



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Experiencias adversas en la Infancia en Diversidad Sexual y de género: ¿Cómo intervienen los/as terapeutas?

Tesista

Katherine Daniela Escobar Villalobos

Profesora Guía: Claudia Cerfogli Flores

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

diciembre de 2023

Santiago de Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Experiencias adversas en la Infancia en Diversidad Sexual y de género: ¿Cómo intervienen los/as terapeutas?

Tesista

Katherine Daniela Escobar Villalobos

Profesora Guía: Claudia Cerfogli Flores

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

diciembre de 2023

Santiago de Chile

Para todos/as aquellos/as que tuvieron que enfrentar sus miedos para ser quienes son.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primera instancia a Claudia por acompañarme y creer en este proyecto y en mí para que se pudiera llevar a cabo. A Paula Dagnino por su enorme cariño y por guiarme y alentarme en el camino de la investigación. También a todos aquellos espacios que me permitieron aprender y seguir con entusiasmo generando conocimiento.

Por otro lado, quiero agradecer a las compañeras y amigas que encontré en esta institución por todo el apoyo y cariño durante estos años. También a mis amistades de la vida que han tolerado mi ausencia y valorado mi presencia a pesar de los momentos álgidos de quehaceres.

Agradezco a mi familia por adentrarse en este camino conmigo y de a poquito ir conociendo la investigación y el mundo académico. A mi pareja por su incondicionalidad y amor.

Finalmente, a todos/as los/as terapeutas que participaron de esta investigación, por su solidaridad y ganas de seguir generando espacios afirmativos y de cuidado a nuestros pacientes.

ÍNDICE

RESUMEN	VII
INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROYECTO.....	VIII
MARCO TEÓRICO	XI
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO	XI
2. VINCULACIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO EN SALUD MENTAL	XI
2.1 <i>Efectos psicosociales en la DSG</i>	XII
2.2 <i>Disparidad en salud mental para personas DSG</i>	XII
3. CONSIDERACIONES INTERNACIONALES Y NACIONALES EN ABORDAJE DSG	XIII
3.1 <i>Situación Internacional</i>	XIII
3.2 <i>Situación en Chile</i>	XIII
4. CARACTERIZACIÓN DE LA NOCIÓN DE TRAUMA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS	XV
4.1 <i>Definición de trauma y evaluación diagnóstica</i>	XV
4.2 <i>Experiencias Adversas en la Infancia</i>	XV
4.3 <i>Experiencias Adversas en la Infancia en población DSG</i>	XVII
5. PARTICULARIDADES DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA EN DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO	XVII
6. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN PERSONAS DE LA DSG	XIX
7. COMPETENCIAS DE LOS/AS TERAPEUTAS PARA EL ABORDAJE CON PERSONAS DSG	XX
OBJETIVOS	XXI
OBJETIVO GENERAL	XXI
<i>Objetivos Específicos:</i>	XXI
PREGUNTAS DIRECTRICES	XXII
METODOLOGÍA	XXIII
RESULTADOS	XXVI
CATEGORÍA 1: CARACTERIZACIÓN DE EAI SEGÚN LO EXPUESTO POR LOS TERAPEUTAS.	XXVI
CATEGORÍA 2: CONDICIONES QUE OBSERVAN TERAPEUTAS AL APROXIMARSE A EAI.	XXVIII
CATEGORÍA 3: MÉTODOS DE APROXIMACIÓN QUE TIENEN LOS/AS TERAPEUTAS PARA ABORDAR EAI.XXX	
CATEGORÍA 4: FACTORES PROTECTORES CONTRIBUYEN EN PROCESO DE ABORDAJE DE EAI.	XXXIII
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	XXXVI
REFERENCIAS	XL
ANEXOS	LI
ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTA.....	LI
ANEXO 2: ESQUEMA RESULTADOS.....	LII

RESUMEN

Las experiencias adversas en la infancia en población LGBT es un área escasa en investigación. Por consiguiente, las herramientas para su abordaje clínico pueden ser limitadas al no contemplar las especificidades de esta población. Al mismo tiempo, el acceso a la salud y particularmente a salud mental en diversidad sexual y de género sigue siendo un desafío de política pública tanto en Chile como en Latinoamérica. A pesar de los avances en el área, las experiencias adversas en la infancia requieren de mayor desarrollo y estudio, sobre todo por las consecuencias que podrían tener en la adultez. En base a lo anterior, el presente trabajo tiene como Objetivo: Identificar las estrategias de intervención que perciben los/as terapeutas y cómo las utilizan al abordar las experiencias adversas en la infancia de pacientes de la diversidad sexual y de género. El Método: es a través del diseño de investigación cualitativa, bajo el análisis y conceptualización de Teoría Fundamentada, llevando a cabo los diferentes niveles de codificación. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a terapeutas que trabajan con personas de la diversidad sexual y de género que hayan vivido experiencias adversas en la infancia y que su postura clínica sea desde una perspectiva afirmativa. Resultados: Se observó que los/as terapeutas consideran las experiencias adversas como situaciones y vivencias que afectan en el bienestar de sus pacientes y que se deben intervenir y profundizar según la capacidad de la persona en relatar dicho suceso. Además, hay estrategias específicas para utilizar y factores protectores que contribuyen a prevenir y acompañar durante el proceso.

Palabras clave: Experiencias adversas en la infancia, Psicoterapia Afirmativa, Diversidad sexual y de género.

INTRODUCCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROYECTO

La disparidad en salud mental de diversidades sexo genéricas (DSG) en Latinoamérica va en aumento y, por consiguiente, es necesario hacer una integración de estas comunidades para enfrentarla (Bockting & Keatley, 2013). En el caso de Chile, hay complejidades en la estructura política de la salud pública que dificulta la atención en salud mental sensible, afirmativa y centrada en Derechos Humanos que focalice las necesidades específicas de usuarios/as de la diversidad sexual y de género (Martínez, Tomicic & Del Pino, 2019). Así mismo, se ha observado que son escasos los profesionales que se especializan en el trabajo con personas LGBT y las particulares de esta población respecto al malestar y afecciones en salud mental (Bidell, 2016). Un estudio realizado en España por Fernández-Garrido & Romaní (2017) concluye que los estudios de grado y la capacitación para profesionales sanitarios en DSG es escasa, centrándose mayormente en disminuir actitudes homófobas.

En Chile se ha observado que hay mayor interés en integrar material de DSG en los currículums académicos evitando el prejuicio de docentes (Salas & Salas, 2016), también se ha instaurado de a poco el resguardo de la expresión y la vivencia de la sexualidad en los espacios educativos a través de proyectos de inclusión (Rubio-Aguilar et al., 2021), No obstante, la diversificación de competencias en este ámbito sigue siendo limitado, refiriendo que no hay reportes de integración de esta postura en los programas universitarios, dejando entrever la importancia de investigar y fortalecer esta área, porque se reporta según Martínez, Tomicic, Gálvez et al., (2018) que el 42,5% de los profesionales encuestados estuvo atendiendo a pacientes de la diversidad sexual y de género, dando cuenta del aumento de consultas en esta población específica. Por ende, hay demanda de atención, pero es escasa la disponibilidad de profesionales. Además, se ha observado en Chile que personas LGBT presentan altas prevalencias de trastornos del ánimo y ansiedad, consumo problemático de alcohol, drogas y depresión moderada (Tomicic, 2019). De esta manera, visibilizar la necesidad del abordaje de DSG beneficia

la salud mental de esta población en la medida que se informe el requerimiento de profesionales capacitados.

Por otro lado, las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) constituyen una categoría que incluyen abuso y negligencia experimentados antes de los 18 años (Organización Mundial de la Salud, 2020) e impacta negativamente en la competencia emocional con efectos que persisten en la edad adulta (Cheng & Langevin, 2023; Cloitre et al., 2019; Hein & Monk, 2017). Se ha observado que las experiencias de negligencia física y emocional en la niñez son comunes entre personas de la diversidad sexual y de género. De hecho, los adultos transgénero tienen más probabilidades de reportar negligencia en comparación con las minorías sexuales cisgénero (Fredricksin-Goldsen, Simoni, Kim et al., 2014; Schnars, Stone, Salcido et al., 2020). En relación a lo anterior, es importante destacar la heterogeneidad en la experiencia adversa en esta población. Si bien, hay mayor visibilidad LGBT en salud mental, son personas que están atravesando experiencias de estrés de minorías (Meyer, 2003) y trauma interpersonal con características específicas (Herek, Gillis & Cogan, 2009). Dicho esto, la literatura en relación a las experiencias de trauma y abordaje en esta población es escasa (Stenersen, Ovrebo, Emery et al., 2019). Por consiguiente, dar cuenta de esta situación permite poner atención y focalizar experiencias que pueden pasar desapercibidas en la adultez.

Seguido de lo anterior, O'Shaughnessy & Speir (2017), refieren que en la revisión sistemática que realizaron entre 2000 a 2015, cuyo resultado arrojó 49 investigaciones que se focalizaron en la intervención LGB a través de psicoterapia afirmativa, ninguno de ellos reportó investigaciones en el área de experiencias adversas, sino que en su mayoría abordaron el efecto que tiene el consumo de sustancias, trastornos del ánimo, estrés de minorías y homofobia internalizada en personas LGB. Este hallazgo es significativo en tanto visibiliza el avance de la investigación en esta área, pero al mismo tiempo, deja entrever la necesidad de generar investigaciones focalizadas en la manera que intervienen los terapeutas en el caso de experiencias adversas en la infancia como un área que no ha sido explorada. Aunque se ha evidenciado que la terapia afirmativa es la mejor adaptación

psicoterapéutica para trabajar con personas de la diversidad sexual y de género, no hay estudios que reporten la eficacia de tratamientos generales o específicos en población LGBT debido a que no hay instrumentos psicométricos validados (Bazán & Mansilla, 2022).

Aunque la investigación en ACE es insuficiente al igual que la formación profesional, los documentos a facilitar para la intervención en esta área también lo son, ya que los manuales y facilitadores otorgados por el Ministerio de Educación (MINEDUC) y Ministerio de Salud (MINSAL) no consideran las experiencias adversas en la infancia ni las intervenciones en el área. Sólo se enmarcan en materia legal según los acuerdos internacionales que ha generado Chile y las leyes que se han ido modificando desde 1999 en materia de diversidad sexual y de género (MOVILH, 2022). Finalmente, es importante destacar que este trabajo busca generar un insumo práctico para los/as terapeutas que trabajan con personas de la diversidad sexual y de género y que han vivido experiencias adversas en la infancia. Dicho fin permite contribuir al abordaje y a su vez, al conocimiento focalizado en esta área de trabajo clínico.

Dicho lo anterior, a continuación se indagarán las áreas que se relacionan a experiencias adversas en la infancia, el conocimiento que se tiene actualmente del área y cómo es que se constituye la salud mental en esta población seguido por las repercusiones que se observan a nivel internacional y nacional. Así mismo, las perspectivas que se aproximan al abordaje en diversidad y los resguardos que se deben tener en cuenta para intervenir, seguido con la experiencia de los/as terapeutas entrevistados que permiten conocer cómo han realizado su labor profesional en un área que sigue siendo escasa la aproximación. Finalmente se destacan los resultados y conclusiones del trabajo efectuado.

MARCO TEÓRICO

1. Contextualización de Diversidad Sexual y de Género

La diversidad sexual y de género (DSG) se vincula a la identidad con la sexualidad, la cual se constituye a partir del sexo (dimensión biológica), el género (dimensión social/cultural) y la orientación sexual (dimensión que abarca la afectividad y el erotismo) (Martínez et al., 2019). El desarrollo de la identidad en estas tres dimensiones se ve interferida por los prejuicios cuando se configura fuera de la noción heteronormativa, obstaculizando el bienestar psicológico (Martínez et al., 2018). Las personas de la diversidad sexual y de género entendidas como Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer y/o Asexuales (LGTBIQA+) están expuestas a violencia sistemática. Esto se debe a que socialmente la sexualidad se ha establecido sobre una base normativa binaria y homogeneizante (Zúñiga, Valdiviezo, Ruiz et al., 2021).

2. Vinculación de la Diversidad Sexual y de Género en Salud Mental

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I, 1952) como la variante del CIE-6 establece la homosexualidad como una patología. No obstante, a partir del avance de la investigación y movimientos LGBT en 1980 el DSM-III eliminó la homosexualidad como criterio diagnóstico. la Identidad transgénero por su parte, fue renombrada en el DSM V como Disforia de género en el intento por despatologizar las identidades Trans (Peidro, 2021). Seguido de lo anterior, el 17 de mayo de 1990 la Organización Mundial de la Salud elimina la homosexualidad dentro de la lista de enfermedades mentales, constituyendo así en esa fecha el Día Internacional Contra la Homofobia (Martin, 2016). Aun cuando se ha trabajado fuertemente en contra de la despatologización de la homosexualidad, todavía se realizan las llamadas “terapias de conversión” o “terapias de reparación”, entendidas como

el esfuerzo sostenido por modificar la orientación, identidad o expresión de género de una persona (ILGA, 2020). Que todavía continúen las terapias reparativas, es porque hay una comprensión patologizante en el abordaje que hay que erradicar.

2.1 Efectos psicosociales en la DSG

La erradicación de la homosexualidad como patología sin duda ha sido beneficioso para las personas de la DSG. No obstante, hay factores estresores que siguen contribuyendo al malestar. A partir de esto, Meyer (2003) desarrolla el modelo de estrés de minorías basado en la teoría de estrés de Brooks (1981), para referir los efectos del prejuicio, expectativas de rechazo, huida y ocultamiento que se genera en personas LGBT al estar expuestas negativamente en diversos contextos. Las condiciones del entorno social sobre todo en categorías sociales estigmatizadas relacionadas a raza, etnia, condición socioeconómica, género y sexualidad, induciendo al prejuicio, discriminación, sexismo u homofobia, provocan que las personas deban tener una adaptación especial a estos entornos estresantes manifestando enfermedades mentales y físicas (Meyer, 2003).

A pesar del avance en la reducción del estigma, discriminación y vulneración de derechos fundamentales de personas de la diversidad sexual y de género, ellas todavía experimentan marginación y desapego de su comunidad (Astuti, Hidayat, Humaira et al., 2017; Shields, Cohen, Glassman et al., 2013). De esta forma, se observa que la consecuencia del estigma en la persona es la discriminación, experimentando actitudes hostiles, sobre todo violencia verbal (Rodríguez, Mancinas & Carrera, 2017).

2.2 Disparidad en salud mental para personas DSG

Estudios más recientes han demostrado que personas de la diversidad sexual y de género reportan salud mental deficiente en comparación con personas heterosexuales (Schnarrs, Phillips, Stone et al., 2020). La población transgénero posee mayor riesgo en

salud mental que población LGB debido al estrés percibido por el prejuicio sexual (Bockting & Keatley, 2013). Además, se ha observado que, a diferencia de las personas heterosexuales, las personas LGBT poseen mayor riesgo de sufrir suicidio y trastornos mentales (Plöderl & Tremblay, 2015). A su vez, dentro de la misma diversidad sexo genérica hay diferencias, reportando en personas bisexuales peor salud mental que en otras orientaciones sexuales como lesbianas u homosexuales, siendo las mujeres quienes presentan mayores niveles de riesgo de trastornos del ánimo u otros (Urzúa, Barrientos & Guzmán, 2022). En el campo de la salud mental, Ross, Salway, Tarasoff y colaboradores (2018) concluyen en una revisión sistemática que personas de la diversidad sexual y de género tienen mayor prevalencia en depresión y ansiedad que heterosexuales, aun cuando las personas bisexuales exponen tasas más altas de malestar que lesbianas y gays.

3 Consideraciones Internacionales y Nacionales en abordaje DSG

3.1 Situación Internacional

Los avances en derechos fundamentales de población LGBT han avanzado, pero todavía no se ha eliminado el prejuicio y la discriminación hacia gays, lesbianas y personas trans (Barrientos, 2016). Incluso, hay países en el mundo que todavía establecen con estatus de ilegalidad las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo (ILGA, 2020). En el caso de América Latina, los derechos civiles de personas LGBT están en agenda pública. No se penalizan las prácticas sexuales y eróticas entre personas del mismo sexo, sino la discriminación hacia ellos. Sin embargo, en el caso de las personas Trans, todavía hay derechos que se debaten en los diferentes países de Latinoamérica (Barrientos, 2016).

3.2 Situación en Chile

El abordaje psicosocial de personas de la diversidad sexual y de género se ha impulsado en las últimas décadas gracias al avance en investigación producto de

situaciones de violencia y discriminación sufridas en nuestro país, tal como es el caso de Daniel Zamudio (Barrientos, 2015). A raíz de lo anterior, la violencia permanente provoca efectos negativos en la salud mental de esta población (Barrientos, Gómez, Cárdenas et al., 2017). No obstante, la política de salud pública todavía es escasa en la formación de profesionales capacitados en salud mental afirmativa que focalice las necesidades específicas de usuarios/as de la diversidad sexual y de género (Martínez et al., 2019).

Por otro lado, estudios actuales en Chile refieren que desde el 2013 las denuncias y casos de discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género disminuyeron, registrándose en 2021 una baja del 12%. Es decir, hasta el 2021 se conocieron 1114 denuncias por discriminación que corresponden al 16,8% del total de casos de transgresión a los Derechos Humanos de las personas de la DSG en los últimos 20 años (MOVILH, 2021). Estos avances en contra de la discriminación y a favor del resguardo y protección de la diversidad sexual y de género comienzan en Chile en 1999, donde fue derogado el artículo 365 del Código Penal, el cual criminalizaba las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Posterior a ello, en 2012 se promulgó la Ley 20.609, la cual establece medidas contra las discriminaciones arbitrarias, conocida como “Ley Zamudio”. En 2015 se promulga la Ley 20.830, relacionada al Acuerdo de Unión Civil, otorgando reconocimiento legal a parejas del mismo sexo y a personas heterosexuales que no optan por el matrimonio. En 2018 se confirma la Ley 21.120 Reconociendo y protegiendo el derecho a la Identidad de género. El 2021 se establece la Ley 21.331, cuyo efecto se determina en dar reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, precisando que no se pueden realizar terapias conversivas en pacientes LGBT. En 2021 también se modifica la ley 21.400 otorgando el matrimonio para personas de la diversidad sexual y de género. Finalmente, se señala que, a través de los diferentes avances en términos judiciales se han elaborado circulares tanto del MINSAL como del MINEDUC, otorgando protección, clarificación y directrices a las diferentes instituciones para resguardar los derechos de las personas de la DSG (MOVILH, 2022).

4 Caracterización de la noción de Trauma y Experiencias Adversas

4.1 Definición de trauma y evaluación diagnóstica

El concepto de trauma desde una perspectiva categorial se refiere a la exposición a eventos potencialmente traumáticos y a los efectos traumáticos adquiridos en esa vivencia. La evaluación diagnóstica de la expresión del trauma como efecto se aborda desde el PTSD (Trastorno de estrés Postraumático), comprendido como el trastorno que se genera luego del estrés traumático vivido (Allen, 2013). La experimentación de las personas al enfrentar traumas múltiples, repetidos y diversos a lo largo de su vida se denomina trauma acumulativo y se aborda en los estudios como el número total de diferentes tipos de trauma interpersonal experimentado por un individuo (Briere, Kaltman & Green, 2008). Seguido de lo anterior, la noción de trauma complejo surge como respuesta a eventos traumáticos que la persona vive durante su vida, las cuales suelen ser sostenidas o múltiples como abuso infantil, violencia doméstica o comunitaria (Maercker et al., 2022). Es relevante destacar que el diagnóstico de experiencias adversas es parte de los criterios del manual CIE-11 (OMS, 2023). La conceptualización anterior permite visibilizar las diversas manifestaciones de trauma desde la comprensión diagnóstica.

4.2 Experiencias Adversas en la Infancia

El estudio de las experiencias adversas en la infancia (EAI y ACE sigla en inglés) analiza de forma retrospectiva y prospectiva el impacto del abuso, disfunción y negligencia sufridas en la infancia y el impacto de ellas en la adultez, observando los factores de riesgo, calidad de vida y enfermedades atribuidas a esas experiencias (Felitti, Anda, Nordenberg et al., 1998). Además, se entienden como situaciones estresantes o traumáticas que ocurren durante la infancia hasta los 18 años impactando negativamente en salud física y mental (Priegos, Remes & Vivanco, 2022). Las EAI contemplan 3 categorías de abuso infantil (abuso sexual, físico y emocional) y 5 categorías de disfunción parental (enfermedad mental del adulto, consumo de sustancias, violencia doméstica en el

hogar; encarcelamiento de un miembro del hogar; y divorcio o separación de los padres) (Austin, Herrick & Proescholdbell, 2016). Además, se ha demostrado que personas que han estado expuestas a cuatro o más experiencias adversas tienen mayor riesgo de padecer enfermedades físicas como cáncer, diabetes, trastornos cardíacos y pulmonares, como también riesgos de enfermedades mentales como depresión, trastornos de ansiedad, suicidio y estrés (Hayes-Grudo & Sheffield, 2020).

