendo cosas nuevas... creo que sigo siendo curiosa en ese sentido”.

Menciona que hubo una época en el colegio que fue complicada, “tenía 13 años, mis notas bajaron... tenía miedo... las cosas no estaban bien en casa... quería desaparecer... no tenía con quien hablar... Lo que pasó es que mi mamá se enteró que me gustaban las chicas, y se molestó horrible, llegó a mi colegio, me sacó de clases y luego se puso a llorar... yo me sentí muy mal... me mandó a la casa de mi abuelita con mis tías porque no quería verme más... para poder volver a casa tuve que fingir ser heterosexual...”.

En la actualidad, T.S. está cursando el 8vo ciclo de una carrera universitaria, gracias a media beca que obtuvo por sus méritos. En este espacio conoció a sus mejores amigos y amigas, y con sus compañeras y compañeros se lleva bien, no ha tenido problemas con integrarse o buscar equipo para los trabajos en grupo. Adicional a ello, el ciclo pasado jaló un curso y manifestó sentirse abrumada, triste y enojada con ella misma. Refiere que recuerda haber tenido pensamientos como “no valgo nada”, “ahora mi carrera se va a ver truncada”, “mis papás se van a decepcionar, voy a perder la beca, ellos ya no van a apoyarme”, “seguro vuelvo a jalar”.

En paralelo, tiene un trabajo a medio tiempo que le permite apoyar con los gastos en su casa, y cubrir sus gastos personales. Refiere llevarse bien con quienes trabaja “...influye que todo es virtual, así solo me ven la cara y no están juzgando ni preguntando si tengo novio y esas cosas... porque si preguntan deberé mentir como siempre y estoy cansada de tener que ocultarme... quisiera ser normal y no tener esta preferencia...”.

Además de la universidad y el trabajo, está estudiando un nuevo idioma, tiene como objetivo ir a vivir a otro país “es que allá no me van a molestar tanto... podré tener más libertad... usted comprende...”

- Contexto familiar

En relación al vínculo con su mamá refiere que es complicado, “últimamente discutimos más que antes, eso me pone mal porque pienso que es por mi culpa y cuando eso pasa, me cuesta contradecirla o decirle que no deseo hacer algo... además tengo miedo de decirle que soy bisexual, no sé cómo va a reaccionar... con decirle que cada vez que alguien menciona la palabra homosexual,

ella voltea a verme enojada”, “suele decir que los homosexuales viven en pecado que están destruyendo a la familia... y yo solo me encierro en el baño a llorar queriendo desaparecer... quisiera que nunca se entere...”

El vínculo con su papá es cordial, “nos llevamos normal, como cualquier relación, cuando hay discusiones con mamá, él no se mete...ni siquiera sé qué piensa”.

La hermana menor, a diferencia de T.S., es quien tiende a rebelarse más ante las normas internas de la casa, inclusive, cuando se toca el tema de la diversidad sexual, es quien suele confrontar los comentarios homofóbicos y eso genera malestar en T.S., frente a la idea que debería ser ella quien lo haga y no solo por ser la hermana mayor, sino porque es parte de la comunidad. “A veces quisiera ser más como ella”, refiere.

Profundizando un poco más, menciona que desde que era pequeña recuerda escuchar comentarios homofóbicos acerca de las personas de la diversidad sexual y de género. “Crecer escuchando eso ... cansa”.

Por otro lado, al preguntar sobre personas en la familia que tengan algún trastorno mental, indica que no tiene esa información.

- Contexto emocional y cognitivo

T. S. menciona que sus tías (familia extensa materna) se han enterado que salía con una chica y le están diciendo que debería hablar con su mamá. Frente a dicha situación refiere estar teniendo sintomatología ansiosa: “Tengo mucho miedo, estoy temblando... se va a enojar conmigo de nuevo... Duele sentirse así ¿sabe?... Debo fingir y sonreír, decir que todo está bien, me duele el cuerpo, me siento cansada...”, “Ahora mi mamá me obligó a regresar a casa - ¿en dónde estabas

viviendo? – Con mis tías, pero mamá quiso que vuelva antes y siento que le estoy ocultando algo... Debería decirle y ya, creo que estoy agrandando todo esto... Pero ella se va a decepcionar muchísimo y se va a poner a llorar por mi culpa... prefiero no decirle nada y así ella va a estar más tranquila... no quiero causarle problemas, aunque me esté matando por dentro...”.

T. S., refiere también que no ha podido conciliar el sueño estos últimos días por quedarse pensando. Esa situación la tiene desconcentrada de sus responsabilidades en el trabajo y le cuesta prestar atención en sus clases. Refiere también: “Estos días solo he querido desaparecer y ya... siento que no puedo más... no es justo que lleve esta carga solo por tener otros gustos... no sé qué he hecho mal, tengo media beca, buenas notas, trato de complacer a todo el mundo... me va a botar de la casa, voy a tener que dejar de estudiar... Trato de seguir haciendo todo, pero no puedo... Me siento sola... No puedo dejar de llorar... Me está doliendo el pecho...”

- *Contexto LGTBIQ+*

T.S. refiere estar segura de su orientación sexual desde que tiene 13 años, y cuando se enteró la familia hubo rechazo y discriminación. Con esa experiencia, empezó a salir solo con personas del género masculino pretendiendo ser heterosexual para poder complacer a su mamá, que es con quien tuvo mayor problema. Desde ese momento, los discursos por parte de su familia con contenido homofóbico incrementaron, y muchas de sus decisiones han sido en base a no generar conflictos y por consecuencia busca los reconocimientos a través de cumplir con las normas y sacar buenas notas.

Nueve años después del primer intento de salida del clóset, conoció a una persona de su mismo género con quien se estuvo vinculando de forma romántica y afectiva. Esa situación trajo consigo conflictos internos y externos, en la actualidad ya no están saliendo, el principal motivo es que T.S. seguía en el closet en casi todos los ámbitos de su vida, en especial, con su familia.

En relación a situaciones de violencia, refiere haber sido víctima de discriminación en un espacio público por personas desconocidas por motivo de orientación sexual hace unos meses: “Es la primera vez que me pasaba... solo estábamos de la mano... no supe qué hacer... me quedé inmóvil...”, “Yo entiendo que a los gays los discriminen porque son afeminados y llaman la atención, pero no estábamos haciendo nada malo...”

Siguiendo esa línea, cuando las hermanas de su mamá se enteraron que salía con una chica, empezaron a decirle de forma recurrente “es algo, malo, debes de corregirlo”, frente a ello T. S. refiere “De verdad intenté corregirlo, he estado pretendiendo ser heterosexual estos años, no me visto como las lesbianas porque no quiero ser hombre... una de mis tías me dijo que me falta tener relaciones sexuales con chicos, que seguro no he estado con uno bueno... me abruma... quise cambiar... de verdad... me pregunto si realmente hay algo malo conmigo, porque todo me sale mal...”

- *Antecedentes*

En relación a su experiencia previa en el ámbito de la salud mental, refiere que no ha asistido antes con profesionales en psicología ni psiquiatría, pero que sí había acudido a conversar con el párroco de su iglesia sobre la angustia que era para ella ocultar su bisexualidad y los comentarios homofóbicos de la familia, pero en

lugar de contención, le mandó unas plegarias. Ella recuerda estar llorando y escuchar al párroco decir “vas a sanar, estás decidiendo por tu familia...”.

Intervención

Objetivos de la Intervención

Objetivo General. Disminuir la sintomatología ansiosa a través de una intervención psicológica desde el enfoque afirmativo y gestalt.

Objetivos Específicos. Son los siguientes (OE):

1. Incrementar la percepción de aceptación de la diversidad sexual y de género.
2. Disminuir las conductas de evitación por temor al rechazo social por su orientación sexual.
3. Fortalecer las redes de apoyo social.

Indicadores de Logro

1. Genera comentarios positivos hacia su propia diversidad sexual y de género.
2. Incrementa su autopercepción positiva como persona LGTBIQ+.
3. Refuerza la red de apoyo social identificando a una o más personas aliadas.

Público Objetivo

Población. La población comprende a personas mayores de 18 años cuya orientación sexual e identidad de género sale de la heteronorma.

Muestra. Persona bisexual cisgénero de 22 años viviendo en Perú.

Criterios. Los criterios se cumplieron a través de la información brindada por medio del registro previo y la confirmación de lo registrado en la primera sesión.

Inclusión.

- Persona que sea de la comunidad LGTBIQ+.
- Persona mayor de 18 años.
- Persona con sintomatología ansiosa.
- Que viva en Perú.
- Que tenga acceso a internet.

Descripción del procedimiento

La intervención desde el enfoque afirmativo, que se presenta en el Trabajo de Suficiencia Profesional, consistió de 12 sesiones virtuales, utilizando los protocolos de atención virtual descritos previamente y adaptados por la institución.

- *Sesiones por chat:* tuvieron una duración de 60 minutos, se dieron dentro del horario de atención del servicio en la sesión 1 y sesión 12.
- *Sesiones por herramientas digitales:* tuvieron una duración entre 50 y 60 minutos, se dieron por la plataforma meet. Estas sesiones se coordinaron directamente con la consultante en un horario según su disponibilidad.

La intervención se llevó a cabo entre los meses de marzo a junio del año 2022, programando cada sesión de forma semanal. Luego de tener la primera sesión por chat, se le consultó si deseaba acceder a una intervención psicológica desde el enfoque afirmativo. La consultante aceptó y de forma voluntaria completó un

formulario de compromiso con el proceso y las pautas para llevarlas a cabo de forma satisfactoria.

Las sesiones estuvieron orientadas a reafirmar su propia orientación sexual, incrementar la percepción de aceptación de la diversidad sexual y de género, tomar conciencia de las conductas de evitación por temor al rechazo social por su orientación sexual, y fortalecer las redes de apoyo social.

En la Tabla 1 se detalla el cronograma de trabajo incluyendo el desarrollo de las sesiones de la intervención psicológica desde el enfoque afirmativo.

Tabla 1*Cronograma de trabajo*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
Sesión 1	Dar la bienvenida a la consultante, solicitar datos personales, conocer el motivo de consulta.	Llenado de formulario con datos demográficos	Se solicita completar un formulario de datos personales y consentimiento de manejo de datos personales para iniciar sesión. Del formulario se obtiene: pronombre y nombre social (cómo desea ser llamada/o/e) y si se identifica como una persona LGTBIQ+.	Formulario de datos virtual
		Abordaje dialogal	Con los datos obtenidos utilizamos el nombre brindado y la comunicación es dirigida con el pronombre solicitado, puede ser (ella, él, elle), en este caso específico se usará el “Ella” a solicitud. Se indaga a través del chat el motivo de consulta.	
		Análisis psicológico	En base a la información brindada y los conocimientos previos en psicología se realiza el análisis para identificar desde un enfoque afirmativo la posible sintomatología relacionada a la salud mental y proceder a la intervención.	
		Abordaje dialogal	Se brinda contención emocional, validando sus emociones, su experiencia y sobre todo, se brindan afirmaciones sobre su OS e IG.	Fichas de trabajo

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
		Abordaje dialogal	Se brindan las pautas de las sesiones para poder llevarlas de una manera óptima. Se solicita completar un formulario de aceptación y compromiso para el proceso. Se brindan pautas lingüísticas a utilizar durante las sesiones	Formulario de google
Sesión 2	Fomentar el rapport y compromiso, comentar el encuadre de las sesiones, explorar su historia, factores de riesgo y sintomatología relacionada a salud mental.	Entrevista semiestructurada	A través de preguntas se recoge información acerca de: <i>contexto social</i> para indagar su red de soporte y cómo son sus vínculos (amistades y pareja); <i>contexto académico y/o laboral</i> , cómo se percibe en el espacio, la relación con sus pares, indagar si es víctima de homofobia en algún espacio, por si hay ausentismo, bajo rendimiento o compensación; <i>contexto familiar</i> para conocer si vive con su familia de origen, cómo es el vínculo que tienen, explorar si hay rechazo y/o violencia por orientación sexual e identidad de género, así también si tiene familiares con algún trastorno mental; <i>contexto emocional</i> para conocer la sintomatología que presenta, si asocia su valía personal con los méritos y logros o está compensando en otras áreas para evitar el rechazo por su OS e IG, como se siente consigo misma; <i>antecedentes</i> de atención en psicología, psiquiatría, consejería religiosa y otras experiencias, con el fin de conocer cómo han sido	Entrevista semi estructurada de la institución

Tabla 1

Cronograma de trabajo (continuación)

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			<p>sus experiencias previas para obtener información sobre posibles ECOSIGEG; <i>contexto LGTBIQ+</i> para conocer si ha salido del clóset (o no) y con quienes, explorar la información que maneja sobre la diversidad sexual y si existen indicios de homo/lesbo/bi/transfobia interna;</p> <p>También se explora <i>el contexto general</i>, como sus hábitos, gustos, consumo de sustancias, para descartar si la ansiedad podría estar relacionada a ello, entre otra información que se considere importante indagar en base a las respuestas brindadas.</p> <p>Con la información obtenida se va identificando si el malestar de la consultante está relacionado con el estrés de minorías o por otros factores psicosociales.</p>	
Sesión 3	Identificar, conocer y desarrollar herramientas para regular la sintomatología ansiosa	Técnica PISH	Se habla de la técnica PISH como herramienta para analizar cómo se reacciona frente a una situación de estrés: <i>Percepción</i> , todo lo que ocurre afuera del organismo y se capta con los sentidos (vista, oídos, olfato, tacto, gusto), es lo obvio, la descripción fenomenológica de una situación; <i>Imaginario</i> , lo que ocurre en la mente, las creencias, ideas, interpretaciones, pensamientos;	

Tabla 1

Cronograma de trabajo (continuación)

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			<p><i>Sentir</i>, lo que ocurre dentro del cuerpo, las emociones (alegría, tristeza, enojo, miedo, etc.); y <i>Hacer</i>, es la acción. El objetivo de esta técnica es poder diferenciar si se está sintiendo y actuando en base a la percepción o en base a lo que se imagina. Ello con el fin de identificar cuando la atención está más en la mente que en el presente.</p>	
		Abordaje dialogal y psicoeducación	<p>Se le pregunta qué conocía de la información brindada y se explica sobre la importancia de reconocer las emociones, su funcionalidad, cómo se presentan en el cuerpo, etc. Así mismo, se explora sobre la sintomatología ansiosa, cómo las vivencia, en qué situaciones (o ideas) tiende a aparecer. Se conversan sobre situaciones y cómo abordarlas desde el PISH.</p>	
		Ejercicio de relajación	<p>Se pone en práctica la respiración cuadrada por un par de minutos, la cual propone inhalar profundo contando hasta cuatro por la nariz, sostener el aire contando hasta cuatro, exhalar por la boca contando hasta cuatro y sostener estar sin aire contando hasta cuatro, con el fin de regular al organismo.</p>	Ficha de trabajo

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
		Abordaje Dialogal	<p>Se entabla un diálogo sobre cómo se ha sentido con la respiración y de qué se da cuenta con ello. Se le brinda pautas de la comunicación al expresar sus emociones y vivencias: hablar en primera persona y tiempo presente, por ejemplo.</p> <p>Luego se procede a abordar la situación que le está generando estrés y sintomatología ansiosa. Se conversa sobre los hábitos y actividades que le generan disfrute y tiene la posibilidad de reforzar o retomar.</p>	
		Tareas	Se dejan ejercicios para realizar durante las siguientes semanas: obvio – imaginario; técnica de grounding, registro de PISH ante situaciones de ansiedad y estrés.	Imágenes Autoregistro
Sesión 4 y Sesión 5	Comprender el impacto del estrés de minorías en la salud mental, cómo afecta en las áreas de vida de la consultante y	Ejercicio de relajación	Se realiza la respiración diafragmática por un par de minutos. Se le pide a la consultante que se siente en una posición cómoda, cierre los ojos y lleve una mano al abdomen y la otra al pecho o la frente. Se le pide que inhale por la nariz de forma profunda tomando conciencia que el abdomen debe empujar a la mano, sostener el aire dos segundos y luego exhalar por la boca despacio	Imágenes

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
	reflexionar sobre sus acciones.		notando como el abdomen se desinfla. Se indaga cómo se sintió con el ejercicio y de qué se da cuenta.	
		Psicoeducación	Se explora qué conoce sobre la diversidad sexual y de género, y se brinda información acerca de la diversidad sexual y el estrés de minorías. Cómo afecta a las personas de la diversidad sexual y las distintas áreas de vida. Se explica a la discriminación como algo institucionalizado y cultural. Así también, se comparten las consecuencias en la salud mental y estadísticas con el fin de señalar que es una situación que atraviesa a toda persona LGTBIQ+.	Fichas de trabajo
		Abordaje dialogal	Se entabla el diálogo consultando de qué se da cuenta con la información compartida y se explora cómo la persona percibe que el estrés de minorías ha afectado en su vida en las distintas áreas. Una pregunta a responder por la consultante en esta parte es: “¿Cómo es ser para mí una persona LGTBIQ+?”, y abordar temas como la culpa o vergüenza relacionada a su OS e IG, el perfeccionismo, conductas complacientes, baja tolerancia a la frustración, estrés continuo, procesos de salida del clóset, microagresiones, ocultar la OS, etc. Con el fin de generar conciencia de las acciones y decisiones que se toman por	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			miedo al rechazo por OS. Es importante que se validen las emociones, así como sus experiencias.	
		Ejercicio exploratorio	A través del PISH adaptado para esta actividad, se solicita dividir toda la hoja en cuatro espacios de similar proporción. Espacio 1: escribir las ideas anticipadas y catastróficas frente a visibilizar su orientación sexual e identidad de género o que se “note” la OS en las distintas áreas. Espacio 2: escribir las acciones que suelen realizarse frente a esas ideas. Espacio 3: escribir qué emociones surgen luego de hacer la acción. Espacio 4: hacer el contraste de esa idea con la realidad y qué acciones elegiría hacer si no tuviera las ideas que se colocaron en el Espacio 1.	Autoregistro
		Abordaje dialogal	Se abordan las emociones que surjan con el ejercicio y los darse cuenta. Así también se hace el debate sobre el discurso que tenga sobre sí misma, ensayando (o reforzando) que sea desde la amabilidad. Se indagan las redes de apoyo haciendo una lista de personas con quienes quisiera apoyarse o comunicarse.	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
Sesión 6 y Sesión 7	Explorar, cuestionar y reflexionar sobre los sesgos relacionados a las personas de la diversidad sexual y de género y desarrollar herramientas para el autoconocimiento.	Ejercicio de relajación	Se le solicita a la consultante que se siente de forma cómoda y que cierre los ojos para llevar la atención a la respiración. Se le pide que inhale contando hasta 4, sostenga el aire contando hasta 2 y exhale despacio como si soplara en un sorbete contando hasta 6. En la sesión 7, se agrega la técnica de relajación progresiva, invitando a tensar algunas partes del cuerpo por 5 segundos y luego que suelte y preste atención al cuerpo.	Autoregistro Hojas, lapicero o archivo de Excel
		Abordaje dialogal	Se entabla una conversación sobre cómo se sintió con el ejercicio y de qué se da cuenta. Se brindan pautas para que identifique la emoción y cómo se presenta en el cuerpo. Así también, cómo cuando se tensa el cuerpo y cómo es cuando se relaja.	
		Ejercicio exploratorio	Se le pide a la consultante que divida la hoja en tres columnas y responda a las siguientes preguntas. Columna 1: ¿Qué ideas tengo sobre las personas LGTBIQ+? Columna 2: ¿De quién o en dónde he escuchado esas ideas? Columna 3: ¿Mito o realidad?	
		Abordaje dialogal y psicoeducación	Tomando de partida las respuestas de la consultante en la columna 3, se genera el debate para contrastar si las ideas	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			<p>colocadas son realmente mitos (estigmas) o realidad. Para este punto la persona terapeuta deberá brindar la información actualizada y libre de estigma sobre la diversidad sexual y de género. Se abordan las preguntas: ¿Cómo me está afectando sostener esa idea? ¿Qué impacto generó en mí escuchar esa idea (de forma recurrente o una única vez) de la persona o lugar de la columna 2? ¿quiero seguir sosteniendo esa idea? ¿Cómo me gustaría transformar esa idea? Esta última pregunta está orientada a generar mayor aceptación y reducir el discurso, interno y externo, homolebobitransfóbico.</p> <p>Abordar las emociones que surjan en sesión, si es necesario, utilizar otras técnicas que permitan acompañar a la persona a transitar la emoción o resolver algún conflicto, por ejemplo: sillas vacías, escritura, dibujos.</p> <p>Hacer una lista de colectivas LGTBIQ+, y ver documentales, series o películas sobre diversidad sexual. Por ejemplo: el documental Bajo el Arcoíris de Más Igualdad Perú.</p>	
		Tareas		Multimedia
Sesión 8	Reconocer y validar las	Ejercicio de relajación	Se solicita a la consultante que se siente en una posición cómoda y que cierre los ojos para llevar la atención a su	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
	fortalezas, así como incentivar el trato amable y autoconocimiento	Abordaje dialogal	respiración y al cuerpo para identificar si hay algún dolor o sintomatología presente. Se entabla una conversación sobre cómo se sintió con el ejercicio y de qué se da cuenta. Se brindan pautas para que identifique la emoción y cómo se presenta en el cuerpo.	
		Psicoeducación y abordaje dialogal	Se genera el debate sobre la historia de la comunidad LGTBIQ+ según lo observado en el documental, serie o película. Se indaga si conocía lo propuesto, y se complementa con información actualizada. Se invita a la reflexión para dialogar sobre de qué se cuenta.	
		Ejercicio exploratorio	Se propone que escriba las características que tienen en común las personas LGTBIQ+, así como las vivencias. Luego se le pide que resalte con otro color o encierre en un círculo aquellas características con las que se identifica o las reconoce en sí misma. Se le pide a la consultante que siente de forma cómoda y cierre los ojos. En este ejercicio se le pide imaginar a ese aspecto que siente miedo de decir su orientación sexual.	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
		Abordaje dialogal	<p>Se le indica que preste atención a aquello que va surgiendo en el cuerpo y se exploran las emociones. Se le va indicando que suelte la imagen y regrese al aquí y ahora, y se le pide que en una nueva hoja le escriba una carta a ese aspecto que vio, qué quisiera decirle hoy con todo lo que se ha ido dando cuenta, etc.</p> <p>Se conversa sobre cómo se sintió con el ejercicio y de qué se da cuenta. Se reafirma la importancia de la aceptación de su propia diversidad sexual, que es natural y válido sentir miedo propio del contexto en el que se creció y se sigue viviendo. Se indaga su red de apoyo y se resalta la importancia de respetar el proceso interno para ser visibles.</p>	
Sesión 9	Validar necesidades y reconocer los derechos asertivos.	Ejercicio de relajación	Se solicita a la consultante que se siente en una posición cómoda y que cierre los ojos para llevar la atención a su respiración. Se le pide que lleve la respiración a un ritmo acelerado y lo sostenga por unos minutos, prestando atención a lo que ocurre en el organismo. Luego se le pide que vaya cambiando el ritmo a uno más pausado y profundo, inhalando por la nariz contando hasta 4,	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			sosteniendo el aire contando hasta dos, y exhalando por la boca como si soplara en un sorbete contando hasta seis.	
			Mientras va cambiando el ritmo de la respiración, se le pide imaginar un lugar, puede ser conocido o nuevo, donde se sienta tranquila y en calma, ese lugar tiene todo lo que necesita, puede haber montañas, mar, ríos, árboles, una cabaña y solo se encuentra ella. Se le pide llevar una mano al abdomen y la otra al pecho mientras sigue respirando al ritmo que le propone ese lugar (se espera sea un ritmo pausado). Poco a poco, se le invita a ir soltando la imagen para regresar al aquí y ahora abriendo los ojos.	
		Abordaje dialogal	Se entabla una conversación sobre cómo se sintió con el ejercicio y de qué se da cuenta. Se brindan pautas para que identifique la emoción y cómo se presenta en el cuerpo. Así también se resalta la importancia de identificar el ritmo de la respiración para la autoregulación.	
		Ejercicio de validación	Se indaga qué entiende, qué conoce y cuáles son sus derechos. Luego se le pide a la consultante que lea los	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
			Derechos Asertivos (anexo 1) en voz alta un par de veces y que tome consciencia de qué ocurre en el cuerpo cuando los va leyendo y qué ideas genera con ello. Con cada lectura se observa el tono de voz y los movimientos corporales para indagar qué podría estar ocurriendo de forma interna.	
		Abordaje dialogal	Se conversa acerca de lo que piensa con los derechos asertivos, cómo resuena en ella, si agregaría o quitaría alguno o cómo los transformaría para que esté en sintonía con su proceso. Se le pide que los escriba en una hoja o Word de la forma que le gustaría para que los tenga como recordatorio.	
		Psicoeducación	Se complementa la información sobre los derechos de personas LGTBIQ+, así también las principales pautas para una comunicación asertiva y cómo fortalecer los vínculos.	
		Abordaje dialogal	Se aborda la red de apoyo y posibles aliadas, cómo le está yendo con el comunicar sus necesidades y límites.	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
Sesión 10	Identificar y reconocer los recursos personales para afrontar las situaciones relacionadas al estrés de minorías	Ejercicio de relajación	Se realiza un ejercicio de respiración, se le propone a la persona consultante que dirija uno de los aprendidos.	
		Abordaje dialogal	Se explora cómo se siente frente a la idea de visibilizar su orientación sexual y qué necesitaría para llevarlo a cabo.	
		Ejercicio exploratorio	Se realiza un ejercicio de roles para simular la acción de salida de clóset y las posibles consecuencias. En este ejercicio la persona terapeuta debe observar los movimientos involuntarios del cuerpo para poder indagar qué podría estar pasando de forma interna.	
		Abordaje dialogal	Conversar sobre aquellos recursos que tiene la persona y aquellos que podría seguir necesitando reforzar. Recordándole a la persona que salida del closet es una decisión personal, y si elige no hacerlo, es completamente válido.	
		Abordaje dialogal	Se conversa sobre los objetivos y proyectos que tiene para sí misma, reforzando las habilidades personales y reforzando la idea que la valía personal no es sinónimo de logros alcanzados.	

Tabla 1*Cronograma de trabajo (continuación)*

Sesión	Objetivo	Actividades	Desarrollo	Materiales
Sesión 11	Identificar lo aprendido en el proceso de intervención, en qué aporta en su día a día y dar cierre de la experiencia.	Entrevista semi estructurada	Se conversa sobre cómo se ha sentido durante las sesiones: aprendizajes, qué percibe distinto, cómo registra la sintomatología ansiosa luego de comprender todo lo abordado; cómo identifica el trato que tiene consigo misma ahora, etc.	Lista de chequeo
Sesión 12	Realizar seguimiento	Abordaje dialogal	Se indaga la situación de la persona un mes después de la última sesión para explorar cómo se siente y cómo le ha estado yendo. Se le solicita completar una encuesta de satisfacción de la institución.	Formulario de google

Fuente: Elaboración propia

Metodologías empleadas en el caso

Descripción de los abordajes, técnicas e instrumentos

Abordaje Dialogal. Para el presente caso, el abordaje dialogal fue utilizado como base del acompañamiento para que la persona terapeuta pueda enfocarse en los hechos y el contexto de la persona y no solamente en la sintomatología presentada. Se utilizó en cada sesión y junto con la observación, ayudó al paciente a describir las situaciones en lugar de interpretarlas, así como, regresar a la realidad (tiempo presente) cuando conectaba con ideas anticipadas (tiempo futuro).

Aportó a conseguir una mayor comprensión de todo lo que involucra el ser una persona LGTBIQ+. Este abordaje propuso un ambiente de confianza basado en el respeto, junto con un diálogo sincero, asertivo y confrontativo de aquellas ideas con contenido homofóbico y limitante proponiendo mayor flexibilidad y un cambio de perspectiva. Así también, dio paso a abordar las emociones desde la validación y comprensión generando aprendizajes de nuevas formas para su trato interno y el trato que tenía con las demás personas de la diversidad sexual y de género.

Al proponer pautas para la forma de comunicar como, por ejemplo, hablar en tiempo presente y primera persona, ayudó a que la consultante pueda reconocer lo que siente, dice y hace, así como, asumir la responsabilidad e incentivar el darse cuenta. Este abordaje permitió desarrollar los objetivos propuestos para la intervención desde un enfoque afirmativo brindando las bases de una atención libre de prejuicios y creencias por parte de la persona profesional.

Así también, sirvió como principal instrumento para recolectar información sobre los cambios percibidos en el diálogo interno, como el trato más amable, la validación de su orientación sexual, entre otros cambios en el proceso.

Técnica PISH. Está técnica permitió que la persona consultante identifique cuando la atención está más en la mente que en el presente, tomando conciencia de donde parten las acciones que realiza, si es desde lo imaginario o desde la percepción. Además, invitó a la persona a cuestionar la línea de pensamientos, generalmente, automáticos, ante situaciones específicas para poder llevarlo a la reflexión y en algunas situaciones, la deconstrucción. Está técnica se enseñó en la tercera sesión y fue utilizada como herramienta durante las siguientes sesiones de la intervención, que, junto con el diálogo, se logró poder reestructurar diversas creencias manifestadas en sesiones. Se le propuso a la consultante que podía utilizar la técnica en casa para analizar las situaciones que consideraba.

Ejercicios de Relajación. Los ejercicios de relajación se implementaron como parte inicial de cada sesión para poder generar la constancia y familiaridad en la práctica. Además, se le solicitó a la consultante que los practique en casa, sobre todo, en los momentos que consideraba necesitarlos. Se le propuso grabar una nota de voz con su propia voz guiando un ejercicio de respiración de su elección para que pueda utilizarla ante alguna situación abrumadora. Estos ejercicios aportaron en los objetivos del caso, reduciendo la sintomatología ansiosa y las ideas anticipatorias. Así también, incrementó los recursos ante una posible crisis, y por ende la confianza en sí misma para sostenerse.

Psicoeducación. Es un recurso terapéutico que permite abordar las necesidades de las personas integrando la educación con la prevención y psicología, todo ello con el fin de orientar y reflexionar. Consiste en brindar información relevante que se adapte a la persona o grupo que se tiene al frente, para promover la disminución de los prejuicios e ideas anticipatorias. Así también busca fortalecer

las herramientas para afrontar las diversas situaciones del día a día que, ante el desconocimiento, se tornan complejas y abrumadoras. Propone mayor flexibilidad sobre alguna creencia o situación y, además, ayuda a que las personas puedan transitar sus emociones incentivando el autoapoyo y con ello mayor confianza en sí misma mejorando la calidad de vida (Godoy et al., 2020; Hernández Arteaga, 2021; Tena, 2020).

Esta herramienta se utilizó desde la sesión tres, y permitió brindar información basada en evidencia sobre la diversidad sexual y de género, así como, contrastar las ideas y discursos con contenidos desactualizados y con estigma. Aportó en la comprensión de la persona sobre el impacto del estrés de minorías en los diversos contextos de vida, así como el tener mayor conocimiento relacionado a las emociones, por ejemplo, cuál es su funcionalidad, cómo se presenta en el cuerpo, cómo hacer para evitarlas y que las conozca para reducir la ansiedad y/o el miedo frente al anticipo de sentir las.

Entrevista semiestructurada. Según Díaz-Bravo et al. (2013), la entrevista semiestructurada es una herramienta cualitativa que parte de un esquema de preguntas y se va ajustando al desarrollo con cada persona. Una de las mayores ventajas es la adaptabilidad en cada aplicación, permitiendo ahondar, identificar ambigüedades, esclarecer dudas, entre otros, mientras mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones en común en la línea de los objetivos. Otra de las ventajas es que entre los distintos tipos de entrevistas (estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas), es la que permite desarrollar con mayor amplitud opiniones o aportes al tema. Según Martínez (1998) citado por Díaz-Bravo et al. (2013), es necesario contar con una guía con preguntas por temáticas, para

lograr se desarrolle en un ambiente más libre de distracciones y confidencial posible, además reenfocar, repreguntar y profundizar en lo que la persona participante vaya expresando durante la entrevista.

Este instrumento permitió recolectar la información de la historia personal, conocer sus intereses, ideas, miedos y los distintos contextos de la paciente para poder comprender las aristas y el impacto del estrés de minorías en su vida. La información recolectada ayudó a comprender mejor de donde parte la sintomatología que manifestaba y establecer la intervención alineada a sus necesidades. Así también, aportó al análisis de los discursos e ideas iniciales para compararlo con la sesión final y poder revisar si hubo un cambio.

Lista de Chequeo. En el ámbito de la psicología, la lista de chequeo, es uno de los instrumentos que contiene aspectos, propiedades, componentes, entre otros, que deben de tenerse en cuenta para el desarrollo óptimo de una tarea, actividad, evaluación o intervención. Dichos elementos deben estar organizados de una forma efectiva para que pueda ser valorado si se obtuvo o no el objetivo del elemento descrito. La técnica que utilizada para realizar la lista de chequeo es, principalmente, la observación (Pereyra et al., 2022).

La lista de chequeo (anexo 2) fue utilizada por la persona profesional en base a la observación relacionada a cada ítem. Tuvo 18 ítems, los cuales se subdividieron en 4 grupos: indicador de sintomatología ansiosa (1, 2, 3, 4, 5), indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género (6, 7, 8, 9, 10, 11), indicador de la autopercepción positiva (12, 13, 14, 15), indicador de soporte social (16, 17, 18). Los puntajes oscilan entre el 0 y el 34, teniendo cada pregunta un peso similar. Se utilizó para complementar la situación del progreso de la consultante al

inicio (sesión 1), a la mitad (sesión 7) y al finalizar la intervención (sesión 11). La persona profesional debió marcar por cada ítem: ausente (2), a veces (1) o presente (0), salvo el indicador de sintomatología ansiosa, teniendo una puntuación inversa. Asimismo, tenía la opción de colocar comentarios si correspondía y complementar la información brindada durante la entrevista.

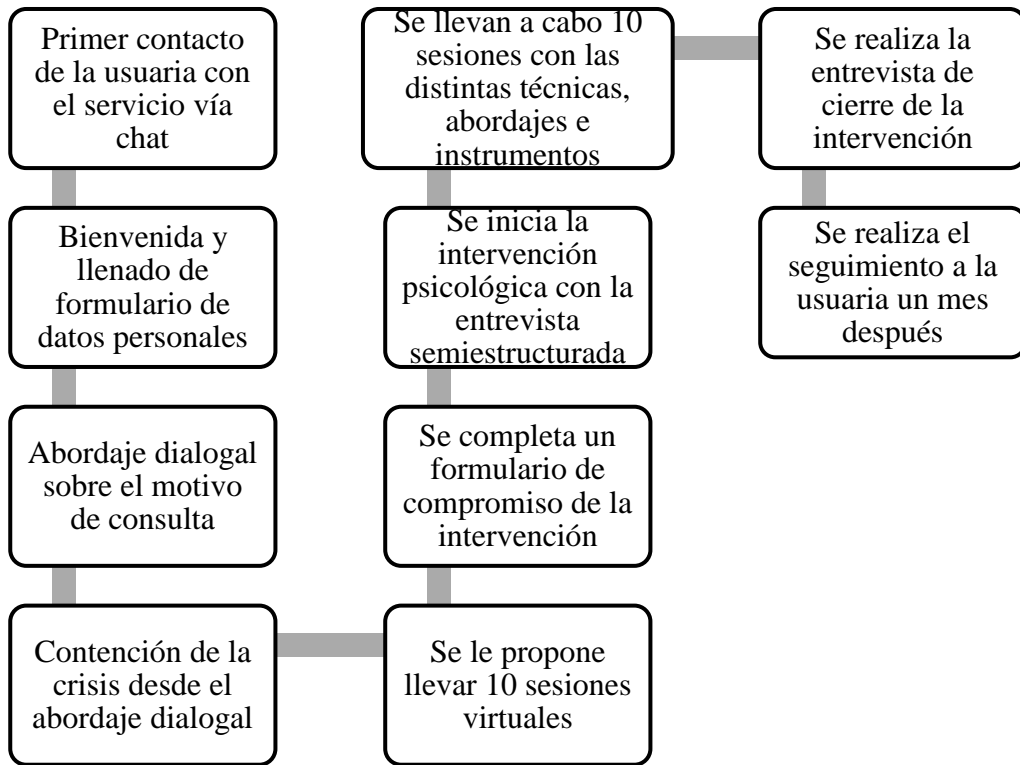
Encuesta de satisfacción. Bleich et al. (2009) citado por Rydel (2015) indica que la "satisfacción del usuario" hace referencia al grado de conformidad de un servicio para atender las demandas o necesidades específicas de la población para la cual está diseñada. Sin embargo, existen otros factores que no son siempre medibles, como la interacción profesional-usuario, expectativas, experiencias previas, entre otros. En este sentido, una encuesta para identificar la satisfacción puede ser subjetiva y a la vez necesaria evidencia sobre cómo los servicios de salud son recibidos por la población. Entre las diversas herramientas, se encuentra la escala tipo Likert, que es una de las más empleadas en la medición actitudinal. Consiste en intervalos en escala ordinal, con una serie de afirmaciones en un continuo que va de lo desfavorable a lo favorable. Puede ser empleada en 4 ítems, 5 ítems o más (Ospina et al., 2003).

La institución aplica al final de cada intervención una encuesta de satisfacción para poder llevar un registro de la percepción de las personas consultantes sobre el servicio e indagar aspectos por reforzar o mejorar.

Procedimiento. El flujo del proceso para la intervención se desarrolló según se observa en la Figura 3.

Figura 3

Proceso de intervención



Fuente: autoría propia

Consideraciones Éticas

Los principios éticos que se tuvieron en la intervención:

- *Principio de Beneficencia*; implica promover el bienestar de las personas, priorizando su interés, así como tomar decisiones y acciones que maximicen el bien para las personas del estudio (Aznar et al., 2023). Se diseñó un plan de intervención basado en una ética profesional que vele por el bienestar de la usuaria.
- *Principio de no maleficencia*; se basa en la obligación de no causar daño intencionadamente y de minimizar cualquier posible perjuicio al tomar decisiones o acciones (Aznar et al., 2023). La participación de la usuaria no implicó ningún daño o deterioro, esto debido a que

se tuvieron en consideración las medidas necesarias para salvaguardar su bienestar, así como la confidencialidad del caso.

- *Principio de Autonomía*; implica que cada individuo tiene la capacidad y libertad de tomar decisiones basadas en sus propias razones y motivos (Ferro et al., 2009). Se le notificó a la consultante que la intervención psicológica era un proceso con un máximo de 12 sesiones virtuales y que, por tanto, no era un proceso de psicoterapia a largo plazo. A su vez, la consultante decidió, de forma libre y a través de un compromiso mediante un formulario de google (anexo 4), su participación y si deseaba dejar el proceso tenía la potestad de hacerlo sin consecuencia alguna.
- *Principio de justicia*; se basa en la distribución igualitaria y equitativa de los beneficios, evitando cualquier acto de discriminación para el acceso a la atención (Aznar et al., 2023). La usuaria tuvo la misma oportunidad que las demás personas que acceden al servicio.

Capítulo IV: Resultados

Descripción de los resultados hallados.

La intervención tuvo una duración de 12 sesiones, en un periodo de cuatro meses en el año 2022. Cada sesión se pactó de forma semanal teniendo un tiempo de intervención de 60 minutos.

halló los siguientes resultados.

Tabla 2

Indicador de sintomatología ansiosa en base a lista de chequeo

Evaluación	n	%
Linea base	1	10%
Medio	3	30%
Post test	6	60%

Fuente: Elaboración propia

*Nota. Incremento del 50%

En la Tabla 2, se observa que el pre test obtuvo un puntaje de 1, indicando la presencia de sintomatología ansiosa en un nivel elevado. Durante la intervención se brindaron diversas herramientas para contrarrestar dicha sintomatología, por ejemplo, el PISH, ejercicios de relajación, y por medio del diálogo. Conforme se fueron dando las sesiones, la sintomatología descrita al inicio fue disminuyendo evidenciándose con un puntaje 6 en el post test.

