



Pontificia Universidad Católica de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

# **La experiencia del vínculo terapéutico de pacientes LGBT y terapeutas en psicoterapia**

**Jesús Antonio Vidal Rojas**

**Directores de tesis:**

**Claudia Cerfogli Flores**

**Claudio Martínez Guzmán**

**Comité de tesis:**

**Alejandro Reinoso**

**Alemka Tomicic**

**Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad  
Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster  
en Psicología Clínica**

**Santiago, Chile**

**Septiembre, 2022**



## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer a mis amigas/os quienes siempre me han ayudado, en especial, Valentina Morales, Francisca Quiroz, Laura Valdés, Oscar Montes y Claudia Abarca. Muchas gracias también a mis profesores-Claudio Martínez y Alemka Tomicic-quienes siempre me han dado las oportunidades para crecer en mi carrera tanto investigativa como clínica. Por último, agradezco a Claudia Cerfogli por la paciencia y el apoyo continuo aceptando ser mi tutora.

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| Resumen .....  | 1  |
| Introducción.....  | 3  |
| Marco teóricos-conceptual .....  | 4  |
| Modelo Genérico de la Psicoterapia .....   | 5  |
| Determinantes de las/os terapeutas que hayan atendido personas LGBT.....                       | 6  |
| Determinantes las/os pacientes LGBT.....   | 6  |
| Consecuentes de psicoterapia con pacientes LGBT .....  | 7  |
| Constituyentes de psicoterapia con pacientes LGBT .....  | 8  |
| Relación terapéutica en procesos terapéuticos con pacientes LGBT: Vínculo<br>terapéutico ..... | 8  |
| Objetivos .....  | 13 |
| Objetivo General .....   | 13 |
| Objetivos Específicos .....  | 13 |
| Metodología .....  | 14 |
| Participantes.....   | 14 |
| Procedimientos de recolección de datos .....   | 16 |
| Procedimientos de análisis de datos .....  | 16 |
| Consideraciones éticas.....  | 17 |
| Resultados.....  | 17 |
| Trabajo en equipo.....   | 18 |
| Inversión personal de la/el terapeuta: Actividades e intervenciones en un rol activo<br>.....  | 19 |
| El terapeuta habla sobre la sexualidad/salida del closet de la/el paciente.....                | 19 |
| Intervenciones afirmativas y Psicoeducativas .....   | 20 |
| Inversión personal de la/el paciente: Expectativas en un rol pasivo .....                      | 21 |

|   |    |
|---|----|
| Rapport .....   | 23 |
| ¿Cómo me siento? .....                                      | 23 |
| Interpretación del sentir del otra/o .....                  | 24 |
| El otro mundo.....  | 26 |
| Relación consigo misma/o .....                              | 27 |
| Vínculo terapéutico: obstaculizadores y favorecedores ..... | 30 |
| Obstaculizadores del vínculo terapéutico .....              | 30 |
| Favorecedores del vínculo terapéutico .....                 | 31 |
| Discusión .....   | 32 |
| Limitaciones y futuras investigaciones.....                 | 35 |
| Referencias .....   | 36 |

## 1. RESUMEN/ABSTRACT

Las personas LGBT como consecuencia de los prejuicios y la discriminación son más propensas a tener problemas de salud mental. En la psicoterapia, buscan co-construir con su terapeuta un vínculo de aceptación, pero debido a barreras de acceso internas tienen dificultades para confiar en su terapeuta. Actualmente, hay poca investigación sobre la psicoterapia con personas de la diversidad sexual y de género, específicamente sobre la formación del vínculo con sus terapeutas. Objetivo: Describir la experiencia que pacientes LGBT y terapeutas que han tratado a pacientes LGBT en psicoterapia tienen sobre la formación del vínculo psicoterapéutico. Método: Se implementó un diseño cualitativo de fuente secundaria, utilizando el enfoque de Teoría Fundamentada en la codificación centrada en las categorías sobre vínculo terapéutico descritas en el Modelo Genérico de Psicoterapia. Se analizaron un total de 12 entrevistas, 8 a personas LGBT y 4 a terapeutas que han tratado a pacientes de este colectivo. Resultados: Las/os terapeutas tienen una inversión activa, interventiva y las/os pacientes una inversión pasiva, poco comunicativa. Mencionan que existe la necesidad de conectarse con "el otro mundo", el LGBT o el de la Psicoterapia. La/el terapeuta tiene miedo a fallar en su rol, pero también puede aprender de sus pacientes, mientras que las/os pacientes tienen miedo de sí mismas/os y de sus terapeutas, pero pueden tener confianza y sentirse validados.

**Palabras claves: Vínculo terapéutico; Alianza terapéutica; LGBT**

LGBT people as a consequence of prejudice and discrimination are more likely to have mental health problems. In psychotherapy, they seek to co-construct with their therapist a bond of acceptance, but due to internal access barriers they have difficulty trusting their therapist. Currently, there is little research on psychotherapy with people of sexual and gender diversity, specifically on the formation of the bond with their therapists. Objective: To describe the experience that LGBT patients and therapists who have treated LGBT patients in psychotherapy have had regarding psychotherapeutic bond formation. Method: A qualitative secondary source design was implemented, using the Grounded Theory approach

in the coding focused on the categories of therapeutic bonding described in the Generic Model, specifically, on the categories of therapeutic bonding. A total of 12 interviews were analyzed, 8 with LGBT people and 4 with therapists who have treated LGBT patients. Results: Therapists have an active, interventive investment and patients have a passive, non-communicative investment. They mention that there is a need to connect with "the other world", the LGBT or Psychotherapy world. The therapist is afraid of failing in his/her role, but can also learn from his/her patients, while the patients are afraid of themselves and their therapists, but can be confident and feel validated.

**Keywords: Therapeutic Bonding; Therapeutic Alliance; LGBT**

## 1. INTRODUCCIÓN

La psicoterapia, además de promover los cambios para la adaptación al entorno, la salud integral y bienestar psicosocial (Santibañez et al., 2009), tiene por objetivo con la población de la diversidad sexual y de género (LGBT+) crear y mejorar las redes sociales dentro de su entorno, trabajar la aceptación de sí mismas/os, y apoyar la elaboración de las secuelas psicológicas producto de la violencia, discriminación y prejuicios (Martínez et al., 2018).

Estas secuelas psicológicas están asociadas a altos índices de problemas de salud mental (Tomicic et al., 2016; Barrientos et al., 2014), tales como ansiedad, depresión, autolesiones, abuso de sustancias, problemas sexuales, trastornos de diversa índole como alimenticios y psicóticos, además de una alta tasa de suicidio (Nuttbrock et al., 2010; World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2012; Bess y Stabb, 2009), lo que conlleva, un aumento en la necesidad de atención en salud mental y psicoterapia. Sin embargo, una parte significativa de esta comunidad no puede acceder a dichos servicios de salud mental debido a barreras institucionales, prejuicios abiertos o implícitos de las/os profesionales (Calton et al., 2016) e individuales, hipervigilancia, anticipación y temor a situaciones de discriminación de parte de la/el usuario (Avery et al., 2001).

Dadas las barreras institucionales e individuales que las/os pacientes de la diversidad sexual y de género enfrentan, es plausible que factores comunes de la psicoterapia como la expectativa de tratamiento y la relación terapéutica puedan verse perjudicados, apareciendo expectativas negativas o cuestionamiento acerca del proceso terapéutico y su utilidad (Plöderl et al., 2017).

La relación terapéutica engloba el vínculo terapéutico y la alianza terapéutica. El vínculo terapéutico es la ligadura afectiva existente entre la/el paciente y terapeuta, que llega a (re)construirse, fortaleciéndose o debilitándose constantemente en el proceso terapéutico, mientras que la alianza terapéutica es la alianza cooperativa establecida entre la/el terapeuta y la parte madura del yo de la/el paciente (Fossa, 2012).

Las investigaciones en psicoterapia han estudiado de forma robusta la importancia del vínculo terapéutico para la prevención del suicidio, la eficacia y la adherencia a los tratamientos de las/os pacientes (Andrade, 2005).

Existen muy pocos estudios sobre la sobre el vínculo terapéutico que puede haber entre las/os pacientes LGBT y sus terapeutas. Algunas/os de ellas/os, plantean que las personas de la diversidad sexual y de género tienen una expectativa de tratamiento significativamente mayor y pueden tener un mejor vínculo terapéutico con sus psicoterapeutas si hay una relación empática y real que las/os validen en su identidad y expresión de género (Longhofer, 2013). Sin embargo, otros estudios hacen un contrapunto, afirmando que hay temor al rechazo y vergüenza por parte de las/os pacientes de la comunidad hacia sus terapeutas, al sentirse inseguras/os, avergonzadas/os y/o juzgadas/os (Israel et al. 2008; Austin et al., 2018).

Dado lo anterior surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo es la experiencia del vínculo psicoterapéutico de pacientes LGBT+ y de terapeutas que hayan atendido a personas de esta comunidad en psicoterapia?

## **2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

En las últimas tres décadas, ha habido una apertura social y cultural hacia el reconocimiento de los derechos de las personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) (Valfort, 2017), esto gracias a movimientos sociales y el activismo político, impulsándose leyes e importantes cambios en el ámbito del reconocimiento civil, la no discriminación y la protección de los derechos humanos de la población LGBT y su despatologización (Bidell & Stepleman, 2017).

No obstante, las instituciones de salud pública y privada contienen discursos heteronormativos en base a prejuicios sociales aprendidos, discriminando y violentando derechos civiles. Las personas de la comunidad LGBT viven inequidades asociadas a determinantes sociales de la salud en Chile, sintiéndose pocos considerados al ingresar a los establecimientos de salud (Estay et al., 2020).

En cuanto a la atención de salud mental, en América Latina y, particularmente en Chile, son escasos los estudios sobre prevalencia e intervenciones afirmativas tanto en salud pública como privada, además de existir una brecha de satisfacción socioemocional entre personas lesbianas/gay y personas heterosexuales, internalizando muchas veces la discriminación de la que fueron víctimas (Barrientos et al. 2017).

### **3.1. Modelo Genérico de la Psicoterapia**

Es un marco trans-teórico construido en base a hallazgos empíricos de estudios con proceso terapéutico y resultados, siendo solo un modelo conceptual y no de aplicación clínica práctica (Orlinsky, 2009). El modelo se estructura en torno a tres componentes principales de la actividad psicoterapéutica: determinantes, consecuencias y constituyentes (Orlinsky & Howard, 1987, Tomicic et al., 2019)

Los determinantes refieren a los contextos sociales antes y en los que ocurre la psicoterapia, incluyendo características sociales y culturales, así como también institucionales, aspectos relacionados con la vida y personalidad de la/el terapeuta y de la/el paciente (Orlinsky & Howard 1987; Orlinsky, 2009; Tomicic et al., 2019).