En el caso de Chile, se observó que en un estudio de atención primaria de salud, el 82% de los pacientes deprimidos estuvieron expuestos a experiencias traumáticas en la infancia presentando incidencia de psicopatología y enfermedades físicas como cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes (Behn et al., 2020). El tiempo, la intensidad y la acumulación de experiencias adversas, especialmente en ausencia de factores protectores, puede afectar la expresión genética, el condicionamiento de las respuestas al estrés y el desarrollo de la función del sistema inmunológico y aunque no todas las adversidades ocurren en la infancia, la carga acumulativa y otras adversidades pueden traer consecuencias para toda la vida (Szilagyi & Halfon, 2015).

Para medir el impacto del trauma en su variabilidad y acumulación, se han desarrollado diferentes herramientas para la evaluación del trauma, entre ellas la escala CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*), basándose en definiciones de abuso y negligencia sexual. El abuso se clasifica como: físico, emocional y sexual. También existe la negligencia emocional definida como la incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, incluidos el amor, la pertenencia, el cuidado y el apoyo. En la versión corta del CTQ, cada tipo de abuso está representado por cinco artículos. (Bernstein et al., 2003). Además, el CTQ también tiene una escala de validez para detectar el subregistro de abuso (Bernstein & Fink, 1998).

4.3 Experiencias Adversas en la Infancia en población DSG

Se considera la experiencia adversa en virtud de la particularidad de la población de diversidad y las vivencias que ocurren en específico en esta comunidad. Sin embargo, debido a la falta de medidas específicas para evaluar experiencias adversas en la infancia en población DSG, se realizó una adaptación de la escala de ACE original la cual aborda experiencias adversas en relación a abuso, maltrato y disfunción familiar (Fellitti et al., 1998), por otra escala que se focaliza en experiencia en jóvenes de acuerdo a la exposición a experiencias traumáticas fuera del hogar (Karatekin & Hill, 2019). Al arrojar resultados significativos, se hizo una adecuación y complementariedad con el instrumento que mide estrés y la resiliencia en minorías de género, evaluando el orgullo y capacidad de las personas de DSG en adecuarse a diferentes contextos (Testa, Habaerth, Peta et al., 2015; Hidalgo, Petras, Chen et al., 2019).

En conclusión, la unión de ambas escalas sugieren que la mejor manera de ser utilizadas es preguntar a personas de la DSG con qué frecuencia estuvieron expuestas/os a experiencias adversas, para conocer la intensidad del trauma (Bond, Stone, Salcido et al., 2021). Estos hallazgos invitan a establecer un marco específico y particular en la medición de personas de la DSG que sea apropiado debido a la marginación histórica y estructural, en lugar de subrepresentación estadística (Sotto-Santiago, 2019). Al mismo tiempo, deja entrever que continúa siendo escaso un instrumento en específico que se pueda utilizar para hacer la evaluación en experiencia adversa respecto al lugar que tiene el terapeuta para abordar dicha vivencia.

5 Particularidades de las experiencias adversas en la infancia en diversidad sexual y de género

Las experiencias adversas tienen un impacto en la salud y bienestar que puede ser independiente a la orientación sexual. Esto, debido a que las personas de la DSG experimentan experiencias tanto distales (o externas) (por ejemplo, discriminación en

relaciones interpersonales) y respuestas proximales (o internas) (por ejemplo, homo/transfobia internalizada) (Meyer, 2003). Sin embargo, es importante prestar atención a esta población debido a la prevalencia de dichas experiencias en personas LGB debido a las disparidades por orientación sexual (Austin et al., 2016). La caracterización de experiencias adversas permite observar en diversas dimensiones en que ocurren los fenómenos que afectan a las personas, logrando que sea más preciso este parámetro en relación a lo investigado en diversidad sexual y de género.

Se ha encontrado en estudios que personas de DSG presentan mayor prevalencia de agresión sexual infantil, agresión física infantil y maltrato emocional entre personas de minorías sexuales en comparación con sus pares heterosexuales (Andersen & Blosnich, 2013). Una revisión sistemática de estudios en Estados Unidos publicados entre 1989 y 2009 utilizando muestra probabilística y no probabilística, señala que el 76% de mujeres que pertenecen a la DSG y el 60% de hombres de DSG han vivido experiencias de abuso sexual en la infancia, cifra significativamente mayor a sus pares heterosexuales (Rothman, Exner & Baughman, 2011). En el caso de personas trans, se pesquisó que expresan un riesgo mayor a experiencias traumáticas vinculadas a la vivencia y expresión de género (Valentine & Shipherd, 2018).

Por otro lado, en las mediciones de adversidad temprana en cuestionarios de ACE, personas de la DSG obtuvieron puntajes más altos aludiendo a mala calidad de salud mental vinculando determinantes como la identidad de género, orientación sexual y variables demográficas. No obstante, personas transgénero reportan significativamente peor salud mental (Schnarrs et al., 2019). En el caso de estudio de experiencias adversas en la infancia, es escasa la literatura en diversidad sexual y de género, situación que se podría comprender debido a la limitación de mediciones en esta población (Vance & Rosenthal, 2018; Price et al., 2021). Para complementar la medición, Kroppman, Kim, Zaidi y colaboradores (2021), sugieren que se diseñen medidas que abarquen trauma y adversidad en personas de la diversidad sexual y de género focalizando preguntas en base a este ámbito.

6. Abordaje terapéutico en personas de la DSG

Desde el 2000 la APA ha continuado realizando avances en atención a DSG, creando la Guía para la Práctica Psicológica para Personas de Minorías Sexuales. Este documento se ha focalizado en 5 directrices entre las cuales destaca: Conocimiento y conciencia fundamental, Impacto del estigma, la discriminación y el estrés sexual de las minorías, Relaciones y familia, Cuestiones educativas y profesionales y Educación, formación e investigación profesional (APA, 2012).

El abordaje terapéutico en DSG se ha realizado a partir de la Terapia Afirmativa o “Affirmative therapy” desde 1982 la cual no constituye un sistema teórico o técnico independiente de los sistemas psicoterapéuticos ya conocidos, sino como un posicionamiento del terapeuta (Freitas, 2018). En virtud de aquello, se espera que los/as terapeutas tengan conocimiento y conciencia de aspectos culturales y del desarrollo por los que atraviesan personas de la diversidad sexual. Así mismo, se espera el autoconocimiento del terapeuta tomando conciencia de habilidades terapéuticas que utiliza dentro del proceso terapéutico (Perez, 2007; Vidal & Korn, 2022).

A raíz de lo anterior, es menester señalar que, debido a las dificultades de la utilización de la terapia afirmativa como concepto, autores refieren que es más correcto emplear la noción de un enfoque afirmativo o adaptación afirmativa para fortalecer y complementar modelos de tratamiento existentes (Bazán & Mansilla, 2022; Craig et al., 2013; Johnson, 2012). También es fundamental que profesionales de la salud mental que realizan un enfoque afirmativo no consideren el espectro LGBTQ+ como patológico al momento de realizar sus intervenciones, independiente del enfoque teórico que utilicen (Pepping, Lyons & Morris, 2018).

Por otro lado, se ha observado que el modelo de Psicoterapia Basado en la Familia (ABFT) ha tenido grandes avances en personas de DSG, sobre todo focalizado en

adolescentes LGB suicidas y deprimidos. Dicho modelo se centra en disminuir la disconformidad y aumentar el apoyo de los cuidadores hacia los adolescentes, brindando la oportunidad para que todos (cuidadores e hijos) practiquen nuevas habilidades de comunicación y regulación emocional a través de tres principios fundamentales los cuales son: a) reparar las rupturas de apego entre cuidador y adolescente, b) mejorar la base segura de apego para trabajar las habilidades de regulación emocional y c) motivar la alianza entre padres y adolescentes (Diamond, Diamond & Levy, 2021). También se ha adaptado este método de trabajo en adultos y jóvenes LGBT en familias que no les aceptan, provocando que experimenten sintomatología ansiosa y depresiva y en personas transgénero que utilizan centros de salud, potenciando el procesamiento emocional productivo y el enfoque afirmativo en la atención (Diamond et al., 2021; Diamond, Boruchovitz-Zamir, Nir-Gotlieb et al., 2022). A pesar de las diferentes perspectivas de abordaje, ninguna contempla precisamente las experiencias adversas, sino que contribuyen a una aproximación conceptual y social acerca de la población LGBT.

7 Competencias de los/as terapeutas para el abordaje con personas DSG

Un enfoque heteronormativo es el principal fenómeno de mala atención en salud para personas LGBT al ignorar la diversidad sexual y de género que existe, repercutiendo en la adherencia y asistencia de personas de la DSG a centros asistenciales (Estay, Valenzuela & Cartes, 2020). Además, se ha observado que la religiosidad, homofobia y heterosexismo influyen negativamente en las competencias de los profesionales (Balkin Schlosser & Levitt, 2009). Por consiguiente, el sistema de creencias de los/as terapeutas puede influir en la calidad de la atención. Si bien los cambios sociales han facilitado la sensibilización de los/as terapeutas, es relevante observar prejuicios personales que puedan interferir en el abordaje de los casos (Francia-Martínez, Esteban & Lespier, 2017).

Seguido de lo anterior, la falta de competencias específicas de los profesionales en esta población podría provocar abordajes y resultados deficientes junto a limitaciones metodológicas (Plöderl, Mestel & Fartacek, 2022). Así mismo, se ha expresado que

durante los procesos de psicoterapia todavía se generan microagresiones por parte de terapeutas y resistencia en la atención a personas trans, dejándoles sin recibir atención médica o psicológica (Francia-Martínez et al., 2017). La falta de formación en estudios superiores dentro de los programas de psicología ha demostrado ser una falencia que contribuye a dificultad las intervenciones en necesidades específicas de esta población, sobre todo en personas trans (Esteban-Reyes et al., 2016). A partir de lo antes descrito, la pregunta de investigación que guía este proyecto es: ¿Qué estrategias de intervención perciben los/as terapeutas y cómo las utilizan al abordar las experiencias adversas en la infancia de pacientes de la diversidad sexual y de género?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar las estrategias de intervención que perciben los/as terapeutas y cómo las utilizan al abordar las experiencias adversas en la infancia de pacientes de la diversidad sexual y de género.

Objetivos Específicos:

- Conocer la experiencia de los terapeutas en la atención de pacientes que han vivido experiencias adversas en la infancia y se identifican dentro de la diversidad sexual y de género.
- Describir las intervenciones que realizan los/as terapeutas al abordar las experiencias adversas en la infancia en pacientes de la diversidad sexual y de género.
- Comprender cómo los/as terapeutas integran una perspectiva afirmativa en el ejercicio de la profesión en pacientes de la diversidad sexual y de género que han vivido experiencias adversas en la infancia.

PREGUNTAS DIRECTRICES

La presente investigación tiene las siguientes preguntas directrices, las cuales se elaboran a partir de los objetivos específicos antes descritos:

- ¿Qué situaciones ha observado en pacientes/consultantes que han vivido ACE?
- ¿Cómo ha sido para usted conocer la experiencia de ACE de sus pacientes/consultantes?
- ¿De qué manera surge el relato de las experiencias de ACE de sus pacientes/consultantes?
- ¿Qué aspectos se evalúan previo a las intervenciones?
- ¿Hay diferencia en el abordaje de intervenciones de acuerdo a cada paciente?
- ¿Cómo son las intervenciones realizadas?
- ¿Qué rol cumple la terapia afirmativa o enfoque afirmativo en el abordaje de experiencias adversas en la infancia en personas DSG?
- ¿Cómo contribuye el enfoque afirmativo un abordaje específico en personas que han vivido ACE?
- ¿La psicoterapia afirmativa resguarda el bienestar de personas de la DSG que han vivido experiencias adversas en la infancia?

METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño de Investigación Cualitativa, la cual se entiende como un método que se utiliza para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, así como procesos de pensamientos, emociones y sentimientos, permitiendo que se puedan explorar desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en su contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2014; Strauss y Corbin, 2002). Dicha exploración se realiza a partir de la información entregada por los/as entrevistados/as en virtud de sus intervenciones. Por otro lado, el alcance de la investigación es exploratoria, cuyo objetivo es conocer un tema poco estudiado o se tiene poca información al respecto (Hernández et al., 2014) como lo es el abordaje terapéutico en pacientes DSG que han vivido experiencias adversas en la infancia.

Los/as participantes se detallan a continuación (Tabla 1)

<i>Género</i>	<i>Años Experiencia</i>	<i>Enfoque Clínico</i>	<i>Sector de trabajo</i>
Femenino	Novel	Psicoanalítico	Privado
Femenino	Novel	Sistémico	Privado
Femenino	Novel	Psicoanalítico	Privado
Femenino	Novel	Relacional	Privado
Femenino	Novel	Relacional	Privado
Femenino	Media Experiencia	Sistémico	Público
Femenino	Alta experiencia	Integrativo	Público / Privado
Masculino	Alta experiencia	Sistémico	Público
Masculino	Alta experiencia	Cognitivo	Privado
Masculino	Alta experiencia	Relacional	Privado

¹Se entienden como terapeuta novel aquellos entre 0 a 2 años de experiencia. Media experiencia entre 3 a 8 años y de alta experiencia a aquellos que tienen sobre los 9 años de experiencia clínica.

¹ Descripción tabla participantes.

La cantidad de participantes se contempló de acuerdo al logro de la saturación teórica, por ende, no se consideró previamente un estimado de entrevistas. Así mismo, como criterio de inclusión es que el/la terapeuta realice la atención desde un posicionamiento afirmativo. Entre los criterios de exclusión se consideraron terapeutas que no tengan un abordaje afirmativo o que no haya tenido atención a pacientes de la diversidad sexo genérica.

Para el proceso de técnicas de producción de datos se utilizó una entrevista semiestructurada (Anexo 1), entendida como un encuentro entre investigador e informante, donde se comprenden las perspectivas que tienen los/as participantes respecto a su experiencia o situaciones a partir de la explicación con sus propias palabras guiándose por temas particulares que se deben cumplir, sin limitar la expresión de los/as terapeutas (Balcázar, González, Gurriola et al., 2013). A partir de este parámetro, es necesario precisar que la conceptualización de los datos como también la elaboración de la entrevista contempla la capacidad del hablante ideal desde la noción de competencia, contribuyendo al hallazgo empírico, fomentando la representación fonética y la interpretación semántica de lo narrado desde el orden social (Ibáñez, 1991). Por ende, se pone énfasis en quién y cómo señala aquello que dice, permitiendo la caracterización de la muestra de participantes en el momento del análisis.

El proceso de recolección de información se realizó a través del muestreo por Bola de Nieve, entendido como procedimiento arbitrario el cual se utiliza para contactar personas o unidades muestrales con características particulares de modo progresivo, ocupada comúnmente en investigaciones de tipo exploratoria (Katayama, 2014). Por consiguiente, las entrevistas se focalizaron en terapeutas que realizan o realizaron atención a pacientes que se identifican como personas LGBT. Dichos/as terapeutas pertenecen a sistemas de salud pública y privada, con variados años de experiencia y el contacto con ellos/as se gestionó a partir de la consulta hacia psicólogos/as que trabajan en áreas relacionadas a DSG, principalmente por correo electrónico. La devolución de información

a los/as participantes se gestionó una vez que se realizó el análisis, resguardando el anonimato y utilizando un pseudónimo para que no haya identificación. Así mismo, se entregó una carta de consentimiento informada previa a la participación en esta investigación.

La propuesta de análisis de información se realizó a partir de la estrategia de uso de teoría fundamentada, la cual se entiende como un proceso en el que se conceptualizan e integran datos objetivos mediante la codificación de grandes cantidades de datos considerando sus significados (Strauss & Corbin, 2002). Este análisis se desarrolló mediante el software ATLAS.TI, respetando la codificación a través de teoría fundamentada de acuerdo a los diferentes niveles de análisis.

En cuanto a los aspectos éticos, se buscó la confiabilidad de los datos, consignando en ello la capacidad de guiar un procedimiento en el cual otros/as investigadores puedan revisar la gestión del proceso y validar la manera en que se lleva a cabo (Vasilachis, 2009). Entre los aspectos relevantes a señalar en la confiabilidad, se reporta que el proceso de búsqueda de información tanto a nivel nacional e internacional ha sido compleja, debido a la escasa investigación relacionada a la intervención de terapeutas en población LGBT en experiencias adversas en la infancia. Así mismo, se ha observado que las publicaciones científicas identificadas en población chilena corresponden a aspectos sociales y de impacto en salud mental, dando cuenta de la dificultad de buscar cierta especificidad en el abordaje psicoterapéutico de DSG en experiencias adversas.

Por otro lado, se buscó la saturación teórica, entendida como la elección de otros/as investigadores que puedan revisar los datos analizados desde la similitud y disimilitud de los datos validando que más entrevistas no agregarán ideas o nuevas perspectivas, al igual que la triangulación, permitiendo así que no se alteren los datos analizados (Flick, 2007). Para ello se hizo la revisión en conjunto de cada uno de los niveles de análisis para no generar sesgos al momento de determinar puntualizaciones de los resultados.

Finalmente, se consigna a partir de los criterios éticos el uso de un consentimiento informado, el cual permita conocer la finalidad de la investigación a cada terapeuta con el fin que pueda optar libremente por participar o no de esta investigación sin perjuicio alguno. De esta manera, se resguardó también el anonimato una vez realizado el análisis de los datos entregados.

RESULTADOS

A partir del análisis las entrevistas de los/as psicoterapeutas entrevistados/as se identificaron cuatro categorías que explican cómo se genera el abordaje a personas de la diversidad sexual y de género que han vivido experiencias adversas en la infancia (EAI). (ANEXO 2)

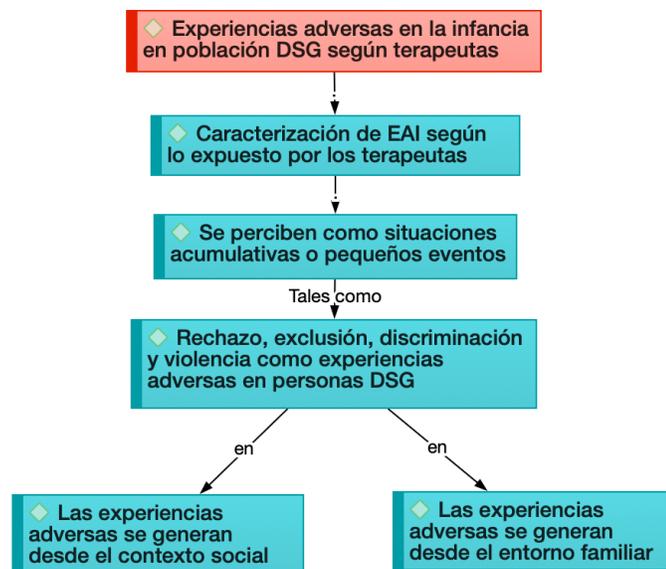
Figura 1: Categorías Generales



La primera categoría se describe como: Caracterización de EAI según lo expuesto por los terapeutas. Segunda categoría: Condiciones que observan terapeutas al aproximarse a EAI. Tercera categoría: Métodos de aproximación que tienen los/as terapeutas para abordar EAI y Cuarta categoría: Factores protectores contribuyen en proceso de abordaje de EAI.

Categoría 1: Caracterización de EAI según lo expuesto por los terapeutas.

Figura 2: Caracterización de EAI según lo expuesto por los terapeutas.



La percepción que tienen los/as terapeutas acerca de las experiencias adversas en la infancia es de situaciones recurrentes o eventos específicos que generan una repercusión en la vida de la persona. Es importante destacar que se percibe con temporalidad, tal como se determina a continuación: “(...)desde la infancia pasó algo que se fue acumulando, acumulando y acumulando, entonces tienen rasgos de un trauma complejo, pero por cosas acumulativas” (E10). Se agrega que dentro de las distintas experiencias con pacientes se ha percibido lo siguiente “yo creo que he tenido como harta diversidad las atenciones, personas que efectivamente han tenido situaciones de exclusión, de rechazo o de discriminación” (E8). Finalmente, se expresa que personas de la DSG “Nunca están exentas de experiencias adversas, por lo menos hasta lo que yo he visto siempre hay, o negligencia emocional o ya física, o... maltrato psicológico o sentimiento de abandono, harto, sentimiento de exclusión” (E2).

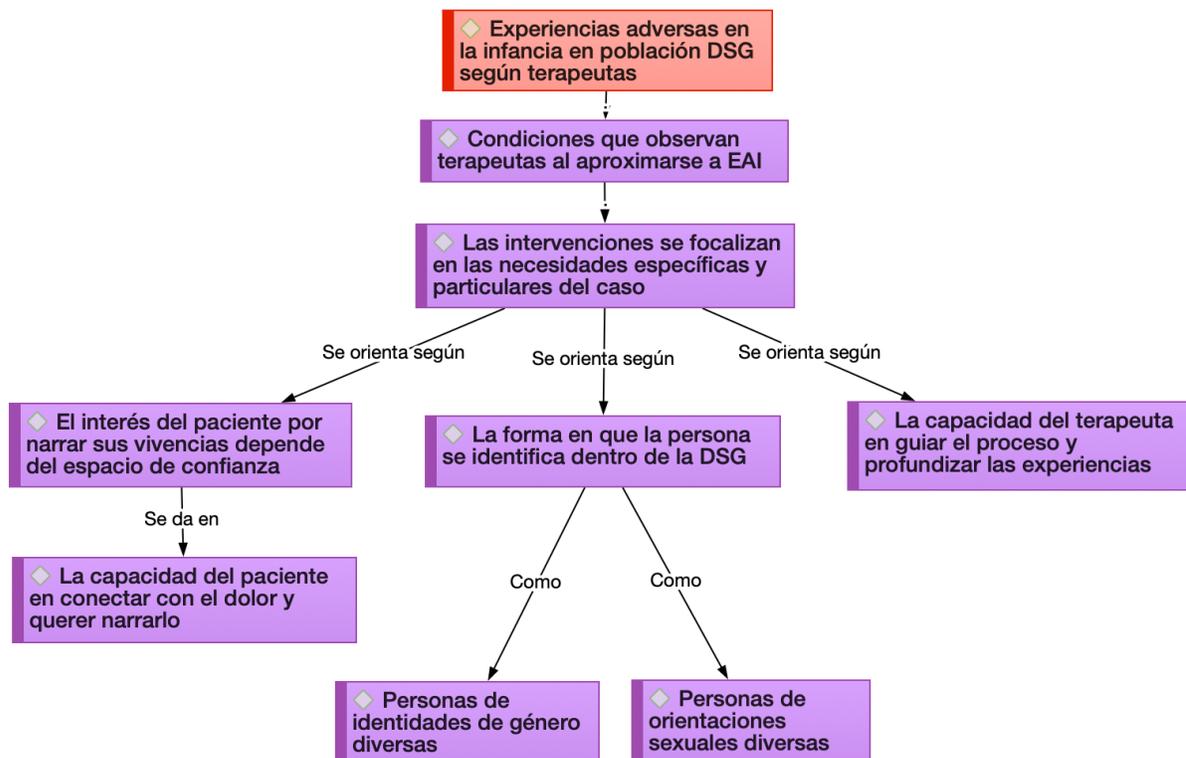
No solo en sí misma la discriminación, rechazo, exclusión y violencia constituye malestar, sino que también se puntualiza desde el lugar de donde se genera o quién lo produce influyendo en la pertenencia de la persona en el entorno “la no aceptación, es una de las experiencias adversas del entorno clave. Como desde el rechazo y la no aceptación” (E8). Por consiguiente, se genera una pérdida de pertenencia de la persona

hacia la familia: “Y de repente se puede vivir con mucha culpa, con una sensación de que gracias a este evento yo soy diferente, que no me puedo adaptar, que gracias a este evento las familias no protegen, retraumatizan,” (E6).

También las experiencias adversas se generan desde el entorno social “ (...) en un grupo de pares donde se reproduce de manera súper cruda en las relaciones o el estereotipo de género o los distintos estereotipos de género van quitando las posibilidades como... alternativas de subjetividad del mundo” (E3). Por ende, afecta el sí mismo y su continuidad desde el autoconcepto.

Categoría 2: Condiciones que observan terapeutas al aproximarse a EAI.

Figura 3: Condiciones que observan terapeutas al aproximarse a EAI.



Las intervenciones referidas por los/as terapeutas se puntualizan en el caso a caso, es decir, según el interés que tiene la persona por relatar sus vivencias desde la perspectiva que cada situación vivenciada es particular “(...) no es como qué tan fuerte o impactante objetivamente una situación, sino como eso se enlaza a la vivencia de la persona, qué tanto apoyo u otros referentes tuvo para poder sostenerse ante eso que afecta” (E1). Seguido de ello, hay que tener en cuenta la posibilidad de la persona para conectarse con la situación vivida “Siempre voy haciendo esa comunicación y ese trabajo continuo con los pacientes para que ellos también me vayan dando feedback de hasta dónde son capaces de llegar. Les pregunto si se sienten muy angustiados y vamos de a poco” (E6).

Es menester destacar que la capacidad del paciente en conectar con la experiencia se relaciona a la manera que tiene el/la terapeuta en guiar el proceso según lo que se va observando y escuchando en el espacio de sesión:

El paciente también, de una u otra manera, va sujetando esas palabras o esas cosas que uno trae al proceso, esas partes más escindidas, o más fragmentadas, o más disociadas, o no elaboradas, o no pensadas, de distintas miradas, y las vas conversando y a veces te las trae a la otra sesión. Ahí uno puede empezar a indagar y a construir más. Pero tiene que ver mucho con el timing de la relación terapéutica (E8).

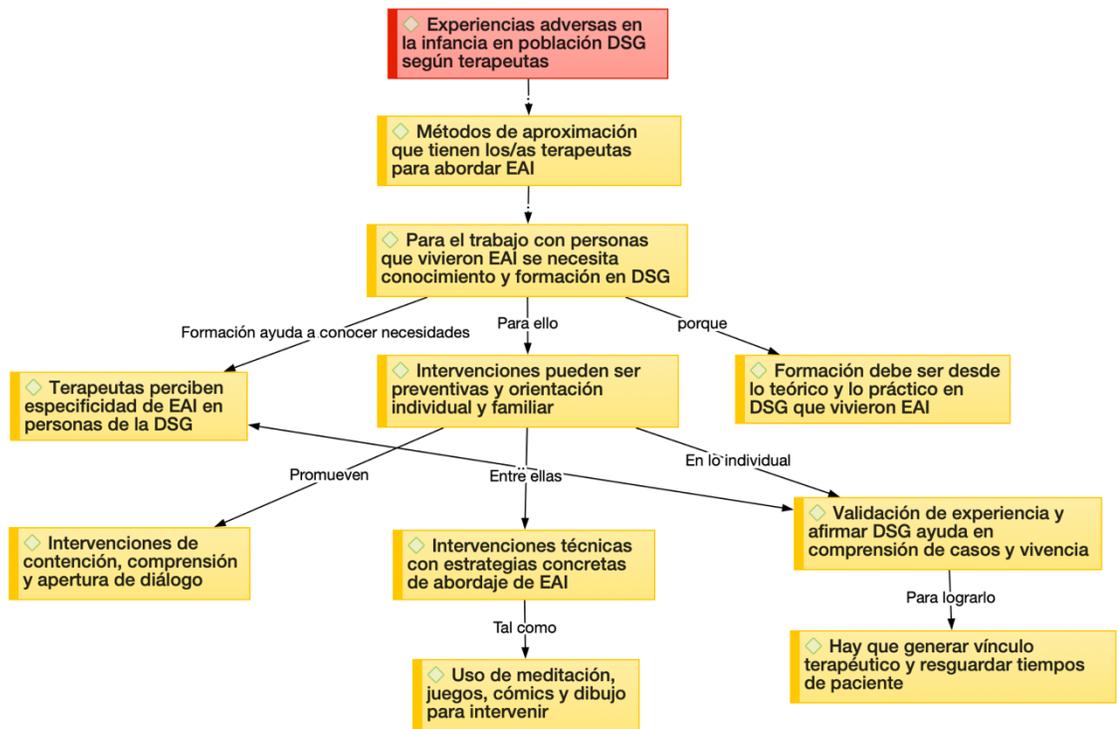
A partir de lo anterior, terapeutas destacan lo significativo que resulta el mantener una buena relación terapéutica, destacando el espacio como un lugar de confianza, cuidado, contención y apoyo. Así mismo, se indica lo siguiente: “Implica que sea un espacio donde sientan esa confianza y seguridad de mostrar esas vulnerabilidades. Todo eso tiene que ver con el vínculo terapéutico, desde la acogida cálida en este espacio” (E5).

Por otro lado, terapeutas entrevistados/as señalan que hay diferencias entre las experiencias adversas vividas y la manera en que la persona se identifica dentro de la diversidad sexual y de género:

Si uno lo ve cómo fue en el colegio, en la calle, en otros espacios, ahí la diferencia es muy grande, porque las personas trans se vuelven víctimas de violencia física, de una exclusión que suele ser mucho más potente que, por ejemplo, un hombre que es homosexual (E7).

En esta perspectiva se observa que hay aspectos relacionados a la vivencia de la persona en el entorno según la manera en que se identifica y cómo repercute a partir de diferentes experiencias vividas “no todas las personas estamos en las categorías de privilegio u opresión y nuestro contexto sociocultural, el escaparse de la hétero-cis norma es una categoría de interseccionalidad, que afecta el desarrollo de las personas a nivel social y cultural” (E5).

Categoría 3: Métodos de aproximación que tienen los/as terapeutas para abordar EAI.
 Figura 4: Métodos de aproximación que tienen los/as terapeutas para abordar EAI.



Desde esta perspectiva, fue unánime la creencia de los/as terapeutas en dar relevancia a la formación profesional para trabajar con personas de la diversidad sexual y de género, planteando diferentes tópicos en los que hay que tener conocimiento:

Lo inicial tiene que ver con entender la sexualidad con esta mirada amplia, donde haya ojalá un enfoque positivo y afirmativo respecto a la diversidad sexual o al enfoque de género, un enfoque sobre los derechos sexuales, los derechos humanos, creo que esos son los factores principales como base (E5).

En relación a lo antes expuesto, se van profundizando las intervenciones a partir de las características específicas de esta población, entre ellas la noción de género “fue muy importante tener ramos de género, y que pudiera también ligar y acompañarse de lo teórico y en lo práctico. Tener una parte no solamente de los libros, sino que también la práctica clínica me parece fundamental que esté en la formación” (E4). Seguido de ello, también se expone el conocimiento de modelos y características puntuales de la diversidad, entre ellos “Todo este modelo de la interseccionalidad, el estrés de las minorías, como todos esos conceptos que ayudan a entender las distintas categorías de opresión también aportan hartito a que hayan más profesionales sensibilizados y conscientes de estos caminos” (E5).

Terapeutas también dan cuenta de la especificidad en salud mental de esta población con las particularidades entre personas LGB y personas Trans, visibilizando el impacto y gratificación que se genera cuando el lugar de atención es contedor:

Sabemos también que la comunidad de la diversidad es la comunidad que tiene mayor índice de suicibilidad y aun así la comunidad trans es mucho mayor que la que comunidad general disidente y cómo eso va disminuyendo cuando hay un médico, hay un psicólogo, un dentista o un profesional que respeta la identidad de género del paciente, respeta el pronombre, entonces cuando el contexto familiar no está apoyando, por lo

menos demosle dignidad en este espacio que dura veinte o cuarenta minutos de atención (E9).

Al ahondar en las experiencias hay que resguardar el espacio para la persona y la manera en que quiera relatar sus vivencias las cuales pueden ir desde el hecho pasado, pero también el efecto en el presente “(...)qué es lo que provoca, qué sensaciones hay, cuando ves o te acuerdas qué te pasa, experiencias corporales, factores protectores, si es que hay algo ocurriendo todavía en el presente, evaluar si sigue ocurriendo o si fue hace años” (E6). Desde esta perspectiva se puede conocer cómo afectó el suceso y generar estrategias de prevención al constatar factores protectores. También se enfatiza que se debe “explicitar de que la víctima nunca es la culpable” (E9).

Los/as terapeutas refieren que al intervenir se tienen que respetar los momentos del proceso para así cuidar a los/as pacientes “tiene que ver con los tiempos y tiene mucho que ver con que hay temas que... que yo creo que incluso a veces en la primera sesión se sabe o se identifica que esto va a tener un momento” (E3). Por consiguiente, no se pierde de vista el contenido relatado para retornar en algún momento del proceso. En virtud de ello, dicho planteamiento se vincula a la capacidad de acoger y brindar un lugar de seguro “(...) es importante el espacio terapéutico, un espacio seguro, de confianza. Cuánto le haga sentido también ingresar ahí, porque no siempre las personas con sus tiempo, más psíquicos, están preparadas para profundizar en todos estos contenidos” (E5).

En el lugar que utiliza el/la terapeuta no queda exento como intervención, porque puede ser un modo de comunicación y de apertura al relato “La forma de estar en el espacio, de situarse, posicionarse con tu cuerpo en el espacio de una forma que invite al diálogo, que no sea amenazadora, cosa de también utilizar el cuerpo para generar respuestas” (E7).

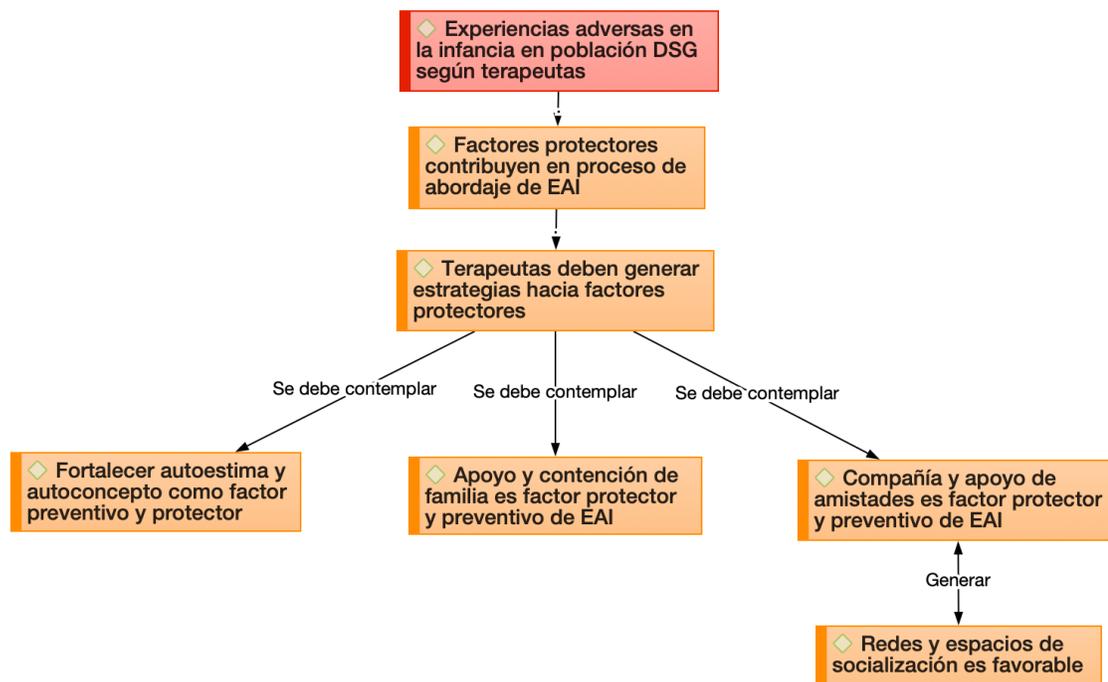
Desde la misma noción, el rol terapéutico desde lo protector se constituye a partir de lo siguiente:

Como terapeuta, afirmativamente tanto desde la perspectiva de género como de experiencias adversas, uno tiene que ser todo eso que el paciente no tuvo en muchos casos: proteger, crear, desarrollar, dar una sensación de seguridad, y finalmente crear un espacio para esa historia, no dejar en ningún momento un espacio para la duda (E6).

Respecto a lo antes expuesto, terapeutas también definen que se pueden utilizar técnicas concretas para profundizar y ayudar a exteriorizar las vivencias, por ejemplo, “si a la gente le gusta escribir, bueno le pido que escriba, si a la gente le gusta dibujar, dibujan, depende mucho de qué cosa le hace sentir cómodo” (E2). Además, hay otros recursos tales como:

Otra cosa que aparece es la referencia a serie, mangas, podcast, libros, literatura clásica, héroes, villanos, lo narrativo ha aparecido bastante desde la pandemia y es un recurso que se despliega a lo largo de todo el proceso. Son personajes que simbólicamente envuelven la experiencia interna del paciente, la representación y la subjetividad del mundo interno está representado en el personaje o la narrativa y eso es lo que se va integrando (E8).

Categoría 4: Factores protectores contribuyen en proceso de abordaje de EAI.
Figura 5: Factores protectores contribuyen en proceso de abordaje de EAI.



Los factores protectores también se configuran como elementos preventivos, porque permiten que se generen estrategias de apoyo, cuidado y resguardo del bienestar de las personas tanto al haber vivido circunstancias que afectaran su salud mental como al evitar que ocurran “Tener a alguien que, que te haga sentir como seguro y creo que sí, que es un factor protector” (E2). En el caso de haber sido expuesto a alguna circunstancia que constituya una experiencia adversa, los/as terapeutas refieren que: “Yo creo que una de las cosas centrales es lo relacional: quién te acompaña, tu familia, tus amigos, una persona significativa” (E8). También los factores se caracterizan a partir de lo siguiente:

El primer factor son las amistades. Saber que hay alguien que puedes confiar, que están ahí y te puedes acercar en momento de necesidad. Ese es el mayor efecto protector; tener amistades y una red de apoyo ahí. El otro factor es vincularse a movimientos políticos, fundaciones, ONGs. Siento que eso ayuda mucho a transformar la experiencia que están viviendo, compartirla con otras personas, tener actividades relacionadas con esto.

Siento que las amistades, vincularse y también tener hobbies, distracción.

Pensaba en pacientes que tienen un grupo para ir a andar en bici (E7).

Dentro de lo protector y aspectos que se deben intervenir están los factores que se relacionan al autoconcepto y autopercepción “sus creencias, de su estructura de pensamiento con respecto al valor que tienen, muy centrado en su autoestima, muy centrado en sentir que se les reconoce, que se les ve y se les valida por lo que son” (E5). También se tiene que conocer “(..) qué miedos tienen, qué vivencias adversas han tenido y cómo éstas pueden influir en como se relacionan con su autopercepción. Entonces creo que es crucial que uno las pueda tener muy presente en terapia” (E10).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Esta investigación expone la manera que los/as terapeutas perciben la forma en que intervienen en población DSG que vivió experiencias adversas en la infancia. Dentro de esa premisa, cabe destacar que no solo se focaliza en la intervención en sí misma, sino que también qué y cómo describen las experiencias de sus pacientes, la relevancia de la formación y los factores protectores circundantes en el tema.

Primeramente, en el caso del objetivo general se pudieron identificar las estrategias de intervención que perciben los/as terapeutas y cómo las utilizan al abordar las experiencias adversas en la infancia de pacientes de la diversidad sexual y de género. Entre ellas se hace necesario exponer que los/as terapeutas explican las experiencias adversas como situaciones vividas que generan una repercusión en el bienestar e incluso en la salud mental de sus pacientes. Por consiguiente, reportan que es importante indagar experiencias adversas y profundizar en ellas según la disposición que tenga el/la paciente para relatar lo vivido. Al mismo tiempo, se destaca que la gran estrategia de intervención se focaliza en el establecimiento de un vínculo de confianza donde exista un espacio seguro donde contenerse y generar la afirmación. Desde esta perspectiva, se indica la apertura del terapeuta en la diversidad sexo genérica, abordaje culturalmente competente y manejo o formación en diversidad.

Dentro de las narraciones identificadas por los/as terapeutas se señala que es reiterada la aparición de discriminación del entorno social, rechazo, exclusión e incluso violencia. También ocurren como maltrato, negligencia y abuso. Desde esta perspectiva, los/as terapeutas informan que bajo ninguna circunstancia la consecuencia de estos hechos constituye que los pacientes pertenezcan a la diversidad sexual y de género, resguardando la integridad y anticipándose a comprensiones psicopatologizantes.

Desde la perspectiva de contribuir a un espacio seguro co-construido que favorezca el vínculo terapéutico, Mohr, Fuertes & Stracuzzi (2015) indican que frente a una alta integración de sucesos en relación a la capacidad del paciente por percibir sus vivencias se generan condiciones que facilitan la alianza, un trabajo terapéutico profundo y mejora el funcionamiento del paciente entendido como áreas afectadas por el suceso difícil.

Por otro lado, aquellos planteamientos relacionados a indagar las experiencias adversas según los tiempos y capacidades del paciente se podrían explicar a partir del resguardo del espacio y la seguridad que la persona requiere, pero también el miedo a volver a traumatizar a los pacientes mediante la exploración o poner en peligro la relación terapéutica (Kazlauskas, Javakhishvili, Meewisse et al., 2016; Lueders, Sander, Leonhard et al., 2022).

En virtud de lo antes descrito, también se hace necesario re-pensar qué es lo que se interviene cuando se interviene y qué es lo que se profundiza cuando se quiere abordar el suceso adverso, ya que en general los/as terapeutas remiten la relevancia de dar los tiempos y de acompañar el relato profundizando las experiencias según la capacidad del paciente, pero no queda claro qué es y cómo se profundiza aquello que se quiere observar. En relación a ello, Lueders et al. (2022) exponen que puede haber diferentes interpretaciones de lo que los terapeutas y los pacientes quieren decir con "explorar eventos traumáticos". "Explorar" puede entenderse como indagar una vez sobre eventos traumáticos, pero no volver a considerar traumas potenciales en el transcurso del tratamiento. Parte de esta situación podría comprenderse si los/las terapeutas transmitieran las intervenciones que realizan al igual que las estrategias y técnicas empleadas.

A partir de lo anterior, también se considera relevante considerar que la capacidad de auto-observación y estrategias de auto-observación no se remiten en las personas entrevistadas, dejando entrever lo difícil que puede ser como terapeutas relatar nuestras

intervenciones en psicoterapia y lo que vamos sintiendo al abordar situaciones difíciles como lo son las experiencias adversas.

Desde el abordaje los/as terapeutas de manera unánime exponen la importancia de una postura afirmativa hacia la diversidad y conocimiento y formación constante de esta población como eje para las intervenciones y psicoterapia. En relación a ello, Mohr, Fuertes & Stracuzzi (2015) indican que los aspectos básicos de la relación y el proceso terapéutico con clientes de minorías sexuales no pueden entenderse completamente sin considerar cómo los clientes han afrontado los desafíos relacionados con el estigma, la autoaceptación y la integración social. Además, brindar una atención afirmativa ayuda en el buen trato, adherencia de los procesos y valoración de la atención recibida de los/as pacientes formando vínculo de confianza y comunicación efectiva (Estay et al., 2020).

También se observa desde la preocupación de los/as terapeutas participantes que se debe fortalecer el conocimiento en esta población respecto a características específicas tales como género, diversidad, interseccionalidad y diferencias entre personas de la comunidad, ya que no puede contemplarse como una población homogénea. En relación a ello, no todas las personas afectadas por una enfermedad mental y/o un evento traumático tienen acceso al tratamiento psicoterapéutico y por consiguiente, se hace evidente la necesidad de fortalecer las competencias en abordaje de experiencias adversas en el sector de la salud mental independiente de la formación teórica que tengan los/as terapeutas, la cual tiende a ser insuficiente desde la formación profesional en diversidad y la pertinencia de enmarcarse desde una posición afirmativa (Concha, Martínez, Spuler, 2023; Lueders et al., 2022).

Finalmente, entre los hallazgos de esta investigación se expone la pertinencia de fortalecer y contribuir hacia factores protectores y preventivos de experiencias adversas en la infancia para así evitar consecuencias en salud mental. Es por ello que la prevención primaria de las ACE, así como los servicios diseñados para ayudar a las personas LGB a

reconocer y afrontar el estrés de la adversidad infantil, pueden ser una estrategia eficaz para mejorar los resultados a largo plazo y reducir las disparidades de salud según la orientación sexual, ya que en caso contrario pueden representar mayor proporción de riesgo en salud mental (Austin et al., 2016).

Las limitaciones encontradas en este estudio demarcan la necesidad de revisar constantemente las preguntas para profundizar las intervenciones realizadas por los/as terapeutas y la percepción que tienen acerca de ellas para poder transmitir las diferenciando abordajes comunes en diversidad y profundización en experiencias adversas. También focalizar qué es lo que se interviene en las experiencias adversas, ya que es un tema escasamente estudiado que necesita seguir consolidando conocimiento para brindar una atención de calidad a los/as pacientes.

Por otro lado, es relevante destacar que el muestreo por bola de nieve si bien permitió conseguir terapeutas de diversos años de experiencia, formación teórica y lugar de atención, puede ser que bajo otro tipo de muestreo se consiga mayor información que no esté intencionada a un cierto sector. A partir de lo revisado en esta investigación sería interesante considerar la perspectiva de los/as pacientes intervenidos/as para saber cómo perciben las intervenciones y qué elementos son pertinentes de abordar en un proceso de terapia para tener la perspectiva desde las propias personas que están implicadas. Finalmente, se enfatiza en la necesidad de seguir generando insumos en salud mental en población de la diversidad sexual y de género, porque sigue siendo escasa y limitada, centrada en aspectos sociales sin focalizar intervenciones en temáticas específicas en psicoterapia.

REFERENCIAS

- Allen, J. (2013). *Restoring Mentalizing in Attachment Relationships: Treating Trauma With Plain Old Therapy*. American Psychiatric Association: London.
- American Psychological Association (2012). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. *The American psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- Andersen, J., & Blosnich, J. (2013). *Disparities in adverse childhood experiences among sexual minority and heterosexual adults: results from a multi-state probability-based sample*. *PloS one*, 8(1), e54691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>
- Astuti, D., Hidayat, A., Humaira, R., Widyastari, A., & Sinaga, D. (2017). *Accessibility to Media and Its Relation to Stigmatization toward Lesbian-Gay-Bisexual and Transgender (LGBT) Individuals: a Study among 2nd Year Midwifery Students in Yogyakarta*. *Journal of Health Research*, 31(4), 263–269. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/92154>
- Austin, A., Herrick, H., & Proescholdbell, S. (2016). *Adverse Childhood Experiences Related to Poor Adult Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals*. *American journal of public health*, 106(2), 314–320. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302904>
- Balcázar, P., González, N., Gurriola, G., & Moysén, A. (2013). *Investigación Cualitativa*. UAEM.
- Balkin, R., Schlosser, Z., & Levitt, D. (2009). *Religious identity and cultural diversity: Exploring the relationships between religious identity, sexism, homophobia, and multicultural competence*. *Journal of Counseling & Development*, 87(4), 420–427. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00126.x>
- Barrientos, J. (2015). *Violencia homofóbica en America Latina y en Chile*. El Buen Aire S.A.
- Barrientos, J. (2016). *Situación social y legal de gays, lesbianas y personas transgénero y la discriminación contra estas poblaciones en América Latina*. Sexualidad,

Salud y Sociedad, 22, 331-354. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.15.a>.

- 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>
- Bazán, A. y Mansilla, M. (2022). *La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática*. *Clínica Contemporánea*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.5093/cc2022a1>
- Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A., González, A., Carrasco, M., & Gloger, S. (2020). *Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica*. *Revista médica de Chile*, 148(3), 336-343. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, P., Stein, A., Newcomb, D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bidell, M. (2016). *Mind our professional gaps: Competent lesbian, gay, bisexual, and transgender mental health services*. *Counselling Psychology Review*. 31. 67-76. [10.53841/bpscpr.2016.31.1.67](https://doi.org/10.53841/bpscpr.2016.31.1.67).
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). *Accumulated childhood trauma and symptom complexity*. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 223–226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>

- Bockting, W & Keatley, J (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.*
- Bond, A., Stone, L., Salcido, R., & Schnarrs, P. W. (2021). *How often were you traumatized? Reconceptualizing adverse childhood experiences for sexual and gender minorities.* *Journal of affective disorders*, 282, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.117>
- Brooks, R. (1981). *Minority stress and lesbian women.* MA: Lexington Books
- Cheng, P., & Langevin, R. (2023). *Unpacking the effects of child maltreatment subtypes on emotional competence in emerging adults.* *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 1), S102–S111. <https://doi.org/10.1037/tra0001322>
- Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, A., Garvert, W., Henn-Haase, M., Falvey, C., & Saito, J. (2019). *Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health.* *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>
- Concha, F., Martínez, C., y Spuler, C. (2023). *¿Qué se enseña sobre temáticas LGBT+ en el currículo, de psicología en universidades chilenas?* *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 10, 17-34. <https://doi.org/10.46661/relies.8242>
- Craig, L., Austin, A. & Alessi, E. (2013). *Gay affirmative cognitive behavioral therapy for sexual minority youth: A clinical adaptation.* *Clinical Social Work Journal*, 41, 258–266. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0427-9>
- Diamond, G., Diamond, M., & Levy, S. (2021). *Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research.* *Journal of affective disorders*, 294, 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.005>
- Diamond, G. M., Boruchovitz-Zamir, R., Nir-Gotlieb, O., Gat, I., Bar-Kalifa, E., Fitoussi, P. Y., & Katz, S. (2022). *Attachment-based family therapy for sexual and gender*

- minority young adults and their nonaccepting parents*. *Family process*, 61(2), 530–548. <https://doi.org/10.1111/famp.12770>
- Estay, F., Valenzuela, A & Cartes, R. (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>
- Esteban-Reyes, C., Ortíz-Mendoza, C. M., Rivera-Morales, N., Purcell-Baerga, P., & Ruiz-Mojica, G. (2016). *La educación del género en peligro de extinción: Preparación de psicoterapeutas clínicos en Puerto Rico*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 80–93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233245623006>
- Flick, U. (2007). *Managing Quality in Qualitative Research*. Sage.
- Fredriksen-Goldsen, I., Simoni, M., Kim, J., Lehavot, K., Walters, L., Yang, J., Hoy-Ellis, P., & Muraco, A. (2014). *The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities*. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(6), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- 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.
- Freitas De León, Paribanú. (2018). *Terapia afirmativa: una introducción a la psicología y a la psicoterapia dirigida a gays, lesbianas y bisexuales*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(1), 246-254. <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n1.13>
- Felitti, J., Anda, F., Nordenberg, D., Williamson, F., Spitz, M., Edwards, V., Koss, P., & Marks, S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Fernández-Garrido, S. y Romani, O. (2017). *Diagnóstico participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad en el municipio de Madrid*. Medical Anthropology Research Center.
- Hayes-Grudo, J. & Sheffield, A. (2020). *Adverse and protective childhood experiences: A developmental perspective*. American Psychological Association.
- Hein, C., & Monk, S. (2017). *Research Review: Neural response to threat in children, adolescents, and adults after child maltreatment - a quantitative meta-analysis*. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 58(3), 222–230. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12651>
- Herek, M., Gillis, R., & Cogan, C. (2009). *Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective*. Journal of Counseling Psychology, 56(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Hidalgo, M. A., Petras, H., Chen, D., & Chodzen, G. (2019). *The Gender Minority Stress and Resilience Measure: Psychometric Validity of an Adolescent Extension*. Clinical practice in pediatric psychology, 7(3), 278–290. <https://doi.org/10.1037/cpp0000297>
- Ibáñez, J. (1991). *El Regreso Del Sujeto: La investigación Social De Segundo Orden*. Editorial Amerinda.
- ILGA World Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. (2020). *Lucas Ramón Mendos, Poniéndole límites al engaño: Un estudio jurídico mundial sobre la regulación legal de las mal llamadas “terapias de conversión”*. Ginebra.
- ILGA World. (2020). Lucas Ramon Mendos, Kellyn Botha, Rafael Carrano Lelis, Enrique López de la Peña, Ilia Savelev and Daron Tan, *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*.

- Johnson, S. D. (2012). *Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: Implications for contemporary psychotherapy research*. American Journal of Orthopsychiatry, 82(4), 516–522. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01180.x>
- Karatekin, C., & Hill, M. (2018). *Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs)*. Journal of child & adolescent trauma, 12(3), 289–306. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0237-5>
- Katayama, R. (2014). *Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Fondo Editorial UGIV.
- Kazlauskas, E., Javakhishvilli, J., Meewisse, M., Merecz-Kot, D., Şar, V., Schäfer, I., Schnyder, U., & Gersons, B. P. (2016). *Trauma treatment across Europe: where do we stand now from a perspective of seven countries*. European journal of psychotraumatology, 7, 29450. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29450>
- Kroppman, C., Kim, S., Zaidi, A., Sharma, H., & Rice, T. (2021). *Transgender and gender-nonconforming youth deserve further study in relation to adverse childhood experiences*. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 25, 2 - 4.
- Lueders, J., Sander, C., Leonhard, A., Schäfer, I., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2022). *Trauma assessment in outpatient psychotherapy and associations with psychotherapist's gender, own traumatic events, length of work experience, and theoretical orientation*. European Journal of Psychotraumatology, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2029043>
- Martin, G. (2016). *Quiérete Mucho: Manual de éxito psicoemocional para hombres homosexuales*. Roca.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). *Complex post-traumatic stress disorder*. Lancet (London, England), 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Martinez, C., & Tomicic, A., Galvez, C., & Rodríguez, J., Rosenbaum, C., & Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes*

- LGBT+: Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental.* Universidad Diego Portales: Santiago.
- Martínez, C., Tomicic, A., & Del Pino, S. (2019). *Disparidades y barreras de acceso a la salud mental en personas LGBTI+: el derecho a una atención culturalmente competente.* Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile, Universidad Diego Portales: Santiago de Chile.
- Meyer, 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>
- Mohr, J. J., Fuertes, J. N., & Stracuzzi, T. I. (2015). *Transference and insight in psychotherapy with gay and bisexual male clients: The role of sexual orientation identity integration.* *Psychotherapy*, 52(1), 119–126. <https://doi.org/10.1037/a0036510>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2021). *XX Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual en Chile, Hechos 2021. Historia anual de las minorías sexuales chilenas.* Santiago, Chile: Autor. Extraído de <http://www.movilh.cl/documentacion/2022/XX-Informe-Anual-DDHH-MOVILH.pdf>
- O'Shaughnessy, T., & Speir, Z. (2018). *The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis.* *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82–98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Organización mundial de la salud. (2020). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ).* Recuperado de [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)).
- Peidro, S. (2021). *La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas.* *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 221-235. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202>

- Pepping, A., Lyons, A., & Morris, J. (2018). *Affirmative LGBT psychotherapy: Outcomes of a therapist training protocol*. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(1), 52–62. <https://doi.org/10.1037/pst0000149>
- Perez, R. M. (2007). *The “boring” state of research and psychotherapy with lesbian, gay, bi- sexual, and transgender clients: Revisiting Barón (1991)*. In: K. J. Bieschke; R. M. Perez; K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.)
- Plöderl, M., Mestel, R., & Fartacek, C. (2022). *Differences by sexual orientation in treatment outcome and satisfaction with treatment among inpatients of a German psychiatric clinic*. *PloS one*, 17(1), e0262928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262928>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). *Mental health of sexual minorities. A systematic review*. *International review of psychiatry* 27(5), 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Price, M., & Hollinsaid, N., Bokhour, E., Johnston, C., Skov, H., Kaufman, G., Sheridan, M., & Olezeski, C. (2021). *Transgender and Gender Diverse Youth’s Experiences of Gender-Related Adversity*. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 40. <http://doi.10.1007/s10560-021-00785-6>.
- Priego, B., Remes, J., & Vivanco, H. (2022). *Experiencias adversas en la infancia*. *Investigación en Derecho y Ciencias Sociales*. 2 (4) 151 – 168.
- Rodríguez, M., Mancinas, E., Carrera, B. (2017). *Percepción de la homofobia y lesbofobia por parte de una muestra de gays y lesbianas de la provincia de Ourense*. *Psicología y Salud*. 27(1). 89-102.
- Rubio-Aguilar, V., Miranda, P., Tiayna, P., Hidalgo, E., & Tuna, C. (2021). *Diversidad Sexual y de Género en Comunidades Educativas de Arica, Chile: Fisura de la Heteronorma desde la Multiculturalidad*. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 15(2), 247-269. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782021000200247>
- Ross, E., Salway, T., Tarasoff, A., MacKay, M., Hawkins, W., & Fehr, P. (2018). *Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay,*

- lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Sex Research, 55(4-5), 435–456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Rothman, F., Exner, D., & Baughman, L. (2011). *The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: a systematic review.* Trauma, violence & abuse, 12(2), 55–66. <https://doi.org/10.1177/1524838010390707>
- Salas, N & Salas, M. (2016). *Tiza de Colores: Hacia la Enseñanza de la Inclusión sobre Diversidad Sexual en la Formación Inicial Docente.* Revista latinoamericana de educación inclusiva, 10(2), 73-91. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000200006>
- Shields, P., Cohen, R., Glassman, R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). *Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school.* The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Schnarrs, W., Stone, L., Salcido, R., Baldwin, A., Georgiou, C., & Nemeroff, B. (2019). *Differences in adverse childhood experiences (ACEs) and quality of physical and mental health between transgender and cisgender sexual minorities.* Journal of psychiatric research, 119, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.001>
- Schnarrs, W., Phillips, W., Stone, L., Salcido, R., Georgiou, C., Zhou, X., & Nemeroff, B. (2020). *The Moderating Effect of Resilience on the Relationship between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Quality of Physical and Mental Health among Adult Sexual and Gender Minorities.* Behavioral medicine 46(3-4), 366–374. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1727406>
- Stenersen, M., Ovrebo, E., Emery, H., Brown, E., New, C., Brasfield, C., & Turner, L. (2019). *Interpersonal Trauma, and PTSD Symptomology among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: A Closer Look at Gender, Minority Stress, and Help-*

- Seeking Behaviors*. Journal of LGBT Issues in Counseling, 13(3), 216–231.
<https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1627976>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Sotto-Santiago, S. (2019). *Time to Reconsider the Word Minority in Academic Medicine*. Journal of Best Practices in Health Professions Diversity, 12(1), 72–78.
<https://www.jstor.org/stable/26894228>
- Szilagyi, M., & Halfon, N. (2015). *Pediatric Adverse Childhood Experiences: Implications for Life Course Health Trajectories*. Academic pediatrics, 15(5), 467–468. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.07.004>
- Testa, J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). *Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure*. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Tomicic, A. (2019). *Informe final: Internalización del estigma hacia la diversidad sexual y de género en personas LGBT: Análisis de su impacto sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda psicológica*. Fondo Semilla de Investigación, Vicerrectoría de Investigación y Doctorado Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Urzúa, A., Barrientos, J., Guzmán-González, M., & Ulloa, F. (2022). *Mental health in the Chilean LGBT population in times of COVID-19*. Salud mental, 45(4), 169-176
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2022.023>
- Valentine, E., & Shipherd, C. (2018). *A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States*. Clinical psychology review, 66, 24–38.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Vance, R., & Rosenthal, M. (2018). *A Closer Look at the Psychosocial Realities of LGBTQ Youth*. Pediatrics, 141(5), e20180361. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0361>

Vasilachis, I. (2009). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa.

Vidal, M., & Korn, M. (2022). *Qualification of psychologists for the care of sexual and gender minorities*. *Psicología Clínica*, 34(2), 219-242. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0034n02A01>

Zúñiga, E., Valdiviezo, J., Ruiz, O., Baldus, D., & Paz, C. (2021). *Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico*. *Terapia psicológica*, 39(3), 353-374. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300353>

ANEXOS

ANEXO 1: Pauta de Entrevista

Tema	Preguntas Entrevista
Experiencia terapéutica en personas LGBT	¿Cómo comenzó la atención a pacientes de la diversidad sexual y de género?
	¿En qué lugares comenzó la atención?
	¿Qué características percibe en la atención a pacientes de la DSG?
Experiencias Adversas en la Infancia	¿Cómo percibe usted la noción de experiencias adversas en la infancia?
	¿Qué aspectos ha observado en su ejercicio profesional con pacientes/consultantes que vivieron ACE en la infancia?
	¿De qué manera se inicia el abordaje o indagación de experiencias adversas en sus pacientes/consultantes?
	¿De qué manera surge el relato de las experiencias adversas en la infancia de sus consultantes/pacientes?
	¿Cómo comienza a abordar el relato de las experiencias adversas en la infancia que han vivido sus pacientes?
	¿Ha observado particularidades en la experiencia adversa en infancia entre personas Trans o de género no conforme y personas LGB? ¿Cuáles?
Abordaje de Experiencias Adversas en la Infancia	¿Qué indicadores considera para comenzar a intervenir en las experiencias adversas con sus pacientes/consultantes?
	¿Qué estrategias considera para abordar experiencias adversas en la infancia de sus pacientes?
	¿Ha percibido diferencias en el tipo de experiencias adversas e la infancia en pacientes LGBT? ¿Cuáles?
	¿Hay alguna diferencia en las experiencias adversas respecto al género u orientación sexual?
	¿Qué intervenciones realiza con sus pacientes cuando se abordan las experiencias adversas en la infancia?
	¿Cómo determina esas intervenciones?
Formación y Terapia Afirmativa	¿Qué aspectos de la formación profesional considera usted que son relevantes para las intervenciones con pacientes LGBT?
	¿Cómo definiría usted la Terapia Afirmativa?
	¿La comprensión de las experiencias adversas en la infancia desde la terapia afirmativa tiene alguna particularidad?
	¿Qué características tiene la terapia afirmativa al momento de realizar las intervenciones en experiencias adversas en la infancia?

ANEXO 2: Esquema Resultados