Tabla 3

Indicadores de sintomatología ansiosa – abordaje dialogal y entrevista

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
“Todo esto me está matando por dentro... Estos días solo he querido desaparecer y ya... Siento que no puedo más”	“Ya no me siento tan abrumada, hablar me está ayudando... No, ya no quiero desaparecer”
“Tengo mucho miedo, estoy temblando”	“Estoy más tranquila, sigo sintiendo miedo, pero puedo respirar mejor”

“No puedo concentrarme en mis clases, voy a jalar de nuevo y eso me hace sentir mal... Mi trabajo lo he descuidado... es que no puedo dejar de pensar en eso”

“Me siento triste cuando pienso que podría jalar, es que pareciera que no debería de equivocarme nunca, pero entiendo que soy humana... Ya puedo concentrarme un poco más, y logré ponerme al día con mis cosas... ya estoy más tranquila”

“No puedo dejar de llorar... Me está doliendo el pecho”

“El dolor en el pecho ha disminuido, puedo respirar mejor, esos ejercicios me ayudan... Igual que caminar e ir al gimnasio”

“Me abruma, quise cambiar de verdad”

“No hay nada de cambiar en mí, ellos deberían ver cómo me afectan sus comentarios, soy una buena persona, cumplo con mis deberes y tengo buenas notas y me va bien en el trabajo”

“Me está costando dormir, me quedo despierta y mi mente solo sigue pensando...”

“Estoy durmiendo mejor, estoy escribiendo antes de dormir y eso me ayuda, y ya luego en mi cama solo respiro... a veces me cuesta un poco, pero ya no tanto como antes”

“Estoy cansada de tener que cuidar con quien salgo o no... Que te corten por seguir en el clóset es duro...”;

“Estoy cansada de escuchar los comentarios homofóbicos de mi mamá”

“Creo que es normal que esté cansada de ocultar esta parte de mí, y si aún no decido hablar con mi familia es por cuidarme también, mis tías tampoco deberían presionarme”

“Se va a enojar conmigo... Se va a decepcionar”; “Va a ponerse a llorar por mi culpa... No quiero causarle problemas”

“Cada vez que pienso que se puede enojar, tomo una respiración profunda y me recuerdo que no es real porque no he hablado con ella sobre mi OS de nuevo... y si se enoja, creo que podré irme a otro lugar de la casa hasta que se le pase”

Fuente: Elaboración propia

Sumado a ello, en la tabla 3 se observan los comentarios de la consultante al iniciar la intervención a través de la entrevista semiestructurada y el abordaje dialógico, notando un cambio en el discurso al finalizar la intervención demostrando un cambio de perspectiva frente al tema.

Tabla 4

Indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género en base a lista de chequeo

Evaluación	n	%
Linea base	3	25%
Medio	7	58%
Post test	8	67%

Fuente: Elaboración propia

*Nota. Incremento del 42%

En la tabla 4 se aprecia que se obtuvo un puntaje de 3 en el pre test, lo cual significa que hay poca aceptación hacia la diversidad sexual y de género. Conforme la intervención fue avanzando, se brindó información sobre los conceptos claves de la diversidad sexual y de género, así como la historia de la comunidad LGTBIQ+ en el país, por medio de la psicoeducación y el abordaje dialogal, evidenciándose en el post test un puntaje 8, lo cual indica incremento en el conocimiento del tema.

Tabla 5

Indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género – abordaje dialogal y entrevista

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
“Yo entiendo que a los gays los discriminan porque son afeminados y llaman la atención”	“Entiendo mejor que a quienes somos de la comunidad nos agreden de distintas formas”
“Solo quiero ser normal y no tener esta preferencia... Quise cambiar... Seguro hay algo malo conmigo”	“No hay nada de malo conmigo, es normal ser quien soy, el problema es de ellos que no lo aceptan”, “No es algo que pueda elegir, es solo quien soy, quienes me gustan... No es algo que pueda o deba cambiar”
“Yo no me visto como las lesbianas porque yo no quiero ser hombre”	“Quien te gusta es distinto de quien eres o cómo te sientes contigo misma o como quieras vestirte... lo entiendo un poco más ahora”

Fuente: Elaboración propia

Así también en la Tabla 5, se muestran los comentarios que tuvo al inicio y al finalizar la intervención en relación a la aceptación de la diversidad sexual y de género. Esta información se obtuvo por medio del abordaje dialogal y las entrevistas semi estructuradas al inicio y final. Se observa un cambio en el discurso relacionado a la aceptación de la diversidad sexual y de género.

Tabla 6

Indicador de la autopercepción positiva en base a la lista de chequeo

Evaluación	n	%
Linea base	2	25%
Medio	5	63%
Post test	6	75%

Fuente: Elaboración propia

*Nota. Incremento del 50%

En la tabla 6, se evidencia la puntuación de la autopercepción positiva, obteniendo en el pre test un puntaje 2, indicando una baja autopercepción de sus logros, fortalezas, y conciencia de las conductas de compensación y evitación. Durante la intervención, y a través del PISH, abordaje dialogal, y psicoeducación, se logra incrementar la puntuación a 6, evidenciando una mayor autopercepción positiva.

Tabla 7

Indicador de la autopercepción en base – abordaje dialogal y entrevista

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
“Es difícil conocer personas nuevas... qué pasa si conozco a alguien y le digo que soy bisexual y le cuenta a mi mamá”	“Es poco probable que mi mamá conozca a alguien de mi trabajo o la universidad, puedo no mencionar que soy bi e igual conocer gente, justo acepté ir a una reunión con la gente del trabajo.
“Tengo ganas de cancelar la reunión del trabajo, tengo miedo que me juzguen”	“Fui a la reunión, no dije que soy bi, me sentí ansiosa, pero ahora me hablo más con el grupo... Es interesante

Tabla 7

Indicador de la autopercepción en base – abordaje dialogal y entrevista

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
	decirles ‘no tengo pareja’ en lugar de novio”
“Tuve que fingir ser heterosexual”, “Si me preguntan si tengo novio y esas cosas deberé mentir como siempre”	“No miento cuando digo que me gustan los chicos, solo que comprendo que voy a elegir en que situaciones agregar ‘y también las chicas’ ... se me hace mejor así”, “Me siento más libre al hacer comentarios como ‘qué bonita esa actriz’, con mis amigos”
“Pienso que es mi culpa, me cuesta contradecir a mi mamá o decirle que no deseo hacer algo”	“Entender que no es mi culpa ser bisexual me ayuda a poder decirle que no cuando no quiero hacer algo, tipo... el miedo a que me rechace es fuerte, pero no puedo obligarme a hacer algo que no quiero solo por miedo a que me rechace en un futuro”
“Tengo buenas notas, trato de complacer a todo el mundo”	“No puedo controlar lo que los demás piensen, tipo que me acepten, creo que eso me cuesta todavía, pero pensar un poquito más, me ayuda a decidir si quiero hacer algo o es que quiero ‘portarme bien’ para que no me digan nada si es que les digo que soy bi... me parece que saber eso es como abrazarme... Hace unas semanas pude decirle a mi mamá que no podría cuidar a mi hermana porque tenía que trabajar... lo tomó bien felizmente, ahí me di cuenta que puedo”
“Debí alejarme a la primera como siempre... no sé qué pasó”	“Está bien si me gusta una chica, merezco permitirme esas experiencias también, me descargué una aplicación para conocer gente, y seguí a algunas cuentas de la comunidad, quiero ver si conozco más personas como yo, diversas”

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo en esa línea, en la tabla 7, se encuentran los comentarios que la consultante tuvo al inicio y al finalizar la intervención relacionados a la autopercepción de sus logros, fortalezas, y conciencia de las conductas de compensación y evitación por miedo al rechazo por su orientación sexual. Se evidencia un cambio en el discurso.

Tabla 8

Indicador de soporte social en base a la lista de chequeo

Evaluación	n	%
Linea base	1	17%
Medio	4	67%
Post test	6	100%

Fuente: Elaboración propia

*Nota. Incremento del 83%

En la tabla 8, se observa que la puntuación relacionada al soporte social, obtuvo en el pre test un puntaje 1, indicando una red de apoyo social reducida. Durante la intervención, y a través del PISH, y abordaje dialogal, se logra incrementar la puntuación a 6, evidenciando el incremento en el soporte social.

Tabla 9

Indicador de soporte social – abordaje dialogal y entrevista

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
“No tengo con quien hablar del tema”	“He podido escribirle a mi amiga, quedamos en tomar un café, pude hablar de lo que está pasando en casa, me entendió y dijo que no es justo, escucharla decir eso me alivió un poco el pesar”
“Me siento sola”	“¿Se acuerda que le dije que tenía un tío que quizás podía ser aliado? Hablé con él, le conté... Me abrazo y me dijo que no estoy sola que hablará con mis tías para que dejen de molestarme y que depende de mí hablar con mi mamá, que no deberían de meterse... Me dijo

Tabla 9*Indicador de soporte social – abordaje dialogal y entrevista*

Al iniciar la intervención	Al finalizar la intervención
	que será difícil con mi mamá, pero que lo tengo a él... Lloré cuando me lo dijo, parecía irreal..."
"Es difícil conocer personas nuevas"	"Me estoy hablando un poco más con la gente de la chamba, me agregaron al grupo de WhatsApp, mandamos muchos stickers"

Fuente: Elaboración propia

En ese mismo sentido, en la tabla 8, se encuentran los comentarios, relacionados al soporte social, que la consultante tuvo al inicio y al finalizar la intervención. Conforme se fueron dando las sesiones, y a través del abordaje dialogal y PISH, se fue abordando este punto logrando un cambio en el discurso.

Finalmente, en la tabla 10 se describen los resultados obtenidos en la entrevista final y la encuesta de satisfacción aplicada en la última sesión, cuyas opciones de respuesta eran de escala Likert, así como, también preguntas abiertas.

Tabla 10*Resultados de la encuesta de satisfacción y entrevista final*

Preguntas	Respuesta	Comentarios de la consultante
Opciones de respuesta para las siguientes preguntas	Nada significativo, Poco significativo, Algo significativo, Significativo y Muy significativo	
¿Qué tan significativo fue para ti que la persona profesional respete tus pronombres?	Significativo	"Me sentí validada cuando me preguntaron la primera vez y lo respetaron"
¿Qué tan significativo fue para ti que cada tres o	Significativo	"En mi caso fue significativo, pues sentí que

Preguntas	Respuesta	Comentarios de la consultante
cuatro sesiones se vuelva a preguntar tu pronombre?		están al tanto si hay algo en mí que ha podido cambiar en esas semanas y lo valoré mucho”
¿Qué tan significativo fue para ti que la persona profesional valide y respete tu orientación sexual e identidad de género?	Muy significativo	“Encontrar un lugar como este ha sido como sentirme menos sola, quería desaparecer ese día que escribí, ahora ya no”
¿Qué tan significativo fue para ti que se incluya la historia de la comunidad LGTBIQ+ como parte de la intervención?	Significativo	“Entiendo que no soy la única que vive todo el estrés adicional, y que no deberíamos pasar por eso, me sorprendió conocer cómo ha sido para otras personas en otros lugares del país”
¿Qué tan significativo fue para ti que se explique sobre el estrés de minorías y sus repercusiones en la salud mental de personas LGTBQI+?	Muy significativo	“Pude comprender mejor que no había algo malo en mí, o que no valgo solo por mis logros y méritos, sino que vivo en estrés constante porque siento miedo que me discriminen... ahora puedo decidir mejor cuando quiero hacer algo o cuando me siento culpable y pienso que debería hacerlo igual”
Opciones de respuestas	Nada satisfecha/o, Un poco satisfecha/o, Algo satisfecha/o, Satisfecha/o, Muy Satisfecha/o	
¿Qué tan satisfecha/o te sientes con el servicio brindado?	Muy satisfecha/o	“Me he sentido muy acompañada todo el tiempo”
¿Qué tan satisfecha/o te sientes en relación a la atención con empatía y sin juicio?	Muy satisfecha/o	“Como te decía, creo que esto fue muy importante, fue algo muy distinto a lo que venía viviendo ya que encontré aceptación”
Opciones de respuestas	Sí, No	

Preguntas	Respuesta	Comentarios de la consultante
¿Consideras que las herramientas brindadas han sido de utilidad para ti?	Sí	“No sabía que la respiración podía ser tan crucial, escribir también me ha ayudado y el obvio-imaginario, creo que son mis favoritos ahora”
¿Consideras que se abordó tu motivo de consulta?	Sí	“Pensé que debía salir del closet con mi mamá y que no tenía otra opción, pero darme cuenta que si no quería no debía hacerlo y encontrar a una persona que me ayude en mi familia, es suficiente para mí, además ahora hablo con más gente y me siento más segura de mí y todo lo que aprendí”

Fuente: Documentos de la Institución

Discusión de los resultados

A fin de responder el objetivo general del presente Trabajo de Suficiencia Profesional: *disminuir la sintomatología ansiosa a través de una intervención psicológica desde el enfoque afirmativo y gestalt*. Se obtuvo que, luego de la intervención psicológica bajo el enfoque afirmativo, y a través de las técnicas como los ejercicios de relajación que incluyeron ejercicios de respiración, el PISH, la psicoeducación y el abordaje dialogal, se logró disminuir la sintomatología ansiosa. Ello se evidenció con la lista de chequeo, donde en la línea base tuvo un puntaje de 1 indicando la presencia elevada de la sintomatología ansiosa y en el post test un puntaje de 6 evidenciando la disminución. Lo mismo en relación a los comentarios manifestados en la entrevista al inicio y al final, los cuales indicaron que, si bien la sintomatología ansiosa estaba presente en un porcentaje mucho menor, la

consultante manifestó una evidente mejora, pudiendo retomar sus actividades y teniendo mayor funcionalidad en su día a día.

Como se encuentra en la investigación de Rodríguez (2018), la utilización de las técnicas de relajación para reducir la sintomatología ansiosa es beneficiosa para la autoregulación del organismo, puesto que propone una mayor percepción de la capacidad de la persona frente a situaciones que considera estresantes y mejorando la calidad del sueño y las relaciones interpersonales. Siguiendo esa línea, Yanéz (2022) hace referencia de la importancia de la psicoeducación y ejercicios de respiración en la intervención psicológica para reducir la ansiedad en las personas consultantes. Agrandando que Jiménez-Rodríguez (2021), en su investigación refiere la importancia de estudiar cómo las experiencias homofóbicas influyen en la prevalencia de la sintomatología ansiosa en las personas de la diversidad sexual y de género, así como lo explica el modelo de estrés de minorías presentado por Meyer (2003; 2015). Así también, Bergelund (2022) refiere que los factores estresantes, que son específicos de personas de la diversidad sexual y de género, están presentes a lo largo de su vida. Y Pachankis (2014) encontró en su estudio que la intervención del enfoque afirmativo tiene un impacto directo en la reducción de la ansiedad.

En relación al objetivo específico: ***incrementar la percepción de aceptación de la diversidad sexual y de género***, se encontró que la persona progresó durante la intervención. Al inicio T.S. manifestó diversos comentarios no adecuados sobre sí misma y las demás personas relacionados a la diversidad sexual y de género. Para alcanzar este propósito, se brindó información actualizada con la que pudo ampliar sus conocimientos relacionados a los conceptos de la diversidad sexual y de género,

asi también disipar las dudas, y desmitificar los mitos y sesgos que surgieron en las sesiones. No obstante, hay ideas no adecuadas sobre las personas LGTBIQ+ que no se han podido abordar a profundidad. Esto se puede explicar debido a lo encontrado por Cutipa (2018), quien menciona que las ideas conservadoras se transmiten por medio de la familia, y al haber crecido escuchando el mismo discurso homofóbico, algunas ideas han tenido mayor impacto en el ser.

Además, para este objetivo se brindó información actualizada sobre la historia de la comunidad LGTBIQ+ y se le explicó en qué consiste el modelo del estrés de minorías en la vida. Dicha información fue muy significativa para la consultante debido a que pudo comprender que no hay nada de malo en ella, y ayudó a validar su propia valía personal, así como su orientación sexual. El hecho que la consultante haya podido reconocer la resiliencia existente en las personas de la comunidad de la diversidad sexual y de género, y reconocer la suya propia, le proporcionó los recursos necesarios para poder validar sus propios sentires y experiencias. Reconocer que puede decir que “no”, fue un impacto positivo para su autoestima y proceso. Hernández (2021a) encontró que la baja autoestima es recurrente entre personas LGTBIQ+, y eso se deriva de las situaciones de discriminación y violencia que deben de afrontar.

Por otro lado, Hernandez (2021a) menciona que, uno de los motivos por los cuales las personas buscan cambiar su diversidad sexual y de género, se debe a las creencias religiosas del contexto familiar sumado a los estresores distales (homofobia internalizada), y ello explica los motivos que estaban detrás de las frases “quiero ser normal” o “quise cambiar mi orientación sexual” que, al abordarlas con la consultante, se encontró que en realidad estaba cansada de la

discriminación y rechazo que vive. Esas ideas surgen como respuesta a los estresores distales y próximos que menciona Meyer et al. (2011) y que afectan de forma directa al bienestar psicológico, como evidenció Chávez (2022) en su investigación.

Sumado a ello, Rodríguez (2022) reporta en sus resultados que acompañar a una persona bisexual en la aceptación de su orientación sexual desde un enfoque afirmativo favorece en la reducción de la ansiedad y mejora la gestión de las situaciones que pueden ser detonantes. Por tanto, se ve incrementado el bienestar general y brinda herramientas para afrontar las problemáticas asociadas a la orientación sexual, así como la gestión de emociones.

En relación al objetivo específico, *disminuir las conductas de evitación por temor al rechazo social por su orientación sexual*, se obtuvieron resultados favorables. Ello se vio reflejado en el indicador de autopercepción positiva, evidenciando que, si bien T.S logra reconocer y validar sus logros y fortalezas, durante la intervención psicológica se reforzó a través del abordaje dialógico.

Así también, la consultante al inicio de la intervención manifestó ser complaciente con todas las personas y exigente consigo misma en relación a sus responsabilidades. Al finalizar la intervención mencionó que ahora tenía mayor conciencia cuando debía tomar decisiones. La técnica PISH, en forma dialógica y escrito, ayudaron a centrar a la consultante a tomar conciencia si las acciones partían o se detenían por miedo al rechazo por su orientación sexual. Proujansky y Pachankis (2014) concuerdan que, una persona LGTBIQ+ busca compensar en las distintas áreas de vida para evitar el sentirse “menos” por ser una persona diversa y no encajar en la heteronorma de la sociedad. La consultante al haber tenido una

experiencia de discriminación por parte de la familia a sus 13 años, introyectó la idea que ser bisexual está mal y que hay algo malo en ella. Con la intervención, logró darse cuenta que estos años ha accionado desde la culpa para no ocasionarles otro “mal momento” a la familia ni haya motivos para que las demás personas la rechacen, según refirió. Además, Cutipa (2018) menciona que ocultar la orientación sexual trae conflictos personales intensos, y la consultante ha evitado situaciones sociales y románticas desde entonces, propio del miedo a que se enteren que no es heterosexual y el hecho de tener que fingir alguien que no es, ha generado desconfianza en sí misma. Adicional a ello, en los resultados se vio asociada su autoestima a los logros alcanzados, teniendo una respuesta emocional desregulada cuando no lograba algún objetivo.

En ese sentido Dianderas (2015) en su estudio, concluyó que el proceso de aceptación de la orientación sexual puede ser afectado por factores socioculturales y psicológicos a los que la persona se ve expuesta, generando malestar y presión, por lo cual se experimenta negación en las atracciones que puedan sentir, involucrándose en relaciones heterosexuales por encajar y reducir dicho malestar, sin embargo, el sentimiento de aceptación es gradual y que parte fundamental de ello es poder sentirse en comodidad con quienes son para luego poder compartirlo con el entorno.

En relación al objetivo específico, *fortalecer las redes de apoyo social*, se tuvo un incremento significativo del 80%. Al iniciar la intervención la consultante manifestó estar distante de sus amistades, y de ese grupo solo sabía una persona su orientación sexual, no obstante, al ir avanzando la intervención, la consultante pudo retomar el contacto con sus amistades, ello debido a la autopercepción de recursos

para afrontar alguna crisis o rechazo que fue desarrollando con la intervención. Así también se identificó a una persona aliada en la familia que le brindó el apoyo que necesitaba. En ese sentido, Dianderas (2015), encuentra en su estudio que la red de soporte tiene influencia significativa en el proceso de aceptación de la orientación sexual. Sumado a ello, la consultante empezó a tener mayor disposición por actividades sociales en su trabajo. Por un tema de tiempo, no se llegó a abordar la salida de clóset con su grupo de amistades, sin embargo, la consultante mostró disposición y confianza en hacerlo cuando lo elija.

Craig et al. (2021), indican que las terapias con enfoque afirmativo en formato virtual tienen potencial con la reducción de sintomatología ansiosa, lo cual se evidenció en esta intervención. Por otro lado, la consultante al encontrar un espacio que visibiliza la aplicación del enfoque afirmativo en las intervenciones en crisis que realiza, ha podido manifestar quien es, y ello favoreció a su propio proceso, según lo manifiesta en la Escala de Satisfacción y en la entrevista final. Ello ha contribuido a que, ante otra situación de crisis, pueda acudir a una persona profesional en salud mental para pedir ayuda y/o iniciar su proceso terapéutico. Hernández (2021a), refiere que la falta de capacitación para atender a personas de la comunidad LGTBIQ+ y la revictimización encontrada en espacios de consulta psicológica son un factor para que personas de la diversidad sexual no busquen ayuda ni se adhieran al tratamiento.

Finalmente, en un aspecto general de la intervención, se encuentra que el enfoque afirmativo complementa a la terapia gestalt, puesto que tienen en común el enfocarse en la persona y trabajar desde una base humanista. Así también la encuesta de satisfacción reveló la importancia de validar los pronombres y nombres

indicados por la persona en consulta. Se evidencia que para la consultante es muy significativo que se valide y no se cuestione su orientación sexual, sino por el contrario, la aceptación permitió que continúe en las sesiones siguientes, puesto que no venía recibiendo dicho trato en su familia.

Capítulo V: Reflexión de la Experiencia

Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

- Dificultad para establecer un horario fijo para las sesiones, esto debido a que la consultante tenía horarios rotativos.
- Continuas reprogramaciones, por las diversas actividades de tenía la consultante, propio de sus clases universitarias, clases de idiomas y el trabajo.
- Tener un número limitado para las sesiones por parte de la Institución.
- Al ser un servicio virtual, el contacto y la observación, principalmente a nivel emocional se vio reducido, puesto que la cámara enfoca una parte de la persona y no el ambiente en el que se encuentra en general.

Impacto a Nivel Profesional

- Trabajar bajo un enfoque afirmativo permite brindar una mejor intervención psicológica a personas de la comunidad LGTBIQ+, y contribuye directamente al cuestionamiento, reflexión y deconstrucción de las propias creencias y sesgos relacionados a la diversidad sexual y de género.
- Para poder realizar intervenciones psicológicas y/o terapéuticas, desde cualquier corriente y enfoque de la psicología a personas de la comunidad LGTBIQ+, requiere que la persona profesional investigue y esté actualizada acerca de los conceptos relacionados a la diversidad sexual y de género.

- La persona profesional en salud mental debe desarrollar los conocimientos necesarios para resolver las dudas y contrastar las ideas de contenido estigmatizante en la persona consultante. Para ello, debe prestar atención y observar detenidamente los discursos de la consultante y, sobre todo, trabajar sus propios sesgos y creencias para que no interfiera con el proceso de quien se tenga al frente en consulta, sino podría ejercerse una práctica poco ética y dañina.
- Es importante que la persona profesional en salud mental se familiarice con la historia de la comunidad LGTBIQ+ para comprender las luchas que atraviesan y la situación de vulnerabilidad constante a la que se encuentran expuestas, y como ello genera impacto en su bienestar psicológico.
- Así también, utilizar un lenguaje neutro, es un reto en sí mismo, pues el idioma español es principalmente masculino, sin embargo, su implementación en la práctica constante genera un espacio terapéutico más amigable y de confianza para la persona LGTBIQ+ que aún no ha visibilizado su identidad de género.

Impacto en la Institución con los Resultados Hallados

- Amplia los conocimientos sobre la intervención en enfoque afirmativo y gestalt, creando espacios didácticos para la intervención.

- Genera nuevas estrategias en el uso de las TICs, incrementando el alcance de nuevas personas usuarias que requieran el servicio psicológico.

Aporte en el Área Psicológica y en el Contexto

- En el Perú se está empezando a desarrollar la intervención clínica mediante un enfoque afirmativo lo cual afianza una mejor práctica en las intervenciones relacionadas al bienestar psicológico.
- Utilizar el enfoque afirmativo como parte de las intervenciones psicológicas, incrementa la posibilidad que una persona LGTBQ+ se adhiera al tratamiento y se genere el rapport entre la persona profesional y la persona en consulta.
- Contar con información actualizada sobre la historia, el contexto y los conceptos claves sobre diversidad sexual y de género, así como conocer las necesidades específicas por identidad y orientación sexual para poder abordarlas en consulta, aporta a una práctica informada y basada en evidencia, reduciendo los ECOSIEG en el ámbito de la psicología clínica. Además, este enfoque busca corregir la deuda histórica con la comunidad LGTBQ+ que ha enfrentado décadas de patologización debido a su orientación sexual e identidad de género.

Conclusiones

- Tener un programa gestalt con enfoque afirmativo influencia de forma positiva en la disminución de síntomas de ansiedad en una persona LGTBIQ+.
- Al contar con información actualizada sobre diversidad sexual y de género, la consultante amplía sus conocimientos fomentando el incremento en la percepción de aceptación.
- El contar con una red de apoyo hacia la persona usuaria puede fomentar una mayor adherencia al tratamiento, propiciando una continuidad en la intervención.
- El uso de herramientas TICs propicia la accesibilidad hacia las personas usuarias en distintas regiones del país, generando un mayor alcance en la prevención, tratamiento e intervención psicológica.

Recomendaciones

- En relación a la intervención, se recomienda incrementar la cantidad de sesiones para poder realizar un trabajo a mayor profundidad, dado que se emplean herramientas TICs.
- Si bien las sesiones virtuales fomentan resultados positivos, es importante contemplar sesiones presenciales para poder tener mayor impacto y resguardar a la persona LGTBIQ+ que en casa no tengan el espacio seguro para conversar.
- Se recomienda que profesionales en salud mental utilicen el enfoque afirmativo al atender personas LGTBIQ+ para poder incrementar la adherencia al tratamiento y el rapport en el paciente.
- Se recomienda difundir sobre asociaciones, círculos de apoyo e instituciones de salud psicológica, tanto LGTBIQ+ o de público en general, con la finalidad de recibir información y un soporte adecuado ante alguna intervención en crisis.

Referencias

- Acta de Constitución de Asociación Civil. (2017).
- Alva-Arroyo, L. L., Del Prado Murillo, J. N., Ancaya-Martínez, M. D. C. E., & Flórez-Ibarra, J. M. (2021). Experiencias de Telesalud en un hospital especializado en salud mental durante la pandemia de COVID-19 en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(4), 653-659. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9220>
- Alvarez-Gayou, J., Camacho y López, S., Martínez Campos, J., Solano Solano, G., Rodríguez Segura, E. y López Ugalde, J. (2016) Métodos Básicos en la Investigación Cualitativa, La Observación. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*.
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n10/r1.html>
- American Psychological Association. (2010). Los distintos tipos de estrés. *American Psychological Association*. Recuperado 5 de septiembre de 2023, de <https://www.apa.org/topics/stress/tipos>
- Amnistía Internacional. (2023). *LGBTI: diversidad sexual y de género*. Amnistía Internacional España. Recuperado 3 de junio de 2023.
<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/diversidad-afectivo-sexual>
- Amnistía Internacional. (Abril del 2021). *Discriminación*. Recuperado 30 de junio de 2023. <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/discrimination>
- Anderson, L., Monden, C., & Bukodi, E. (2022). Stressful life events, differential vulnerability, and depressive symptoms: Critique and new evidence.

Journal of Health and Social Behavior, 63(2), 283-300.

<https://doi.org/10.1177/00221465211055993>

APA Dictionary of Psychology. (2023). American Psychological Association.

Recuperado 4 de julio de 2023. <https://dictionary.apa.org/anxiety>

Arévalo Vecillas, D., & Padilla Lozano, C. (2015). Eficacia de diferentes técnicas para reducir el estrés: estudio en docentes de Guayaquil que cursan un doctorado. *Estudios de la Gestión. Revista Internacional de administración*, 1, 53-79.

<https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/eg/article/view/570/532>

Asociación Americana de Psicología (2008) *Just the Facts about Sexual*

Orientation and Youth. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/just-the-facts>

Asociación Americana de Psicología (9 abril de 2015). American Psychological

Association applauds President Obama's call to end use of therapies intended to change sexual orientation.

<https://www.apa.org/news/press/releases/2015/04/therapies-sexual-orientation>

Asociación Americana de Psicología. (2009). *Report of the American*

Psychological Association Task Force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation.

<https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

Asociación Americana de Psicología. (2021). *APA Guidelines for Psychological*

Practice with Sexual Minority Persons. Recuperado el 19 de julio de 2023.

<https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf>

Asociación Americana de Psicología. (Junio de 2022). *Resolution on appropriate affirmative responses to sexual orientation distress and change efforts.*

<https://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5.^a ed.). Chicago, Estados Unidos.

Asociación Americana de Psiquiatría (2018) *Position Statement on Conversion Therapy and LGBTQ Patients.*

<https://www.psychiatry.org/getattachment/3d23f2f4-1497-4537-b4de-fe32fe8761bf/Position-Conversion-Therapy.pdf>

Asociación Española de Terapia Gestalt. (2022). Historia de la Terapia Gestalt. *Asociación Española de Terapia Gestalt*. Recuperado 3 de septiembre de 2023, de <https://aetg.es/gestalt/historia-terapia-gestalt>

Ávila Funes, J. A. (2013). *Confidencialidad de la información*. Gobierno de México. Recuperado 10 de septiembre de 2023, de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/confidencialidadInformacion.html#:~:text=La%20confidencialidad%20es%20la%20garant%C3%ADa,el%20acceso%20a%20%C3%A9sta%20informaci%C3%B3n.>

Ayala Romera, R., & Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y Terapia Gestalt: Factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>

Aznar Marzo, Á., Rodríguez Lorente, B., Ramos Martín, M., Georgieva Ivanova, R., Gil Corral, M. I., & Díez Bueno, M. P. (2023). Principios de la bioética. *Revista Ocronos*, 6(2), 208. <https://revistamedica.com/principios-bioetica/>

Barnhill, J. W. (Abril, 2020). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad*. Manual MSD versión para profesionales.

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

Barrientos, J., Espinoza-Tapia, R., Meza, P., Saiz, J., Cárdenas, M., Guzmán-González, M., Gómez, F., Bahamondes, J., & Lovera, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia Psicológica*, 37(3), 181-197.

<http://teps.cl/index.php/teps/article/view/257>

Barriga Muñoz, F., & Paiva Mack, I. (2022). Manual de lineamientos para Intervenciones Psicológicas por Chat: en contexto de crisis a raíz de la COVID-19. En *Universidad Adolfo Ibáñez*. <https://goblab.uai.cl/wp-content/uploads/2022/01/Manual-de-Lineamientos-Intervenciones-por-Chat-Cod-COVID1006.pdf>

Barriga Muñoz, F., & Palva Mack, I. (2022). *Manual de lineamientos para intervenciones psicológicas por chat en contexto de crisis a raíz de la COVID-19*. Recuperado 5 de septiembre de 2023, de <https://Manual-de-Lineamientos-Intervenciones-por-Chat-Cod-COVID1006.pdf>

- Bazan Talavera, A., Reinstein Romero, S. V., Pulido Tarrillo, L. A., & Garcés Calle, L. G. (2022). *Observatorio de prácticas docentes homolesbóbitransfóbicas*. En *Más Igualdad Perú*.
<https://drive.google.com/file/d/10Ary0cAJKzRL6sBou8oCYJhxm8ZC7pLo/view>
- BBC News Mundo (30 de marzo de 2023). ¿En qué países está penalizada la homosexualidad? (y cuál es la situación en América Latina). *BBC News Mundo*. Recuperado 13 de junio de 2023, de
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-65104589>
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret63_2.pdf
- Benitez Colmenares, J. J. (15 de Octubre de 2021). ¿Qué es la homofobia internalizada? *Mejor con Salud*. <https://mejorconsalud.as.com/homofobia-internalizada/>
- Bergelund Echeandia, S. (2022). *Relación entre estrés de minorías y bienestar psicológico en adolescentes, jóvenes y adultos no heteronormativos* [Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima, Repositorio institucional de la Universidad de Lima]. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/18061>
- Bishop, A. (2019) Harmful Treatment: The Global Reach of So-Called Conversion Therapy. *OutRight Action International*.

https://outrightinternational.org/sites/default/files/2022-09/ConversionFINAL_Web_0.pdf

Bomyea, J., Lang, A. J., Craske, M. G., Chavira, D., Sherbourne, C. D., Rose, R. D., Golinelli, D., Campbell-Sills, L., Welch, S. S., Sullivan, G., Bystritsky, A., Roy-Byrne, P., & Stein, M. B. (2015). Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad. *RET, Revista de Toxicomanías*, 74.

https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret74_2_factores_de_riesgo_suicidio.pdf

Carabelli, E. (2014). *Entrenamiento en Gestalt* (1.ª ed.). Editorial Del Nuevo Extremo.

Castanedo, C. (2008). Terapia Gestalt: El ahora y el cómo. En *Seis Enfoques Psicoterapéuticos* (2.ª ed., pp. 307-369). El Manual Moderno.

<https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/08/celedonio-castanedo-seis-enfoques-psicoterapeuticos.pdf>

Centro Nacional de Derechos de las Lesbianas (2018). *Ending conversion therapy in child welfare*. https://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2018/07/Conversion_Therapy-Child_Welfare-July_2018.pdf

Chávez Palacio, S. I. (2020). *Estrés de minoría y bienestar psicológico en mujeres peruanas pertenecientes a minorías sexuales* [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología con Mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica Del Perú].

<http://hdl.handle.net/20.500.12404/18405>

Clínica Universidad de Navarra. (2023). Diccionario médico: Caracteres sexuales.

En *Clínica Universidad de Navarra*. Recuperado 3 de junio de 2023.

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/caracteres-sexuales>

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2023). *Master en Psicología de la*

diversidad sexual y género. Recuperado 29 de septiembre de 2023, de

<https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/202305261410522>

[26565/master-17-psicologia-la-diversidad-sexual-y-genero](https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/202305261410522)

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Violencia contra

Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. En

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OAS/Ser.L/V/II.rev.2).

Recuperado 13 de junio de 2023.

<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2023). *Relatoría sobre los*

derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex.

Organización de los Estados Americanos. Recuperado 25 de junio de

2023, de

<https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp#:~:text=La%20>

[identidad%20de%20g%C3%A9nero%20es,o%20la%20funci%C3%B3n%20](https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp#:~:text=La%20)

[20corporal%20a](https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp#:~:text=La%20)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México. (2016). *Glosario de*

la diversidad sexual, de género y características sexuales (1.^a ed.).

Recuperado el 13 de junio.

[http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)

[pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México. (2023).
Discriminación Diversidad Sexual. Recuperado 3 de junio de 2023.
http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=145&id_opcion=48&op=48
- Coordinación de Investigación, Ciencia y Tecnología. (13 Julio de 2023). *Líneas de investigación*. Psicología Cayetano. Recuperado 16 de junio de 2023.
<https://psicologia.cayetano.edu.pe/nosotros/investigacion/#lineas>
- Craig, S. L., Leung, V. W., Pascoe, R., Pang, N., Iacono, G., Austin, A., & Dillon, F. (2021). AFFIRM Online: Utilising an affirmative Cognitive–Behavioural digital intervention to improve mental health, access, and engagement among LGBTQA+ youth and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1541.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041541>
- Craney, R. S., Watson, L. B., Brownfield, J., & Flores, M. J. (2018). Bisexual women’s discriminatory experiences and psychological distress: Exploring the roles of coping and LGBTQ community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(3), 324–337.
<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000276>
- Cuba Varas, L., & Osoro González, T. (2017). La violencia homofóbica en la escuela peruana y sus particularidades respecto a otros tipos de violencia escolar: Una exploración cuantitativa. *Revista Peruana de Investigación Educativa*, No. 9, 139-169.
<https://revistas.siep.org.pe/index.php/RPIE/article/view/61/118>

- Cutipa Huallpa, J. (2018). *Los jóvenes homosexuales en la ciudad de Puno: la construcción de su identidad*. [Tesis para optar el título de Licenciatura en Antropología, Universidad Nacional del Altiplano, Puno].
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8713/Cutipa_Huallpa_Jheffry_Giovani.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Defensoría del Pueblo (2019). “Terapias de reconversión” constituyen actos de tortura contra las personas LGBTI. *Defensoría del Pueblo - Perú, Nota de Prensa N° 247/OCII/DP/2019*. <https://www.defensoria.gob.pe/terapias-de-reconversion-constituyen-actos-de-tortura-contra-las-personas-lgbti/>
- Defensoría del Pueblo. (4 de Marzo de 2020). Población LGBTI. *Defensoría del Pueblo de Perú*. Recuperado 30 de junio de 2023.
https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/poblacion-lgbti/
- Del Carpio Cuba, A. (2020). *Educación para la diversidad sexual* [Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/8511>
- Del Val Vega, A. (17 de Mayo de 2022). 10 preguntas sobre la homofobia, transfobia y bifobia. *Amnistía Internacional España*. Recuperado 30 de junio de 2023. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/10-preguntas-sobre-la-homofobia-transfobia-y-bifobia/>
- Dianderas Wong, D. A. (2015). *El proceso de aceptación de una identidad sexual homosexual en hombres jóvenes de Lima* [Tesis para optar el título de

Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica Pontificia
Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/6286>

Díaz Calderón, F. J. (26 de Noviembre de 2016). Experimentación en Terapia
Gestalt dialogal. *Gestalt México*, 4, 25-32.

<https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/experimentacionenterapiagestaltdialogal.pdf>

Díaz Kuaik, I. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa
Psicológica UST*. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M.
(2012) La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en
Educación Médica*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>

El Comercio. (30 de Junio de 2023). Últimas noticias sobre la Marcha del Orgullo
en Lima. *El Comercio*. Recuperado 1 de julio de 2023.

<https://elcomercio.pe/respuestas/cuando/marcha-del-orgullo-2023-en-lima-cuando-sera-horarios-puntos-de-concentracion-y-mas-pride-lima-2023-lgbt-tdex-noticia/?ref=ecr>

El Peruano. (2022, 18 septiembre). *Minsa pone la lupa en la ansiedad*. Diario

Oficial El Peruano. <https://www.elperuano.pe/noticia/192010-minsa-pone-la-lupa-en-la-ansiedad>

Espino Layza, M. A., & Lazo Rivera, N. (2021). *Informe Anual sobre la situación
de los Derechos Humanos de las personas LGBTI en el Perú 2020*. Centro
de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos -
PROMSEX. Recuperado 5 de julio de 2023. <https://promsex.org/wp->

content/uploads/2021/05/InformeAnualDeDerechosHumanosDePersonasLGBTI2020.pdf

Ferro, M., Molina Rodríguez, L., & Rodríguez, W. (2009). La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 481-487.
[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029#:~:text=Principio%20de%20Autonom%C3%ADa%203A%20Consiste%20en,%2C1999\)%20\(5\).](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029#:~:text=Principio%20de%20Autonom%C3%ADa%203A%20Consiste%20en,%2C1999)%20(5).)

Fondo de las Naciones Unidas en materia de Población (11 de Noviembre de 2021) *La discriminación se agrava en pandemia*. Fondo de las Naciones Unidas en materia de Población Perú. <https://peru.unfpa.org/es/news/la-discriminaci%C3%B3n-se-agrava-en-pandemia>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Goytizolo, M., & Torres, F. (12 de Agosto de 2019,). Las terapias de la tortura. *Salud con lupa*. Recuperado 30 de junio de 2023.
<https://saludconlupa.com/noticias/las-terapias-de-la-tortura/>

Griffiths, J. (15 de Noviembre de 2017). Atados a sillas y con choques eléctricos: así es la “terapia de conversión” para personas LGBT en China. *CNN en español*. Recuperado el 11 de julio de 2023.
<https://cnnespanol.cnn.com/2017/11/15/atados-a-sillas-y-electrocutados-asi-es-la-terapia-de-conversion-para-personas-lgbt-en-china/>

Guardamino Soto, B. (2023, 23 septiembre). Depresión y ansiedad: el lamentable panorama de la salud mental en la comunidad LGBTIQ+ que se vive en Perú. *Infobae*. Recuperado 3 de octubre de 2023, de <https://www-infobae-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.infobae.com/peru/2023/09/23/depresion-y-ansiedad-el-lamentable-panorama-de-la-salud-mental-en-la-comunidad-lgbtq-que-se-vive-en-peru/?outputType=amp-type>

Hernández Arteaga, J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Medisur*, 19(3), 351-352.

<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n3/1727-897X-ms-19-03-351.pdf>

Hernández Muro, A. (2021a, julio). *Salud mental de personas LGBTQ+ en Perú*. Más Igualdad Perú.

<https://drive.google.com/file/d/1XQBJQmzvQhmb5aWgdNjPa-6wZM-mwjQE/view?pli=1>

Hernández Muro, A. (2021b). *República de Invisibles. Políticas, ciudadanía y activismos LGTBIQ+* (1.ª ed.). Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12934/1223>

Herrera-Covarrubias, D., Coria-Avila, G., Muñoz-Zavaleta, D., Graillet-Mora, O., Aranda-Abreu, G., Rojas-Durán, F., Hernández, M. E., & Ismail, N.

(2017, 20 junio). *Impacto del estrés psicosocial en la salud*. Neurobiología Revista electrónica. Recuperado 5 de septiembre de 2023, de

<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>

Human Rights Campaign. (31 de mayo de 2023). *Glossary of Terms*. Recuperado 3 de junio de 2023. <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. (2018). *Primera encuesta virtual para personas LGBTI*. INEI.

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

IPSOS. (2019). II Encuesta Nacional de Derechos Humanos: Informe completo.

En IPSOS. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-Humanos.pdf.pdf?v=1611855402)

[Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-Humanos.pdf.pdf?v=1611855402)

[Humanos.pdf.pdf?v=1611855402](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-Humanos.pdf.pdf?v=1611855402)

IPSOS. (2023). Día del Orgullo 2023: Informe con las principales mediciones

sobre las actitudes de los peruanos hacia las personas LGBTIQ+. En

IPSOS. [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/D%C3%ADa%20del%20orgullo%202023_V5.pdf)

[06/D%C3%ADa%20del%20orgullo%202023_V5.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/D%C3%ADa%20del%20orgullo%202023_V5.pdf)

Jiménez-Rodríguez, D., Baca Salinas, J., & Reyes Mendoza, L. G. (2021). La

ansiedad como causa negativa de las experiencias homofóbicas. *Boletín*

científico de la escuela superior Atotonilco de tula, 8(15), 61-66.

<https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6682>

Joyce, J. & Sills, Ch. (2013) *Habilidades en counselling y psicoterapia gestálticos*.

Bilbao: Desclée de Brouwer

Kuba Kikuyama, C. M. (2017). *Relación entre creencias irracionales y ansiedad*

social en estudiantes de la Facultad de Psicología de una Universidad

Privada de Lima Metropolitana [Tesis para optar el Título de Licenciado

en Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

<https://hdl.handle.net/20.500.12866/659>

Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., & Janis, R. (2019). Health

Disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals:

- An extension of Minority stress Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385-395. <https://doi.org/10.1037/cou0000339>
- Liscano Rivera, D. C. (2016). *Educación para la diversidad: Las representaciones sociales y prácticas culturales frente a la población LGBTI en la universidad* [Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10803/393910>
- Más Igualdad Perú. (14 de Marzo de 2023b). *Terapias de conversión: ¿Qué avances se han dado en la región para prohibir estas prácticas?*, Más Igualdad Perú. Recuperado 30 de junio de 2023. <https://www.masigualdad.pe/post/terapias-de-conversion-avances>
- Más Igualdad Perú. (2023a). *Enfoque afirmativo ¿qué significa?* Recuperado 18 de julio de 2023. <https://www.masigualdad.pe/enfoque-afirmativo>
- Mateo Suárez, V. (2022). *Intervención psicológica sobre la ansiedad en un paciente con diagnóstico de cáncer* [Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el título de Licenciada en psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11655>
- Mayo Clinic. (2021, 11 noviembre). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado 12 de julio de 2023. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Messinger, J. L. (2012). Antibisexual violence and practitioners' roles in prevention and intervention: An ecological and empowerment-based approach in public health social work. *Journal of Bisexuality*, 12(3), 360-363. <https://doi.org/10.1080/15299716.2012.702616>

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and Mental Health in lesbian, gay, and bisexual Populations: Conceptual issues and research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-2213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). New York, NY: Oxford University Press.
- Meyer, I. H., Ouellette, S. C., Haile, R., & McFarlane, T. A. (2011). “We’d be free”: Narratives of life without homophobia, racism, or sexism. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(3), 204-214. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0063-0>
- MINEDU. (2023). *Sistema Especializado en reporte de casos sobre Violencia Escolar - SíseVe Informe 2013- 2018*. Recuperado el 10 de julio del 2023. <http://www.siseve.pe/web/>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). Protocolo de atención Línea 100. En *Programa Nacional Aurora*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2002723/Protocolo-de-Atencion-Linea-100.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2023). *Casos de la Población LGBTI cuyo factor de riesgo es la vulneración por orientación sexual e*

identidad de género. Portal Estadístico Programa Nacional Aurora.

<https://portalestadistico.aurora.gob.pe/wp-content/uploads/2023/02/lgbti2023.png>

Ministerio de Salud. (2019). Ley y Reglamento de Telesalud. En *Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias*. Recuperado 25 de septiembre de 2023, de

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3389780/Reglamento%20de%20la%20Ley%20N%C2%B0%2030421%2C%20Ley%20marco%20de%20Telesalud.pdf>

MINSA. (2023, 1 octubre). *¿Qué es Telesalud?* Plataforma del Estado Peruano.

Recuperado 27 de septiembre de 2023, de <https://www.gob.pe/11530-que-es-telesalud>

Molina-Jimenez, T., Gutiérrez-García, A. G., Hernández-Dominguez, L., &

Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de psicología*, 24(2), 353-360.

<https://www.redalyc.org/pdf/167/16711589019.pdf>

Montes-Nogueira, I., & Romo-Gonzales, T. (Agosto del 2017). Reflexionando en torno a la ansiedad.pdf. *Código euro*.

https://www.academia.edu/37192650/Reflexionando_en_torno_a_la_ansiiedad_pdf

Montseny, F. (2022, 31 octubre). Orientaciones teóricas sobre el estrés. *Kibbutz*

Psicología. Recuperado 7 de septiembre de 2023, de

https://kibbutzpsicologia.com/orientaciones-teoricas-sobre-el-estres/#Modelo_procesual_del_estres

- Muevecela-Carmona, D. L., & Hernández-Rodríguez, Y. de la C. (2022). Terapia cognitivo conductual afirmativa para la depresión en adolescentes con disforia de género: revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, 7(4), 1155-1168.
<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3880/9000>
- Muñoz, L. (17 de Diciembre de 2020). Mentiras y torturas en las terapias de conversión en Perú. *Ojo Público*. Recuperado 30 de junio de 2023.
<https://ojo-publico.com/derechos-humanos/mentiras-y-torturas-las-terapias-conversion-peru>
- Naciones Unidas. (2018). Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. En *Naciones Unidas* (A/73/152).
https://digitallibrary.un.org/record/1639754/files/A_73_152-ES.pdf
- Naciones Unidas. (2022). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible*. Desarrollo Sostenible. Recuperado el 6 de junio de 2023.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). *Anxiety disorders*. Recuperado 8 de julio de 2023.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

- Neuropcion Centro Psicológico. (18 de Enero de 2023). *Terapia afirmativa LGBT*. Recuperado 18 de julio de 2023. <https://neuropcion.com/terapia-afirmativa-lgbt/>
- Newsan. (2023). *Guía para repensar nuestra comunicación*. Recuperado 30 de junio de 2023. <https://www.newsan.com.ar/wp-content/uploads/2022/03/Guia-para-Repensar-nuestra-Comunicacion.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia*. Recuperado 30 de junio de 2023. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado 30 de junio de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11.^a ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1336943699>
- Ospina Rave Beatriz Elena, Sandoval, J. de J., Aristizábal Botero, C. A., & Ramírez Gómez, M. C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII(1), 14-29. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215401002.pdf>

- Pachankis, J. E. (2014). Uncovering clinical principles and techniques to address minority stress, mental health, and related health risks among gay and bisexual men. *Clinical Psychology-science and Practice*, 21(4), 313-330. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cpsp.12078>
- Peidro, S. (2021). La patologización de la homosexualidad en los Manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, 52, 221-235. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202>
- Pereyra Quiñones, J. L., Grajeda Montalvo, A. T., Cuya Chamilco, P. V., & Estrada Alomía, E. R. (2022). Glosario de instrumentos psicológicos. Definición de 14 Instrumentos más utilizados en Psicología. *PsiqueMag: Revista Científica Digital de Psicología*, 11(1), 28-41. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/278/264>
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2021). Heterosexual- ¿Qué es, definición y concepto. *Definición.de*. <https://definicion.de/heterosexual/>
- Pérez, I. & UNAM-DGDC. (2 de Marzo de 2020). *¿Sabes qué es la intersexualidad?* Universidad Autónoma de México. Recuperado 3 de junio de 2023. <https://ciencia.unam.mx/leer/963/-sabes-que-es-la-intersexualidad->
- Proujansky, R. A., & Pachankis, J. E. (2014). Toward formulating Evidence-Based principles of LGB-Affirmative Psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), 117-131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662552/>
- PsicoCode. (2021). *Estrés: teorías, conceptos y autores*. Psicocode. Recuperado 5 de septiembre de 2023, de <https://psicocode.com/psicologia/teorias-estres/>

- Rodríguez Díaz, E. (9 de Abril de 2018). *Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad*. INTERPSIQUIS XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>
- Rodríguez Riesco, L., Vivas, S., Ruiz-Duet, A. M., & Pérez-Calvo, C. (2022). El proceso de aceptación y adaptación a la bisexualidad a través de la terapia cognitivo-conductual con enfoque afirmativo: Estudio de caso único. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 235-250. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.1140>
- Rodríguez-Espartal, N., Prado Manrique, A., Pecho-Ricaldi, P., Palacios Romero, M., Navarro Astupiña, C., Borja Chávez, J., & Godoy Hurtado, C. (2022). *Desde el Arcoiris: Bienestar psicológico y soporte social percibido en personas LGTBIQ peruanas activistas y no activistas*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). <https://promsex.org/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Arcoiris.pdf>
- Rosales Andrade, V. (2019). La terapia de deshomosexualización en menores de edad pertenecientes a la comunidad LGBT+: Un tratamiento vulnerador de derechos humanos [Universidad San Francisco de Quito]. En *II Congreso Iberoamericano Interdisciplinario de la Familia e Infancia: Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en Colectivos Vulnerables. Concurso Internacional de Ponencias*. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/168326>

- Ryan, C.; Toomey, R.; Diaz, R.; & Russell, S. (2018). Parent-initiated sexual orientation change efforts with lgbt adolescents: implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 1-15. doi: 10.1080/00918369.2018.1538407
- Rydel Niski, D. (2015). *Evaluación de la Satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención basado en el autoreporte de los usuarios* [Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica]. Universidad de la República.
- Salazar Kenning, M. J. (2021). Discriminación y salud mental de las personas transgénero. *Revista de estudiantes de psicología de la Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra*, 10, 6-13.
<https://blog.upsa.edu.bo/images/revista-estudiantes-de-psicologia-10.pdf#page=6>
- Sánchez Garavito, A. (2022). *Crecimiento personal y terapia Gestalt* (1.a ed.). Gráfica Margwill S. A. C.
- Sánchez Hinojosa, M., Hernández Muro, A., Rojas Salas, P., & Rodríguez Ramos, J. (2021). *Migración internacional calificada de peruanas/os LGTBIQ+: Discriminación y fuga de talentos*.
<https://drive.google.com/file/d/1tOl83gFrQrJ11wexw-1hlElNgPW70eYV/view>
- Sarno, E. L., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2020). Rumination longitudinally mediates the association of minority stress and depression in sexual and gender minority individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 355-363. <https://doi.org/10.1037/abn0000508>

- Saul Tornello, F. (2019). Vista de notas para analizar PISH vocacional, diálogos vocacionales, Proyecto de vida y ARGEVOC. *Cuadernos Universitarios. Publicaciones Académicas de la Universidad Católica de Salta*, 12. <https://revistas.ucasal.edu.ar/index.php/CU/article/view/269/267>
- Silva-Santisteban, A., León, F., García, G., Amat y León, H., Castillo, J., Vilela, J., Forno, M., Salazar, X. (2020). *Informe Anual del Observatorio de Derechos LGTB 2019*. http://cvcdiversidadsexual.org/wp-content/uploads/2013/12/Informe_observatorio_2020.pdf
- Silva-Santisteban, A., León, F., García, G., Amat y León, H., Villayzán, J., Vilela, J., Forno, M., Salazar, X. (2019). *Informe Anual del Observatorio de Derechos LGBT 2017-2018*. http://iessdeh.org/usuario/ftp/1-82_OBSERVATORIO_junio_2019.pdf
- Sinay, S., & Blasberg, P. (2008). *Gestalt para principiantes* (1.ª ed.). Era Naciente SRL.
- Soriano Rubio, S. (2002). Origen y causa de la homosexualidad. *Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, 56, 71-82. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/view/23848/21332>
- Spangenberg, A. (2018). *Terapia Gestalt: Un camino de vuelta a casa* (3.a ed.). Purificación Memoria Viva.
- Tena Hernández, F. T. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM Revista Científico-Sanitaria*, 4(3), 36-45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicología, 110*, 62-69.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Tozer, E. E. & Hayes, J. A. (2004) Why Do Individuals Seek Conversion Therapy? *The Counseling Psychologist, 32* (5): 716-740.
<https://doi.org/10.1177/0011000004267563>
- Unikel Spector, A. (2013). La actitud fenomenológica en la comprensión empática. *Figura-Fondo, 9*, 3-18.
<https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/actitud-fenomenologica-comprension-empatica.pdf>
- Universidad Internacional de Valencia. (2023, 22 septiembre). La psicología humanista: un enfoque centrado en las personas. *VIU España*. Recuperado 5 de octubre de 2023, de
<https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/la-psicologia-humanista-teoria-y-principios-terapeuticos>
- UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG.
<https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/guia-nada-que-curar.pdf>
- Valer Jaime, K., & Viviano Llave, T. (10 de Enero de 2019). *La violencia por orientación sexual e identidad de género*. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.
https://observatorioviolencia.pe/comprendiendo-la-violencia-por-orientacion-sexual-e-identidad-de-genero/#Magnitud_de_la_violencia