Las consecuencias de la psicoterapia refieren tanto a los resultados clínicos de la psicoterapia, la situación de vida actual y trayectorias vitales, tanto para las/os pacientes, así como también para psicoterapeutas (Orlinsky & Howard 1987; Orlinsky, 2009; Tomicic et al., 2019).

Los constituyentes dan cuenta del proceso psicoterapéutico propiamente tal: las experiencias y comportamientos de sus participantes, el contrato terapéutico, operaciones psicoterapéuticas, vínculo terapéutico, entre otros (Orlinsky & Howard 1987; Orlinsky, 2009; Tomicic et al., 2019)

El Modelo Genérico ha sido empleado para investigar procesos psicoterapéuticos con pacientes de: distintos grupos de edad (Krause, et al. 2018), diversidad de problemáticas de salud (Abarzúa et al., 2016), y con diversas trayectorias del proceso terapéutico, es decir, éxito o fracaso (Krause et al., 2018). Actualmente hay escasos proyectos que buscan dar

cuenta de la especificidad de la psicoterapia y los procesos de cambios con pacientes pertenecientes a la diversidad sexual y de género (Tomicic et al., 2019).

### **3.1.1. *Determinantes de las/os terapeutas que hayan atendido pacientes LGBT***

El trabajo en psicoterapia con personas LGBT busca formar competencias clínicas, generar conocimientos, además de estimular una mirada intersectorial, es decir, una sensibilidad y comprensión de las influencias culturales e idiosincrática que viven cada uno de las/os miembros de esta comunidad (Bidell & Stepelman, 2017). También implica establecer un lenguaje adecuado, garantizando la entrega de tratamientos e intervenciones pertinentes, equitativas y libres de discriminación (Martínez et al., 2018).

Las/os terapeutas que han atendido a pacientes de la diversidad sexual y de género se sienten más abiertos a comprender y hablar de temas LGBT, además, demostraron interés en buscar formación para mejorar los servicios ofrecidos para ellas/os, aumentando sus conocimientos (Israel et al., 2008). Otro factor que ayuda positivamente al vínculo es la revelación o explicitación de la orientación sexual de la/el terapeuta, la formación de la/el misma/o y la declaración de principios de una actitud afirmativa al momento de seleccionar a la/el terapeuta (Liddle, 1999; Atkinson et al., 1981).

En contraposición, algunas/os terapeutas se sintieron fracasados, ineptos, poco eficaces y decepcionados con sus habilidades clínicas al atender a la comunidad LGBT al sentirse cuestionados, culpables e/o irritados (Israel et al., 2008).

### **3.1.2. *Determinantes de las/os paciente LGBT***

En Chile, el 80% de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero encuestadas en el contexto de la Marcha del Orgullo LGBT chileno realizada en el 2011, reportan haber sido víctimas de discriminación y agresión (Barrientos et al., 2017). Esto indica que, los índices de rechazo, discriminación y prejuicios aún se mantienen altos, surgiendo formas más sutiles e implícitas de discriminación y prejuicios (Barrientos et al., 2014; Tomicic et al., 2019), manteniendo una sensación de amenaza e importantes niveles de estrés en las personas LGBT, repercutiendo en su salud mental (Barrientos et al., 2014).

La literatura ha evidenciado que las personas de la diversidad sexual y de género están más expuestas a un entorno social hostil en donde sufren violencia, actitudes negativas, prejuicios y discriminación, por lo que tienen mayor índice de problemas de salud mental (Meyer, 2003).

La internalización del estigma sexual (homolesbobitransfobia internalizada) “consiste en la interiorización del estigma por parte del individuo perteneciente a una minoría sexual, como parte de su sistema de valores, implicando la adaptación y conformidad del concepto de sí a las estigmatizaciones sociales” (Tomicic et al., 2021, p.3).

El estigma sexual se incorpora en dos etapas importantes en el proceso de socialización: 1) Cuando incorporan el punto de vista dominante, construyendo creencias e ideales de sí mismas/os y 2) Consciencia de ser diferentes en un momento temprano de su vida, sin entenderlo a cabalidad, pero a medida que crecen las personas empiezan a tener reacciones sociales negativas (Ortiz-Hernández, 2005).

La expresión del estigma sexual puede ser “hacia adentro” como, por ejemplo, la autoexclusión, la utilización de lenguajes despectivos, actitudes negativas contra ellas/os misma/os, disminución de la autoestima, autodesprecio y violencia autoinfligida, y/o “hacia afuera”, como la desconexión con otras personas LGBT, presentar un malestar con la actividad sexual con personas del mismo sexo (Tomicic et al., 2021).

Estas reacciones sociales negativas conducen a conductas de hipervigilancia y ocultamiento sobre sí misma/o (Martínez et al., 2018) como estrategias defensivas con un alto costo personal y emocional (Tomicic et al., 2021).

Lo anterior, tiene un impacto en la búsqueda de atención psicoterapéutica, ya que, debido al estigma, muchas/os pacientes deciden no revelar su orientación sexual o identidad de género (Tomicic et al., 2021; Calton et al., 2016) o declinan buscar ayuda profesional (Bidell & Stepleman, 2017).

### ***3.1.3. Consecuencias en psicoterapia con pacientes LGBT***

Existe escasos estudios sobre resultados clínicos de psicoterapia con pacientes LGBT y su efecto en sus trayectorias vitales (Tomicic et al., 2019).

Las principales investigaciones mencionan que: hay un 17,6%-en la ciudad de New York- que reportaron insatisfacción con la psicoterapia (Avery et al., 2001), además de haber

un 50% de pacientes trans que no tuvieron cubiertas sus necesidades de atención en salud mental (Simeonov et al.,2011). En Chile, específicamente, jóvenes LGBT sintieron que la ayuda del mundo adulto era torpe y no profundizaba del todo en su problemática de salud mental (Tomicic et al., 2021).

Las intervenciones positivas, es decir, las relaciones basadas en confianza, aceptación y una actitud afirmativa en psicoterapia tienen un efecto en la mejoría de la calidad de vida, mayor autoconsciencia, autoaceptación y/o disposición al cambio (Israel et al., 2008), mientras que las intervenciones negativas-un terapeuta frío y distante, impositivo o portador de prejuicios y microagresiones- tuvieron un desenlace tempranamente. Los que continuaban yendo a terapia experimentaban un impacto negativo en el proceso de afirmación de su identidad sexual y/o de género, además de quedarse con una impresión general negativa sobre la psicoterapia (Israel et al., 2008).

#### ***3.1.4. Constituyentes de psicoterapia con pacientes LGBT***

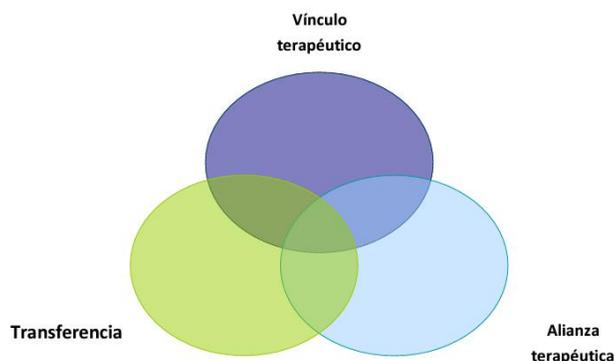
Los constituyentes de la psicoterapia con personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género mencionado por algunos autores son (a) el desarrollo de prácticas afirmativas de la diversidad sexual y de género en el ámbito de la psicoterapia, asociadas a intervenciones afirmativas b) la presencia en las/os psicoterapeutas de prejuicios y actitudes negativas hacia pacientes LGBT, ya sea por falta de formación, creencias erróneas y estereotipos, además de un estigma internalizado por parte de las/os pacientes, y (c) las microagresiones de terapeutas hacia sus pacientes LGBT (Bonamigo, 2016; Francia-Martínez, et al., 2017; Levounis & Anson, 2014; Shelton & Delgado-Moreno, 2011; Levounis & Anson, 2014; Tomicic et al., 2019).

Estos constituyentes mencionados, afectan factores comunes en psicoterapia propios del modelo propuesto por Orlisky (2009), no obstante, hay escasa investigación respecto a cómo se construye el vínculo terapéutico, el contrato terapéutico y las operaciones del proceso terapéutico.

#### **3.2.Vínculo terapéutico en procesos terapéuticos con pacientes LGBT**

La relación terapéutica está compuesta por la alianza terapéutica, la transferencia y el vínculo terapéutico. La alianza terapéutica es la relación colaborativa, la alianza establecida

entre el terapeuta y la parte madura del yo (de la/el paciente). La transferencia es una reactivación o reedición de las relaciones de objeto de la primera infancia en la relación terapéutica, siendo activada por la parte inmadura del yo, previamente dissociado. Finalmente, el vínculo terapéutico hace referencia a una ligadura afectiva existente entre la/el paciente y terapeuta, que se construye y reconstruye en múltiples ocasiones (fortaleciéndose o debilitándose) (Fossa, 2012).



*Fossa (2012), Modelo Relación Terapéutica.*

El vínculo terapéutico es un entramado complejo de interacción entre paciente y terapeuta, donde se relacionan mutuamente desde la confianza y aceptación mutua desde sus respectivos roles (Molina et al., 2013; Orlinsky, et al., 2004), además de ser su calidad un reflejo de la relación y no solo la descripción de los atributos personales de los individuos (Saunders et al., 1989).

El vínculo terapéutico es un buen predictor de los resultados y adherencia en psicoterapia, independiente de la modalidad y enfoque, además de ser un factor que influye en la prevención del suicidio (Andrade, 2005). Las/os pacientes de la diversidad sexual y de género buscan construir un vínculo con la/el terapeuta que les validen, acepten, potencien y/o afirmen, mediante una relación amistosa, empática y real (Heck et al., 2013). Razón por la

cual, es importante como terapeuta, co-construir con ellas/os un vínculo positivo para trabajar en psicoterapia de forma afirmativa.

El trabajo en el vínculo no solo se enfoca en las tareas de coordinación mutua, sino también, a nivel afectivo, para la creación de un clima emocional óptimo que permita resonar con lo comunicado por el otro a nivel de la alianza terapéutica (Orlinsky y Howard, 1987).

En los estudios de Berenstein (1991), la ligazón afectiva del vínculo terapéutico se puede analizar desde tres áreas de las personas: intrasubjetiva, las relaciones que tiene las/os individuos con su mundo interior (relaciones de objeto), con ligaduras estables, pero con posibilidad de cambio por experiencias significativas, con significados orientados hacia dentro, pero comunicados hacia el medio, estando determinadas por la percepción del mundo y la relación con los objetos/personas del mundo, mientras que los análisis intersubjetivos se caracterizan por la descripción de la ligadura entre dos objetos (familia, pareja, hermanos, entre otras personas significativas) y por último, transubjetivas, que analizan las ligaduras ideológicas, políticas, religiosas y éticas. Todas ellas se entrelazan y dan una descripción del mundo interior/exterior de la/el sujeto.

Orlinsky y Howard (1987), en sus primeros trabajos, mencionan tres elementos del vínculo intersubjetivo: la alianza de trabajo, la resonancia empática y la afirmación mutua. La alianza de trabajo se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos, en una inversión recíproca de energía desde su rol, mostrándose genuinos y congruentes al otro/a (Saunders et al., 1989).

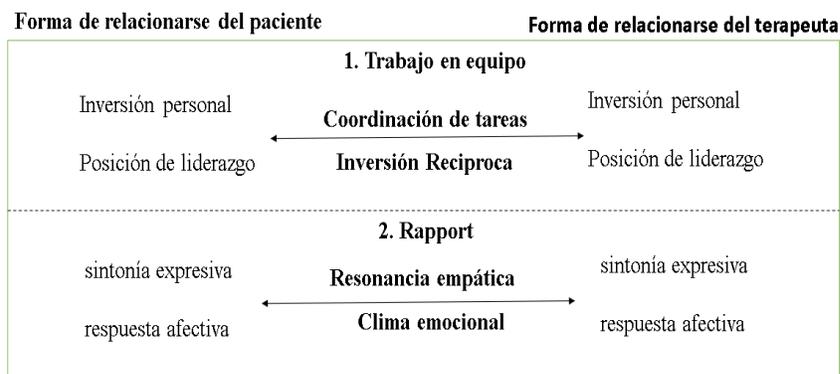
Mientras tanto, la resonancia empática es la sensación de las/os participantes de comprender y ser comprendido. Esto quiere decir, que en la comunicación hay una confianza mutua y una sensación de comodidad que repercute en la subjetividad del interlocutor. Esto no solo se centra en lo receptivo que puede ser la/el terapeuta con lo que dice su paciente y la expresividad que tengan mutuamente, sino también en una sensación de comodidad en el espacio terapéutico (Saunders et al., 1989).

Por otro lado, la afirmación mutua se asemeja a la consideración positiva incondicional, esto debido a su énfasis en la reciprocidad y reconocimiento del cuidado de la/el paciente y la/el terapeuta, experimentado por la calidez y aceptación, además de motivar un

comportamiento que es esencialmente afectuoso en calidad, pero mutuo entre la diada terapéutica (Saunders et al., 1989).

En una revisión del modelo 25 años después, Orlisky (2009), asegura que se pueden distinguir dos aspectos del vínculo terapéutico en los que se encontrarían algunas de las categorías del modelo anterior: el trabajo en equipo y rapport (Figura 1) y una categoría que mediaría entre operaciones terapéuticas y vínculo terapéutico: autoregulación de la/el terapeuta y paciente (Figura 2).

Cada una de las categorías pone en juego el mundo psíquico de la diada a nivel intrapersonal -formas en que aprendió a relacionarse, autoregularse tanto ideas y emociones- de los participantes y las formas de vinculación entre ambos interpersonalmente- comunicación, clima emocional formado, coordinación mutua, entre otras (Figura 2).



***Orlisky (2009), Vínculo Terapéutico.***

El trabajo en equipo se refiere al grado de implicación e inversión recíproca de los individuos en sus respectivos roles y la compenetración para influir en la forma de ser y actuar del otro (postura de liderazgo, construida y limitada por su rol en terapia) para resolver la conflictiva de salud mental, en este caso específico, de la/el paciente, dando lugar a coordinación de actividades concretas. Con esto, puede haber conflictos de poder, formas de relacionarse cada miembro de la diada, lo que permite, decidir si pueden trabajar bien juntos o si hay demasiados desencuentros e impasses (Orlisky, 2009).

En la relación asimétrica, ambos miembros de la diada con sus distintos roles invierten esfuerzos en la mejoría de la sintomatología de la/el paciente. El terapeuta aportaría la técnica

e intervenciones, mientras que la/el paciente el conocimiento de su problemática y sus expectativas (Rodríguez-Morejon, 2016).

La/el psicoterapeuta tiene el rol de experto, que mediante el diálogo con una/un otra/o busca promover el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento para la adaptación de la/el paciente (Santibáñez et al., 2008). La persona que ejerce ese rol, tiene historias, personalidad y conductas que lo determina al igual a la/el paciente, pero tiende a limitarlo a su vida persona ciertos aspectos, mostrándose como “la persona de la/el terapeuta” (Szmulewicz, 2013). No obstante, autores comentan que es esencialmente para una buena relación terapeuta que la/el terapeuta tenga una congruencia (Rogers 1961).

La/el paciente tiene un rol de expositor de su problema de salud mental, comentando hitos de su biografía, quienes perciben que son y cuáles son sus necesidades. A diferencia del terapeuta, las/os pacientes pueden (pre)juzgar el desempeño de la/el terapeuta, acoplándose a su forma de trabajo, además de crear expectativas sobre cómo quiere que respondan a sus necesidades (Rodríguez-Morejon, 2016).

El Rapport es el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta, es decir, la sintonía emocional y psicológica (sintonía expresiva y respuesta afectiva) para producir cambios en sus miembros, en donde el terapeuta se centra en él y sus oscilaciones (clima emocional) para las intervenciones en psicoterapia (Fernández-Liria & Rodríguez, 2001).

La sintonía afectiva es el proceso interactivo en que un alguna/o de las/os miembros de la diada identifican el estado afectivo de otra/o de forma interpretativa transmitiendo genuinamente una respuesta que puede ser o no entendida por la/el otra/o. La respuesta afectiva habla sobre la evocación y respuesta emocional frente a un estímulo externo, en este caso, lo expresado por las/os interlocutores. El clima emocional hace referencia a cuán agradable o desagradable/desconfianza puede llegar a ser el vínculo para ambos en un contexto determinado (Orlisky, 2009).

Orlisky (2009) cataloga la experiencia mediadora del vínculo terapéutico y las operaciones terapéutico como autorregulatoria en una relación consigo mismo/a y hace referencia a como tanto paciente y terapeuta gestionan ellas/os mismas/os los diferentes

grados de "apertura" o "defensividad" que pueden tener al vincularse, siendo una categoría intrapersonal-psíquica.



*Orlisky (2009), Vínculo Terapéutico.*

Por su parte, la/el paciente tendría una apertura psicológica o actitud defensiva, frente a los controles cognitivos y emocionales que rigen su conciencia para la protección de su propia individualidad, autodirección, autodisciplina y autoestima. Mientras que, para la/el terapeuta, el grado de autoregulación de sí misma/o dependerá de la (in)congruencia entre sí misma/o y su rol como profesional de la salud mental mostrado a su paciente.

## 4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### 4.1. Objetivo General

Describir la experiencia que han tenido acerca de la formación del vínculo psicoterapéutico pacientes LGBT y terapeutas que hayan atendido a pacientes LGBT en psicoterapia

### 4.2. Objetivos específicos

1. Determinar y describir aspectos obstaculizadores y favorecedores de la experiencia del vínculo psicoterapéutico en pacientes LGBT y terapeutas que hayan atendido a pacientes LGBT en psicoterapia
2. Determinar y describir a nivel intrapersonal la construcción del vínculo terapéutico de pacientes LGBT y terapeutas que atiendan a pacientes LGBT

3. Determinar y describir a nivel interpersonal la construcción del vínculo terapéutico de pacientes LGBT y terapeutas que hayan atendido a pacientes LGBT en psicoterapia.

## **5. METODOLOGÍA**

Esta investigación se encuentra enmarcada como parte del Proyecto FONDECYT 1190270 que tiene como objetivo “Desarrollar un modelo comprensivo que integre las especificidades de la psicoterapia y el proceso psicoterapéutico con pacientes que se autoidentifican con algunas de las categorías LGBT, tanto desde las experiencias subjetivas de éstos como la de los psicoterapeutas”.

Dentro de este marco, este estudio implementó un diseño cualitativo de fuente secundaria, empleando el enfoque de la Teoría Fundada (Corbin y Strauss, 2008), para re-analizar un conjunto de entrevistas con el fin de describir la experiencia del vínculo terapéutico entre terapeutas y pacientes que se autodefinan con una de las siglas de LGBT.

La Teoría Fundada permite la reconstrucción de las experiencias de las/os participantes a partir de la "emergencia" de categorías procedentes de los datos, en un acercamiento hipotético-inductivo de la investigación social en un proceso reiterativo y secuencial en tres pasos para la construcción de una teoría emergente: codificación abierta, axial y selectiva. El reanálisis realizado en este estudio fue hasta la codificación axial, creando categorías que le asignaron- de manera jerárquica subcategorías-coherencia sobre un eje, en este caso, las subcategorías de vínculo terapéutico en el Modelo Genérico de Psicoterapia (Kelle, 2005).

### **5.1.Participantes**

Las/os participantes son 12 personas entrevistadas en el marco del proyecto FONDECYT 1190270, cuyas entrevistas ya transcritas fueron fuente secundaria sobre la que se hizo el reanálisis. Los criterios de selección de las transcripciones fueron en base a la formación específica de terapeutas sobre atención afirmativa a diversidad sexual y de género (2 terapeutas que tuvieran formación y 2 que no), esto con el fin de ver que competencias transversales y específicas pueden obstaculizar o favorecer la formación del vínculo terapéutico. Mientras que en las/os pacientes, el criterio fue diferencia etaria colocando como corte los 30 años, es decir, y como ejemplo, una persona lesbiana menor a 30 años y una

persona lesbiana mayor a eso. Esta decisión busca representar los cambios sociales y paulatino que se ve demarcado en la lucha de colectivos LGBT en 3 décadas (Valfort, 2017).

Los participantes fueron:

a) 4 profesionales de la salud mental que se desempeñen como psicoterapeutas y que atiendan o hayan tenido la experiencia de atender a pacientes pertenecientes a la diversidad sexual y de género. Tabla 1

**Tabla 1. Participantes de entrevistas FONDECYT 1190270 seleccionados terapeutas**

| ID  | Edad | Profesión | Atención | Enfoque Teórico | Formación Específica |
|-----|------|-----------|----------|-----------------|----------------------|
| T3  | 46   | Psicólogo | Privada  | Psicodinámica   | No                   |
| T5  | 30   | Psicólogo | Privada  | Sistémico       | Si                   |
| T6  | 37   | Psicóloga | Pública  | Psicodinámica   | No                   |
| T10 | 33   | Psicólogo | Privada  | Humanista       | Si                   |

b) 8 personas que se autodefinan con alguna de las categorías LGBT (2 participantes lesbianas, gay, bisexual y transexual respectivamente). Tabla 2.

**Tabla 2. Participantes de entrevistas FONDECYT 1190270 seleccionados pacientes**

| ID  | Orientación Sexual | Identidad de Género | Edad |
|-----|--------------------|---------------------|------|
| PL3 | Lesbiana           | Femenino            | 26   |
| PL4 | Lesbiana           | Femenino            | 39   |
| PG2 | Gay                | Masculino           | 63   |
| PG3 | Gay                | Masculino           | 26   |
| PB4 | Bisexual           | Femenino            | 25   |
| PB5 | Bisexual           | Femenino            | 35   |
| PT1 | Heterosexual       | Masculino           | 29   |

## **5.2.Procedimientos de recolección de datos**

Como ya se señaló anteriormente, se utilizó las transcripciones de entrevistas del proyecto FONDECYT 1190270, las que fueron realizadas en modalidad cara a cara y por zoom, audio grabadas y transcritas para su posterior análisis. Dentro de las transcripciones ya disponibles, se escogieron según los criterios expuestos anteriormente para la elección de participantes en este estudio.

Las entrevistas cualitativas utilizadas fueron de tipo semiestructurado, en las que se asegura una exploración de tópicos centrales para el conjunto de las/os participantes, a la vez que se indaga en aspectos idiosincráticos de las experiencias sobre la psicoterapia en cada uno/a de ellos/as (Kvale & Brinkmann, 2009).

Los análisis previos hechos por el equipo FONDECYT 1190270 dividen la experiencia psicoterapéutica en determinantes, consecuentes y constituyentes de los procesos psicoterapéuticos. Esto permitieron enfocarse en los constituyentes de las entrevistas, para trabajar en la variable vinculo terapéutico y sus respectivas subcategorías.

## **5.3.Procedimientos de Análisis**

La información obtenida a través de las entrevistas cualitativas se reanalizó de forma descriptiva interpretativa (McLeod, 2010), centrándose en los párrafos de las entrevistas referidos a constituyentes, específicamente, los que hablaban de vinculo terapéutico, en codificación focalizada (Charmaz, 2014).

Para el análisis, un investigador (JV) seleccionó pasajes relevantes de las entrevistas teniendo en mente la definición de vinculo terapéuticas asociada al marco teórico dentro de párrafos específicos de constituyente de la psicoterapia. Posterior a ello, se analizó dichos trozos según los focos emergentes seleccionados, recodificando la información contestando la pregunta “¿qué es lo que este pasaje dice específicamente acerca de ...?” según las subcategorías de vinculo terapéutico planteadas por Orlisky (2009). De esta manera, dichos focos fueron desarrollados como categorías centrales en términos de sus propiedades emergentes.

Para asegurar la calidad de los resultados, se empleó la estrategia de triangulación de interpretantes (Patton, 2002), participando algunas/os de las/os investigadores asociados/as al FONDECYT 1190270 (CM y AT) en las diferentes instancias de análisis cualitativo de los datos, de manera que la identificación e interpretación de las categorías generadas sean validadas a través de un acuerdo intersubjetivo (Okuda & Gómez-Restrepo).

#### **5.4.Consideraciones éticas**

Este estudio estuvo enmarcado dentro del FONDECYT 1190270, cuyo proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Alberto Hurtado el año 2019. En él se asegura la entrega de información clara-los propósitos de la investigación- a quienes participen, además de asegurar el anonimato, confidencialidad y protección de su información, así como asegurar la voluntariedad en la participación. Para asegurar prolijidad del trabajo, los procesos están acordados tanto para entrevistadores, tesistas, el equipo investigador y la/el transcriptor/a, quienes firman una carta de compromiso y/o contrato según corresponda al momento de trabajar con dicho material. En el caso específico de las entrevistas con pacientes de la comunidad LGBT, se aseguró que quienes realizaron dicha labor tuviese entrenamiento específico, además de ser psicólogas/os clínicos, que les permitiera en caso de ser necesario, contención y evaluar posible derivación.

### **6. RESULTADOS**

Se presentarán los resultados sobre las tres categorías planteadas por Orlisky (2009), trabajo en equipo, rapport y relación consigo misma/o (Figura 1). Además, hay una cuarta categoría que organiza los resultados en obstaculizadores y favorecedores del vínculo terapéutico a nivel intrapersonal e interpersonal.

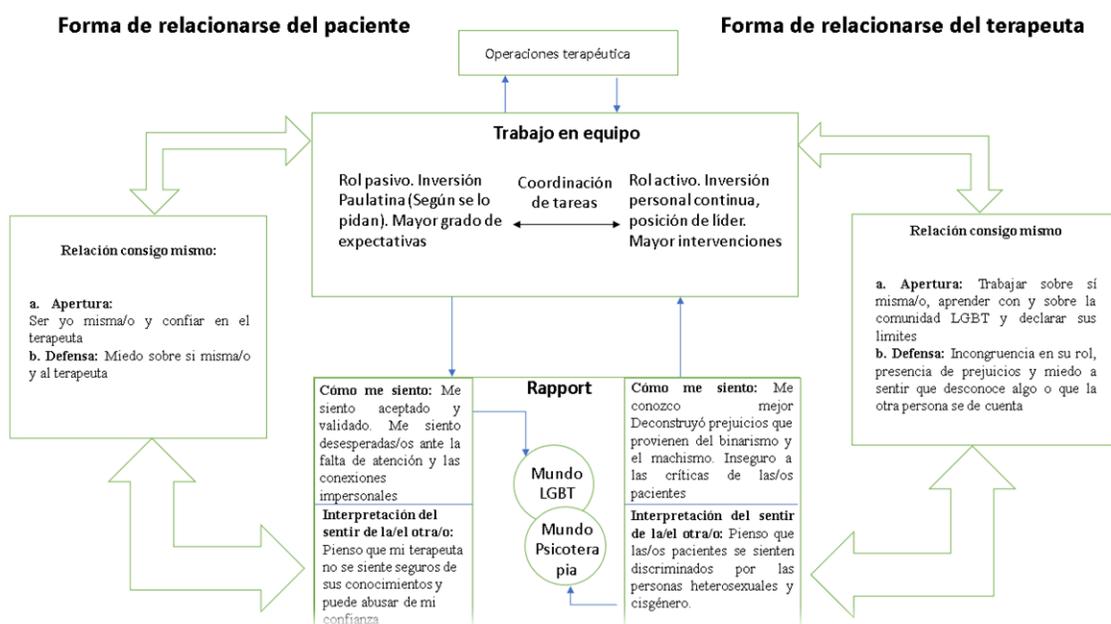
En las entrevistas a terapeutas (n=4/ T3-T5-T6-T10) y a pacientes (n=8/PL3-PL4-PG2-PG3-PB4-PB5-PT1-PT3) surgieron las siguientes subcategorías:

Las subcategorías de trabajo en equipo son: *Inversión personal de la/el terapeuta: Actividades e intervenciones en un rol activo* e *Inversión personal de la/el paciente: Expectativas en un rol pasivo*. La primera categoría pone en manifiesto el rol y el liderazgo de la/el terapeuta frente a la conflictiva de salud mental haciendo puente con las operaciones terapéuticas. Mientras que, la segunda hace mayor énfasis en el rol de la/el paciente frente a

la construcción de decisiones en su proceso terapéutico a través de las expectativas de la terapia y cómo las comunica.

Las subcategorías de Rapport son: *¿Cómo me siento?*, subcategoría que se centra en el proceso de la respuesta afectiva de cada uno de sus miembros. *Interpretación del sentir de la/el otra/o*, se enfoca en la subcategoría de sintonía afectiva, debido al proceso interactivo que lleva pensar en la/el otra/o identificando su posible estado afectivo. Por último, la subcategoría *El Otro mundo*, hablaría del encuentro entre dos perspectivas distintas y como eso puede afectar el clima emocional

Relación consigo misma/o, tiene dos categorías que hablan de los procesos de apertura y defensa frente a procesos subjetivos internos de la/el terapeuta y la/el paciente en la interacción terapéutica.



**Figura 1: Modelo Vínculo Terapéutico en Psicoterapia con Personas de la Diversidad Sexual y de Género.**

### 6.1. Trabajo en equipo

El trabajo en equipo tiene patrones distintivos en vínculo terapéutico entre personas LGBT y terapeutas que hayan atendido personas de esta población: roles asimétricos marcados, la comunicación no explícita de sus necesidades del paciente, pero que contiene

muchas expectativas y una/un terapeuta que plantea actividades constantes, trabajando la confianza con sus pacientes.

#### **6.1.1. Inversión personal de la/el terapeuta: Actividades e intervenciones en un rol activo**

La subcategoría hace referencia a cómo la/el terapeuta a través de actividades concretas, puede llegar a generar efectos en el vínculo terapéutico. Además, las tareas dependen del rol activo de la misma/o, dejando a paciente en un rol más pasivo, por lo que la coordinación de tarea está dependiente del liderazgo del terapeuta. En ese sentido, esta categoría se centra en como a través de las operaciones terapéuticas, la/el psicoterapeuta tiene un efecto en el vínculo terapéutico.

Las actividades concretas encontradas son:

##### **7.1.1.1. El terapeuta habla sobre la sexualidad/salida del closet del paciente (T3-T5-T6).**

Las/os terapeutas ven en la sexualidad una arista de la vida de sus consultantes, por lo que, necesitan la suficiente confianza para poder hablarlo antes de intervenir en ello, además de propiciar un ambiente para que no se sientan intimidados o con miedo (T3). De la misma manera, algunos terapeutas pueden proponer hablar sobre la salida de closet cuando ya se haya afirmado la suficiente confianza con el paciente (T6). Con el fin, de que el paciente pueda aceptarse a sí misma/o para hablarlo con su familia en casos eventuales (T5).

*T3: [Refiriéndose a un paciente] (...) 19 años, pololeando, y siempre me ha omitido la sexualidad, es como que está toda la vida de él, me habla de todo, y no de la sexualidad. Y entonces yo pienso bueno acá hay algo, ¿por qué lo está omitiendo?, ya llevamos, un buen tiempo, (...) y de alguna manera terminábamos hablando del tema y él me respondió (...) “a lo mejor ese es un tema”. (...) El punto es que, es la sexualidad aquí algo como súper central, y en la medida que vas estableciendo un vínculo con alguien, y ese alguien va entendiendo que la terapia le está sirviendo, se van abriendo y ellos mismos se dan cuenta que la sexualidad es tremendamente importante, y el tema después se aborda (...).*

En la siguiente cita T3 comenta que, si hay un vínculo con alguien, encontrándole sentido a la terapia, se abrirán hasta comentar sobre su sexualidad, por lo que hay un énfasis mayor

en el tiempo para abrirse, para vincularse y entender la función de la terapia, y tiempo para preguntar.

#### **7.1.1.2. Intervenciones afirmativas y Psicoeducativas (T3-T5-T6-T10).**

Las intervenciones afirmativas, tales como las modificaciones de vocabulario para que no tenga contenido machista y binario (T3), además de la intervención por parte del psicoterapeuta en su expresión de género, ayudan al acompañamiento, descubrimiento y resolución de dudas sobre la identidad de género o la orientación sexual, para no reproducir algunos elementos sociales binarios de la transición cuando empieza a atender a personas transexuales (T10). También, puede ayudarles en su LGBTfobia y estigmas internalizados, es decir, sus atribuciones negativas sobre sí mismo, externalizándolas a la sociedad y/u otra persona significativa. Esto conlleva a trabajar sobre la vergüenza, culpa, miedo, temor y sensación de rechazo consigo misma/o que tengan e intentar sanar los imaginarios tradicionales homofóbicos o transfóbicos de sistemas familiares instalados (T5).

Las/os terapeutas intervienen psicoeducativamente con el paciente o con su familia, para generar un vínculo de confianza entre ella/os miembros de la familia o una sensación de bienestar en la/el paciente (T5-T6).

*E: ¿cómo empezaste a cachar más de (...) [Transfobia-homofobia internalizada]?  
¿cómo lo explorarai también con tus pacientes?*

*T5: Depende de cada caso, pero voy explorando un poco qué posición tiene el paciente o la paciente, en relación a su identidad sexual, (...) tanto como de externalizar un poco la idea o la posición que ellos puedan tener a la identidad sexual, entonces, no sé, un ejemplo, como ¿qué pasaría si un amigo tuyo o una amiga tuya le pasara lo mismo que tú? Si estuviera sintiendo lo mismo que tú, ¿qué pensaríai de eso? (...) les pregunto directamente, ¿qué piensan de las personas trans? Y en eso van apareciendo posiciones que a veces son muy discriminadoras, (...) súper desde el rechazo. Es como mirarse al espejo: “pienso de una manera muy discriminatoria con alguien que también puedo ser yo”, entonces eso les hace mirarse también desde otro lado. Además, pasa mucho en personas homosexuales, “yo soy homosexual, pero yo tengo mi vida privada”, hay vergüenza asociada.*

En el ejemplo, la persona entrevistada menciona que como terapeuta trabaja con la LGBTfobia internalizada de las/os pacientes, dejando los discursos negativos sociales asociados a su identidad a terceros.

### **6.1.2. *Inversión personal de la/el paciente: Expectativas en un rol pasivo***

Hace referencia al rol que toma la/el paciente en psicoterapia, su inversión personal al momento de comunicar o no su sentir en la psicoterapia. Aquí la/el paciente tiene un criterio sobre que le ha agradado, le da confianza o no sobre cómo se va construyendo el vínculo terapéutico, la/el propio terapeuta y sus intervenciones.

Por ejemplo, algunos pacientes tienen la expectativa que el espacio terapéutico debe ser suficientemente confiable para la construcción del vínculo terapéutico, ya que, puede ser cuestionado si es interpretado como frío, distante, poco confiable, etc. De esta forma, la/el paciente se describe así mismo cómo alguien más calmado y en espera, que no expresa mucho su malestar frente a su terapeuta, pero que, dentro de ella/él, existen muchas necesidades que buscan respuestas (PL4-PG2-PT3).

Las/os pacientes esperan que las intervenciones del terapeuta puedan lograr un efecto revelador, es decir, donde puedan entenderse, descubrirse. En esa interacción, esperan una postura comprensiva, pero que les permita ser compasivos consigo mismas/os para lograr aceptarse y validarse, sin prejuicios y estereotipos hacia sus orientaciones sexuales, identidades de género y conductas sexuales (PL4-PG2-PG3-PB4-PT1-PT3).

*PT3: (...) [La psicóloga] me planteaba un punto muy importante y yo le encontré toda la razón, que es que también es importante como hacer un acompañamiento en el cambio que hay en uno, como afrontar el cambio, por ejemplo, de una hormonación es brígido, o sea, como que yo me di cuenta ahora hace un mes que tenía barba. (...) Yo me puedo encontrar con alguien en la calle y se va a dar cuenta de inmediato de todos los cambios, al ritmo de la vida misma, uno no se enfrenta de un momento a otro con uno mismo. Entonces como hacer el acompañamiento dentro de una hormonación es súper necesario y ahí ya no está desde el patologizar a alguien o juzgar su criterio de querer hormonarse, sino que también como plantearse esa posibilidad.*

La cita anterior muestra la reflexión de un paciente transexual, quien comprendió, a partir del trabajo en equipo con su terapeuta, que hay intervenciones corporales que requieren un acompañamiento. El paciente asimila “quién soy yo como hombre” y “¿cómo entiendo estos cambios?”, donde la postura del terapeuta le entrega la libertad de elección frente a la intervención corporal (hormonización en este caso), pero guiando al paciente a su autodescubrimiento a su tiempo.

Este rol activo del terapeuta, también necesita una postura comprensiva y no patologizante, abierta/o a las historias de violencia, para así sentir validadas/os. Es por esto que la/el terapeuta, en muchas ocasiones, tiene la función de reconocer las conductas que pueden entrapar la exploración de la/el paciente y sus razones, para así poder acordar objetivos ellas/os (PL4-PG3-PT3).

*PT3: (...) Cuando uno ha sido víctima de alguna violencia, pese a que no sea necesariamente un motivo de consulta, y (...) para que exista reparación y justicia alguien tristemente tiene que hacer válido que uno haya sido víctima de violencia (...) yo encuentro una calma de poder hablar de los dolores más grandes, esos como irreparables, entonces, (...) poder hablar con alguien y que fuera capaz de entender que algo había sido violento, algo así tan simple (...) creo que ese es mi top ten. Ese es mi número uno, así como que alguien pudiese validar el dolor (...).*

En la cita anterior, se describe cómo la/el terapeuta tiene la función de validador de la experiencia de sufrimiento, permitiendo encontrar calma: el ser visto por otra persona es un requisito para ellas/os. Las/os pacientes tienen la necesidad de intervenciones a nivel familiar para lograr ser validados por personas significativas de su vida, lo cual también tiene una función reparadora (PL4-PG3).

Al contrario, cuando la exploración no se siente libre o la/el paciente sienten que las/os terapeutas entorpecen la exploración de su identidad sexual, pueden llegar a perder la confianza y romper el vínculo, o proseguir en el proceso terapéutico, pero con cuestionamiento sobre las intervenciones que realiza la/el profesional, es decir, hay un clima de desconfianza (PG2-PT3).

E: Sí. ¿Y tú me dices que asististe a una sesión de la cual saliste arrancando?

PT3: (...) Me llevaron a terapia, a (...) un psiquiatra que era súper transfóbico (...) Yo fui como a los doce años y [él] me dice “ah, tú quieres ser hombre”. Y me dice (...) muy violento “ah, lo que tú quieres entonces es ir como por la calle y silbarles a las cabras” (...) Me plantea un imaginario de hombre (...) violento.

Acá se describe una intervención que presenta imaginarios de género sobre cómo es ser hombre. Esto, probablemente, no permitió que explorara su identidad de género, además de generar un rechazo hacia el terapeuta.

## **6.2.Rapport**

El rapport, entre personas LGBT y terapeutas en las entrevistas describen una desconfianza entre las/os miembros de la diada, producto de no sentirse seguros, anteponiéndose a hechos vividos y presentan como antecedente frente a la posibilidad de un nuevo vínculo. En contraposición, se enuncian poca comprensión entre los miembros de la diada, describiendo la psicoterapia como agotadora y “el mundo LGBT” como único en cultura y lenguaje.

Hay una búsqueda de seguridad a través de la validación de la/el otra/o, pero que se da a través del saber más de la/el terapeuta: su formación, postura sobre la diversidad de género y la no presión a abrirse frente ciertos temas, es decir, el uso de un timing adecuado a la confianza formada con la/el paciente.

Las subcategorías de Rapport son *¿Cómo me siento?*, *Interpretación del sentir de la/el otra/o* y *El Otro mundo*.

### **7.2.1. ¿Cómo me siento?**

Esta subcategoría comenta la respuesta afectiva intrapersonal que tienen al vincularse con un “otra/o terapeuta” u “otra/o paciente LGBT”, es decir, las descripciones personales a nivel afectivo, sensorial, fisiológicas y psíquicas que explican su experiencia subjetiva frente a su interlocutor.

La/os terapeutas, en su relato, comentan que al atender personas de la diversidad sexual y de género, se han conectado más consigo misma/os, sintonizan más con otras expresiones de género de las disidencias sexuales y la acoplan a la suya, además reflexionan sobre sus

sesgos binaristas y machistas sobre la sexualidad y pueden reconocer algún tipo de aversión ante las personas LGBT (T3-T5-T10).

*T5: (...) ¿Cómo voy a trabajar con el sufrimiento de las personas si es que hay ciertas personas que me generan rechazo? Entonces ahí empecé a explorar, ¿desde dónde viene este rechazo? Y ahí obviamente descubrí que venía de mi formación, (...) de mi crianza, una familia heteronormada, de una familia machista, con padres también muy machistas y muy homofóbicos, y de la homofobia hacía que uno se validara como en su masculinidad. (...) Conocí personas trans, (...) gays, lesbianas, fue como (...) “el problema soy yo acá”.*

En la cita, T5 comenta que sentía un rechazo al atender personas de la diversidad sexual y de género, pero que logró analizar de donde provenía esta sensación que estaba afectando su forma de vincularse con la/el otra/o, es decir, su respuesta afectiva, señalándose como parte del problema.

Por su parte, las/os pacientes comentan que hay un lado positivo y negativo en sus respuestas afectivas. En el caso de lo positivo, se sienten aceptados, validados, además de sentir que confían en la/el terapeuta. En contraposición, desde las respuestas afectivas negativas, se sienten desconfiados de la/el terapeuta, desesperados frente a la falta de atención en una relación impersonal, asimismo no se sienten seguras/os en el espacio terapéutico (PL3-PL4-PG2-PG3-PB4-PT1-PT3).

*E: Ya, y tú me cuentas que (...) el último proceso que tuviste no te gustó (...) ¿Me podi contar más específicamente?*

*PG3: Sí (...), primero la relación terapeuta la encontraba demasiado impersonal. (...) Ella trabajaba más con infancia, con adolescencia, entonces imagínate su llegada con un adulto, en el fondo, también iba a ser distinta. Entonces, la sentía muy alejada de lo que yo le estaba intentando contar.*

En este ejemplo, el entrevistado PG3 menciona que sentía una relación impersonal y muy alejada, esto debido a que sentía que su terapeuta no era el acorde para su rango etario.

### **7.2.2. Interpretación del sentir del otra/o**

La/os terapeutas y pacientes comentan la sintonía afectiva, es decir, la interpretación del afecto, sensaciones y pensamientos del otra/o, esto a partir de relatos de ellas/os mismos en la sesión o posteriormente. En el caso de las/os terapeutas existe la “experiencia clínica” que puede avalar interpretación de lo acontecido a la/el paciente, pero proviene también de un sentir histórico (las similitudes y diferencias entre casos), además del modelo teórico que tiene dicha/o terapeuta.

Las/os terapeutas interpretan que la/os pacientes se sienten discriminados por personas con privilegios-heterosexuales y cisgénero- y resistentes a intervenciones debido que sus familias son numerosas, por lo que la develación de un familiar podría costarles más (T3-T5-T6).

*T6: En general (...) he tenido pacientes de varias edades (...) pero siempre hay alguien de la familia extensa como que apaña (...) pero sí estas familias (...) son un poco más rígidas en ese sentido, como que les cuesta un poco más abrirse, les cuesta (...) comprenderlo (...) A mí me provoca agrado trabajar con ellos y con ellas, (...) siento también que es algo común, que [la familia] estén súper preocupados del daño que le puedan hacer, [están] asustados de lo que la gente diga.*

En el ejemplo siguiente, la entrevistada (T6) comenta que según su experiencia clínica las familias más extensas pueden ser más rígidas frente la develación de un miembro de la familia como parte de la comunidad LGBT. Esto puede significar una interpretación generalizada que puede o no ser explicado en su modelo teórico de atención.

La/os pacientes, refieren que las intervenciones de la/el terapeuta pueden o no ser acordes a sus necesidades de atención, además de cuestionar si su futuro terapeuta-esto sin haber asistido nuevamente a terapia: ¿cuánto están escuchándola/os?, ¿cuánto saben realmente de diversidad sexual y de género?, e incluso, se antepone a situaciones ya experimentadas, como, por ejemplo, el abuso de confianza, preguntándose ¿Me volverá a pasar? O ¿Se lo hará a otra persona? (PL3-PL4-PG2-PG3-PT1-PT3).

*E: Ya, perfecto. Ya. ¿En qué minuto terminó la terapia? Si es que terminó, en realidad.*

*PT1: Ehh, no, no sigo viéndola a ella, por motivos personales (...) abusó de mi confianza. (...) me pidió (...) plata prestada a mi mamá, le pidió plata prestada a mí. (...) A mi mamá le costó un mundo que se la devolviera y a mí no me la devolvió. (...) Ojalá no se lo haga a otra persona.*

*E: (...) ¿Quedaste como desconfiado en general de un vínculo con un terapeuta?*

*PT1: Yo creo que sí, o sea, (...) no sé cómo explicarle que a veces (...) soñé (...) con ella y [pensaba que] quizá me irá a mandar un mensaje.*

En la siguiente cita, el paciente (PT1) se cuestiona si su anterior terapeuta-que rompió su confianza al deberle dinero prestado-le podría enviar un mensaje. Esta experiencia le hace desconfiar de vincularse con otra/os terapeutas, ya que interpreta que pueden llegar a hacer lo mismo.

### **7.2.3. El Otro Mundo**

El Otro mundo, las/os terapeutas pacientes y su interacción social construyen un espacio terapéutico, que tiene como fin la comodidad y la expresividad mutua. No obstante, en este espacio construido, hay un desconocimiento o diferenciación con la/el otra/o descrito en las entrevistas.

En específico, las/os terapeutas comentan que necesitan conocer el “mundo LGBT”, tanto en su lenguaje hasta sus prácticas sexuales, ya que así pueden entender mejor su sufrimiento, sus fortalezas, autodefiniciones y evitar derivarla/os a otras/os profesionales (T3-T5-T6).

*T5: (...) El mundo LGBT (...) es un mundo súper distinto a mi mundo (...) Y lo que ellos me van contando en su experiencia, en sus vidas, de redes sociales, Grindr, por ejemplo, no tenía idea que existía. (...) Los códigos que hay, los lugares de encuentro, (...) las situaciones que yo a veces podía normalizar mucho, pero ellos como que me dan un cachetazo, como no, vivís en otro mundo. [Me] dicen (...) yo no puedo coquetear en la vida pública, tú sí (...) podría hacer eso si voy a tal bar, (...) discoteca, (...) ahí tengo un espacio seguro. (...) En el fondo como un código de un lenguaje quizás también que yo no conocía y que lo aprendo de los pacientes.*

En el siguiente ejemplo, la terapeuta (T5) menciona que la comunidad LGBT tienen un código de lenguaje, lugares de encuentro y experiencias de vida en redes sociales distintas a ella (su mundo), describiendo una diferencia entre su individualidad con la de la/el otro.

Por su parte, las/os pacientes sienten la psicoterapia es agotadora, ya que se trabaja arduamente en ella. Además, mencionan que el espacio donde se realice la terapia (en específico, el sistema público de atención) incide en la desconfianza del espacio terapéutico. En este espacio, el clima emocional es de desconfianza: en el encuentro con la/el otra/o se sienten disminuidas/os y con una relación lejana o que su espacio terapéutico, se transforma en un de supervisión clínica (PL3-PL4-PG3-PB4).

*E: Tú le dijiste en algún momento “claro (...) esa chica a mí me gustaba”, “no, ¿pero volvamos al otro tema” (...) lo confrontaste en algún momento?*

*PL3: No, es que no soy así... es que mi personalidad jajaja*

*E: Yo escuché por ahí que eras expresiva (...)*

*PL3: Es que era otro contexto, yo me sentía muy como...achicada ahí, me sentía achicada igual.*

En la cita presentada de la entrevista PL3, la paciente comenta que no podía mostrarse tal cual es, ya que el contexto terapéutico la hacía sentir disminuida

### **7.3.Relación de sí misma/o**

La relación de sí misma/o es una categoría intrapersonal, dependiendo del rol que tiene tanto terapeuta y paciente, pero tienen en común los mismos procesos intrapersonales: la apertura ante la relación con la/el otra/o o la defensa.

Por su parte, la/os terapeutas, hay un análisis de la congruencia en su rol y críticas al mismo, cuestionamientos sobre su rol que pueden beneficiar el vínculo terapéutico al aceptar sus límites y reconocerlos frente a sus pacientes, como reconocer no saber sobre las conductas sexuales de pacientes lesbianas, pero estar dispuesto a aprender (T3) o de deconstruir su

propia expresión de género y trabajar su propia identidad sexual para no acarrear problemas transferenciales con la/el paciente (T3-T10).

En contraposición, puede haber procesos defensivos que tengan que ver con el temor a no ser lo suficientemente buenos frente a la/el paciente, a que la/el otra/o se entere que no sabe de diversidad sexual y de género, además de sentir que no tienen herramientas de como acoger el motivo de consulta, específicamente, de un niño/a no conforme con su género asignado al nacer (T5-T6). Además, se cuestionan sobre sus prejuicios y los errores cometidos en terapia, como, por ejemplo, relacionar características etarias y orientación sexual de un paciente que va a urgencia con riesgo suicida, ordenando su hospitalización sin análisis específico del caso (T5-T6).

*T3: (...) Un día trabajando con la última mujer que trabajé que era lesbiana, y que quería salir del clóset para con su familia, un día me di cuenta que yo no tenía idea de cómo las mujeres se cuidaban en las relaciones sexuales entre mujeres. No tenía idea, no había ni preguntado, y en la sesión se me ocurrió, digamos eso y además me contesté al tiro que yo no sabía, y entonces se lo planteé y entonces nos pusimos a conversar, y bueno dio que ella tampoco sabía mucho, entonces tuvimos que un poco instruirnos los dos, pero son temas que son muy concretos, pero son tremendamente importantes, (...) y no son solo como prácticos, porque hay una dimensión psicológica importante también ahí (...)*

En la cita, terapeuta comenta que al reflexionar sobre el poco conocimiento que tenía sobre las conductas sexuales y sus cuidados entre mujeres, se lo plantea a su paciente, mejorando el vínculo, ya que ambas deciden aprender en el proceso psicoterapéutico.

En el caso de la/os pacientes, quienes tiene relaciones significativas positivas o han tenido buenas experiencias y respuestas positivas a sus expectativas, sienten mayor confianza y apertura en psicoterapia, no solo con la/el terapeuta, sino también en el espacio terapéutico.

Algunas de las experiencias dan cuenta de que las/os paciente no sentían miedo a expresar quiénes son, sintiéndose validados y sintiendo que la/el profesional tiene formación en diversidad sexual y de género. En cuanto a las expectativas, refieren que les da mayor

confianza terapeutas mujeres, de preferencia alegres y simpáticas, conocidas por alguien de su círculo cercano y que les fomenten la conexión con la comunidad LGBT (PL3-PB4-PB5).

*PB5: (...) Yo inicié el proceso porque realmente (...) estaba muy mal (...) y ya con el tiempo con mis experiencias previas como que yo llego a un punto en que logro identificar mi límite (...) “ok, quizás necesito ayuda”, pero siento que el ambiente en que se dio probablemente para mí fue un ambiente en el que me resultó más fácil, mencionar esta situación o este aspecto de mi vida (...) Fue así como “oye, aquí lo puedo decir” o como “oye, quiero decirte esto”, no fue como una confesión, sino que fue algo así como “¡pum!”.*

En esta cita, la entrevistada (PB5) decide abrirse porque sintió que el ambiente puede propiciar hablar sobre aspectos de su vida.

Frente a la necesidad de protegerse, las/os pacientes comentan que los motivos por los cuales se defienden principalmente en terapia es un miedo hacia la/el terapeuta y un malestar consigo misma/o. En primer lugar, el miedo al terapeuta expresa el temor de poder comunicar cómo se sienten y/o sus pensamientos al terapeuta, hablar en terapia sobre su orientación sexual, que apresuren su salida del closet, nieguen su género, sus pronombres o que su terapeuta fuera hombre (PL3-PG2-PB4-PT1). En segundo lugar, el malestar consigo misma/o describe el odio hacia si misma/o que va descubriéndose a medida que avanza el proceso terapéutico, provocando una evitación de temas sensibles para la/el paciente (PL3-PL4-PB4).

*E: (...) ¿alguna vez te preguntaste si hay algo en tu orientación sexual o en tu expresión de género que crees que influyó en cómo funcionaron o en cómo se desarrollaron esas terapias en particular?*

*PB4: (...) creo que inevitablemente (...) me presenté como una persona que estaba en el clóset y siento que el clóset igual se sentía (...) me acompañaba a sesión aunque no se hablara acerca de eso y eso implicaba también que me viniera un poco más protegida, pero protegida en el mal sentido. Yo no podía llegar y hablar acerca de quién era libremente (...), por todos los resguardos que tenía y por todos los miedos que tenía al hablar acerca de mi orientación.*

*E: [Pregunta sobre qué cambiaría sobre su forma de vincularse en terapia]*

*PL3: (...) Me faltó un poco más de confianza, de atrevimiento, porque al final yo iba por mí, por nadie más. Pero al mismo tiempo como era por mí, (...) soy mala conmigo misma, no me atrevía mucho. Entonces por mi lado, un poco más de atrevimiento a tratar de decir lo que de verdad quiero decir.*

En las dos citas (PB4-PL3), las pacientes comentan que no querían mostrar su orientación sexual a una/un terapeuta que forman parte de sus trayectorias de psicoterapia. Ellas se describen más cautas en el vínculo terapéutico debido a esta necesidad de protegerse a sí mismas.

#### **7.4. Vínculo terapéutico: obstaculizadores y favorecedores**

En el vínculo terapéutico, al haber un entramado complejo de interacción, hay dinámica intersubjetiva, que pueden ir favorecer el trabajo en equipo, rapport y relación de sí misma/o en terapia, pero como se ha descrito en las entrevistas, también puede haber factores que obstaculicen estos procesos tanto intrapersonales como interpersonales.

##### **7.4.1. Obstaculizadores del vínculo terapéutico**

Por su parte, algunos factores intrapersonal obstaculizadores son: el rol pasivo de la/el paciente, la poca comunicación de los procesos autorregulatorios de ambos miembros de la diada y el rol del terapeuta como freno ante el autodescubrimiento de las/os pacientes de su orientación sexual e identidad de género.

*PG2: (...) En una de las conversaciones con ese psiquiatra cuando estaba claramente tratando de tranquilizarme me puso como ejemplo (...) que de repente un hombre muy excitado, con mucho deseo, podía de repente tener fantasías hasta con una mosca (...) [esta analogía] era tranquilizador para mí en ese minuto.*

*E: Claro y tal vez muy situado, según lo que entiendo, en la conducta sexual más que en la orientación afectiva*

*PG2: Claramente, eso es súper importante, la conducta era lo determinante, (...) pero la conducta era lo que definía entonces de ahí probablemente que me haya demorado décadas en probar experiencias sexuales con hombres*

En la cita, se describe como a partir de una intervención del profesional de la salud mental, el paciente le genera una tranquilidad una intervención que hizo demorar décadas en su salida del closet. Se puede comentar como obstaculizador, esto debido a que, a pesar de aliviar la sintomatología a corto plazo, la sintomatología vuelve a retomarse tiempo después, cuestionando nuevamente al paciente sobre sí mismo.

Mientras que, interpersonalmente, refieren la desconfianza en el otro, la sensación de espacios no seguros, la desesperación y desesperanza frente a la falta de atención y la conexión a una relación impersonal. Así mismo, las/os terapeutas dicen no entender el mundo LGBT y piensan que sus pacientes se tienden a sentir discriminados y son resistentes debido a la lealtad a sus familias. Las/os pacientes dicen que la psicoterapia es agotadora, un espacio amenazante y distante, además de pensar que las/os terapeutas no los escuchan y abusan de sus confianzas.

PT3: (...) entonces, me sentí como chiquito, como “hueón, ni siquiera puedo confiar en una terapeuta pagada”, ¿cachai? Así como para estar ahí y conversar de algo.

En el siguiente relato, T3 comenta como se sintió desesperanzado y “chiquitito” en la relación con una terapeuta, cuestionándose a sí mismo y a la poca confianza que tenía producto de esa experiencia, incluso por ser terapeuta pagada.

#### ***7.4.2. Favorecedores del vínculo terapéutico***

A nivel intrapersonal, los factores descritos son: sentirse validados y tener confianza en la/el otro, conocerse a sí misma/os más, deconstruir prejuicios binarios y machistas, “Sentir que” las intervenciones se adaptan a las necesidades de los pacientes y tener conocimiento sobre diversidad sexual y de género.

*PG2: Eh, yo creo que pensando en el proceso de terapia (...) siempre sentí la aceptación incondicional, [existía] una posibilidad para mí de acercarme a mi eventual homosexualidad sin patologizar.*

*E: ¿Cómo qué crees que te hubiera faltado o que te encantaría tener, digamos, de formación o tú crees que sería bueno haberlo tenido en su momento?*

*T6: (...) Cuando hablamos de genderfluid, (...) queer, (...) no me acuerdo en este minuto de qué más, es como ¿y eso qué es? (...) No sabemos mucho, estamos súper al debe (...) en salud pública, con respecto a eso. (...) [El/la paciente] me llegó, lo evaluó y se va, (...) Entonces eso no es lo que necesita la gente, es lo que dice el programa que hay que hacer, pero no es eso lo que necesitan las personas, que los peloteen.*

En estas dos citas, el paciente describe una aceptación incondicional para hablar sobre su sexualidad y una necesidad de formación, que remite a la crítica de la vinculación con las/os pacientes. En ambas, se ve una preocupación por parte de las/os terapeutas en entregar confianza, tanto al no hacer sentir a la/el paciente cuestionado, además de entregar la mejor experiencia en la terapia.

Por otra parte, a nivel interpersonal, se menciona la manifestación de una postura comprensiva de ambos miembros, tanto con la/el otro como consigo misma/o, trabajar sin prejuicios y estereotipos hacia las orientaciones sexuales, identidades de género y conductas sexuales, validar la experiencia de violencia, el uso del timing en intervenciones que requieren instaurada una confianza suficiente entre las/os miembros de la diada. sentirse confiada/os, validada/os y aceptada/os, además de conocer cada una/o del mundo del otro, para así llevar a cabo la tarea encomendada en la tarea, entendiendo el sufrimiento, autodefiniciones y fortalezas de la comunidad LGBT, evitando derivaciones.

E: (...) ¿Alguna vez te preguntaste si hay algo en tu orientación sexual o en tu expresión de género que crees que influyó en como funcionaron o en cómo se desarrollaron esas terapias en particular?

PB4: (...) Siento que el clóset me ha acompañado a (...) otras sesiones y siento que lo que una de las cosas que me permitió (...) avanzar en el último proceso que tuve (...) fue como el del salir del clóset con esta persona.

En esta cita, la paciente comenta que la relación con el/la terapeuta le permitió salir del closet en el proceso terapéutico, cosa que no había sucedido en otros procesos.

## **8. DISCUSIÓN**

Este estudio describió la experiencia de algunas/os pacientes LGBT y de terapeutas que han atendido a pacientes LGBT acerca de la formación del vínculo psicoterapéutico, sobre cómo impacta intrapersonal e interpersonalmente, además de sus factores favorecedores y obstaculizadores sobre las categorías de trabajo en equipo, rapport y relación de sí misma/o.

Esta investigación reafirma las disparidades en salud mental de la población de salud mental de la población LGBT, esto debido a la internalización del estigma sexual y su efecto en la barrera de acceso individuales que impactan en la conformación del vínculo terapéutico como obstaculizador (Tomicic et al, 2019, Martínez et al., 2018)

El rol asimétrico limitado, sin una construcción recíproca y mutua, es decir, una/un terapeuta con un rol activo y de liderazgo en las actividades e intervenciones, además de la toma de decisiones de dicho proceso versus una/un paciente más reservada/o, poco comunicativa/o, pero que tiene muchas expectativas del proceso terapéutico, temeroso de sí misma/o y de la/el terapeuta, por experiencias pasadas con otras/os personas significativas o trayectorias psicoterapéuticas asociadas a prejuicios y discriminación de sus terapeutas.

La mutualidad y reciprocidad es una condición necesaria y suficiente de la terapia (Rogers, 1957): una actitud centrada en las necesidades de atención preocupada del cuidado de la/el otra/o con el objetivo de alcanzar el bienestar de la/el cliente. Hay condiciones necesarias para la formación de un vínculo terapéutico: el rol de la/el terapeuta asimétrico en roles y necesidades, pero que, pueda mostrarse tal cual es, sin rigidizar su rol (Cornelius-White et al, 2018). Por su parte, las/os pacientes requieren ser usuarias/os activas/os y comunicativas/os; las personas suelen tener sus propias ideas del porqué le suceden sus problemas de salud mental y sobre qué tiene que pasar para que se resuelvan (Rodríguez-Morejon, 2016).

Es por esto que, las condiciones del encuentro terapéutico en las primeras sesiones, es esencial la comunicación abierta de ambas partes, en especial de la/el paciente, para saber las necesidades y expectativas sobre el tratamiento de la/el paciente para co-construir un contrato acorde a lo solicitado (Rodríguez-Morejon, 2016). En la experiencia, se ha demostrado que el 30% de las/os pacientes tienden a indicar mejorías significativas luego de la segunda sesión (Howard et al., 1986) y cuando pueden elegir sus terapeutas hay un 35 y un 50% menos de abandonos y mejores resultados finales (Swift et al., 2011), es decir,

ellas/os saben lo que quieren. Cabe destacar que las/os pacientes comunican a la/el terapeuta únicamente una parte de sus reflexiones, tal vez la parte que les parece que encaja mejor con la línea de trabajo que se le propone (Rodríguez-Morejon, 2016) o que su propio estigma internalizado se lo permite.

Es por esto que, es importante el desarrollo de la confianza en la/el otra/o y en sí mismas/os en el proceso terapéutico. Para la/el terapeuta, las/os pacientes LGBT son una fuente de aprendizaje, que les permite cuestionarse a sí mismas/os para mejorar sus competencias como terapeuta, pero también, son una fuente de cuestionamientos negativos, sobre todo por las expectativas de estas/os usuarias/os. En este sentido, las/os terapeutas pueden sentir que no tienen las competencias necesarias, describiéndose cuestionadas/os, culpables e/o irritadas/os (Israel et al., 2008).

En la relación consigo misma/os, el terapeuta- como variable inespecífica de la psicoterapia- puede cerrarse al encuentro con la/el paciente, colocando una actitud que demuestra poco interés genuino en la/el paciente, además de mostrar hacia la/el otro un desconocimiento de sí misma/o, sus malestares psíquico actuales o autocrítica de falta de experiencia con la población LGBT (Santibáñez et al., 2008). En caso de desconexión del terapeuta como persona real (congruente consigo misma/o, escondiéndose en su rol profesional), la relación se construye sin reciprocidad, por lo que, corre el riesgo de que el cliente también se desconecte (Cornelius-White et al, 2018).

Así mismo, las/os pacientes LGBT no solo esperan de una actitud de aceptación y validación- central en toda psicoterapia- sino que también formación afirmativa, espacios libres de violencia institucional y la sensación de confianza. En este sentido, hay un propio (auto)silenciamiento por parte de la comunidad LGBT en un proceso autodefensivo, en relación consigo misma/o y en la posibilidad de interactuar con una/un otra/o, es decir, la posible exposición puede estar acompañada de mucha ansiedad, ya que, existiría una LGBTfobia internalizada o una hipervigilancia frente a cómo reaccionará mi interlocutor/a (Avery et al., 2001).

Para el desarrollo anterior, la construcción de un espacio en común y un conocimiento de un rol asimétrico con una actitud horizontal, mutua y recíproca es esencial. En la apertura y la escucha activa, habría un reconocimiento de la autonomía de la/el otra/o, ayudando a

las/os pacientes a sentirse seguros mientras hay un impacto mutuo e íntimo que promueva la agencia (Cornelius-White et al, 2018). No obstante, pareciera ser que hay un problema para entender el rol de la/el otra/o, cerrándose en quién tiene el conocimiento para atender la problemática de salud, el paciente que sabe que le aqueja (Anderson & Goolishian, 1996), o la/el terapeuta que puede intervenir desde un saber experto (Hernández, 2007).

Cada uno tiene algo que decir, pero la construcción de un espacio en común-tanto terapeutas como pacientes LGBT- es a través de la descripción de seres y mundos distintos, una dimensión de un grupo dominante y el otro es un grupo diferente, diferenciado o estigmatizado (Staszak, 2008).

Las/os paciente LGBT buscan terapeutas mujeres o de la diversidad sexual y de género, fuera de un grupo hegemónico que les hace sentir desconfianza: hombre, heterosexual y cisgénero. Además, esperan que la/el terapeuta las/escuche y no solo intervenga, ya que se sienten invisibilizadas/os o en el peor de los casos, violentadas/os. La/el experto en psicoterapia a pesar de ser cautelosas/os y preocupados de la/el paciente LGBT pueden llegar a generalizar, imponer narrativas de verdad o desde el prejuicio sin tanta formación al respecto, en la búsqueda de la comprensión del “mundo LGBT”.

La tarea de la/el terapeuta es sintonizar con ese sentir, teniendo una actitud horizontal y flexible, que invita a la expresión, esto con el fin de lograr validar aquellas experiencias de violencia y dar lugar a las necesidades de la/el paciente para ser afirmado tanto en su individualidad como en su dolor, sin sentir que una/un otra/o no puede llegar a comprender por lo que viven o lo traten como desconocida/o.

En ese sentido, se requiere un desarrollo más específico de conocimiento para la formación y capacitación de profesionales de la salud que den una mirada crítica de la psicoterapia y su práctica en el contexto chileno con personas de la diversidad sexual y de género, entreguen un lenguaje adecuado para referirse a las temáticas respectivas y específicas de esta población y garantizar la entrega de tratamientos e intervenciones equitativas y libres de discriminación (Martínez et al., 2018).

## **9. LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES**

Como limitaciones de esta investigación, se plantea la necesidad de aumentar más las/os participantes para una mayor heterogénea para ampliar el alcance de los resultados, con otras categorías de las/os pacientes, como no binarios, queer sobre la identidad de género y pansexual, asexual en caso de la orientación sexual. Así también, al no haber entrevistado a diadas conformadas (las/os terapeutas no hayan atendido a algunos de las/os entrevistadas/os) se limita el análisis para contrastar las convergencias y las divergencias entre ellas/os al formar un vínculo terapéutico.

Para futuras investigación en psicoterapia, se plantea la necesidad de identificar como se construyen algunos procesos autorregulatorios: factores de la congruencia de la/el terapeuta y sus determinantes que pueden incidir en el trato con la/el paciente. Por otra parte, también se podría realizar análisis de procesos-resultados mediante videograbaciones de sesiones para hacer un microanálisis, en específico de variables como los procesos de cambio y negociación de la alianza terapéutica. Así mismo, es importante ver que variables comunicacionales no les permitirían a pacientes decir sus expectativas o en caso de hacerlo, responder si son factores paraverbales o no verbales.

## Referencias

- Abarzúa, M., Silva, M., Navarro, D., & Krause, M. (2016). Psicoterapia desde la perspectiva de pacientes chilenos con esquizofrenia. *Estudios de Psicología*, 37 (2-3), 418-431.
- Andrade, G. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Austin, A., Craig, S. L. & Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/pro0000154>
- Atkinson, D. R., Brady, S., & Casas, J. M. (1981). Sexual preference similarity, attitude similarity, and perceived counseling credibility and attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 28(6), 504–509. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.6.504>
- Avery, A. M., Hellman, R. E., & Sudderth, L. K. (2001). Satisfaction with mental health services among sexual minorities with major mental illness. *American journal of public health*, 91(6), 990–991. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.990>

- Bonamigo, I. (2016). Precoinceto contra Diversidade Sexual e de Genero e Prática Clínica em Psicologia. Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.
- Barrientos, J., Cárdenas, M. y Góme, F. (2014). Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas. *Cadernos de Saúde Pública*. 30(6), 1259-1269. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108413>.
- Barrientos, J., Gómez, F., Cárdenas, M., Gúzman, M., & Bahamondes, J.. (2017). Medidas de salud mental y bienestar subjetivo en una muestra de hombres gays y mujeres lesbianas en Chile. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1115-1121. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901115>
- Bess, J., & Stabb, S. (2009). The Experiences of Transgendered Persons in Psychotherapy: Voices and Recommendations. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 264- 282. <https://doi.org/10.17744/mehc.31.3.f624154681133w50>
- Bidell M.P. & Stepleman L.M. (2017). An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. *J Homosex.*, 64(10), 1305-1329. **doi: 10.1080/00918369.2017.1321360**. PMID: 28463093.
- Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo: Edições GLS.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A.O. Horvath y L.S. Green-berg (eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*(pp. 13-37). New York: Wiley and sons.
- Calton, J.M., Cattaneo, L.B. & Gebhard, K.T. (2016). Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence.

Trauma Violence Abuse, 17(5), 585-600. doi: 10.1177/1524838015585318.

Cárdenas, M., & Barrientos, J. (2008). Actitudes Explícitas e Implícitas hacia los Hombres Homosexuales en una Muestra de Estudiantes Universitarios en Chile. *Psyche*, 17(2), 17-25. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000200002>

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. Los Angeles: Sage.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>

Cornelius-White, J. H. D., Kanamori, Y., Murphy, D., & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 489–504. <https://doi.org/10.1037/int0000134>

Dillon, F. R., Worthington, R. L., Soth-McNett, A. M., & Schwartz, S. J. (2008). Gender and sexual identity-based predictors of lesbian, gay, and bisexual affirmative counseling self-efficacy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 353–360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.353>

Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, authenticity, and inter-subjective contact: Philosophical principles of integrative psychotherapy [Vulnerabilidad, autenticidad y contacto intersubjetivo: Principios filosóficos de la psicoterapia integrative]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78>

Estay G., Fernanda, Valenzuela V., Amanda, & Cartes V., Ricardo. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(4), 351-357. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C. y Safran, J. (2014). *Manual para la clasificación de rupturas y resoluciones en la alianza terapéutica*.

- Fernández-Liria, A. y Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 101 – 126
- Francia-Martínez, M., Esteban, C., & Lespier, Z. (2017) Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (1), 98-113.
- Heck, N. C., Flentje, A., & Cochran, B. N. (2013). Offsetting risks: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 81–90. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.81>
- Hernández, Á. (2007). TRASCENDER LOS DILEMAS DEL PODER Y DEL TERAPEUTA COMO EXPERTO EN LA PSICOTERAPIA SISTÉMICA. *Universitas Psychologica*, 6(2).
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361–368. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.361>
- Kelle, U. (2005). ¿Hacer "emerger" o "forzar" los datos empíricos? Un problema crucial de la teoría fundamentada reconsiderada. Forum: *Qualitative Social Research*, 6(2).
- Krause, M., Tomicic, A., Altimir, C., Martínez, C., Capella, C., & Fernández, O. (2018). *Experiencia de Exito Y Fracaso en Psicoterapia-Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional*. Informe Final Proyecto Fondecyt N° 1141179, Santiago de Chile.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles: Sage.
- Levounis, P., & Anson A.J. (2014). Identidade sexual no relacionamento entre terapeuta e paciente. En P. Levounis, J. Drescher, & M. E. Barber (Eds.). *O livro de clínicos LGBT* (pp. 89-99). Porto Alegre: Artmed.
- Liddle, B. J. (1999). Recent improvement in mental health services to lesbian and gay clients. *Journal of Homosexuality*, 37(4), 127–137. [https://doi.org/10.1300/J082v37n04\\_08](https://doi.org/10.1300/J082v37n04_08)
- Longhofer, J. L. (2013). Shame in the clinical process with LGBTQ clients. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 297–301. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0455-0>
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Aguayo, F. y Rosenbaum, C.(2018). Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes lgbt+: una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental.
- McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K., & Ross, L. E. (2011). Systems-level barriers in accessing supportive mental health services for sexual and gender minorities: Insights from the provider's perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 173–186. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0023>
- McLeod, J. (2010). The effectiveness of workplace counselling: A systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4).
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Molina M.E, Ben-Dov, Diez, Farrán, Rapaport y Tomicic (2013). Vínculo Terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 22(1) 15-21.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-

- to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23.  
doi:10.1080/00224490903062258
- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339. <https://doi.org/10.1037/a00179734>
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process–outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6-27.
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 49-65.
- Patton M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. rd ed. Thousand Oaks Sage.
- Plöderl, M., Kunrath, S. & Cramer, R.J. (2017). Sexual orientation differences in treatment expectation, alliance, and outcome among patients at risk for suicide in a public psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, 17(184).  
**<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1337-8>**.
- Rodriguez-Morejon, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de psicología*, 32(1), 1–8.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. (1964). Towards a modern approach to values: the valuing process in the mature person, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(2)
- San Martin, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1). Recuperado de **<https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727/891>**

- Santibañez, P., Roman, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad en la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Revista de psicología y ciencias afines*, 26(2), 5-22.
- Santibañez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 323–330. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.323>
- Shelton, K. & Delgado-Romero, E. (2011). Sexual orientation microaggressions: the experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal Counseling Psychology*, 58, 210-21. doi: 10.1037/a0022251.
- Simeonov, D., Steele, L.S., Anderson, S., & Ross, L.E. (2011). Perceived satisfaction with mental health services in the lesbian, gay, bisexual, transgender and transsexual communities in Ontario, Canada: An internet-based survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(1), 31-44.
- Staszak, J. F. (2008). “Other/otherness”, en: International Encyclopedia of Human Geography, Elsevier. Recuperado de: <http://www.unige.ch/sciences-societe/geo/files/3214/4464/7634/OtherOtherness.pdf>.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 301–315). Oxford University Press.
- Tomicic, A., Martínez, C. and Immel, N. (2021) “Experiences of psychological and psychotherapeutic support for LGBT youth who have survived a suicide process”, *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 55(1), p. e1453. doi: 10.30849/ripijp.v55i1.1453.
- Tomicic, A., Martínez, C., Rosenbaum, C., Aguayo, F., Leyton, F., Rodríguez, J., Galvez, G. & Lagazzi, I. (2020): Adolescence and Suicide: Subjective Construction of the

Suicidal Process in Young Gay and Lesbian Chileans, *Journal of Homosexuality*,  
DOI: 10.1080/00918369.2020.1804253

Tomicic, A., Martínez, C., Rodríguez, J. & Bariientos, J. (2019) Desarrollo de un Modelo  
Comprensivo de Psicoterapia con Pacientes LGBT: Estudio Cualitativo de las  
Experiencias de Pacientes y de Psicoterapeutas. FONDECYT REGULAR, 1190270.

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F.,  
Rosenbaum, C., Leyton, F., & Lagazzi, I. (2016). Suicide in lesbian, gay, bisexual  
and trans populations: systematic review of a decade of research (2004-  
2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723- 733. [https://dx.doi.org/10.4067/S0034-  
98872016000600006](https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006)

Valfort, M. A., (2017). LGBTI in OECD countries: A review. *DELSA/ELSA/WD/SEM*,  
198.

World Professional Association for Transgender Health. (2012). Normas de atención para la  
salud de personas trans y con variabilidad de género (Septima versión).  
[https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Spanish.p  
df](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf)