



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROMSEX
Salud. Sexualidad. Solidaridad.



«EscuchARTE»

HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTQI+ MIGRANTES Y NO MIGRANTES





**«ESCUCHARTE»
HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTQI+
MIGRANTES Y NO MIGRANTES**

Editado por:

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).

Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.

Teléfono: (51)(1) 447 8668

www.promsex.org

f/promsex

t/promsex

ig/promsexcomunica

Equipo Consultor:

Coordinadora: Macarena González Espinoza

Integrantes: Mg. Gabriella Yanes Herrera y Mg. Aarón Puestas Argote

Coordinación de la publicación: Isbelia Ruíz, Rossina Guerrero

Supervisión comunicacional: Jorge Apolaya y Aracely Villasante

Corrección de estilo y cuidado de edición: Renato López

Diseño y diagramación: Armo's & Company

Fotos: Shutterstock y Archivo Promsex



1a. edición - (Agosto 2023)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 202307942

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons - Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA)

Proyecto EscuchArte se desarrolló gracias a una subvención concedida a Promsex con el apoyo del pueblo estadounidense y del Proyecto de Sostenibilidad del Sistema Local de Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los contenidos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos -Promsex.
EscuchARTE: Herramientas para la atención de la salud mental de personas LGBTQI+
migrantes y no migrantes. 1a. ed. Lima, Perú. Promsex 2023

ÍNDICE

1	Presentación del curso «EscuchArte: Herramientas para la atención con personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes»	4
2	Propuesta metodológica	5
	▶ a. Actorías	6
	▶ b. Duración y características generales del curso	8
	▶ c. Metodología	9
3	Organización de módulos y sesiones	11
	▶ a. Cronograma	12
	▶ b. Organización de contenidos del curso	13
4	Propuesta de evaluación	15
	▶ a. Competencia esperada	17
5	Material de consulta y ampliación de contenidos	18
	▶ a. Módulo 1: Sexualidad, diversidad y violencia basada en género	19
	▶ b. Módulo 2: Una mirada holística a la salud mental	28
	▶ c. Módulo 3: Herramientas para la atención de personas LGBTQI+	39

1.

PRESENTACIÓN

DEL CURSO «ESCUCHARTE: HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN CON PERSONAS LGBTQI+ MIGRANTES Y NO MIGRANTES»

Las personas LGBTQI+ han sido históricamente discriminadas y excluidas de los servicios de salud mental, en tanto las categorías diagnósticas que patologizan la identidad de quienes se alejan de la norma funcionan como barreras en el acceso a una atención orientada a la salud integral y al bienestar de todas las personas. Las experiencias de violencia van más allá de las «terapias de conversión», reconocidas como una forma de tortura por la CIDH en el año 2015. En la investigación realizada por la organización Más Igualdad, se identificó que el 61,9% de personas LGBTQI+ encuestadas detectaron comentarios y actitudes prejuiciosas al ser atendidos por personal de salud mental. El 40% indica que, en algún punto de su proceso terapéutico, se hicieron explícitos los esfuerzos del terapeuta por modificar su orientación sexual (Hernández, 2021).

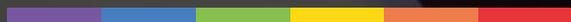
De este modo, encontramos que, si bien la tendencia internacional es a la despatologización¹, en el Perú la violencia estructural y la vigencia de los discursos de odio y los prejuicios hacia las personas LGBTQI+ pesan en la formación de las y los profesionales de la salud mental, sesgando su criterio clínico y su interpretación de la sintomatología de sus pacientes. Cuando esto se sobrepone a la situación de movilidad humana, que merma el acceso a servicios públicos de las personas migrantes y afecta sus redes de soporte, la violencia en el espacio terapéutico puede tener impactos aún más graves en la salud mental de las personas. Es por ello que este curso se plantea bajo la premisa de una comprensión compleja de la salud mental, que integre los elementos sociales y estructurales que condicionan el bienestar de las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes.

El curso «**EscuchArte: Herramientas para la atención de personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes**» se enmarca en el **Resultado 2 del proyecto EscuchArte**, orientado a fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud para brindar una atención especializada a las necesidades de esta población. El curso estará dirigido a 150 profesionales, priorizando 5 Redes Integradas de Salud del Perú, quienes podrán realizarlo en la plataforma educativa de Promsex, de manera autoaplicada y según su propia disponibilidad. El curso, que estará dividido en tres módulos, promoverá la construcción de un aprendizaje activo y significativo, que aporte herramientas nuevas a la práctica de las y los profesionales. Esta Guía tiene por objetivo servir como material de referencia y ampliación para las y los participantes, de manera que puedan profundizar en los conceptos de su interés con información basada en evidencia.

¹ Los organismos internacionales dedicados a la salud mental, como la Asociación Americana de Psicología y la Organización Mundial de la salud, retiraron la homosexualidad de los manuales diagnósticos en 1973 y 1993, respectivamente.

2.

PROPUESTA METODOLÓGICA





La necesidad que este proceso formativo pretende atender está directamente relacionada con las capacidades de atención de los profesionales en los servicios de salud mental. Esto implica un componente procedimental en el proceso de aprendizaje, así como un componente actitudinal, relacionado a los afectos y prejuicios preexistentes que condicionan la calidad de la atención ofrecida. El logro de nuevas capacidades exige, así, un trabajo multidimensional que responda a la complejidad de la labor en la atención de la salud mental de las personas LGBTQI+.

Sin embargo, para alcanzar a la población objetiva en un tiempo limitado, y considerando las dificultades del contexto político y social, así como la llegada del Fenómeno del Niño a las zonas de intervención del proyecto, el curso posee una modalidad enteramente virtual y autodirigida en la plataforma educativa de la ONG Promsex. Si bien se complementará el proceso autodirigido con dos sesiones sincrónicas obligatorias, serán escasos los espacios de interacción directa con el equipo docente. Por ello, la propuesta del curso es la **implementación de una metodología orientada por competencias** a través de la herramienta **STAR** (Situación, Tarea, Acción-Resultados), planteando casos reales y situaciones simuladas en las cuales aplicar los conceptos aprendidos. De este modo, se genera un aprendizaje activo que pone en marcha el pensamiento crítico y la capacidad de decisión de las y los aprendices, facilitando el traslado del aprendizaje a entornos reales.

A. Actorías relevantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje

A continuación, se detallan los perfiles y las responsabilidades de las distintas actorías involucradas en la implementación y desarrollo del Programa de Fortalecimiento de Capacidades.

PARTICIPANTES:

- Número de participantes: 150
- Perfil:
 - Profesionales de Salud Mental
 - Las y los participantes pertenecen a 5 redes integradas de salud ubicadas en Lima, Piura y La Libertad, Perú.
 - Desempeñan sus labores en Centros de Salud, Centros de Salud Mental Comunitarios y Centros de Emergencia Mujer.

COORDINADORES Y JEFES DE LAS RIS, CSMS Y CEM:

- Coordinación de fechas y horarios
- Designación de profesionales para el curso
- Distribución de responsabilidades para facilitar el compromiso y seguimiento del curso en horario laboral

EQUIPO DE PROMSEX:

- Revisión de avances de consultoría
- Coordinación de reuniones y/o comunicaciones con representantes de las RIS y CEM's y otros actores pertinentes (gestor de la plataforma, consultorías paralelas en el proyecto)
- Traslado de avances para la revisión y aprobación de las RIS y CEM's
- Coordinación de fechas y horarios para las sesiones sincrónicas

EQUIPO DE CONSULTORES²:**PERFILES:**

- Mg. Macarena González Espinosa, psicóloga clínica con especialización en Género y Derechos Humanos, magíster en Psiconálisis y Teoría de la Cultura. Experiencia en diseño y facilitación de procesos de sensibilización y fortalecimiento de capacidades en materia de prevención de la violencia basada en género y diversidad sexual para funcionarios del sector público.
- Asistencia:
 - Desarrollo de guion metodológico: Lic. Aarón Puestas Argote, psicólogo social con especialización en Género y Derechos Humanos. Maestrando en Investigación en Psicología.
 - Desarrollo de material de ampliación de conceptos: Mg. Gabriella Yanes Herrera, psicóloga clínica. Magíster en Psiconálisis y Teoría de la Cultura.

² Se confirmará la participación de la Lic. Francesca Ruggiero Alfaro como invitada a la sesión sincrónica final.

ACTIVIDADES

- Diseño de la estrategia pedagógica
- Desarrollo de la guía de contenidos
- Diseño del guion didáctico
- Desarrollo de actividades, ejercicios, herramientas de evaluación y materiales
- Diseño del guion multimedia
- Presentación de avances y coordinación de reuniones de trabajo
- Facilitación y seguimiento a participantes en sesiones sincrónicas
- Elaboración de informes

B | Duración y características generales del curso

SESIONES SINCRÓNICAS:

- Número de sesiones sincrónicas por cada RIS: 2
- Número total de sesiones sincrónicas: 10
- Duración de las sesiones sincrónicas: 90 minutos
- Plataforma de conexión: Zoom

Las sesiones serán grabadas y posteriormente editadas para subirlas a la plataforma educativa del curso. La edición responde a criterios de privacidad, por lo que se priorizarán las exposiciones de las y los docentes.

TIEMPO DE DEDICACIÓN AL CURSO:

- Horas de dedicación por módulo: 3
- Horas de dedicación a la resolución de las evaluaciones: 3
- Horas de dedicación en plataforma asincrónica: 12

DEDICACIÓN TOTAL AL CURSO:3 horas sincrónicas + 12 horas de trabajo en plataforma educativa = **15 horas**

Las y los participantes contarán con materiales de referencia y la guía de contenidos como recursos complementarios. El tiempo de dedicación no contempla la revisión de estos materiales.

C . | Metodología

El curso trabajará desde una metodología orientada por competencias, con el objetivo de construir un aprendizaje significativo mediante un abordaje conceptual, actitudinal y procedimental. A través de este curso, se pretende que las y los profesionales de la salud mental puedan incorporar nuevas herramientas en su práctica, aplicando lo aprendido en su trabajo con personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes.

Para ello, es necesario abordar conceptos complejos como la violencia estructural y su influencia en la patologización de la diversidad sexual y de género, o los determinantes sociales de la salud mental, para **contribuir al desarrollo de un criterio informado, que les permita tomar decisiones sensibles** hacia la realidad de las personas que viven en situaciones de exclusión y violencia. Así, al comprender la salud mental como un fenómeno holístico de personas enmarcadas en su contexto, se trabajará también desde los enfoques de género, interculturalidad, migración y derechos humanos como herramientas de análisis complementarias al modelo biomédico y diagnóstico. Finalmente, la presentación de herramientas específicas al trabajo con personas víctimas de violencia basada en género y el enfoque afirmativo en la atención de personas LGBTQI+, complementará el bagaje de las y los profesionales en salud mental, preparándolas mejor para la atención de esta población.

El modelo pedagógico autoformativo tiene como objetivo asegurar que las y los participantes puedan autorregular el tiempo y disponibilidad horaria que le dedican al desarrollo del curso, con el fin de prevenir la interferencia con el horario y alta carga laboral que suelen presentar en sus centros de trabajo. En ese sentido, cada participante desarrollará de manera autónoma su proceso de aprendizaje, estableciendo sus horarios de participación y definiendo su propio ritmo de avance. Así, con el objetivo de asegurar el desarrollo de competencias y capacidades, se aplicará una metodología activa que presente las siguientes características:

- **Centrada en el estudiante:** el curso planteará estrategias, actividades y recursos de aprendizaje que buscarán que las y los participantes reflexionen sobre sus experiencias y opiniones previas sobre la base de nuevos conceptos y enfoques, contribuyendo a la construcción de nuevos significados, esquemas mentales y formas de percibir y actuar ante casos de personas LGBTQI+, migrantes o no migrantes.
- **Aprendizaje autónomo:** serán las y los participantes, quienes, a través de la secuencia y contenidos didácticos propuestos, desarrollarán de manera autónoma su aprendizaje. Para que

este modelo funcione, el curso planteará ejercicios prácticos con una retroalimentación constante y completa, que les permita contrastar sus ideas con una opinión experta. Esta retroalimentación será fundamentalmente cualitativa y comunicada a través de cuadros de texto preconfigurados.

- **Orientado a la experiencia:** el curso está diseñado con el fin de fortalecer la competencia y capacidades de actuación de las y los profesionales de Salud Mental de los servicios de primera línea de atención en 5 redes de salud del Perú, por lo que priorizará la identificación y aplicación de conceptos a situaciones simuladas y casos reales, con el objetivo de fortalecer el análisis crítico en su práctica profesional.

En relación a la competencia esperada, se espera que las y los participantes desarrollan herramientas para la atención de personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes desde una aproximación holística de la salud mental.

- **Resultado de aprendizaje 1:** Las y los participantes comprenden y aplican los conceptos básicos sobre género, sexualidad y violencia basada en género en el análisis de casos y en la discusión de categorías diagnósticas.
- **Resultado de aprendizaje 2:** Las y los participantes analizan casos desde una comprensión holística de la salud mental, incorporando los determinantes sociales de la salud y el enfoque de estrés de minorías.
- **Resultado de aprendizaje 3:** Las y los participantes reconocen y aplican herramientas de atención especializadas en el trabajo con personas víctimas de violencia basada en género, desde un enfoque afirmativo de la diversidad, en el abordaje simulado de casos reales.