- Vallejo, R. (2022). Vista de elaboración de dos duelos con terapia gestalt: el caso de una mujer adulta mayor. *DIVULGARE Boletín Científico De La Escuela Superior De Actopan*, 9(18), 39-43.
<https://doi.org/10.29057/esa.v9i18.8943>
- Yañez Ferro, M. (2022). *Intervención bajo el enfoque cognitivo conductual en adulto con sintomatología ansiosa generalizada* [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título de Licenciada en psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11577>
- Zúñiga-Salazar, E., Valdiviezo-Oña, J., Ruiz-Cordoba, O., Baldus-Andrade, D., & Paz, C. (2021). Servicios Psicológicos Afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico. *Terapia psicológica*, 39(3), 353-374. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082021000300353>
- Zurita, M. (2022, 5 septiembre). Telemedicina en Perú: ¿Cómo cambió el servicio con la pandemia y qué le depara? *Forbes Perú*. Recuperado 27 de septiembre de 2023, de <https://forbes.pe/editors-pick/2022-09-05/nuestra-revista-telemedicina-en-peru-como-cambio-el-servicio-con-la-pandemia-y-que-le-depara>

Anexos

Anexo 1: Derechos asertivos (Rodríguez Riesco et al., 2022)

DERECHOS ASERTIVOS

1. Tengo derecho a ser el primero.
2. Tengo derecho a cometer errores.
3. Tengo derecho a ser el juez último de mis sentimientos y aceptarlos como válidos.
4. Tengo derecho a tener mis propias opiniones y creencias.
5. Tengo derecho a cambiar de idea, opinión o actuación.
6. Tengo derecho a expresar una crítica y a protestar por un trato injusto.
7. Tengo derecho a pedir una aclaración.
8. Tengo derecho a intentar cambiar lo que no me satisface.
9. Tengo derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
10. Tengo derecho a sentir y expresar dolor.
11. Tengo derecho a ignorar los consejos de los demás.
12. Tengo derecho a recibir reconocimiento por el trabajo bien hecho.
13. Tengo derecho a negarme a una petición o a decir que no.
14. Tengo derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen mi compañía.
15. Tengo derecho a justificarme ante los demás.
16. Tengo derecho a no responsabilizarme de los problemas de los demás.
17. Tengo derecho a no anticiparme a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
18. Tengo derecho a responder o no hacerlo.
19. Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
20. Tengo derecho a tener mis propias necesidades y que sean tan importantes como la de los demás.

Anexo 2: Lista de chequeo

Lista de chequeo				
Indicador de sintomatología ansiosa		Presente	A veces	Ausente
1	Sintomatología ansiosa fisiológica: tensión muscular, respiración y ritmo cardiaco acelerado, alteración del sueño, dolor de cabeza, etc.			
2	Sintomatología ansiosa conductual: cambios en el área social, evitación de situaciones, alteración del hablar, etc.			
3	Sintomatología ansiosa cognitiva: ideas catastróficas, menor concentración, desesperanza, etc.			
4	Sintomatología ansiosa afectiva: miedo, incertidumbre, culpa, etc.			
5	Estresores distales (tensiones crónicas, discriminación cotidiana o microagresiones, eventos anticipados del curso de la vida que se han frustrado)			
Indicador de aceptación de la diversidad sexual y de género.		Presente	A veces	Ausente
6	Genera comentarios adecuados sobre su propia orientación sexual. [estresores próximos]			
7	Expresa comentarios adecuados sobre la diversidad sexual y de género de otras personas.			
8	Se expresa de forma adecuada al referirse a sí misma			
9	Conocimientos sobre conceptos claves de la diversidad sexual y de género			
10	Conocimientos sobre historia de la comunidad LGTBIQ+			
11	Acepta su orientación sexual e identidad de género			
Indicador de la autopercepción positiva		Presente	A veces	Ausente
12	Logra reconocer de dónde parten sus acciones: culpa, miedo, vergüenza, etc. [Expectativas de rechazo y discriminación]			
13	Identifica las conductas de compensación por miedo al rechazo por su orientación sexual. [Expectativas de rechazo y discriminación]			
14	Valida y reconoce sus logros por medio de un diálogo amable.			
15	Valida y reconoce sus fortalezas por medio de un diálogo amable.			
Indicador de soporte social		Presente	A veces	Ausente
16	Identifica a una persona o más en su círculo social como red de apoyo			
17	Identifica a una persona o más en su familia como red de apoyo.			
18	Fortalece o retoma el contacto con sus amistades			

Anexo 3: Glosario de términos

1. Diversidad Sexual y de Género

El Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2016) de México, señaló que la diversidad sexual y de género se refiere a las diferentes posibilidades que las personas tienen para asumir, expresar y vivir su sexualidad, así como para identificarse con diferentes orientaciones e identidades sexuales.

Abarca todo lo relacionado a orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales. Así mismo, incluye a las personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQ+ (Liscano Rivera, 2016).

2. LGTBIQ+

Son las siglas utilizadas para hacer referencia a las personas: lesbianas, gays, bisexuales, trans, queer, y el signo “+” hace mención a las diversas orientaciones sexuales e identidades de género (Human Rights Campaign, 2023) como la asexualidad o personas de género no binario, entre otras. En otras palabras, incluye a las personas disidentes que no encajan en la heteronormatividad de la sociedad.

3. Orientación Sexual

La orientación sexual (OS) es definida como la capacidad de sentir atracción por otras personas según el género de cada una (Bazan Talavera et al., 2022). Hay personas que sienten solo atracción por un género, cuyo término sería orientación monosexual, como las personas gays, lesbianas y heterosexuales; y también personas que sienten atracción por más de un género: bisexual o pansexual (Hernández Muro, 2021a).

- **Gay:** Personas que se identifican con el género masculino que sienten atracción por otra persona que se percibe con el

género masculino (Amnistía Internacional, 2023; Newsan, 2023).

- **Lesbiana:** Personas que se identifican con el género femenino que sienten atracción hacia otra persona que se identifica con el género femenino (Amnistía Internacional, 2023; Newsan, 2023).
- **Heterosexual:** Personas que se identifican con el género femenino que sienten atracción por personas que se identifican con el género masculino; y personas que se identifican con el género masculino que sienten atracción por personas del género femenino (Pérez Porto & Gardey, 2021).
- **Bisexual:** Personas que sienten atracción hacia otras personas independiente de su género, y dicha atracción no está dividida de forma igualitaria entre los distintos géneros (Amnistía Internacional, 2023).
- **Pansexual:** Personas que sienten atracción hacia otras personas indiferente del género de éstas, no necesariamente de forma simultánea, de la misma manera o en el mismo grado (Human Rights Campaign, 2023).

4. Identidad de Género

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos define a la identidad de género (IG) como la vivencia individual e interna del género tal como cada persona la experimenta profundamente (CIDH, 2023). Ello puede o no corresponder con el sexo que se le asignó al nacer (UNODC, 2019), y puede ser femenino o masculino,

o distinta a esas dos categorías (Bazan Talavera et al., 2022). Incluye la vivencia interna del cuerpo (Sánchez et al., 2021), esto quiere decir que el proceso de la identidad de género es una experiencia subjetiva a cada ser humano sobre la identidad y su relación con el cuerpo.

Es importante mencionar que cuando se hace referencia a la identidad de género (IG), esta se debe diferenciar de la orientación sexual, debido a que no guardan relación directa (Amnistía Internacional, 2023). Esto es debido a que la orientación sexual tiene relación con la atracción hacia otras personas, en cambio, la identidad de género es la experiencia de la persona consigo misma.

- **Cisgénero:** Es utilizada para referirse a una persona cuya identidad de género coincide con el sexo que se le asignó al nacer (Sánchez et al., 2021) el cual puede ser mujer u hombre (Bazan Talavera et al., 2022). Por ejemplo, una persona que se identifica como hombre habiendo sido asignado como hombre al nacer, es una persona cisgénero (Hernández Muro, 2021a).
- **Trans:** Este término engloba a diversas identidades (Bazan Talavera et al., 2022), busca describir a las personas cuya identidad y/o expresión de género difieren de las normas socioculturales establecidas según el sexo asignado al nacer (Sánchez et al., 2021). Por ejemplo, hombres que al nacer fueron asignados al sexo femenino, pero que su identidad de género es masculina (Hernández Muro, 2021a).

- **No Binario:** personas que no se identifican de forma específica como hombres o mujeres, sino que, pueden identificarse con ambos, con algún punto intermedio, o con ninguno de ellos (Human Rights Campaign, 2023). Cabe mencionar, que algunas personas no binarias se identifican y denominan como personas trans, y otras prefieren utilizar otros términos como: no binarios, PGNBs (Persona de Género No Binario), u otros, dependiendo de la cultura (Bazan Talavera et al., 2022)

5. Características Sexuales

La Universidad de Navarra (2023), menciona que las características sexuales hacen referencia a los atributos y características fisiológicas y anatómicas que puede diferenciar a los individuos como hombres o mujeres. También podría conocerse como “sexo biológico” y tiene distintos niveles:

- Cromosómico o genético: XX, XY, XXY, y otras formas.
- Fenotípico: cómo se expresan los genes, por ejemplo, el cabello, color de ojos, entre otros.
- Gonadal: reproductivo: ovarios – óvulos / testículos - esperma
- Hormonal: testosterona, progesterona, estrógeno, y otras hormonas.
- Genitales: internos y externos, como pene, vulva, vagina, conductos, escrotos, clítoris.

- **Intersexualidad**

Este concepto se refiere a las características sexuales que no se ajustan a las definiciones típicas de lo que se considera masculino y femenino (Amnistía

Internacional, 2023). Puede ser evidente al nacer, en la pubertad o durante un examen médico. Es importante mencionar que las personas intersexuales se pueden identificar con cualquier identidad de género y orientación sexual (Pérez & UNAM-DGDC, 2020).

6. Expresión de Género

La expresión de género (EG) Es la forma en cómo la persona se presenta socialmente a través de la vestimenta, accesorios, pronombres y nombres, forma de hablar, entre otros (Amnistía Internacional, 2023). Esta puede encajar dentro de lo que se espera en la cultura que se pertenece y puede ser: femenina, masculino o andrógino. Este último término hace referencia a una mezcla entre lo estereotípicamente femenino y masculino (Bazan Talavera et al., 2022).

Anexo 4: Compromiso vía formulario de google

Compromiso para Psicoterapia Breve - [REDACTED]

Hola,

Muchas gracias por confiar en nosotrxs, en este formulario encontrarás la información necesaria para poder llevar a cabo tus sesiones.

Es importante mencionar que se está brindando hasta 10 sesiones de forma gratuita, las cuales se realizarán a través de videollamada o llamada según previa coordinación.

Al finalizar la psicoterapia se les pedirá poder completar un cuestionario de satisfacción para poder seguir mejorando.

Muchas gracias una vez más.

Atte,

Equipo del [REDACTED]

Antes de iniciar, es importante solicitar su consentimiento para que los datos a registrar a continuación puedan ser manejados por las personas encargadas y profesionales en salud mental del servicio y proyecto: [REDACTED]. Dichos datos serán utilizados únicamente para recabar información, brindar informes y generar data estadística que nos ayuda a seguir visibilizando la realidad sobre la comunidad LGTBQI+. Es importante mencionar que su consentimiento además se otorga en el marco de la confidencialidad de la información sobre la salud mental expresada en el artículo 3 de la Ley N° 30947 (Ley de salud mental, el cual manifiesta lo siguiente: La atención en salud mental garantiza la confidencialidad de la información obtenida en el contexto clínico. Se prohíbe la revelación, examen o divulgación de los archivos médicos de las personas sin su consentimiento expreso o, de ser el caso, del de su representante legal. Asimismo, al amparo de la Ley de Protección de Datos Personales, Ley 29733, usted podrá ejercer sus derechos al correo electrónico: [REDACTED]

Sí doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

Nombre (Cómo te gustaría que te llamemos) *

[REDACTED]

Apellidos *

[REDACTED]

Tipo de documento *

DNI

Número de documento *

.....

Número de contacto *

.....

Para la psicoterapia breve es importante poder contar con tu compromiso y que conozcas los acuerdos y pautas para poder seguir sosteniendo el espacio

Me comprometo a asistir hasta 10 sesiones de psicoterapia breve. Dichas sesiones tendrán * un tiempo máximo de 12 semanas para poder agendarlas y llevarlas a cabo.

Nota: Algunos casos podrían necesitar menos de 10 sesiones para abordar el motivo de consulta, eso lo irá determinando el psicólogo a cargo y/o la persona usuaria podría manifestarlo también.

- Sí, me comprometo
- No me comprometo

Las sesiones se coordinarán a través del chat del de preferencia * con un mínimo de 24 horas de antelación. ¿Está de acuerdo?

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo

Cada sesión tiene una duración entre 30 a 45 minutos y será a través de alguna plataforma * de videollamada (zoom, teams, meet), por llamada o whatsapp según se coordine y en base a la preferencia del usuario. ¿Está de acuerdo?

- Sí, estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo

En caso que desee retirarse del proceso podrá hacerlo en cualquier momento de forma libre, * sin consecuencia alguna.

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo