



**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

<b>1</b>	<b>Presentación</b> del curso «EscuchArte: Herramientas para la atención de personas LGBTQI+ migrantes y no migrantes»	<b>4</b>
	▶ <b>1.1</b> Competencia esperada	<b>5</b>
	▶ <b>1.2</b> Capacidades que se espera desarrollar	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Material de consulta y ampliación de contenidos</b>	<b>6</b>
	▶ <b>Módulo 1:</b> Sexualidad, diversidad y violencia basada en género	<b>7</b>
	<b>1.1. Componentes de la sexualidad</b>	<b>7</b>
	a. Orientación sexual	<b>8</b>
	b. Identidad de género	<b>8</b>
	c. Expresión de género	<b>9</b>
	d. Diversidad corporal: las personas intersex	<b>9</b>
	e. Exploración y diversidad: una reflexión sobre las infancias y adolescencias LGBTQI+	<b>10</b>
	<b>1.2. Violencia Basada en Género</b>	<b>12</b>
	a. El pensamiento binario y el modelo biomédico	<b>12</b>
	<b>1.3. Enfoques de trabajo del Módulo 1</b>	<b>13</b>
	a. Enfoque de igualdad género	<b>13</b>
	b. Enfoque de derechos humanos	<b>14</b>
	c. Enfoque de diversidad	<b>14</b>
	▶ <b>Módulo 2:</b> Una mirada holística a la salud mental	<b>15</b>
	<b>2.1. La salud mental desde una perspectiva holística</b>	<b>15</b>
	a. Determinantes de la salud mental	<b>16</b>
	b. La violencia estructural en la vida cotidiana	<b>17</b>
	c. Estrés de minorías	<b>18</b>
	<b>2.2. Salud mental en personas LGBTQI+</b>	<b>20</b>
	a. El estado de la cuestión: síntomas, diagnósticos y comorbilidades	<b>20</b>
	b. Prejuicios y patologización hacia las personas LGBTQI+	<b>21</b>
	c. La disforia de género: Una mirada crítica a la categoría diagnóstica	<b>22</b>
	<b>2.3. Enfoques de trabajo del Módulo 2</b>	<b>25</b>
	a. Enfoque de migraciones y movilidad humana	<b>25</b>
	b. Enfoque interseccional	<b>26</b>
	▶ <b>Módulo 3:</b> Herramientas para el trabajo	<b>27</b>
	<b>3.1. Herramienta 1:</b> El enfoque afirmativo	<b>27</b>
	<b>3.2. Herramienta 2:</b> Primeros auxilios psicológicos	<b>34</b>
	<b>3.3. Herramienta 3:</b> «ANIMA» - Adaptación de la guía especializada en casos de violencia basada en género de la OMS (2016)	<b>36</b>
	<b>3.4. Herramienta 4:</b> Enfoque centrado en la víctima	<b>39</b>

# PRESENTACIÓN

## «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 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (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. Asimismo, el 40% indicó 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, se encuentra que, si bien la tendencia internacional es a la despatologización<sup>1</sup>, 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. Ellos podrán realizar el curso 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.

<sup>1</sup> 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.

## 1.1 ▶ Competencia esperada

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.

## 1.2 ▶ 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.





# MATERIAL DE CONSULTA Y AMPLIACIÓN DE CONCEPTOS



## MODULO 1

# Sexualidad, diversidad y violencia basada en género

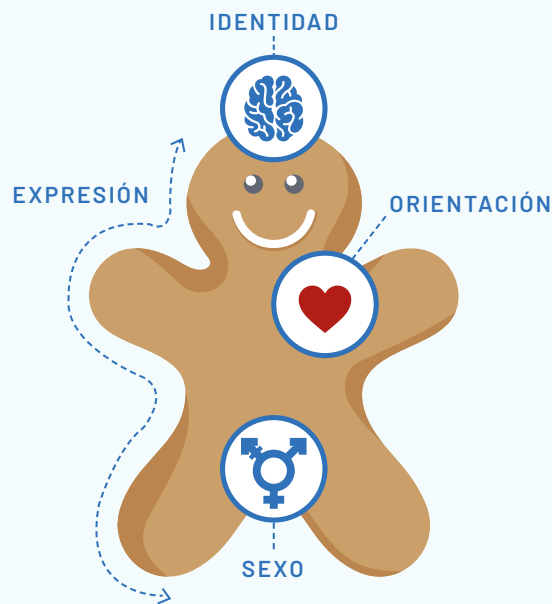
Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad es «un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual» (p. 5). Asimismo, de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA Uruguay et al., 2012), «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? La Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres, 2002) definió este concepto como 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 a dichos roles. Además, tiene una dimensión normativa, en tanto promueve, regula y castiga ciertos comportamientos a través de la socialización desde un criterio moral específico. Sin embargo, se advierte que actúa en un contexto sociocultural complejo, donde también influyen elementos como la clase, la raza, el nivel de pobreza, la edad, entre otros (ONU Mujeres, 2002).

### 1.1 ► Componentes de la sexualidad

La sexualidad se organiza en **cuatro componentes: la identidad, la expresión del género, la orientación sexual y el sexo asignado al nacer o sexo biológico (Corte Interamericana de 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. A través de la siguiente imagen, denominada «galleta de Gén(ero)gibre», se comprenderá mejor la relación entre los componentes.





**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 la crianza y la socialización, la persona comprende de cierta manera la **masculinidad** y la **feminidad**, y se siente más o menos afín a las características que asocia a cada una. La identidad de género es la forma específica en la que se ubica en estas categorías y **se define sobre la base de la autoidentificación personal, aunque esta no corresponda con el sexo asignado al nacer.**

- **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.

- **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 explicado 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 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.

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, 2023; 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+

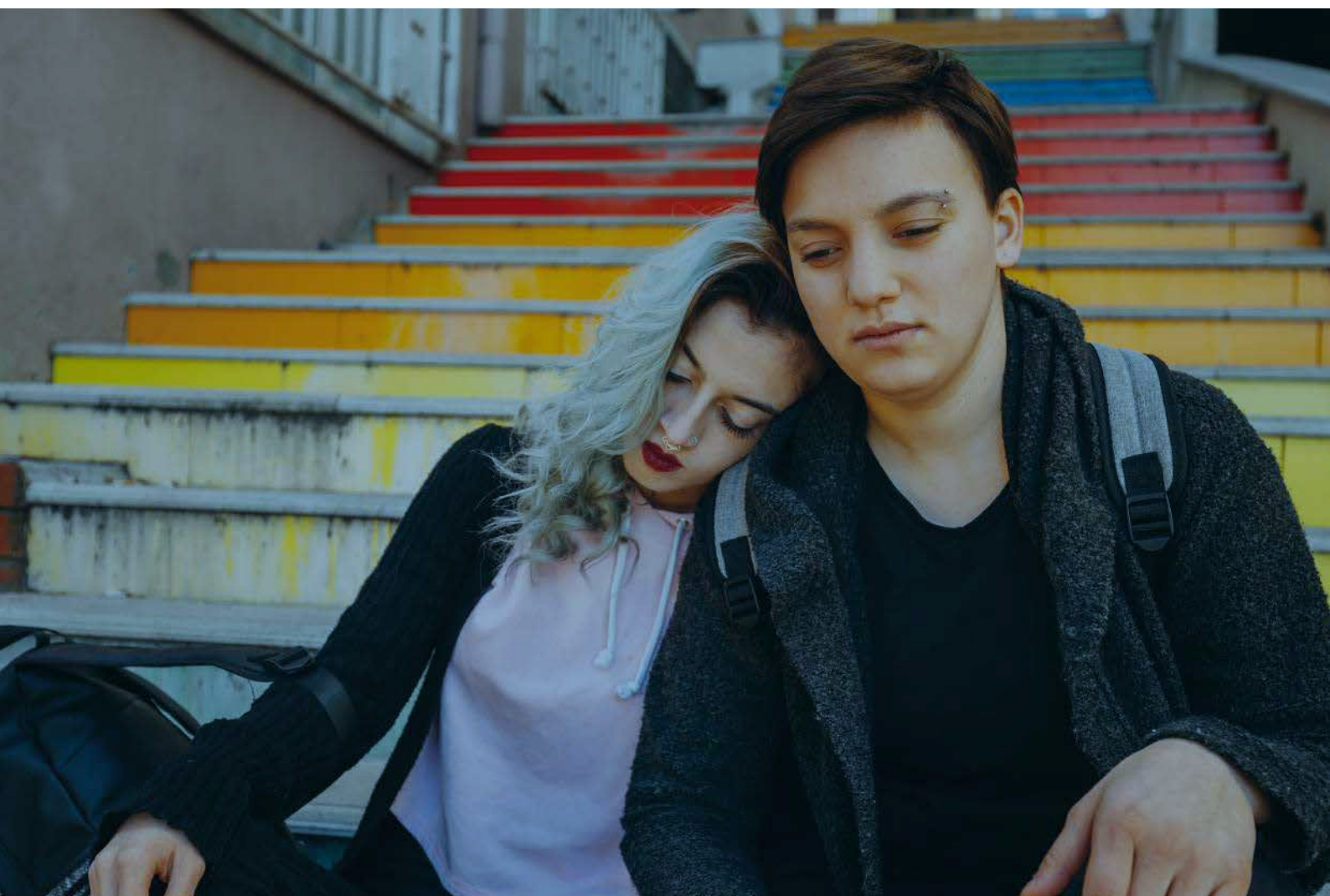
La sexualidad está relacionada con aquello que resulta placentero y con la capacidad de relacionarse desde la sensorialidad y la intimidad (American Psychological Association, 2015). Como seres biopsicosociales, la sexualidad se construye en diálogo con los vínculos más cercanos, el lugar de crianza, la cultura y el momento de desarrollo (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 los 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 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 se ha visto, determinan tanto lo deseable como lo castigable en una sociedad establecida, 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. Esto se debe a 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 (CIDH, 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; a saber, 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 se ha 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) consideró 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/illegítimo» (p. 89).

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/nurtural*

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). **Aún en la actualidad**, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas informó 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.

### 1.3 ► Enfoques de trabajo del Módulo 1

Los enfoques de trabajo 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» permiten identificar situaciones en las que se ponen en riesgo los 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 llegan 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 trabajará en el curso son complementarios, aplicados para construir una valoración compleja y completa de la persona a la que se está atendiendo.

#### a. Enfoque de igualdad género

Herramienta de análisis que permite identificar 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.

#### **b. 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 para establecer 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.

#### **c. 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) incorporó 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. Asimismo, propuso 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.

## 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** (citado en 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

La OMS (2013) definió la **salud mental** 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 APA (2023) definió 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». Sin duda alguna, la OMS 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) mencionó 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 (citado en 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**. De esta manera, el modelo biomédico que interviene sobre el sujeto no puede 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» (citado en 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	<b>Familiares</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estilos de crianza</li> <li>Calidad de los vínculos y la convivencia</li> </ul>	Condiciones materiales de vida y vivienda
Herencia genética		Posición socioeconómica y acceso a servicios básicos y DD. HH.
Patologías crónicas	<b>Redes de apoyo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo de pares</li> <li>Entornos laborales y educativos</li> <li>Sentido de pertenencia a la comunidad</li> </ul>	Migración
<b>Hábitos de salud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación</li> <li>Sueño y descanso</li> <li>Actividad física</li> <li>Uso y abuso de sustancias</li> </ul>		<b>Género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres, adolescentes y niñas</li> <li>Personas LGBTQI+</li> <li>Masculinidad y riesgos de salud</li> </ul>

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 se toma 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



(Organización Internacional para las Migraciones, 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 incorporar 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**

La violencia estructural 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 viven** 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, se enfocará el tema 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 base a 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 visibilizó la situación de violencia y discriminación que afrontan las personas LGBTQI+ en el Perú. Durante el 2021, según el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex, 2022), se encontró «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 LGBTQI 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 son las siguientes:

- La negación de derechos como el matrimonio civil, el 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, así como 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 esta línea, en una investigación realizada por la Sociedad de Ayuda al Inmigrante Hebreo (HIAS citado en Millo, 2013) sobre **migrantes LGBTQI+**, se encontró que, para lidiar con los efectos traumáticos de la marginación, la discriminación o la violencia estructural, **tienden a ocultar su orientación sexual o identidad de género**, para ser aceptados dentro de la comunidad. Esto **exacerba los sentimientos de invisibilidad y de represión de la propia identidad**, causando efectos psicológicos graves en la persona en los que se profundizará más adelante.

### c. Estrés de minorías

Las teorías 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, proporcionando un anclaje para la definición del grupo y del yo**. El entorno social otorga significado al mundo y organiza las experiencias de las personas, siendo crucial para desarrollar un sentido de sí mismo.

En este contexto, los problemas de salud mental que se presentan en 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, y se manifiesta como respuesta a demandas del entorno cuando se percibe que estas superan su capacidad para sobrellevarlas. Los eventos y condiciones que causan un cambio y exigen que la adaptación a nuevas circunstancias son **factores estresantes (Meyer, 2003)**. Las condiciones sociales y ambientales en las que se encuentra una persona se consideran como **factores de estrés social**. El «estrés de minorías» sería aquel al que las personas de categorías sociales estigmatizadas están expuestas debido a **mayor presencia de factores de estrés social**, (estatus socioeconómico, situación migratoria, desempleo, discriminación) **sumados a factores estresantes**, como los grandes cambios precipitados por eventos de la vida personal y social como 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**. Sin embargo, Moss 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 generar impactos en la salud mental (citado en Meyer, 2003). Así, la teoría del **Modelo de Estrés de Minorías** es fundamental para entender los procesos sociales que se encuentran detrás de los indicadores negativos de salud mental en grupos como LGBTQI+ y migrantes (Meyer, 2003). El modelo se compone bajo una **mirada distal-proximal**, ya que se basa en **conceptualizaciones de estrés en relación a el efecto que tienen las condiciones y estructuras sociales externas en los individuos**. En él, 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 en las condiciones de vida o situaciones específicas a las que debe adaptarse, **se van interiorizando e incorporando 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 que van estrechamente relacionadas a estresores sociales. Sin embargo, 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, **aleja a estas personas de los servicios de salud mental (Tomacic, et al., 2021)**. Se profundizará en esto en el siguiente acápite.



## 2.2 ▶ Salud mental en personas LGBTQI+

A pesar de que ha habido avances sociales y progreso cultural en relación a la comunidad LGBTQI+, persisten los altos niveles de discriminación y violencia, y se encuentra alta prevalencia de problemas de salud mental. Como mencionó anteriormente, hay procesos psicológicos importantes que suceden específicamente en estas comunidades, como la internalización del estigma sexual que genera una ocultación y lleva, posteriormente a la 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 el alcance de 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 a 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, se registran los siguientes síntomas (Hernández, 2021):

- 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 et al., 2021). En el 2016, Naciones Unidas emitió un informe que indica que las y los jóvenes LGBTQI+ presentaban los síntomas mencionados arriba junto con sentimientos de soledad, autolesiones e intentos suicidas como consecuencia de la violencia homofóbica (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2016). Otros estudios demuestran que esta comunidad es cuatro veces más propensa a tener intentos de suicidio que las personas heterosexuales (King et al., 2008).



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

- 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 encontramos relaciones estadísticamente significativas que ubican a las personas LGBTQI+ como una población propensa al desarrollo de síntomas y 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**, en tanto 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 contra 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» (2015). Abordar la salud mental de las personas LGBTQI+ basándose en un modelo biomédico, como hemos visto, genera un discurso hegemónico binario que considera 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 diagnósticos en 1973 y 1993 respectivamente, uno de los prejuicios más extendidos en torno a las personas LGBTQI+ es que su identidad resulta una **patología**, cuyos orígenes se asocian a la violencia sexual, el abuso en la infancia y las adicciones a sustancias. Otro prejuicio extendido es la **hipersexualización** con que se asocia a las personas LGBTQI+. Este prejuicio las concibe como personas promiscuas desde una temprana edad, con múltiples parejas sexuales y conductas de riesgo, por las que contraen infecciones de transmisión sexual como el VIH. Esto genera la idea de que existe riesgo de contagio ante el contacto íntimo con ellas. Asimismo, se les asocia a la **vida nocturna, la fiesta, el escándalo y el trabajo sexual**. Aún más grave es la creencia de que, debido a su supuesta patología, pueden ser peligrosas para la infancia por su presunto vínculo con la **pedofilia y el abuso sexual de menores**.

Además de estos prejuicios que impiden el acceso a servicios de salud mental, se añade la **revictimización**. Al buscar ayuda con especialistas en salud mental, el 61.9% de personas LGBTQI+ reporta ser objeto de prejuicios por parte de los profesionales que les atendieron (Hernández, 2021).

**Las terapias de conversión** constituyen una de las maneras más evidentes en las que el prejuicio pervierte la práctica psicológica en términos éticos. Estos supuestos tratamientos tienen el objetivo de modificar la orientación sexual o la identidad de género de las personas LGBTQI+. Para ello, se emplearon como métodos apropiados las terapias hormonales, las terapias de aversión mediante electroshock, la castración química y la lobotomía (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 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, suicidio, entre otros (Institute of Medicine, 2011). En el 2015, el Comité Contra la Tortura de las Naciones Unidas concluyó 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 y Torres, 2017).

Al margen de los prejuicios desarrollados anteriormente, el diagnóstico es importante para acceder a una atención psicológica en el sistema público de salud. Es necesario categorizar la patología y formalizar un diagnóstico clínico para que el sistema permita la continuidad de un tratamiento. Sin embargo, **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 permite identificar aquello que está generando el 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, en su quinta versión (2013), presenta la 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 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. Para empezar, se revisarán los criterios diagnósticos planteados:

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 –como el tamaño de los senos, la voz y el vello facial. En los adolescentes jóvenes, sería un indicador la 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 (American Psychiatric Association, 2014).

Un primer elemento a 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 todas tienen un malestar grave vinculado a su cuerpo**. De acuerdo con 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, 2019).

Bajo esta premisa, sería la violencia basada en género y sus múltiples manifestaciones de exclusión, las 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 ex diputada 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, se **ubica el problema en la persona, individualizando un problema colectivo**. El sufrimiento de las personas trans se

relaciona directamente con la **violencia del entorno**. 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 consiste en la aplicación de un conjunto de procedimientos médicos, hormonales o quirúrgicos, que permiten la transición corporal de la persona. **Una de las principales críticas a la disforia de género 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**, sino la autopercepción de la persona que consulta 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, la presencia de algún diagnóstico clínico como depresión, ansiedad, bipolaridad, abuso de sustancias o estrés post traumático que deban trabajarse antes de iniciar un tratamiento (MINSa, 2016).





## 2.3 ▶ Enfoques de trabajo del Módulo 2

Los enfoques de trabajo nos permiten orientar la mirada y explorar aspectos específicos de un conflicto: 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» permiten identificar situaciones en las que se ponen en riesgo nuestros derechos, así como la desigualdad en oportunidades de desarrollo que afectan a las infancias, las mujeres, las personas migrantes o refugiadas, así como a las personas LGBTQI+. Los malestares de las personas que asisten a los servicios de salud mental son múltiples y multicausales, por lo que conocer y aplicar distintos enfoques proporcionará contar con distintas lecturas de una misma situación. En ese sentido, los enfoques del curso son complementarios, aplicados para construir una valoración compleja y completa de la persona atendida.

### a. Enfoque de migraciones y movilidad humana

El enfoque de migraciones y movilidad humana es una herramienta que permite analizar de manera integral la salud mental en relación a 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 atienden los determinantes de la salud y las consecuencias de 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:

#### I. Estigmatización y xenofobia

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

#### II. Medios de vida y subsistencia

- Inseguridad alimentaria
- Malnutrición
- Situación de vivienda precaria

#### III. Detención y deportación

- Falta de acceso a sistemas nacionales de protección

#### IV. 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 personas migrantes. Este enfoque considera seis dimensiones relevantes para evaluar la situación migratoria de una persona: psicológica, económica, navegacional, social, lingüística y política. 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.

### **b. Enfoque interseccional**

Es una herramienta analítica para estudiar y responder a las maneras en que el género se cruza con otras variables que excluyen a las personas por múltiples situaciones de opresión 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 y otras situaciones de vulnerabilidad (MIMP, 2021). Este enfoque permite entender el impacto de dicha convergencia de discriminaciones respecto al acceso a derechos y cómo las políticas públicas deben responder ante estas situaciones. En el espacio terapéutico, es importante partir de las características particulares de vida de las personas, considerando que la identidad, la igualdad y el poder no son categorías predeterminadas, sino son puntos de convergencia y complejidad que están involucradas en procesos dinámicos. De hecho, estudios realizados con población LGBTQI+ afroamericana sugieren que el impacto emocional de la internalización del estigma es sumatorio, lo que revela que las personas con índices de homofobia y racismo internalizados experimentan niveles más altos de estrés psicológico (Martínez et al., 2018).



## MODULO 3

### Herramientas para el trabajo

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 para la atención de la salud mental. De acuerdo con la OMS, la CIDH, la OPS, la APA y organismos no gubernamentales especializados, para que las intervenciones terapéuticas con estas poblaciones sean efectivas, **no basta con atender a la persona. Es necesario implementar un abordaje sistémico e interdisciplinario** que se oriente a la familia, los espacios educativos o laborales y comunitarios que la 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, se precisa un trabajo a nivel personal del especialista de salud para afrontar los prejuicios de la sociedad y los sesgos propios de la teoría psicológica, cuestionando su pertinencia en el contexto peruano, por ejemplo. 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 puede tener un impacto bastante más grave 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

Una herramienta fundamental para el trabajo terapéutico con personas LGBTQI+ es el enfoque afirmativo. Desde este enfoque, se **considera que la diversidad sexual y de género constituye 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 (2015), 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.** Debido a ello, adoptar un enfoque afirmativo inicia por asumir una postura de “no saber”,

aceptando el propio desconocimiento, y recogiendo las ideas y soluciones de cada paciente. Como se señala en la Guía 10 del Manual APA, **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 ignorar los síntomas reales que la persona enfrenta (American Psychological Association, 2015).

Cabe señalar que el enfoque afirmativo no se aplica exclusivamente cuando se tiene certeza de que la persona es LGBTQI+. Todas las personas se ubican en un lugar dentro del amplio margen de la diversidad sexual y de género, de manera que hay que **evitar insistir en los conceptos binarios del género y el heterosexismo, acompañando las distintas formas para construir la identidad y vivir la sexualidad** (UNODOC, COPRED, UNAM & Yaaj, 2019). De acuerdo a la APA (2015), la adopción de un enfoque afirmativo asegura mejores resultados en la salud mental de las personas y su ajuste social. A continuación, se desarrollará la implementación de este enfoque en la práctica clínica.

### ¿Cómo implementar la psicoterapia afirmativa<sup>2</sup>?

- 1. Espacios afirmativos:** Fomenta una visión despatologizante, reconociendo explícitamente la violencia y discriminación que afecta a personas LGBTQI+, desde una mirada crítica a los estereotipos de género. Comprender la diversidad sexual como una dimensión positiva de la personalidad.
  - a.** Ser autocrítico: 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.** Crear un espacio afirmativo: compartir información y recursos que incorporen la diversidad (libros, revistas o videos). Mostrar algún símbolo como una bandera o un afiche que muestre que se trata de 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.** Asegurarse de que todo el personal del centro de salud se encuentre capacitado para evitar la discriminación en los momentos que el paciente no interactúe con nosotros.

<sup>2</sup> Sección adaptada en base a Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosenbaum, C. & Aguayo, F. (2018).



**2. Trabajo interdisciplinario y trabajo en red:** 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:** identificar junto al paciente a personas de confianza con quienes conversar o buscar ayuda en situaciones de urgencia.
  - ii. Aliados en el sistema de salud: identificar profesionales y servicios familiarizados con la temática LGBTQI+.
  - iii. Aliados en el ámbito social y comunitario: Identificar organizaciones, fundaciones o colectivos que trabajen por los derechos de las personas LGBTQI+ para ofrecer espacios seguros a la persona atendida.

### **3. Atención y acompañamiento en periodos críticos**

- a. El proceso de develación: acompañar el reconocimiento de la identidad en relación a la orientación sexual no heterosexual, también conocido como 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 impuesto por la sociedad y reconocerlo junto a la persona atendida es importante. Se debe brindar apoyo para anticipar las posibles consecuencias de la noticia de manera realista, sin caer en el pensamiento catastrófico.
  - ii. Es un proceso que se vive gradualmente en los distintos espacios que la persona atendida habita, empezando por los más íntimos y seguros, para avanzar hacia los más amplios como el centro de estudios, el trabajo, las redes sociales o la imagen pública. Hay que ayudar al paciente a planificar los pasos a seguir, con quién acompañarse o por dónde empezar.

iii. En casos de rechazo o estigma, este proceso puede presentar retrocesos y contradicciones. Se debe evitar presionar al paciente. El rechazo de los seres queridos puede generar la internalización del estigma, sentimientos de culpa, confusión, deseos de cambio, autolesiones e, incluso, pensamientos suicidas.

b. Transitar para transformar: 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 como ha sido construida a lo largo de su desarrollo, independientemente del 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, constituida también por este.

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. La internalización del estigma es una barrera en la construcción de una identidad positiva. Por eso, es importante evaluar la transfobia internalizada y los síntomas asociados como la ansiedad, la tristeza, la pérdida de energía, los trastornos alimenticios o del sueño, los ataques de pánico o ideación suicida.

1. Buscar una reparación de experiencias traumáticas o de violencia para evitar la internalización del estigma.

iii. Presta 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. Todas ellas 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 influir positiva o negativamente en los trastornos del ánimo preexistentes. Es importante acompañar a la persona para comprender dichos efectos y adaptarse a ellos (APA, 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 persona especialista en salud debe revisar la Norma Técnica de Atención Integral a personas Trans Femeninas** (MINSA, 2016).

- vi. Utilizar el nombre elegido por la persona en su transición. Si lo requiere, acompañarla en las primeras conversaciones con su familia para que se sienta segura y respaldada.
- vii. Finalmente, se debe recordar que los cambios en la expresión o identidad de género de las personas pueden repercutir en sus relaciones sexoafectivas y sus prácticas sexuales. Esto puede generar confusión o conflicto, tanto interno como con la pareja. Los deseos nuevos, así como las necesidades de cuidado en el período postoperatorio y la comunicación con 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. Evaluar los síntomas asociados a la internalización del estigma (vergüenza, culpa, baja autoestima, ocultamiento, etc.) y compartir con la persona paciente una explicación sencilla sobre el **estrés de minorías** y la **violencia estructural**<sup>3</sup>. De este modo, se le ofrece un marco de comprensión que le permite mirar estas emociones desde una nueva perspectiva y tomar distancia de las ideas negativas sobre su propia identidad.
- b. Ofrecer información basada en evidencia sobre la sexualidad desde un marco despatologizante<sup>4</sup>.
- c. Explorar otros factores vinculados a estas emociones, tales como la convivencia en el espacio familiar, las experiencias traumáticas pasadas u otros que no estén directamente relacionados al género.
- d. 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. 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. Identificar el origen de los pensamientos o sentimientos relacionados al estigma en la historia personal y trazar junto a la persona paciente el recorrido hasta el presente. Así, podrá desafiar sus propios pensamientos y aceptar sus emociones y afectos, acercando su mundo interno a su vida social.
- f. Trabajar en los escenarios hipotéticos que puedan propiciar pensamientos o emociones relacionadas al estigma internalizado, **utilizando la consulta como una sala de ensayo** para lidiar con situaciones de la vida cotidiana. El vínculo con su terapeuta será el primer espacio de aceptación donde podrá hablar sobre sus emociones y pensamientos con honestidad, fortaleciendo su seguridad a compartir con otras personas fuera de la consulta.

#### 5. Imaginar el futuro

- a. La desesperanza en construir una identidad positiva y legitimarse social y legalmente es uno de los factores de riesgo que desencadena 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.

<sup>3</sup> Revisar el Módulo 2, en los subapartados «Estrés de minorías» (p. 20) y «La violencia estructural en la vida cotidiana» (p. 18).

<sup>4</sup> Revisar el Módulo 1 (p. 6).



- b. Fomentar la construcción de **redes de soporte saludables** que brinden seguridad y afecto para prevenir el aislamiento social. Además, las comunidades y los colectivos organizados de personas LGBTQI+ ofrecen un entorno amigable para la identificación y la empatía con otras historias de vida y superación.
- c. **Brindar un espacio para imaginar con ilusión el futuro**, dando lugar a los deseos y metas de la persona, evaluando las posibilidades concretas y los desafíos a enfrentar para conseguirlas.

## 6. Un abordaje integral

- a. **El trabajo multidisciplinario:** Mediante la capacitación de profesionales de distintas especialidades, construir un equipo multidisciplinario con enfoque de igualdad de género y derechos humanos, que conozca las necesidades de las personas 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, asesoría en salud sexual para personas homosexuales sin estigma y 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, hay que empezar citando a la familia en horarios distintos y, progresivamente, realizar sesiones conjuntas para facilitar el diálogo.
- c. **La intervención comunitaria:** De acuerdo con el apartado sobre determinantes sociales de la salud mental<sup>5</sup>, 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. Proveer 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.

<sup>5</sup> Revisar Módulo 2, en el subapartado sobre «determinantes sociales de la salud mental» (p. 17).

### 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 a seguir (OMS, 2012):**

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

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

- Evitar 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.
- Evaluar 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.**
- Mostrar respeto hacia los sentimientos y reacciones de la persona frente a la situación vivida y que valoras su confianza para buscar apoyo.
- Mostrar empatía hacia las emociones y preocupaciones que la persona comparte, manifestando que la comprendes y estás para apoyarla.

**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.**

- Las necesidades pueden ser emocionales, físicas, sociales y logísticas (vinculadas a sus responsabilidades y labores).
- Si la persona no manifiesta necesidades específicas, recoge de su testimonio algunas ideas orientadoras para hacer 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 llevar: 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.



### **Adicionalmente, es importante considerar 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+:

**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.

**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 minorías<sup>6</sup>.
  - 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 interseccional<sup>7</sup>.
- 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.

<sup>6</sup> Revisar el Módulo 2, en la subsección «Estrés de minorías» (p. 20).

<sup>7</sup> Revisar el Módulo 2, en la subsección sobre «El enfoque interseccional» (p. 29).

**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.

**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.

**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.

**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](http://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 LGBTI 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](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-lgbtqi>
- 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](http://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/tmzbdl951/files/inline-files/Workshop%20presentation\\_Panel%201\\_Migrant%20Integration%20Toolkit\\_IOM\\_05Apr2023.pdf](https://peru.iom.int/sites/g/files/tmzbdl951/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](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/](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](http://www.promsex.org)**

---



**PROMSEX**  
Salud. Sexualidad. Solidaridad.



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

FB / TW @PROMSEX

IG @PROMSEXCOMUNICA



Fortaleciendo capacidades