CAPACIDADES QUE SE ESPERA DESARROLLAR

- Identificación y comprensión de los componentes de la sexualidad, así como las diversas identidades y categorías que se desprenden de ello (LGBTQI+).
- Reconocimiento de la violencia basada en género y sus manifestaciones a través de los prejuicios y la patologización de las personas LGBTQI+.
- Incorporación de los determinantes sociales de la salud mental en las valoraciones diagnósticas de los casos de personas LGBTQI+ que llegan a la consulta.
- Incorporación del enfoque de estrés de minorías en la atención de personas migrantes para reconocer y prevenir su impacto negativo en los procesos terapéuticos y de atención en la salud mental.
- Integración de herramientas especializadas en personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes víctimas de violencia basada en género en la técnica de intervención que la o el profesional utilice.

3.

ORGANIZACIÓN DE MÓDULOS Y SESIONES





El curso estará distribuido en tres módulos. Cada módulo abordará entre 2 y 3 temas y 2 o 3 enfoques de trabajo pertinentes. Luego de presentar brevemente los conceptos centrales por cada tema y explicar los enfoques de trabajo, se pasará a actividades y ejercicios prácticos sobre la base del análisis de videos, noticias o casos escritos que permitan a las y los participantes aplicar inmediatamente lo aprendido y contrastarlo con la retroalimentación automática del equipo docente. Al inicio de cada módulo, se realizará la prueba de entrada y, al finalizar, la evaluación de salida. De este modo, la evaluación es también un ejercicio de integración de contenidos que permite al participante fortalecer su aprendizaje.

Adicionalmente, se realizarán dos sesiones sincrónicas a lo largo del proceso formativo con 4 semanas de distancia entre sí. La primera será una sesión de inauguración para presentar el curso e introducir los conceptos fundamentales que preparen a las y los participantes para continuar desde el modelo autoformativo. Luego de esta sesión, será posible el desarrollo del primer módulo en la plataforma educativa, el acceso estará inhabilitado antes de esta fecha.

La segunda sesión sincrónica se realizará 4 semanas después de la primera, considerando el tiempo suficiente para concluir el curso. Estará orientada a realizar una integración de todos los contenidos y a la discusión en torno a sus dudas y comentarios de las y los participantes. Así también, se realizará una dinámica orientada al autocuidado de las y los participantes. La prueba de salida del último módulo se habilitará luego de la sesión de cierre.

A. | Cronograma

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Híbrido	Autoformativo	Autoformativo	Autoformativo	Híbrido
Acceso a la plataforma Sesión sincrónica: bienvenida	Prueba de entrada Desarrollo Módulo 1 Prueba de salida	Prueba de entrada Desarrollo Módulo 2 Prueba de salida	Prueba de entrada Desarrollo Módulo 3	Sesión sincrónica de cierre Prueba de salida Módulo 3 Evaluación de bonificación

Nota. *La implementación de talleres tendrá lugar entre el 1 de junio y el 30 de julio

B | **Organización** de contenidos del curso

MÓDULO 1: SEXUALIDAD, DIVERSIDAD Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO:

1.1. Componentes de la sexualidad

- a. Orientación sexual
- b. Identidad de género
- c. Expresión de género
- d. Diversidad corporal: las personas intersex
- e. Exploración y diversidad: una reflexión sobre las infancias y adolescencias LGBTQI+

1.2. Violencia basada en género

- a. El pensamiento binario y modelo biomédico

Enfoques de trabajo

- 1. Enfoque de igualdad de género
- 2. Enfoque de derechos humanos
- 3. Enfoque de diversidad

MÓDULO 2: UNA MIRADA HOLÍSTICA A LA SALUD MENTAL

2.1. La salud mental desde una perspectiva holística

- a. Determinantes de la salud mental
- b. La violencia estructural en la vida cotidiana
- c. Estrés de minorías

2.2. Salud mental en personas LGBTQI+

- a. El estado de la cuestión: síntomas, diagnósticos y comorbilidades
- b. Prejuicios y patologización hacia las personas LGBTQI+
- c. La disforia de género: Una mirada crítica a la categoría diagnóstica

Enfoques de trabajo

- 1. Enfoque de migraciones y movilidad humana
- 2. Enfoque interseccional

MÓDULO 3: HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO

3.1. Herramienta 1: Enfoque afirmativo de la diversidad sexual y de género

3.2. Herramienta 2: Primeros auxilios psicológicos

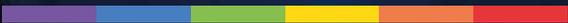
3.3. Herramienta 3: "ANIMA" – Adaptación de la guía especializada en casos de violencia basada en género de la OMS

3.4. Herramienta 4: Enfoque centrado en la víctima



4.

PROPUESTA DE EVALUACIÓN





La evaluación será continua, de manera tal que las y los participantes puedan conocer su progreso en cada módulo. De ser necesario para los indicadores del proyecto, es posible integrar una evaluación de entrada con la misma herramienta, ofreciendo al finalizar la comparativa entre ambas evaluaciones. La calificación, sin embargo, solo considerará la prueba de salida.

Al proponer una metodología desde un enfoque por competencias, como se ha mencionado, el curso pretende lograr que las y los participantes integren conocimientos, actitudes y procedimientos en su actuación y resolución de las situaciones que afrontan los casos que atienden. Por ello, es necesario que la evaluación esté orientada a las tres dimensiones (concepto, actitud y procedimiento), tomando en cuenta situaciones simuladas de la realidad. Para ello, se utilizará también la herramienta STAR (Situación, Tarea, Acción y Resultados), empleada en los ejercicios y actividades del curso. Así, las y los participantes, familiarizados ya con el formato de la prueba, podrán aplicar lo aprendido en situaciones simuladas y casos reales:

1. Cada pregunta se formula mediante una situación planteada, seguida de una pregunta (conceptual, actitudinal o procedimental) y una acción elegida frente a la pregunta problematizadora: identificar o discriminar un concepto en una situación, o deliberar una actitud frente a un dilema, o definir un modo de proceder según los enfoques afirmativo y centrado en la víctima.
2. Cada sección de la prueba se valorará con un peso diferenciado en la puntuación, de manera ascendente según evalúe concepto (menos puntaje), actitudes o procedimiento de actuación (mayor puntaje).

Las pruebas se elaboran para evaluar los aprendizajes básicos esperados. El modelo autoformativo evalúa lo mínimo esperado para este nivel de capacitación. Así, se contribuye a asegurar el desarrollo de capacidades básicas para todos los participantes, y se promueve la motivación para profundizar el tema. En tanto se trata de una evaluación corregida y calificada de manera automática, cada prueba contará con una rúbrica que identificará los puntajes numéricos con el nivel de logro del resultado de aprendizaje correspondiente, ofreciendo retroalimentación más precisa a cada participante, quien además podrá acceder a las respuestas correctas al finalizar la prueba.

A. Competencia esperada

Las y los participantes desarrollaran herramientas para la atención de personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes desde una aproximación holística de la salud mental.

Resultado de aprendizaje	Módulo correspondiente	Indicador de logro	Nota	Valor porcentual
1: Las y los participantes comprenden y aplican los conceptos básicos sobre género, sexualidad y violencia basada en género en el análisis de casos y en la discusión de categorías diagnósticas.	Módulo 1: Conceptos Fundamentales	Post - Test Módulo 1	0-20	30%
2: Las y los participantes analizan casos desde una comprensión holística de la salud mental, incorporando los determinantes sociales de la salud y el enfoque de estrés de minorías.	Módulo 2: Una mirada holística a la Salud Mental	Post - Test Módulo 2	0-20	30%
3: Las y los participantes reconocen y aplican herramientas de atención especializadas en el trabajo con personas víctimas de violencia basada en género, desde un enfoque afirmativo de la diversidad, en el abordaje simulado de casos reales.	Módulo 3: Herramientas para el trabajo	Post - Test Módulo 3	0-20	40%

Fórmula de calificación:

$$(M1*0,3) + (M2*0,3) + (M3*0,4)$$

Nota aprobatoria:

13

5.

MATERIAL DE CONSULTA Y AMPLIACIÓN DE CONCEPTOS



A • MODULO 1

Sexualidad, diversidad y violencia basada en género

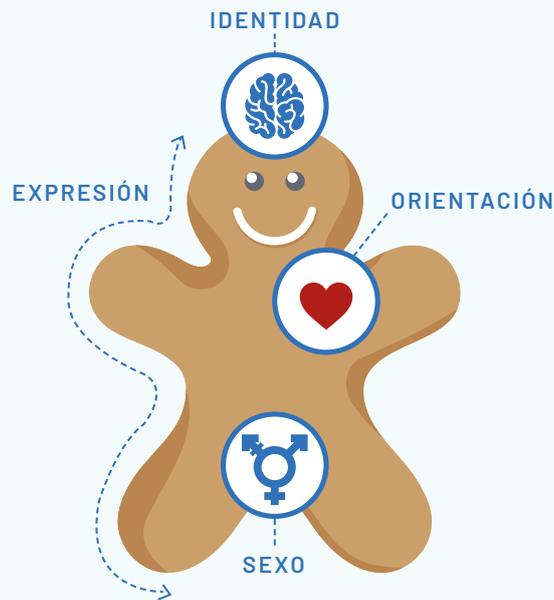
Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es «un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual» (p. 5). Asimismo, de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas, «la sexualidad humana tiene aspectos que la distinguen de otras especies: el erotismo, la búsqueda de placer, la necesidad de privacidad, el carácter personal del deseo que se expresa de distintas maneras y a través de diferentes búsquedas. Hablar de sexualidad implica hablar de afectos, sensaciones, emociones, sentimientos, significados, etc.» (p.13). Esta última definición permite comprender que la sexualidad en la especie humana es peculiar, pues incluye también cuestiones vinculadas a la sensorialidad, la afectividad, la intimidad y la identidad. A diferencia de lo que ocurre con otras especies, no se limita a un mandato reproductivo.

Antes de empezar con los componentes de la sexualidad, cabe recordar ¿qué es el género?

Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres 2002) define el concepto como los roles, comportamientos, actividades, y atributos considerados apropiados y valorados según el sexo biológico de una persona en un determinado momento y lugar. El género también permite comprender las distintas maneras en que las personas se relacionan en función de dichos roles. Tiene una dimensión normativa, en tanto promueve, regula y castiga ciertos comportamientos a través de la socialización desde un criterio moral específico. Sin embargo, actúa en un contexto sociocultural complejo, donde también influyen elementos como la clase, la raza, el nivel de pobreza, la edad, entre otros.

1.1 ▶ Componentes de la sexualidad

La sexualidad se organiza en **cuatro componentes**: la identidad y expresión del género, la orientación sexual y el sexo asignado al nacer o sexo biológico (Corte Interamericana de los Derechos Humanos, 2018). Es importante tener en cuenta, sin embargo, que estos componentes implican una combinación entre elementos íntimos y sociales, articulándose de manera específica en cada persona. De este modo, la diversidad sexual y de género apunta a la multiplicidad de maneras que existen de vivir el género y la sexualidad. La galleta de Gén(ero)gibre lo explica de la siguiente manera:



Nota. Imagen tomada de «Comprendiendo la diversidad sexual y de género», por Promsex, 2020. (<https://promsex.org/wp-content/uploads/2020/02/Di%CC%81ptico-A5-horizontal-Conociendo-diversidad-sexual.pdf>)

a. Orientación sexual:

Se refiere a la **atracción** emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a las **prácticas sexuales y/o proyectos de pareja y familia** con estas personas. **Todas las personas tienen una orientación sexual**, aunque esta puede variar a lo largo de la vida:

- **Heterosexualidad:** atracción por personas del género “opuesto”
- **Bisexualidad:** atracción por hombres y mujeres
- **Homosexualidad:** atracción por personas del propio género (usos comunes: gay (hombres), lesbianas (mujeres))
- **Pansexualidad:** atracción por las personas, independientemente de su género

b. Identidad de género:

La identidad de género es la **vivencia interna e individual del género** tal como cada persona la siente, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Desde nuestra crianza y socialización, comprendemos de cierta manera la **masculinidad** y la **feminidad**, sintiéndonos más o menos afines a las características que asociamos a cada una. La identidad de género sería la forma específica en la cual nos ubicamos en estas categorías y **se define sobre la base de la autoidentificación personal, aunque esta no corresponda con el sexo asignado al nacer.**

- i. **Persona transgénero:** aquella persona cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer, por lo que vive y se expresa según el género con el que se identifica. Las personas trans pueden iniciar procesos de transición física para acercar su corporalidad a su identidad de género, modificando su apariencia mediante tratamientos cosméticos o mediante tratamientos hormonales y/o

intervenciones quirúrgicas de afirmación de género. Sin embargo, esto no es una condición para el reconocimiento de una persona trans. Según la CIDH (2018), lo que la persona afirma sobre sí misma es el principio rector.

ii. **Persona cisgénero:** aquella que se identifica con el sexo asignado al nacer.

c. Expresión de género:

Es entendida como la manifestación externa del género de una persona, a través de su nombre, su aspecto físico, las actividades que realiza, la forma de hablar o moverse, así como formas de comportarse y comunicarse con las personas. Como en el caso de la identidad, la expresión de género también es independiente del sexo asignado al nacer y funciona como un “lenguaje corporal”, comunicando si la persona se percibe como femenina, masculina o andrógina (Fundación Todo Mejora, 2017).

d. Diversidad corporal: las personas intersex

Como se observa en la galleta, el componente que aún no se ha desarrollado es el sexo biológico o sexo asignado al nacer.

¿Por qué se cuestiona el sexo biológico como dato?

Durante el embarazo, las ecografías ofrecen indicios para conocer los genitales del feto, por lo que el sexo que anunciado e inscrito legalmente al nacer considera solo una de las **cinco características biológicas que determinan el sexo**. La Organización Panamericana de la Salud indica que el término sexo «se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos», estas características serán:

- las gónadas
- las hormonas
- los cromosomas
- los genitales
- los órganos sexuales internos (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

La **variabilidad** de estos factores implica que **la sexualidad es también diversa en su dimensión biológica**, puesto que no todas las hembras-mujeres tendrán una configuración idéntica del sexo, ni tampoco todos los machos-hombres. Esto es denominado *diversidad corporal* (Fundación Todo Mejora, 2017).

Los cuerpos diversos existen y han sido tradicionalmente conocidos como «hermafroditas», aunque este término ha caído en desuso puesto que ahora se conocen múltiples variaciones, por lo que se emplea el término «intersexual» o «intersex». De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado en Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2019), una persona intersex es aquella que nace con características sexuales físicas que no se ajustan a la definición típica de los cuerpos femeninos o masculinos. La intersexualidad puede manifestarse en el nacimiento o en la pubertad, con el desarrollo de las características sexuales propias de esta etapa de la vida. En casos menos frecuentes, pueden hacerse aparentes recién en la adultez (Fundación Todo Mejora, 2017).

Según Planned Parenthood, en Estados Unidos, 1 a 2 de cada 100 personas nacen con características intersexuales, mientras que Naciones Unidas asegura que hasta un 1.7 % de la población mundial podría tener rasgos intersexuales, de entre los más de 50 síndromes asociados (Planned Parenthood, 2003; Oficina del Alto Comisionado en Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2019). A pesar de ello, la concepción de los hermafroditas como seres de dos sexos ha mantenido el estigma sobre las personas intersexuales como enfermas, anormales y estériles. Mauro Cabral, especialista en el tema, indica que la palabra clave para comprender la intersexualidad es la **variación con respecto al estándar clínico**. Esta se puede manifestar en términos de combinaciones cromosómicas atípicas (XXY o XX0), o en configuraciones y localizaciones particulares de la anatomía sexual (gónadas, genitales, órganos sexuales internos), donde el tejido testicular y ovárico, por ejemplo, pueden coexistir en una persona (Cabral & Benzur, 2013).

A partir de las investigaciones sobre las personas intersex y la evaluación de posibles tratamientos e intervenciones, se fortaleció el debate en torno al sexo y la identidad de género, que hasta entonces eran considerados equivalentes (Stoller, Money, Hampson, entre otros). Stoller, ya en 1968, propuso que la realidad corporal de una persona tenía una importante influencia, pero no era definitoria en la configuración de la identidad de género, que sería un proceso simbólico complejo (Alcántara, 2013).

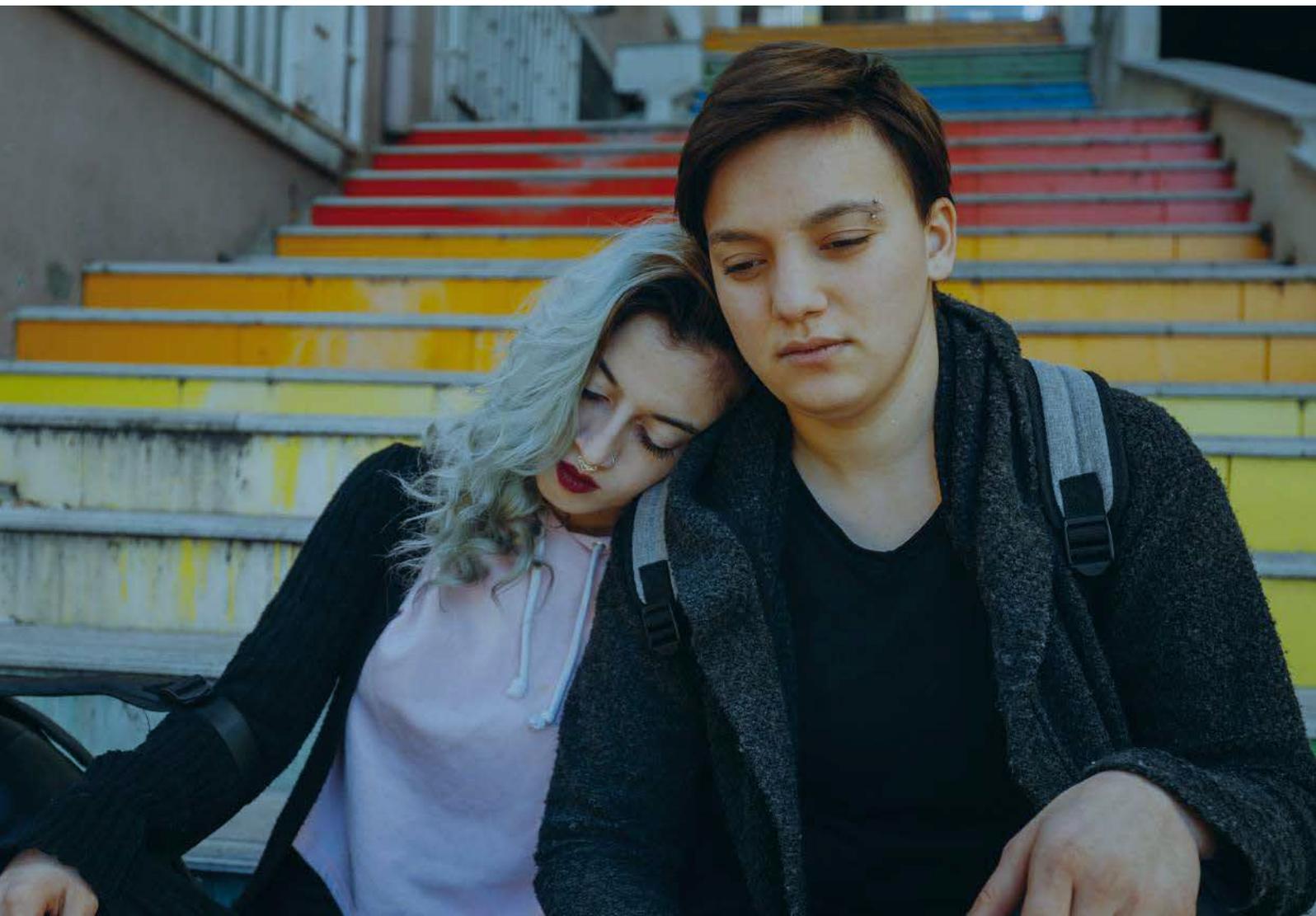
e. Exploración y diversidad: una reflexión sobre las infancias y adolescencias LGBTQI+

La sexualidad está relacionada con aquello que nos resulta placentero y con la capacidad de relacionarnos desde la sensorialidad y la intimidad (American Psychological Association, 2015). Como seres biopsicosociales, la sexualidad se construye en diálogo con nuestros vínculos más cercanos, el lugar donde vivimos, la cultura y el momento en el que nos desarrollamos (Alcántara, 2013):

- Durante la **lactancia**: el contacto físico y afectivo pueden provocar en el infante una reacción cálida y agradable, relacionada a la persona con la que se comparte esta experiencia. La cualidad de este contacto se inscribe como una huella y configura nuestros primeros registros vinculares.
- Entre los **3 y 6 años**, se toma conciencia de la propia genitalidad y las diferencias sexuales. Mediante el lenguaje y el inicio del pensamiento simbólico, se comprenden las pautas de comportamiento ligadas al género.
- Entre los **6 y 10 años**, se complejizan los juegos de roles que integran la exploración sexual, distinguiendo el tipo de contacto según la relación entre dos personas (pareja, padres-hijos, amigos, etc.). Aparece el pudor y la intimidad.
- En la **pubertad**, se aceleran los cambios fisiológicos que transforman el cuerpo de las y los niños con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La dimensión emocional y la cognitiva siguen el mismo proceso, se redescubre el cuerpo y la identidad. La masturbación es una práctica sexual frecuente que permite a las y los púberes conocer mejor su cuerpo y relacionarse con el placer.

- En la **adolescencia** se alcanzará la maduración sexual del cuerpo, aparecerán las fantasías sexuales y la experimentación en el marco de las primeras relaciones sexo afectivas. Estas experiencias se orientarán por lo que observan en su entorno; la relación entre sus padres u otras parejas, las series y películas que han visto, la pornografía o los personajes y referentes que siguen en redes (Instituto Asturiano de Administración Pública, 2015).

A lo largo de este proceso, las niñas, niños y adolescentes, pueden manifestar diversas identificaciones. No obstante, suele haber resistencias para reconocer y aceptar la **identidad de género u orientación sexual** cuando esta escapa a la norma. Mientras que a una adolescente mujer es celebrada por su primera cita con un chico, si dice que saldrá con otra chica se le puede acusar de estar «confundida» o pensar que «es parte de la edad». Frente a ello, es importante recordar que el principio rector es la autoidentificación y que, aunque esta cambie, debe ser respetada en el momento en el que se enuncia.



1.2 ▶ Violencia Basada en Género

El concepto «violencia basada en género» se acuñó para hacer referencia a las múltiples manifestaciones de violencia contra las mujeres por su condición de tales (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016). Sin embargo, el uso se ha ampliado hacia las personas LGBTQI+, quienes sufren también de diversas situaciones de exclusión, discriminación y violencia por su identidad de género u orientación sexual. Este tipo de violencia se sustenta en los roles tradicionales de género que, como hemos visto, determinan tanto lo deseable como lo castigable en una sociedad determinada, así como los modos de relacionarse basados en una **distribución desigual del poder**. El concepto tiene una dimensión estructural que identifica la **base de la violencia en la organización patriarcal de la sociedad**, asegurando la impunidad de los perpetradores, puesto que los prejuicios y desigualdades son reproducidos de forma sistemática en los espacios de socialización, las políticas públicas y la administración de justicia.

La *violencia por prejuicio* es un concepto específico para comprender la violencia hacia las personas que desafían las normas de género desde una perspectiva social, histórica y estructural (Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 2015). Desde esta perspectiva, **los hechos de violencia** se justifican en los prejuicios y el odio hacia las personas LGBTQI+. Estos ofrecen un mensaje con un impacto simbólico enorme, que su forma de vivir o amar no es aceptable en una sociedad determinada y que esta transgresión autoriza a otra persona a causar daño o perjuicio. La impunidad de estos hechos se respalda en cierta complicidad social, así como en un aval normativo que desconoce los derechos fundamentales de las personas LGBTQI+.

a. El pensamiento binario y el modelo biomédico

Como hemos visto, entonces, el sistema binario del género divide el mundo en dos posibilidades: nacer con pene y ser hombre, o nacer con vagina y ser mujer. Los hombres y las mujeres conforman una pareja viable a nivel reproductivo, por lo que la familia heterosexual pasa a ser la unidad de la sociedad moderna (Ortner, 1979). El **modelo biomédico** define la **salud** desde la **concepción funcional del cuerpo-máquina orientado a la reproducción**, ubicando a las personas heterosexuales y cisgénero en la normalidad médica y organizando al resto en diversos trastornos físicos y mentales. De acuerdo con el pensamiento racionalista cartesiano, **el modelo biomédico acoge la separación de cuerpo y mente**, fragmentando el cuerpo en sus partes para aislar y categorizar síntomas y enfermedades (Baeta, 2015). Así, Sánchez (2020) considera que la equivalencia sexo = identidad de género articula «el arbitrio de lo normal/anormal, de lo sano/enfermo, de lo sensato/extravagante, de lo legítimo/ilegítimo».

Para Sánchez (2020), esto produce una ecuación vigente en el discurso médico y jurídico:

frecuente = normal = funcional = sano = adaptado = deseable = ordenado

Y su reverso:

infrecuente estadísticamente = anormal socialmente = disfuncional biológicamente = patológico médicamente = inadaptado respecto a los criterios imperantes = indeseable = desordenado/conflictivo

La psiquiatría y la psicología se han erigido también desde este paradigma de la salud, bajo lógicas binarias y oposicionales:

hombre/mujer; masculino/femenino; heredado/adquirido; temperamento/carácter; organismo/medio ambiente; individuo/sociedad; constante/variable; natural/natural

Esta lógica dicotómica plantea que **los opuestos son irreconciliables, no pueden convivir**: una mujer no podría ser un hombre, tanto como el blanco no es negro (Vale, 2019). Las situaciones adversas que atraviesan las personas intersex, son un ejemplo de cómo **el propio modelo biomédico se convierte en un vehículo de violencia institucional, atentando contra la salud**. Hacia 1930, se desarrollan en Estados Unidos métodos de intervención quirúrgica de «cambio de sexo», modelando la anatomía sexual de las personas para adecuarla a genitales femeninos o masculinos. Se empieza a intervenir a las personas intersexuales durante la primera infancia, encontrando, posteriormente, consecuencias físicas y grave sufrimiento psíquico producto de la incongruencia entre el cuerpo físico y la identidad de género de las personas (Cabral & Benzur, 2013). Aún en la actualidad, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas informa sobre las graves afectaciones a las personas intersex en el ámbito médico, social y jurídico por considerarlas enfermas: Intervenciones médicas no consentidas, violencia y exclusión en el espacio familiar y comunitario, falta de reconocimiento legal y dificultades en el registro del nacimiento, así como barreras en el acceso a la justicia y servicios de salud adecuados a sus necesidades.

Enfoques de trabajo del Módulo 1

Los enfoques de trabajo nos permiten orientar la mirada y explorar aspectos específicos de un conflicto o cómo la confluencia de características ubica a una persona en situación de vulnerabilidad; existen los enfoques generacional, intercultural, lingüístico, ambiental, entre muchos otros (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021). Estas herramientas de análisis o «lentes» nos permiten identificar situaciones en las que se ponen en riesgo nuestros derechos, así como la desigualdad en oportunidades de desarrollo que pueden afectar a las infancias, las mujeres, las personas migrantes o refugiadas, así como a las personas LGBTQI+. Como sabemos, los malestares de las personas que llegan a los servicios de salud mental son múltiples y multicausales, por lo que conocer y aplicar distintos enfoques nos brindará distintas lecturas de una misma situación. En ese sentido, los enfoques que trabajaremos en el curso son complementarios, aplicados para construir una valoración compleja y completa de la persona a la que estamos atendiendo.

1. ENFOQUE DE IGUALDAD GÉNERO

Herramienta de análisis que permite identificar los roles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías, relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos. Al observar de manera crítica las relaciones de poder y subordinación que las culturas y las sociedades construyen entre hombres y mujeres y explicar las causas que producen las asimetrías y desigualdades, el enfoque de género aporta elementos centrales para la formulación de medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyen a superar la desigualdad de género, modificar las relaciones asimétricas entre mujeres y hombres, erradicar toda forma de violencia de género, origen étnico, situación socioeconómica, edad, la orientación sexual e identidad de género, entre otros factores, asegurando el acceso de mujeres y hombres a recursos y servicios públicos y fortaleciendo su participación política y ciudadana en condiciones de igualdad.

2. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Comprende un conjunto de normas jurídicas nacionales e internacionales, principios éticos ejercidos individual e institucionalmente, así como políticas públicas aplicadas por el Estado que involucran a actores públicos y privados, empoderando a las o los titulares de los derechos en la capacidad de ejercerlos y exigirlos. Se concreta en actitudes que llevan a la práctica el ideal de la igual dignidad de todas las personas, promoviendo cambios en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables. El enfoque basado en derechos humanos incluye los principios rectores sobre empresas y derechos humanos: proteger, respetar y remediar. Este enfoque asume que los derechos son inherentes a todos los seres humanos, se fundan en el respeto de la dignidad de la persona humana y son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. El enfoque se basa en las normas internacionales, desde las cuales se establecen estándares que permiten hacer operativa su protección y promoción. El enfoque basado en derechos humanos pone énfasis en identificar las variables o los contenidos de los derechos, su titular y garante, y una ruta de acceso que lo hace efectivo.

3. ENFOQUE DE DIVERSIDAD

El enfoque de atención a la diversidad supone un esfuerzo por equilibrar la calidad de los servicios brindados, independientemente de las diferencias culturales, sociales, de género, capacidad física o religión. Este enfoque, impulsado especialmente en las políticas educativas del país, pretende acercar los servicios a las necesidades específicas de la población, con el objetivo de erradicar la exclusión, discriminación y desigualdad de oportunidades. Si bien considera múltiples características, se relaciona principalmente con los principios de inclusión, equidad e igualdad de género (Ministerio de Educación [Minedu], 2017).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur, 2018) incorpora también este enfoque en sus estándares de atención a personas migrantes, reconociendo que las prioridades y necesidades de una persona, así como los riesgos de protección a considerar, varían en función de su edad, género y diversidad, destacando el caso de las personas LGBTQI+ refugiadas alrededor del mundo. Proponen una participación activa de las personas de interés en el diseño, implementación y comunicación de los programas, así como un esfuerzo en el registro a la información, desglosadas por edad, sexo, así como otras características relativas a la diversidad.



B. MODULO 2

Una mirada holística a la salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud no debe limitarse a ser entendida como una ausencia de enfermedad, sino que se trata de un **estado de bienestar físico, social y mental** (Leiva- Peña et al., 2021). En este sentido, se adopta una visión holística de la salud que **supera el enfoque biomédico** y se aborda **mediante un modelo biopsicosocial**. Dicho esquema integral se basa en comprender la salud como un proceso de desarrollo, dinámico y cambiante, de responsabilidad tanto individual como social. Así, la salud no es un hecho individual de ajuste biológico, sino un estado de bienestar influido por las condiciones socioambientales. Esto supone considerar la interdependencia entre lo individual y lo colectivo, entre las normas y patrones sociales y la salud.

2.1 ▶ La salud mental desde una perspectiva holística

Cuando hablamos de **salud mental**, la OMS (2013) la define como un «estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (...) a través del comportamiento y la interacción interpersonal». Con esta definición, se evidencia que es necesaria una aproximación holística para abordar la salud mental, atendiendo a la influencia y funcionalidad que tienen cada uno de los aspectos que conforman la vida de un sujeto, a lo largo del desarrollo. Por otro lado, la Asociación Americana de Psicología (APA), define la salud mental como «un estado mental caracterizado por un bienestar emocional, un buen ajuste conductual, una relativa libertad de ansiedad y síntomas discapacitantes, y una capacidad para establecer relaciones constructivas y hacer frente a las demandas y tensiones ordinarias de la vida» (2023). Sin duda alguna, la OMS se plantea un enfoque positivo, bajo una mirada heterogénea de la realidad subjetiva del individuo, mientras que la APA se enfoca más en los aspectos clínicos y sintomáticos de la salud mental. Sin embargo, es importante recalcar que ambas definiciones apuntan a un **estado de bienestar integral de la persona**.

Dentro de esta misma línea, Keyes (2006) menciona que la salud mental tiene **tres elementos**: el **bienestar emocional**, el **bienestar psicológico** y el **bienestar social**. El primero se refiere a la capacidad y la frecuencia con la que se experimentan las emociones. El bienestar psicológico implica contar con herramientas para lidiar con las responsabilidades de la vida diaria y con los demás miembros de la sociedad. El bienestar social se trata de tener un funcionamiento que contribuya a la sociedad, así como sentirse parte de una comunidad.

a. Determinantes de la salud mental

Investigaciones acerca de la salud mental resaltan la importancia de adoptar un enfoque biopsicosocial para enfrentar los desafíos que se presentan en la población. Según la OPS, **en la cultura occidental se han establecido estilos de vida que aumentan la probabilidad de sufrir enfermedades físicas y mentales** (Leiva- Peña et al., 2021). Por ejemplo, la pobreza, la falta de recursos, los patrones de consumo, la extensión de las jornadas de trabajo, el estrés y los estilos de vida poco saludables contribuyen **al aumento de enfermedades crónicas que, al encontrar su origen en las condiciones de vida de las personas, no pueden solucionarse realmente si no se modifican dichas condiciones**. El modelo biomédico que interviene sobre el sujeto no podrá prevenir futuras apariciones o complicaciones de la misma enfermedad u otras.

En 2005, la OMS constituyó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que definió dichos determinantes como «aquellas condiciones en que las personas viven, nacen, crecen, envejecen, trabajan y se desenvuelven cotidianamente, incluido su sistema de salud» (Leiva- Peña et al., 2021, pp. 1-2). Los determinantes sociales son todos los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen en la salud de la población. Se trata de **factores estructurales y condiciones de vida que contribuyen significativamente a las desigualdades de salud** tanto dentro como entre países:

Individuales	Interpersonales	Sociales
Antecedentes familiares	Familiares <ul style="list-style-type: none"> Estilos de crianza Calidad de los vínculos y la convivencia 	Condiciones materiales de vida y vivienda
Herencia genética		Posición socioeconómica y acceso a servicios básicos y DD. HH.
Patologías crónicas	Redes de apoyo <ul style="list-style-type: none"> Grupo de pares Entornos laborales y educativos Sentido de pertenencia a la comunidad 	Migración
Hábitos de salud <ul style="list-style-type: none"> Alimentación Sueño y descanso Actividad física Uso y abuso de sustancias 		Género <ul style="list-style-type: none"> Mujeres, adolescentes y niñas Personas LGBTQI+ Masculinidad y riesgos de salud

Estos determinantes han evolucionado a lo largo del tiempo, exigiendo progresivamente que el modelo de atención a la salud mental evolucione con ellos. Así, las políticas públicas en salud deben considerar aquellos que afectan la salud de su población y orientarse a ellos. Si tomamos como ejemplo la migración, los estudios revelan que existen casi 281 millones de migrantes internacionales (DAES, 2020) y alrededor de 740 millones de migrantes internos que se encuentran en situación de desplazamiento

(OIM, 2015). **De esta manera, las personas migrantes enfrentan barreras legales, burocráticas y sociales para acceder a los servicios básicos, así como al trabajo, la vivienda o el sistema bancario. Esto impacta en la salud mental e integral de estas personas y es un determinante de la salud a incorporarlas en las políticas sanitarias a nivel global (OIM, 2023).** A dos años de la pandemia de COVID-19, es importante destacar que la crisis sanitaria ha tenido un impacto desigual en las personas debido a factores como su condición migratoria, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, entre otras. Estos grupos han enfrentado mayores restricciones y violaciones de sus derechos debido a la falta de avance en políticas y normas de protección.

b. La violencia estructural en la vida cotidiana

Al hablar de una violencia estructural, se hace referencia a situaciones donde las **necesidades fundamentales de los seres humanos**, tales como la supervivencia, el bienestar, la identidad y la libertad, **se ven afectadas debido a la estratificación social, la distribución desigual de la riqueza y el propio funcionamiento del sistema político y legal en el que vivimos**, sin que necesariamente se empleen formas directas de violencia. De este funcionamiento se desprenden diversos *problemas psicosociales* que son las «alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente» como la violencia y criminalidad, la deserción escolar y el trabajo infantil o el embarazo adolescente, la discriminación a minorías y/o migrantes, disfunciones en la dinámica familiar, entre otros (Hernández, 2021). En esta oportunidad, vamos a enfocarnos en la discriminación de las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes para comentar cómo impacta la violencia estructural en sus vidas. La **discriminación** es un fenómeno social que se sustenta en una **ideología que organiza la sociedad de manera jerárquica y se manifiesta en la interacción entre individuos e instituciones**. La xenofobia, el sexismo y la homofobia son sistemas discriminatorios que restringen el acceso a recursos y afectan negativamente la salud mental de las personas afectadas y la de su entorno.

- Un reporte realizado por el Programa AURORA visibiliza la situación de violencia y discriminación que afrontan las personas LGBTQI+ en el Perú. Durante el 2021, según Promsex (2022), se atendió a «un total de 132 casos de personas cuyo factor de riesgo es la vulneración por orientación sexual e identidad de género» (p. 47), donde el mayor número corresponde a violencia psicológica (43.20%), seguido de violencia física (34.80%) y violencia sexual (22%). **De los 132 casos, solo 33 cuentan con protecciones concedidas.** Por otro lado, del total de personas LGBTI encuestadas por el Programa AURORA, el 17.5 % reportó haberse sentido discriminado por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género en los servicios del Estado que atienden casos de violencia. Asimismo, el 21.7 % respondió haberse sentido discriminación por su orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género al momento de acceder a los servicios de justicia para denunciar un hecho (Promsex, 2022). Así, es evidente que en el Perú **persisten las barreras institucionales para sentar una denuncia y acceder a la justicia.** Algunas formas en las que se manifiesta la violencia estructural se muestran a continuación: La negación de derechos como el matrimonio civil, reconocimiento de sus familias y la adopción a parejas del mismo sexo.
- Servicios de salud sexual y reproductiva enfocados únicamente en personas heterosexuales y cisgénero.

- Servicios de salud física y mental donde se estigmatiza y patologiza a las personas LGBTQI+.
- Exclusión de personas LGBTQI+ como donantes de sangre en campañas de donación y en el sistema público de salud.
- Falta de leyes de identidad de género. Las personas trans carecen de un DNI que refleje su identidad, por lo que enfrentan barreras para ejercer su derecho a votar, a trabajar o acceder a diversos servicios públicos y privados.
- Bullying homofóbico en espacios educativos por parte de pares, personal educativo y padres de familia. Falta de políticas educativas para la prevención o pobre implementación de las vigentes.

En una investigación realizada por la organización Sociedad de Ayuda al Inmigrante Hebreo HIAS (Millo, 2013), se encuentra que las personas migrantes LGBTQI+ **tienden a ocultar su orientación sexual o identidad de género** para ser aceptados dentro de la comunidad y lidiar con los efectos traumáticos de la marginación, la discriminación o la violencia estructural. Esto **exacerba los sentimientos de invisibilidad y de represión de la propia identidad**. Además, causa efectos psicológicos graves en la persona en los que profundizaremos más adelante.

c. Estrés de minorías

Lasteorías de la psicología social sugieren que el proceso de categorización o distinción entre grupos sociales desencadena importantes **procesos intergrupales como la competencia y la discriminación**. Estos **proporcionan una definición del grupo y del yo**. El entorno social otorga significado sobre el mundo y organiza las experiencias de las personas, lo cual es crucial para desarrollar un sentido de sí mismo.

Los problemas de salud mental que presentan las comunidades LGBTQI+ migrantes o no migrantes pueden comprenderse bajo el concepto de *estrés de minorías*. En términos generales, el estrés es un estado de tensión física o emocional, asociado a sentimientos negativos de ansiedad, agobio o irritabilidad. Se manifiesta como respuesta a demandas del entorno cuando se percibe que estas superan su capacidad para sobrellevarlas. Los eventos que causan un cambio y exigen que nos adaptemos a nuevas circunstancias son **factores estresantes** (Meyer, 2003). Por su parte, las condiciones sociales y ambientales en las que se encuentra una persona se consideran **factores de estrés social**. El *estrés de minorías* sería aquel al que las personas de categorías sociales estigmatizadas están expuestas, debido a **la presencia de factores de estrés social** (como el estatus socioeconómico, la situación migratoria, el desempleo o la discriminación) **y, además, a factores estresantes** (como los grandes cambios precipitados por eventos de la vida personal y social involucrados en la migración).

Las personas que pertenecen a una minoría se encuentran sujetas a conflictos, debido a que **la cultura dominante, las estructuras sociales y las normas no representan sus intereses y necesidades**. Moss (como se cita en Meier, 2003) argumentó que, si las interacciones con la sociedad le proporcionan información a un individuo sobre cómo se construye el mundo, la incongruencia con la experiencia personal de quien pertenece a una minoría puede generarle impactos en su salud mental.

La teoría del **modelo de estrés de minorías** (Meier, 2003) es fundamental para entender los procesos sociales detrás de los indicadores negativos de salud mental de grupos LGBTQI+ y migrantes. El modelo sigue una **mirada distal-proximal**, ya que se basa en conceptualizaciones de estrés relacionadas con el efecto que tienen las condiciones y las estructuras sociales externas en los individuos. Así, se identifican cuatro procesos secuenciales:

1. Estresores externos y objetivos, que no dependen de la interpretación personal, como leyes, regulaciones migratorias o eventos específicos como una crisis política. Pueden ser estables (crónicos) o irrumpir en la vida de la persona (agudos).
2. Constante estado de alerta frente a posibles situaciones de discriminación
3. La internalización de actitudes sociales negativas
4. El ocultamiento de la orientación sexual u otra característica estigmatizada

De esta manera, **los estresores distales**, que se encuentran fuera de la persona, **se van interiorizando como parte de la propia identidad, convirtiéndose en estresores proximales**. Estudios demuestran que estas poblaciones, determinadas como minorías, tienen una alta prevalencia de síntomas y afecciones psicológicas relacionadas estrechamente a estresores sociales. Sin embargo, **estas personas se alejan de los servicios de salud mental** (Tomicic, Martínez & Immel, 2021), debido a la internalización del estigma que genera una visión negativa de reproche y censura de la propia identidad, así como la expectativa de ser discriminadas también en el espacio terapéutico. A continuación, se profundizará en ello en el siguiente acápite.

2.2 ▶ Salud mental en personas LGBTQI+

Pese a que ha habido avances sociales y progreso cultural en relación con la comunidad LGBTQI+, persisten altos niveles de discriminación y violencia. A causa de ello, se encuentra una alta prevalencia de problemas de salud mental. Como se mencionó en el apartado anterior, hay procesos psicológicos importantes que suceden específicamente en estas comunidades, como la internalización del estigma sexual que genera una ocultación y sensación de *invisibilidad*, la disminución de la autoestima, el autodesprecio y la violencia autoinfligida. Esto compromete la salud mental de la persona, al tiempo que construye barreras para la búsqueda de una atención psicológica adecuada. Si la salud mental implica tener las herramientas adecuadas para afrontar estados o emociones negativas que provocan un daño a nivel psicológico, la situación actual de acceso a servicios de calidad para personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes impide conseguir un adecuado estado de bienestar.

a. El estado de la cuestión: síntomas, diagnósticos y comorbilidades

Para comenzar, los problemas de salud que principalmente afectan a la comunidad LGBTQI+ son de salud mental, donde las más destacadas son la ansiedad, la depresión e incluso la ideación suicida (Hernández, 2021). Si bien diversos estudios se enfocan en considerar la prevalencia de estos síntomas en relación con la identidad de género u orientación de las personas, es importante reconocer que esta comunidad sufre

secuelas psicológicas importantes como consecuencia de la hostilidad social. En el informe de la organización Más Igualdad sobre la Salud Mental de Personas LGBTQI+ en el Perú (Hernández, 2021), se registran los siguientes síntomas con sus respectivos porcentajes de prevalencia:

- Ansiedad (60 %)
- Depresión (58 %)
- Ideación suicida (más de un 30 %)
- Abuso de sustancias (10 %)
- Baja autoestima (60 %)
- Estrés postraumático (15.5 %)
- Aislamiento social

En general, los estudios han confirmado que existe mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en comparación a las personas heterosexuales y cisgénero. Solo identificarse como parte de una minoría sexual es un predictor de tendencias suicidas (Tomicic, Martínez & Immel, 2021). En el 2016, Naciones Unidas emitió un informe que señala que las personas LGBTQI+ jóvenes presentan los síntomas mencionados junto con sentimientos de soledad, autolesiones e intentos suicidas como consecuencia de la violencia homofóbica (Unesco, 2016, p. 16). Otros estudios demuestran que esta comunidad es cuatro veces más propensa a tener intentos de suicidio que las personas heterosexuales (King, Semlven, Killaspy, Osborn, Popelvkuk & Nazareth, 2008).

Por otro lado, siguiendo a Hernández (2021), los diagnósticos más comunes son los siguientes:

- Depresión crónica
- Trastorno de pánico
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastornos disociativos
- Trastorno bipolar
- Fobia social
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno límite de la personalidad
- Abuso de sustancias

Si bien existen relaciones estadísticamente significativas que ubican a las personas LGBTQI+ como una población propensa al desarrollo de enfermedades de salud mental, **establecer una relación causal entre la identidad de género o la orientación sexual de una persona y el síntoma o diagnóstico no es posible**. Esto se debe a que las enfermedades son multicausales y la exposición a la violencia no puede ser ignorada. Ni la orientación sexual ni la identidad de género pueden ser condiciones de salud, por lo que hablar de comorbilidad es errado y está fundamentado en el prejuicio.

b. Prejuicios y patologización hacia las personas LGBTQI+

En un informe acerca de la violencia a personas LGBTQI+, la CIDH explica que los prejuicios son las valoraciones negativas de un estereotipo como «pre concepción generalizada de los atributos o características que los miembros de un grupo particular poseen, o de los roles que juegan o deben jugar [...] una persona, simplemente por su pertenencia al grupo, se ajustaría a dicha preconcepción» (CIDH, 2015). Abordar la salud mental de las personas LGBTQI+ basándose en un modelo biomédico, como hemos visto, reproduce un discurso hegemónico binario que tiende a considerar enfermo todo aquello que se aleje de la visión estereotipada de lo femenino y lo masculino.

Si bien los organismos internacionales dedicados a la salud mental, como la Asociación Americana de Psicología y la Organización Mundial de la Salud, **retiraron la homosexualidad de los manuales de diagnóstico en 1973 y 1993** respectivamente, uno de los **prejuicios** más extendidos en torno a las personas LGBTQI+ **es que su identidad se trata de una patología**, cuyos orígenes se asocian a la violencia sexual o el abuso en la infancia. Desde esta perspectiva, se le relaciona también al **abuso de sustancias y las adicciones**.

Otro prejuicio corresponde a la **hipersexualización**, que concibe a las personas LGBTQI+ como promiscuas desde una corta edad, con múltiples parejas sexuales y **conductas de riesgo** por las que contraen **VIH y otras infecciones de transmisión sexual**. Esto difunde la idea de que el contacto íntimo con ellas supone un riesgo de **contagio**. Asimismo, se les asocia a la **vida nocturna, la fiesta, el escándalo y el trabajo sexual**, lo que resulta incómodo para la vida en comunidad. Aún más grave es la creencia de que, debido a su supuesta patología, pueden ser peligrosas para la infancia, asociándolas a la **pedofilia y el abuso sexual de menores**. Al buscar ayuda en salud mental, el 61.9 % reporta prejuicios sobre las personas LGBTQI+ en los profesionales que les atendieron (Hernández, 2021). A las barreras ya descritas para el acceso a servicios de salud mental se suma, así, la revictimización.

Una de las maneras más evidentes en las que el prejuicio pervierte la práctica psicológica en términos éticos son **las terapias de conversión**. Estas tienen el objetivo de cambiar la orientación sexual o la identidad de género de las personas LGBTQI+. Estos tratamientos han experimentado con terapias hormonales, terapias de aversión mediante electroshock, castración química y lobotomía, y se presentaban como métodos apropiados (Borrillo, 2022).

Las principales organizaciones de salud mental han emitido advertencias sobre los riesgos asociados con los esfuerzos por cambiar la orientación sexual o identidad de género. Una declaración de consenso emitida en 2015 por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos (American Psychological Association, 2019) subraya la **falta de evidencia sobre la eficacia de estos tratamientos y los considera inapropiados y perjudiciales**, puesto que incrementan síntomas asociados al estrés de minorías. A mayor estrés, mayor será el riesgo de depresión, abuso de sustancias y suicidio, entre otros (Institute of Medicine, 2011). En el 2015, el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas concluye que **los tratamientos destinados a curar la homosexualidad califican como tortura**. Sin embargo, sobre la base de falsos diagnósticos y categorías patologizantes, las personas LGBTQI+ siguen siendo sometidas a tratamientos abusivos, nocivos y carentes de ética (Goytizolo & Torres, 2019).

El diagnóstico es importante para el acceso a una atención psicológica dentro del sistema público de salud. Es necesario categorizar la patología y formalizar un diagnóstico clínico para que el sistema permita la continuidad de un tratamiento. **A nivel terapéutico, es importante conocer las expresiones subjetivas de cada sujeto.** En esta línea, se propone una posición que analiza la singularidad de cada individuo y su síntoma para no perder de vista todos los determinantes que pueden estar interviniendo. **Comprender el síntoma como un pedido de ayuda nos permite trabajar aquello que está generando malestar.** Una intervención clínica guiada desde el prejuicio impide al profesional acercarse a la singularidad y esto desvirtúa la intervención psicológica.

c. La disforia de género: Una mirada crítica a la categoría diagnóstica

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), en su quinta versión (2013), presenta la categoría de disforia de género. Esta categoría, que ahora se encuentra fuera de la sección de parafilias, parece alinearse a la tendencia de **la OMS que descarta la identidad transgénero como una patología.** Sin embargo, su presencia en un manual de diagnóstico psiquiátrico parece insistir en la idea de que, efectivamente, existe un problema de salud mental (Vale, 2019). Esto ha generado gran controversia en la comunidad trans por las implicancias del diagnóstico en la atención sanitaria.

En dicho manual, la disforia de género se comprende como el malestar intenso asociado a la experimentación de una diferencia entre la identidad de género interna y el sexo asignado al nacer, con una duración mínima e ininterrumpida de seis meses. Esta diferencia debe estar presente en al menos **dos** de los siguientes aspectos:

- Una diferencia entre la identidad de género y los genitales o las características sexuales secundarias: el tamaño de los senos, la voz y el vello facial. En los adolescentes jóvenes, una diferencia entre la identidad de género y las características sexuales secundarias previstas.
- Un fuerte deseo de deshacerse de estos genitales o características sexuales secundarias, o un deseo de evitar el desarrollo de características sexuales secundarias.
- Un gran deseo de tener los genitales y las características sexuales secundarias de otro género.
- Un gran deseo de ser o ser tratado como otro género.
- Una firme convicción de tener los sentimientos y las reacciones típicos del otro género.

El **malestar** causado por la disforia de género debe ser **clínicamente significativo, evidenciado en síntomas** de estrés, ansiedad o depresión, así como **deterioro** social o dificultades para atender las responsabilidades familiares, la educación o el empleo (APA, 2014).

Un primer elemento por destacar entre los criterios del diagnóstico es el malestar clínicamente significativo. Esto implica que no todas las personas trans tendrán disforia de género, en tanto no tengan un malestar grave vinculado a su cuerpo, como señala Miquel Missé:

A las personas trans nos han dicho, y hemos aprendido, que nuestro cuerpo es un problema y que tenemos que ponerlo en juego y cambiarlo. [...] Y, de alguna manera, todos esos discursos nos lo han robado, nos han robado la posibilidad de vivir el cuerpo de otra manera. (Borraz, M., 12 de enero de 2019)

Bajo esta premisa, sería la violencia basada en género y sus múltiples manifestaciones de exclusión aquellas que operan a través del **discurso biomédico de lo trans**. El cuerpo y la identidad de género deberían corresponder en términos “cuerpo con pene = masculino”, “cuerpo con vagina = femenino”, **sin considerar que la identidad es una construcción progresiva que no está determinada por el cuerpo físico** (Vale, 2019). La exdiputada venezolana Tamara Adrián, considera que la psiquiatría y la psicología, junto con la religión y la ley, son mecanismos que institucionalizan la segregación. Son instituciones con autoridad para regular el comportamiento y la convivencia, e impactan en la vida de las minorías sexuales profundizando el estigma al clasificarlas como psicológicamente *anormales* (Adrián, 2013). En términos subjetivos, la patologización incide en la **internalización del estigma** que señala que la propia identidad es, en realidad, una condición médica (Mas Grau, 2017).

Por otro lado, al considerar únicamente el malestar inherente a la incongruencia entre sexo biológico e identidad de género, **ubica el problema en la persona, individualizando un problema colectivo**. Así, se invisibilizan demandas sociales que exigen políticas públicas que atiendan positivamente a la diversidad, lo que genera un diagnóstico que aísla al sujeto “enfermo” y le brinda acceso a un tratamiento. Este último consiste en un conjunto de procedimientos médicos, hormonales o quirúrgicos, que permiten la transición corporal de la persona.

Una de las fuertes críticas a la disforia es que sea utilizada como condición para procedimientos de salud específicos a la población trans, cuando no todas las personas trans cumplirían con los criterios clínicos. Asimismo, apostar por la despatologización implica reivindicar la autonomía de las personas frente a los procedimientos para la transición, como sujetos con capacidad de decisión sobre sus cuerpos y no como pacientes que siguen las indicaciones médicas para curar una enfermedad (Missé & Coll-Planas, 2010).

Finalmente, cabe destacar que la Norma Técnica de Atención Integral a Personas Trans Femeninas, publicada por el Ministerio de Salud en el 2016, no requiere del diagnóstico de disforia de género para garantizar los tratamientos de hormonización. Basta la autopercepción de la persona solicitante y una evaluación clínica del criterio de realidad y el ajuste social. Esto será complementado en la anamnesis considerando los hábitos de salud y estilos de vida, así como la presencia de algún diagnóstico clínico como depresión, ansiedad, bipolaridad, abuso de sustancias o estrés post traumático que deban atenderse antes de iniciar un tratamiento (Ministerio de Salud, 2016).

Enfoques de trabajo del Módulo 2

Los enfoques de trabajo permiten orientar la mirada y explorar aspectos específicos de un conflicto, es decir, indagar cómo la confluencia de características ubica a una persona en situación de vulnerabilidad. Existen los enfoques generacional, intercultural, lingüístico, ambiental, entre muchos otros. Estas herramientas de análisis –o lentes– nos permiten identificar situaciones en las que se ponen en riesgo derechos, así como la desigualdad en oportunidades de desarrollo que pueden afectar a las infancias, las mujeres, las personas migrantes o refugiadas, así como a las personas LGBTQI+.

Como se sabe, los malestares de las personas que recurren a los servicios de salud mental son múltiples y multicausales, por lo que conocer y aplicar distintos enfoques brindará distintas lecturas de una misma situación. En ese sentido, los enfoques que se trabajarán en el curso son complementarios, aplicados para construir una valoración compleja y completa de la persona atendida.

1. ENFOQUE DE MIGRACIONES Y MOVILIDAD HUMANA

El enfoque de migraciones y movilidad humana es una herramienta que permite analizar integralmente la salud mental en relación con las condiciones y los procesos de una persona en situación migratoria y de desplazamiento. La OIM (s/f) plantea que la movilidad no solo impacta en la vulnerabilidad física de una persona, sino también en su bienestar mental y social. Desde esta perspectiva, se visualizan los determinantes de la salud y las consecuencias que tiene la condición de migrante sobre la persona, como enfrentar diversos obstáculos burocráticos para acceder a los servicios esenciales. Esto sucede por una serie de factores como la condición migratoria irregular, las barreras lingüísticas, la carencia de políticas sanitarias para los migrantes, la inaccesibilidad a servicios públicos, los retrasos administrativos, etc. Algunas dificultades que enfrenta una persona desplazada son las siguientes:

a. Estigmatización y xenofobia

- Posturas y actitudes discriminatorias que pueden resultar en actos de violencia que ponen en peligro la integridad de la persona migrante

b. Medios de vida y subsistencia

- Inseguridad alimentaria
- Malnutrición
- Situación de vivienda precaria

c. Detención y deportación

- Falta de acceso a sistemas nacionales de protección

d. Trata de personas

- Riesgos de protección relacionados con la explotación, el abuso y la violencia basada en género.

Actualmente, la OIM en Perú ha implementado un programa de enfoque multidimensional sobre diversidad, inclusión y cohesión social para facilitar la integración de las y los migrantes. Este enfoque considera seis dimensiones relevantes para evaluar la situación migratoria de un individuo: psicológica, económica, navegacional, social, lingüística y política (OIM, 2023). Debido a la complejidad inherente a la migración, es necesario posicionarse en una perspectiva integral para evaluar la salud mental de un individuo en situación migratoria.

2. ENFOQUE INTERSECCIONAL

Es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras variables de exclusión y desigualdades producto de la discriminación estructural contra las personas en su diversidad (MIMP, 2021). Entre las múltiples situaciones de opresión, se encuentran aquellas basadas en el género, la edad, la identidad, la clase social, la discapacidad, la situación migratoria, la orientación sexual, la pertenencia a un grupo étnico racial, entre otras. Este enfoque permite entender el impacto de dicha convergencia de discriminaciones respecto al acceso a derechos y la respuesta de las políticas públicas ante estas situaciones.

En el espacio terapéutico, es importante partir de las características particulares de vida de las personas hacia lo más general, pensando de manera diferente la identidad, la igualdad y el poder, ya no como categorías predeterminadas o aisladas, sino con puntos de convergencia, complejidad y en procesos dinámicos. De hecho, estudios realizados con población LGBTQI+ afroamericana, sugiere que el impacto emocional de la internalización del estigma es sumatorio, lo que revela que las personas con índices de homofobia y racismo internalizados experimentaron niveles más altos de estrés psicológico (Tomicic, Gálvez, Rodríguez, Rosenbaum & Aguayo, 2018).



C .

MODULO 3

Herramientas para la atención de personas LGBTQ+

Habiendo revisado las múltiples aristas que impactan en la salud mental de las personas en condiciones de exclusión y vulnerabilidad de derechos, como son las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes, en este módulo se presentarán algunas herramientas de utilidad para la atención de la salud mental. De acuerdo con la OMS, la CIDH, la OPS, la APA y organismos no gubernamentales especializados, **no basta con atender a la persona** para que las intervenciones terapéuticas sean efectivas. **Es necesario implementar un abordaje sistémico e interdisciplinario** que se oriente a la familia, los espacios educativos o laborales y comunitarios que esta persona transita. **Será la reducción de la discriminación y la violencia del entorno lo que mejore sus condiciones de desarrollo.** En un siguiente nivel, esta intervención debe perseguir metas más ambiciosas para impactar en políticas públicas que reconozcan los derechos fundamentales de las personas en situación de exclusión, garantizando el acceso a servicios básicos, vivienda, empleo y justicia frente a la violencia sufrida.

Además, como profesionales de la salud mental, se precisa un trabajo a nivel personal para afrontar los prejuicios de la sociedad, así como los sesgos propios de la teoría psicológica. Ello amerita cuestionar su pertinencia en el contexto peruano, por ejemplo, o actualizar los conocimientos para intervenir de manera sensible y efectiva. La atención de la salud mental requiere de un vínculo positivo, que ofrezca seguridad y calidez a la persona, quien comparte recuerdos, sentimientos, angustias y miedos muy íntimos. La violencia en la forma de diagnósticos, señalamientos, críticas o burlas impacta gravemente cuando ocurre en la intimidad, donde la persona se encuentra especialmente vulnerable. **Patologizar la subjetividad aísla a la persona en lugar de promover su integración en un entorno igualitario.**

3.1 ▶ Herramienta 1: El enfoque afirmativo

Desde el enfoque afirmativo, se considera que **la diversidad sexual y de género es una vivencia válida de la identidad y las relaciones afectivas, reconociendo la violencia basada en género como una barrera en el acceso a los derechos fundamentales de las personas LGBTQI+.** En este punto, insta a las y los profesionales de la salud mental a educarse en temas de sexualidad y género para desarrollar un abordaje informado, empático y sensible a las problemáticas específicas que afectan a esta población. Trabajar desde un enfoque afirmativo implica un compromiso ético y personal con la justicia social y la equidad de derechos, empezando por ofrecer un espacio seguro y libre de discriminación (American Psychological Association, 2015; UNODOC, COPRED, UNAM & YAAJ, 2019).

La consulta psicológica es una experiencia potencial de riesgo para las personas LGBTQI+, quienes pueden ser patologizadas, discriminadas y, en el peor de los casos, sujetas a falsos tratamientos para modificar su orientación sexual o identidad de género. La Asociación Americana de Psicología, en su manual dedicado al trabajo con personas trans y de género no conforme, señala que **es responsabilidad del profesional reconocer cómo sus propios prejuicios impactan en la calidad de la atención que brinda** (American Psychological Association, 2015). Lo aprendido en las formaciones clásicas de psicología no necesariamente ha ofrecido herramientas suficientes para la atención de esta

población. Debido a ello, adoptar un enfoque afirmativo inicia por asumir una postura de no saber, aceptando los propios puntos ciegos y recogiendo las ideas de sus pacientes.

La Guía 10 del Manual APA, por otro lado, nos recuerda que **las personas no se reducen a su identidad de género o su orientación sexual, por lo que sus dificultades o malestares pueden relacionarse a otras áreas de su vida**. Analizar la situación considerando exclusivamente este componente acarrea el riesgo de pasar por alto los síntomas reales que la persona enfrenta (American Psychological Association, 2015).

Cabe señalar, además, que el enfoque afirmativo no se aplica exclusivamente cuando se tiene certeza de que la persona es LGBTQI+. Todas las personas nos encontramos en algún punto de la diversidad sexual y de género, por lo que se **evita insistir en los conceptos binarios del género y el heterosexismo, acompañando las distintas formas de construir la identidad y vivir la sexualidad** (UNODOC, COPRED, UNAM & YAAJ, 2019). La adopción de un enfoque afirmativo asegura, de acuerdo con la APA, mejores resultados en la salud mental de las personas y su ajuste social (American Psychological Association, 2015). A continuación, se brindan pautas sobre la implementación en la práctica clínica.

¿Cómo implementar la psicoterapia afirmativa?³

- 1. Espacios afirmativos:** Reconoce explícitamente la violencia y la discriminación que afectan a personas LGBTQI+, desde una mirada crítica a los estereotipos de género y una visión despatologizante. Comprende la diversidad sexual como una dimensión positiva de la personalidad.
 - a.** Autocrítica: deconstruir los propios prejuicios y estereotipos buscando información basada en evidencia. Si hace falta, buscar supervisión clínica especializada en el abordaje de personas LGBTQI+ para apoyarse en una mirada externa.
 - b.** Espacio afirmativo: compartir información y recursos que incorporen la diversidad (contar con libros, revistas o videos para compartir), mostrar algún símbolo (bandera o afiche representativo) para garantizar un espacio seguro.
 - c.** Lenguaje afirmativo: usar el pronombre que la persona elige, respetar su nombre social, evitar el uso de palabras que presuponen la orientación sexual de la persona (usar términos neutros como pareja en lugar de novio o enamorada).
 - d.** Capacitación de personal: asegurarse de que todo el personal del centro de salud se encuentre capacitado para evitar la discriminación fuera de la atención psicológica.

³ El contenido de esta sección es adaptado de Martínez, Tomicic, Gálvez, Rodríguez, Rosenbaum, & Aguayo (2018).

2. Trabajo interdisciplinario y trabajo en red: Esto permite atender las necesidades integrales de la persona para abordar la complejidad de la problemática que enfrenta (American Psychological Association, 2015).

a. Criterios para la evaluación de necesidades:

- i. Redes de apoyo familiar y social
- ii. Factores de riesgo para la salud
- iii. Barreras de acceso a servicios básicos y empleo
- iv. Riesgo o antecedentes de autolesiones, ideación o intentos de suicidio

b. Identificación de aliadas y aliados en los espacios que la persona transita para prevenir situaciones de discriminación y actuar con celeridad:

- i. Aliados en la **familia, centro de estudios o de labores:** identifica, junto a la persona atendida, a personas de confianza con quienes conversar o buscar ayuda en situaciones de urgencia
- ii. Aliados en el sistema de salud: identifica profesionales y servicios familiarizados con la temática LGBTQI+
- iii. Aliados en el ámbito social y comunitario: Identifica organizaciones, fundaciones o colectivos que trabajen por los derechos de las personas LGBTQI+ para ofrecer espacios seguros al paciente.



3. Atención y acompañamiento en períodos críticos

- a. El proceso de **develación**: acompañar el desarrollo de la identidad en relación con la orientación sexual no heterosexual (salir del clóset)
 - i. “Las personas heterosexuales y cisgénero no deben informar sobre su orientación sexual o su identidad de género a nadie, las personas LGBTQI+ sí”. Esta es una manifestación del mandato de la heterosexualidad que se impone por la sociedad. Reconocerlo, junto con la persona atendida, es importante. Es importante brindar apoyo para anticipar las posibles consecuencias de la noticia de manera realista sin caer en el pensamiento catastrófico.
 - ii. Es un proceso progresivo que se vive gradualmente en los distintos espacios que la persona habita, empezando por los más íntimos y seguros para avanzar hacia los más amplios como el centro de estudios o de trabajo, hasta las redes sociales o imagen pública. Es necesario ayudar a la persona atendida a planificar los pasos a seguir, con quién acompañarse o por dónde empezar.
 - iii. En casos de rechazo o estigma, este proceso puede tener retrocesos y contradicciones. Se debe evitar presionar a la persona atendida, ya que el rechazo de sus seres queridos puede generar la internalización del estigma, sentimientos de culpa, confusión, deseos de cambio, autolesiones y pensamientos suicidas.
- b. **Transitar para afirmar**: acompañar el proceso de transición de una persona trans
 - i. Un tránsito significa ejecutar un movimiento de un punto a otro, el cual es proyectado hacia el futuro. Cada persona puede transitar en diferentes aspectos, bien sea en características de los roles de género, de la expresión de género o en alguna de sus características biológicas relacionadas con el sexo (OPS, 2013).
 - 1. Las personas trans realizan estos procesos para afirmar su identidad tal cual ha sido construida a lo largo de su desarrollo, independientemente de su sexo asignado al nacer. Es un proceso que va a través y más allá del género, pues alude a su identidad personal en términos integrales.
 - 2. Cada tránsito es singular. Se desarrolla de una manera única en relación con la aceptación individual y del entorno familiar y social, así como de las normativas vigentes en el país.
 - ii. Se debe evaluar la transfobia internalizada y los síntomas asociados como la ansiedad, la tristeza, la pérdida de energía, los trastornos alimenticios o del sueño, y los ataques de pánico o ideación suicida. La internalización del estigma es una barrera en la construcción de una identidad positiva.
 - 1. Hay que enfocar la atención en la reparación de experiencias traumáticas o de violencia para evitar la internalización del estigma.

- iii. Se debe prestar atención a las situaciones que puedan retrasar o frenar el proceso de transición: rechazo familiar, aislamiento social, discriminación en el sistema sanitario, educativo o laboral, violencia física, verbal y/o sexual, vulneración de derechos. Estas situaciones ponen en riesgo el proceso seguido por la persona y pueden precipitar conductas de riesgo, autolesiones o intentos de suicidio.
- iv. Las terapias hormonales pueden afectar positiva o negativamente trastornos del ánimo preexistentes. Por ello, es importante acompañar a la persona para comprender dichos efectos y adaptarse a ellos (American Psychological Association, 2015).
- v. Es necesario informarse sobre las condiciones legales para las personas trans en el país, así como los espacios seguros para llevar a cabo los tratamientos y procedimientos médicos. **La Norma Técnica de Atención Integral a personas Trans Femeninas (Ministerio de Salud, 2016) es de importante revisión.**
- vi. Se debe utilizar el nombre elegido por la persona en su transición. Si lo requiere, hay que acompañarla en las primeras conversaciones con su familia para que se sienta segura y respaldada.
- vii. Finalmente, los cambios en la expresión o identidad de género de las personas pueden repercutir en sus relaciones sexoafectivas y sus prácticas sexuales, lo cual puede causar confusión o conflicto, tanto interno como con la pareja. Los deseos nuevos, así como las necesidades de cuidado en el período postoperatorio y cómo comunicar todo ello a la pareja son algunos de los retos que se enfrentan en la vida íntima. Ello puede causar inseguridad y temor de perder al otro, por lo que es fundamental atender este aspecto en el espacio terapéutico (American Psychological Association, 2015).



4. La atención terapéutica y el estigma internalizado

- a. Se debe evaluar los síntomas asociados a la internalización del estigma (vergüenza, culpa, baja autoestima, ocultamiento, etc.) y comparte con la persona atendida una explicación sencilla sobre el **estrés de minorías** y la **violencia estructural**⁴. De este modo, se le ofrece un marco de comprensión que le permite entender estas emociones desde una nueva perspectiva y tomar distancia de las ideas negativas sobre su propia identidad.
- b. Se debe ofrecer información basada en evidencia sobre la sexualidad desde un marco despatologizante⁵.
- c. Se debe explorar otros factores vinculados a estas emociones, tales como la convivencia en el espacio familiar, experiencias traumáticas pasadas u otros que no estén directamente relacionados al género.
- d. Se debe apoyar a la persona en la identificación, reconocimiento y regulación emocional: debido a la internalización del estigma, las personas LGBTQI+ pueden tender a negar, ocultar o desconfiar de sus propios sentimientos y afectos. Esto produce confusión, angustia y sufrimiento, en tanto **no es posible experimentar, procesar y actuar de manera coherente con lo que se piensa o siente**. El consumo de sustancias y otras conductas de riesgo pueden ser una vía para silenciar este conflicto y regular las emociones de manera poco saludable.
- e. Se debe identificar el origen de los pensamientos o sentimientos relacionados al estigma en la historia personal y trazar, junto a la persona atendida, el recorrido hasta el presente. Así, podrá desafiar sus propios pensamientos e incorporar nuevas ideas que le permitan aceptar sus emociones y afectos, acercando su mundo interno a su vida social.
- f. Se debe trabajar en escenarios hipotéticos que promuevan pensamientos o emociones relacionadas al estigma internalizado, **utilizando la consulta como una sala de ensayo** para lidiar con situaciones en la vida cotidiana. El vínculo con el o la terapeuta será el primer espacio de aceptación donde podrá hablar sobre sus emociones y pensamientos con honestidad, fortaleciendo su seguridad y disposición a compartir con otras personas fuera de la consulta.

⁴ Revisa el módulo 2, en las subsecciones “Estrés de minorías” (p. 27) y “La violencia estructural en la vida cotidiana” (p. 25).

⁵ Revisa el módulo 1, en la subsección sobre enfoques del primer módulo (p. 23).

5. Imaginar el futuro

- a. La desesperanza –relacionada a las barreras para construir una identidad positiva y legitimarse social y legalmente– es uno de los factores de riesgo para la ideación suicida. Frente a esta situación, es importante fortalecer el sentido de pertenencia a la comunidad LGBTQI+ desde una valoración positiva de su historia de lucha y resistencia frente a la discriminación. **Mostrar referentes positivos en la comunidad LGBTQI+** es parte de esta estrategia.
- b. Fomentar la construcción de **redes de soporte saludables** que brinden seguridad y afecto para prevenir el aislamiento social. Las comunidades y colectivos organizados de personas LGBTQI+ ofrecen un entorno amigable para la identificación y la empatía con otras historias de vida y superación.
- c. **Ofrecer un espacio para imaginar con ilusión el futuro**, dando lugar a los deseos y metas personales y evaluando las posibilidades concretas y los desafíos para conseguirlas.

6. Un abordaje integral

- a. **El trabajo multidisciplinario:** mediante la capacitación de profesionales de distintas especialidades, se debe construir un equipo multidisciplinario con enfoque de igualdad de género y derechos humanos, que conozcan las necesidades de una persona LGBTQI+ para facilitar las derivaciones en el servicio. El equipo puede integrar las áreas de medicina general, pediatría, endocrinología, ginecología, urología, cirugía y psiquiatría. Todas estas especialidades pueden estar implicadas en proceso de transición u hormonización para personas trans, así como en la asesoría en salud sexual para personas homosexuales sin estigma y en la atención de la salud mental.
- b. **El trabajo con el entorno íntimo de la persona:** la violencia hacia las personas LGBTQI+ puede empezar en casa, por lo que integrar una intervención sistémica para mejorar la situación de convivencia es fundamental. Trabajar los prejuicios y prevenir la violencia en el hogar y entorno íntimo es muy importante para que la persona se desarrolle en un espacio seguro y saludable para su bienestar integral. Si la situación es muy grave, se puede empezar por citar a la familia en horarios distintos y, progresivamente, realizar sesiones conjuntas para facilitar el diálogo.
- c. **La intervención comunitaria:** Como se revisó anteriormente sobre los determinantes sociales de la salud mental⁶, la situación de las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes no va a cambiar si no cambia el entorno en el que se desenvuelven. Por ello, **el compromiso de salir del consultorio y alcanzar a la comunidad** a través de los espacios educativos, medios de comunicación locales y espacios comunitarios como organizaciones sociales de base o asambleas es fundamental. Acercar información basada en evidencia, casos de violencia locales y reflexiones para una convivencia más justa e igualitaria que integre de manera positiva la diversidad es parte del trabajo.

⁶ Revisar el módulo 2, en la subsección determinantes de la salud mental (p. 27).

3.2 ► Herramienta 2: Primeros Auxilios Psicológicos

La población LGBTQI+ se encuentra en una situación específica de vulnerabilidad, debido a las diferentes condiciones de exclusión que impactan en su salud mental, física, estabilidad económica, material y seguridad. Esta población **no solo está expuesta a factores de riesgo, sino que carece de protección en escenarios adversos**. Por todo ello, resulta fundamental contar con herramientas para atenderles en situaciones de crisis, como puede ser un desalojo, una agresión física o sexual, un diagnóstico grave de salud o la pérdida de un miembro de su red de soporte. Los primeros auxilios psicológicos son una **serie de intervenciones psicológicas** que se aplican en un momento de crisis. Su objetivo consiste en **estabilizar a la persona afectada a nivel emocional, físico y conductual** para que pueda atravesar la crisis sin que se profundicen las secuelas.

Pasos por seguir (OMS, 2012):

- 1. Observar:** Hay que explorar la situación de la persona. Si existe algún riesgo físico o material que atender, se debe identificar las necesidades que presenta la persona y su reacción emocional frente a la crisis o problema que presenta.

<p>REACCIONES EMOCIONALES FRENTE A UNA SITUACIÓN DE CRISIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad, irritabilidad o rabia • Sentimientos de impotencia y frustración • Hipervigilancia • Miedo o terror • Inestabilidad afectiva • Llanto incontrolable • Duelo y pensamientos recurrentes sobre la muerte 	<p>REACCIONES FÍSICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga y cansancio • Alteraciones en apetito y sueño • Taquicardia • Dolores físicos (migrañas, contracturas, malestar general) • Hiperventilación o sudor
<p>REACCIONES COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusión y desorientación • Sueños y pesadillas recurrentes • Problemas de concentración y memoria • Dificultad para tomar decisiones, rumiación • Cuestionamiento a creencias espirituales • Pensamientos de autolesión o daño • Autoeficacia y auto valía disminuida 	<p>REACCIONES SOCIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento o retraimiento • Incremento de conflictos familiares • Agresión física • Desintegración de redes sociales • Sobreprotección de quienes se encuentran a cuidado de la persona afectada

2. Escuchar: Identifica las prioridades en la atención, según la necesidad de la persona y su propia sensación de urgencia. En base a ello, ayúdala a tomar decisiones que puedan mejorar su situación, de acuerdo a los recursos que tenga a disposición o puedas facilitarle. Recuerda:

- Evita interrumpir o presionar a la persona durante la conversación. **Escucha con atención para organizar la información**, pues en estados de ansiedad esta puede presentarse de manera desordenada o caótica.
- Evalúa si es posible dar respuesta a las necesidades que presenta la persona mediante alguna acción que esté en tu marco de posibilidades: ofrecer orientación, facilitar un contacto, indagar sobre algún servicio disponible o asistir en un proceso de denuncia. **Evita ofrecer un servicio que no podrás ofrecer.**
- Muestra que respetas los sentimientos y reacciones de la persona frente a la situación vivida y que valoras su confianza para buscar apoyo
- Muestra empatía con las emociones y preocupaciones que la persona comparte, manifestando que la comprendes y estás para apoyarla.

3. Conectar: Ayuda a la persona a conectar **con sus propios recursos para hacer frente a la crisis**. Para ello, indaga cómo ha solucionado situaciones parecidas antes y quiénes forman parte de su red de apoyo. En ocasiones, la angustia puede generar bloqueos que impiden a las personas activar sus propios recursos, una mirada externa puede ayudarles a lograrlo.

- **Planifica** con la persona las acciones que tomará cuando concluya el encuentro contigo, sea este telefónico o presencial. Afianza el plan de acción antes de que se quede a solas.
- Recupera sus estrategias pasadas para lidiar con la ansiedad y buscar la calma. Si es posible, **acompañala mientras ensaya alguna de estas estrategias para que se quede más tranquila al finalizar la intervención.**
- Recuérdale que puede volver al servicio de salud buscar apoyo cuando lo necesite, facilitando los horarios y teléfonos de contacto directos, así como alternativas en servicios similares o más especializados de ser necesario.



3.3 ► **Herramienta 3: ANIMA – Adaptación de la guía especializada en casos de violencia basada en género de la OMS (2016)**

En el 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Manual Clínico para la Atención de Mujeres Víctimas de Violencia ANIMA. Este manual se desarrolla para brindar herramientas específicas a las y los trabajadores de salud que reciben a personas afectadas por la violencia. Se indica su pertinencia para otros públicos afectados por la violencia basada en género, como las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes.

Una **atención basada en los derechos fundamentales** busca promover el máximo grado de salud posible, la autonomía y la libertad de la persona. En este sentido, serán las personas usuarias quienes decidan y consientan de manera informada si desean iniciar un tratamiento y de qué tipo, preservando su **derecho a la confidencialidad y a la intimidad**. Esto es muy relevante principalmente en las intervenciones quirúrgicas a personas trans o intersex. A continuación, se presentan orientaciones fundamentales del manual clínico ANIMA que debe seguir el o la trabajadora de salud:

Atención al Escuchar: escuchar con empatía y sensibilidad

- Escuchar lo que se dice y lo que se calla, así como el lenguaje no verbal (postura, gestos, contacto visual, etc.)
- Brindar tiempo para el llanto, la reflexión o la respiración. Si la persona percibe que apuro en terminar la sesión se elevarán sus resistencias
- Evitar interrumpir con preguntas u opiniones el relato de la persona

No juzgar, sino validar: demostrar comprensión, confianza y no juzgamiento.

- Comunicarle que no es culpable por la violencia sufrida.
- Reconocer que el impacto de la violencia es distinto en cada persona; evitar valorar los sentimientos como adecuados o inadecuados, buenos o malos.
- Evitar las comparaciones con otras personas; no desviar el foco de su experiencia

Informarse sobre las necesidades y preocupaciones: evaluar y responder a las diferentes necesidades de la persona atendida.

- Las necesidades pueden ser emocionales, físicas, sociales y logísticas (vinculadas a sus responsabilidades y labores).
- Si la persona no manifiesta necesidades específicas, se debe recoger de su testimonio algunas ideas orientadoras para formular preguntas concretas que les ayuden a identificarlas: “¿Tienes dónde dormir esta noche?” o “Me parece que te preocupa mucho qué decir en el trabajo mientras atiendes esta situación”.

Mejorar la seguridad: desarrollar un plan de prevención y afrontamiento frente a una posible repetición de episodios de violencia.

- Para elaborar un plan de seguridad, es importante **considerar los siguientes puntos**:
 - Lugar seguro de alojamiento
 - Organización de personas dependientes (hijas, hijos, personas mayores o con alguna condición de salud)
 - Transporte al lugar de refugio

- Qué llevarse: documentos, objetos de valor, objetos de primera necesidad
- Dinero o recursos materiales
- Red de soporte: personas de confianza
- **Este plan debe ser confidencial**, por lo que es preciso elaborarlo a solas con la persona afectada por la violencia.
- Si se ha realizado una denuncia y se cuenta con medidas de protección, se debe informar a las autoridades responsables.

Apoyar: Brindar información, fortalecer las redes de soporte y facilitar el acceso a servicios.

- **Realizar una escala de prioridades** con la persona afectada, para conocer qué quisiera atender primero.
- Presentar las diferentes opciones disponibles para que la persona pueda decidir cuál de ellas se ajustan a sus necesidades. Se le debe recordar que estará presente en la siguiente sesión para tomar las decisiones que hagan falta.
- Si se le remite a otro servicio, asegurarse de que la persona atendida será bien recibida. De ser posible, el trabajador o trabajadora de salud debe reservar la cita y facilitar la información completa. Si se considera necesario, puede adelantar algunos elementos sobre la identidad de género o su nombre social para prevenir situaciones de discriminación.

Además de los principios ANIMA, el manual clínico ofrece precisiones para la **atención de la salud mental en personas víctimas de violencia**:

- **Garantizar la atención a corto y mediano plazo**, incluyendo el seguimiento periódico una vez deje de asistir a los servicios de salud mental.
- **Fortalecer las técnicas de afrontamiento positivo** para que la persona atendida pueda retomar su vida cotidiana y recuperar su autonomía.
 - Indagar cómo ha resuelto o superado situaciones difíciles y dolorosas en el pasado
 - Fomentar actividades placenteras y relajantes que la persona disfrute y haya abandonado
 - Organizar gradualmente una rutina que incluya hábitos saludables: sueño, alimentación y actividad física.
- Sin presionar a la persona para que comparta el trauma vivido, **motivarla a pasar tiempo con sus seres queridos y quienes le ofrecen sentido de pertenencia y seguridad**. Recordarle que no tiene por qué avergonzarse o sentirse culpable y que puede apoyarse en las personas cercanas para superar el impacto del trauma.
- Facilitar **recursos de apoyo social organizados** como grupos de apoyo, centros comunitarios, o actividades laborales y formativas que fortalezcan la autonomía.



Es importante considerar adicionalmente los siguientes puntos:

- Aprovechar cada encuentro para evaluar el estado emocional y psicológico de la persona atendida, con el objetivo de **identificar signos de alerta** que requieran una intervención urgente como los siguientes:
 - Síntomas depresivos moderados o graves (sentimientos de tristeza o angustia muy intensos, falta de energía o apetito, aplanamiento afectivo)
 - Excesiva angustia o temor acompañada de pensamientos obsesivos referidos al trauma
 - Somatizaciones
 - Pensamiento desorganizado o errático, dificultades para comunicarse, desorientación
 - Pensamientos o intentos de autolesión
 - Ideación suicida
- Si se presenta ideación suicida o autolesiones, se debe hablar sobre ello. Lo más probable es que la persona atendida se sienta sola con estas emociones y necesite conversar con alguien. Hay que preguntarle si es la primera vez que tiene estos pensamientos, si alguna vez se ha autolesionado o ha tenido algún intento de suicidio previo.
 - **Si es así, se debe considerar un riesgo grave. No hay que dejarla sola y, más bien, buscar un servicio de urgencias.**

3.4 ▶ Herramienta 4: Enfoque centrado en la víctima

El enfoque centrado en la víctima pretende lograr una recuperación integral de las personas sobrevivientes de violencia basada en género. Para ello, se consideran las múltiples necesidades y áreas de desarrollo que se precisan para alcanzar la reintegración en la sociedad de manera segura y exitosa. Este enfoque surge en el área judicial, pero se extiende a todos los servicios que interactúan con una persona afectada por la violencia, planteando estándares de atención de calidad. El enfoque pretende transformar la forma de relacionarse con la víctima, priorizando su seguridad, derechos, bienestar, necesidades y decisiones expresadas para devolver la sensación de autonomía y control sobre la propia vida. Todo ello se realiza en el marco de una atención empática, sensible y libre de prejuicios.

A continuación, se presenta una adaptación de los estándares establecidos por la Agencia de Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR, 2020) y CHS Alternativo (2018b), organización especializada en víctimas de trata de personas, para personas LGBTQI+:

1. Identificación y atención prioritaria de necesidades y preocupaciones de la víctima: reconocer y comprender que cada víctima tiene diferentes preocupaciones y expectativas. Brindar la información completa puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su proceso.

2. Brindar servicios sensibles y libres de prejuicios, para evitar la revictimización y mitigar el estrés postraumático que enfatiza en la prevención de la discriminación en el servicio.

- a. No se debe juzgar, criticar o discriminar a las personas LGBTQI+ por su orientación sexual, su identidad o expresión de género. Esto implica evitar comentarios o actitudes negativas hacia su manera de hablar, vestir o comportarse.
- b. Considerar los factores de vulnerabilidad a los que han estado expuestos previamente para identificar los servicios adecuados a sus necesidades. Se puede aplicar un análisis desde el modelo de estrés de minorías⁷.
 - i. Las personas están definidas por múltiples características, como puede ser la etnia, la procedencia geográfica o la condición económica. Para prevenir la discriminación, es preciso mantener una mirada interseccional⁸.

⁷ Revisar el módulo 2, en la subsección modelo de estrés de minorías (p. 30).

⁸ Revisar el módulo 2, en la subsección sobre el enfoque interseccional (p. 39).

- c. Se proporciona una atención que proteja sus derechos, dignidad y bienestar. Esto implica implementar medidas para proteger a la persona atendida contra posibles represalias de sus agresores ante la realización de una denuncia para evitar nuevos episodios de violencia.

3. Empoderamiento y participación que busca que las víctimas superen las diferentes consecuencias psicológicas, físicas, sociales y culturales del trauma a causa de la violencia por prejuicio. Esto requiere reducir los factores de riesgo ambientales que limitan la posibilidad de las personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes de ejercer su ciudadanía y derechos fundamentales.

4. Se mantiene a la víctima informada de manera oportuna y coordinada sobre los avances y resultados de las acciones que le conciernen durante todo el proceso judicial. En caso de ser pertinente, se explica desde el principio si hay información que no se puede compartir de inmediato con la víctima y se le anticipa sobre el tiempo de espera. Se coordina con otras entidades, según corresponda y sea posible, para garantizar una comunicación continua y predecible.

5. Restitución de derechos, dignidad, autonomía y determinación para incrementar las herramientas y los recursos de las personas favoreciendo su recuperación y reintegración social. En el caso de las personas LGBTQI+ migrantes, especialmente, garantizar el acceso al trabajo y medios de sustento es una fundamental para alcanzar la autonomía.

6. Confidencialidad y consentimiento informado, se respeta el derecho a la intimidad, así como la voluntad de la víctima a participar de los diversos pasos del proceso legal, informándole adecuadamente sobre los mismos. En el caso de las personas LGBTQI+, los prejuicios de los profesionales de la salud pueden comprometer este estándar, ya que se puede compartir el caso por resultar curioso o extraño. Se debe recordar que la confidencialidad es un componente ético importante en la atención en salud mental de todas las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adrián, T. (2013). Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas trans en DSM- 5 y CIE-11. *Comunidad y Salud*, 11(1), 60-67.
- Alcántara, E. (2013). Identidad sexual/rol de género. *Debate Feminista*, 47, pp. 172-201. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30073-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30073-1)
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2018). *Enfoque de edad, género y diversidad de ACNUR*. <https://www.refworld.org/es/pdfid/610d8ad64.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (ACNUR). (2020). *Política sobre el enfoque centrado en la víctima en la respuesta del ACNUR a las conductas sexuales indebidas*. www.acnur.org/sites/default/files/2023-05/13697.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2019). *Facts about "Conversion Therapy"*. <https://www.apadivisions.org/division-44/resources/conversion-fact-sheet.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (2023). *Dictionary of Psychology. Mental health*. <https://dictionary.apa.org/mental-health>
- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
- Borraz, M. (12 de enero de 2019). Entrevista a Miquel Missé, sociólogo trans. "No hay nada biológico-co en ser trans, como no hay nada biológico en ser hombre o mujer". *El Diario.es*.
- Borrillo, D. (Junio, 2022). *Terapias de conversión sexual y Derechos Humanos* [Sesión de conferencia]. Congreso Internacional LGTBI de Andalucía 2022, Andalucía, España. <https://hal.science/hal-03745648/document>
- Cabral, M. & Benzur, G. (2013). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Debate Feminista*, 47, pp. 31-47. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100013>
- Capital Humano y Social Alternativo. (CHS Alternativo). (2018b). *Enfoque Centrado en la Víctima. Aplicado a la atención de Víctimas de Trata de Personas*. Internacional del Trabajo.
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Promsex]. (2020). *Comprendiendo la diversidad sexual y de género*. Promsex. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2020/02/Di%CC%81ptico-A5-horizontal-Conociendo-diversidad-sexual.pdf>

- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Promsex]. (2022). *Informe Anual sobre la situación de los derechos humanos de las personas LGBTI en el Perú 2021*. Promsex.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Violencia contra personas LGBTI*. CIDH, Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). *Opinión Consultiva OC- 24/17. Identidad de género e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf
- Fundación Todo Mejora. (2017). *Enseñando Diversidad. Manual de apoyo a profesores, tutores y apoderadxs para enseñar sobre diversidad, orientación sexual e identidad y expresión de género a niñxs y adolescentes entre 9 y 12 años*. Fundación Todo Mejora, Embajada de Canadá.
- Goytizolo, M. & Torres, F. (2019). Las Terapias de la Tortura [Artículo de opinión web]. *La Mala Fe*. <https://lamalafe.lat/las-terapias-de-la-tortura/>
- Hernandez, A. (2021). *Salud Mental en Personas LGBTQ+ en Perú*. Asociación Civil Más Igualdad Perú. <https://www.masigualdad.pe/estudio-salud-mental-lgbtiq>
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. National Academies Press.
- Instituto Asturiano de Administración Pública. (2015). *Material didáctico para la educación sexual en centros de menores*. Instituto Asturiano de Administración Pública.
- Keyes, C. (2006) Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395- 402.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-70>
- Leiva- Peña V, Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (45), 1 – 7. | <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 2-12.
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. & Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBTQ+*. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP).
- 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>

Millo, Y. (2013). *Invisible in the city: Protection gaps facing sexual minority refugees and asylum seekers in urban Ecuador, Ghana, Israel, and Kenya* [Informe]. Hebrew Immigrant Aid Society. <https://hias.org/publications/invisible-city/>

Ministerio de Educación. (MINEDU). (2017). *Currículo Nacional de la Educación Básica*. MINEDU.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (MIMP). (2016). *Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado*. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (MIMP). (2021). *Lineamientos para la transversalización del Enfoque de Género*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2029426/Lineamientos-para-la-Transversalizacion-del-Enfoque-de-Genero-en-la-Gestion-Publica.pdf?v=1626988865>

Ministerio de Salud. (MINSA). (2016). Norma Técnica de Salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y el control de ITS y el VIH/SIDA [Resolución ministerial].

Missé, M. & Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, 8(38), 44-55.

Oficina del Alto Comisionado en Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2019). *Human Rights Violations Against Intersex People. A background Note*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/BackgroundNoteHumanRightsViolationsagainstIntersexPeople.pdf>

Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (ONU Mujeres). (2002). *Gender Mainstreaming. An Overview*. ONU.

Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (s/f). *Migración y Salud*. www.iom.int/es/migracion-y-salud

Organización Internacional para las Migraciones. (OIM). (2023). *Promoviendo un enfoque multidimensional para la integración de los migrantes: Evidencia, buenas prácticas y consideraciones clave*. https://peru.iom.int/sites/g/files/tmzbd1951/files/inline-files/Workshop%20presentation_Panel%201_Migrant%20Integration%20Toolkit_IOM_05Apr2023.pdf

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2006). *Defining sexual health, Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. OMS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013) *Salud mental: un estado de bienestar*. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual* [Manual Clínico]. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (Mayo, 2000). *Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción* [Acta de reunión]. *Reunión convocada por la OPS y la OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología*. Antigua Guatemala. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51672>

Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con la cultura? En O. Harris, & K. Young (comp.). *Antropología y feminismo* (pp. 109-131). Editorial Anagrama.

Planned Parenthood (2023). *¿Qué es la Intersexualidad?* <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero/que-es-la-intersexualidad>

Sánchez, T. (2020). Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40 (138), p. 87-114). <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020006>

Tomicic, A., Martínez, C., & Immel, N. (2021). Experiences of psychological and psychotherapeutic support for LGBT youth who have survived a suicide process. *Interamerican Journal of Psychology*, 55(1). <https://doi.org/10.30849/ripijp.v55i1.1453>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (Unesco). (2016). *Out in the open: education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/ expression*. <https://www.right-to-education.org/resource/out-open-education-sector-responses-violence-based-sexual-orientation-and-gender>

United Nations Fund for Population Activities. (UNFPA) & United Nations International Children's Emergency Fund. (UNICEF). (2012). *Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*. Taller Gráfico LTDA.

UNODOC, COPRED, UNAM & YAAJ. (2019). *Nada que Curar: Guía de referencia para profesionales de la salud mental en combate a los ECOSIG*. UNODOC.

Vale, O (2019). Disforia de género: la psicopatologización de las sexualidades alternas. *Quaderns de Psicologia*, 21(2), e1478. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1478>



PROMSEX
Salud. Sexualidad. Solidaridad.



www.promsex.org





[WWW,PROMSEX.ORG](http://WWW.PROMSEX.ORG)

[FB / TW @PROMSEX](#)

[IG @PROMSEXCOMUNICA](#)



Fortaleciendo capacidades