



Revista Interamericana de Psicología/Interamerican
Journal of Psychology

ISSN: 0034-9690

etorresrivera@gmail.com

Sociedad Interamericana de Psicología
Puerto Rico

Tomicic, Alemka; Immel, Nina; Martínez, Claudio
Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica
de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio
Revista Interamericana de Psicología/Interamerican
Journal of Psychology, vol. 55, núm. 1, 1453, 2021, Enero-
Sociedad Interamericana de Psicología
San Juan, Puerto Rico

DOI: <https://doi.org/10.30849/ripjip.v55i1.1453>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28474829012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio¹

Alemka Tomicic^{a 2} , Nina Immel^b , & Claudio Martínez^a ³

Universidad Diego Portales, Santiago, Chile^{a 4}, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland^b.

RESUMEN

Las altas prevalencias de problemas de salud mental en personas LGBT han sido explicadas desde el modelo de estrés de minorías. La homolesbobitransfobia y la internalización del estigma, constituyen procesos de estrés que impactan la salud mental. Por su parte, la internalización e hipervigilancia del estigma y, el ocultamiento de la identidad sexual diversa, pueden constituir barreras para la provisión de una atención de calidad. Con el objetivo de identificar aspectos que constituyen barreras y facilitadores para la ayuda en salud mental, se re-analizaron 30 entrevistas de un estudio previo con adolescentes y jóvenes LGBT sobrevivientes de procesos de suicidio. Se empleó la codificación focalizada de la Teoría Fundamentada, desarrollando tres categorías centrales: La hipervigilancia en la ayuda psicológica, La necesidad de ayuda en el estigma internalizado, y el lugar de la orientación sexual y la identidad de género en la ayuda psicológica. Del análisis emergió el fenómeno “Tan cerca pero tan lejos”, que engloba las barreras para la provisión de ayuda psicológica y psicoterapéutica sensible a las necesidades de adolescentes y jóvenes LGBT.

Palabras Claves

Teoría Fundamentada; LGBT; juventud; psicoterapia; ayuda psicológica

ABSTRACT

Abstract

The high prevalence of mental health problems in LGBT people has been explained from the minority stress model. Homolesbobitransphobia and the internalization of stigma are stress processes that impact mental health. The internalization and hypervigilance of the stigma and the concealment of sexual diverse identity can be barriers to the provision of appropriated mental health care. In order to identify aspects that constitute barriers and facilitators for mental health care, 30 interviews from a previous study with LGBT adolescents and youth who had survived suicide were re-analyzed. Focused coding of the Grounded Theory was used, developing three core categories: Hypervigilance in psychological help, The need for help for internalized stigma, and The place of sexual orientation and gender identity in psychological help. From the analysis emerged global concept called "So Close yet So Far", synthesizing the barriers to provide psychological and psychotherapeutic help that is sensitive to the needs of LGBT adolescents and youth.

Keywords

Grounded Theory; LGBT; young people; psychotherapy; psychological support

¹ Este trabajo ha sido desarrollado con el apoyo del Fondo Nacional de Investigación en Salud (Fonis SM14|0004), Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico y de Innovación (Fondecyt N°1190270) y, por el Fondo de Innovación y Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo de Chile, a través de la Iniciativa Científica Milenio (beca número ISI3005).

² Correspondence about this article should be addressed Alemka Tomicic: alemka.tomicic@mail.udp.cl

³ **Conflicts of Interest:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

⁴ Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia – CEPPS, Facultad de Psicología

Experiences of psychological and psychotherapeutic support for LGBT youth who have survived a suicide process

A pesar de que se ha avanzado hacia una progresiva y creciente apertura social y cultural en relación al reconocimiento de los derechos y la aceptación de las personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género⁵ (Martínez, Tomicic & Del Pino, 2019; Valfort, 2017), múltiples estudios siguen mostrando que los riesgos de discriminación y las altas prevalencias de problemas de salud mental para el caso de las personas LGBT (lesbiana, gay, bisexuales y trans) no han disminuido tal como se esperaba (Gilbey, Mahfouda, Ohan, Lin & Perry, 2019; Lucassen, Stasiak, Samra, Frampton & Merry, 2017; Lucassen et al., 2015; Peter, et al., 2017; Porta, et al., 2018, Tomicic et al., 2016; Martínez et al., 2019). Evidencia a nivel global muestra que las personas LGBT representan un grupo de alto riesgo de suicidio (Tomicic et al., 2016) y, que el solo hecho de identificarse como parte de una minoría sexual es un predictor de tendencias suicidas (Pereira & Rodrigues, 2015; Tomicic et al., 2016; Walls, Freedenthal, & Wisneski, 2008). La asociación entre indicadores negativos de salud mental e identificarse como persona LGBT ha sido estudiada desde el punto de vista de los determinantes sociales de salud (Logie, 2012). En este sentido, se ha enfatizado que las y los jóvenes LGBT constituyen un grupo de alto riesgo *en problemáticas de salud mental*, ya que a menudo se ven enfrentadas/os a discriminación, violencia y humillación por su orientación sexual o identidad de género (Cáceres & Salazar, 2013; Pineda, 2013; Puckett et al., 2016). Al mismo tiempo, se ha señalado que personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género enfrentan barreras de acceso a la provisión de servicios de salud mental (Martínez et al., 2019). Las atenciones psicológicas y de salud mental no logran satisfacer sus necesidades e incluso, estas pueden convertirse en experiencias negativas que tienen como consecuencia una disminución en la asistencia a tratamiento, abandono del sistema de salud o declinar la búsqueda de ayuda profesional (Bidell, 2016). Asimismo, la internalización del estigma sexual, la hipervigilancia y el ocultamiento de la orientación sexual e identidad de género en personas LGBT, como consecuencias del llamado estrés de minorías (Meyer, 2003), constituirían también importantes barreras de acceso a la atención psicológica y psicoterapéutica (Whitehead, Shaver, & Stephanson, 2016).

⁵ En este artículo nos referiremos indistintamente a las categorías identitarias lesbiana, gay, bisexual y transgénero como LGBT, diversidad sexual y de género e identidad sexual diversa

El Modelo de Estrés de Minorías (Meyer, 2003) es una de las teorías más importantes para comprender los procesos sociales que subyacen a los indicadores de salud mental negativos en las poblaciones LGBT (Barrientos & Cárdenas, 2014; Bidell & Stepleman, 2017; Logie, 2012; Meyer, 2003). Este modelo identifica cuatro procesos de estrés de minorías que pueden ser categorizados como distales o proximales. De este modo, eventos externos, como por ejemplo la victimización y la discriminación homobisexualtransfóbica, las actitudes heterosexistas y la problematización de la diversidad sexual, son considerados procesos de estrés distales, mientras que la internalización del estigma sexual y el ocultamiento de la identidad de género y la orientación sexual diversa, cuentan como estresores proximales (Herek, Gillis & Cogan, 2009; Michaels, Parent & Torrey, 2016).

Internalización del Estigma Sexual como Barrera para la Atención Psicológica

La internalización del estigma sexual –homobisexualtransfobia 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. Esta puede manifestarse “hacia afuera”, por ejemplo, a través de actitudes globales y lenguaje negativos hacia otras personas LGBT, o puede ser expresada “hacia adentro”, produciendo malestar con la revelación de la orientación sexual a otros, autoexclusión y desconexión con otros individuos LGBT, malestar con la actividad sexual del mismo sexo, conflictos internos, disminución de la autoestima y autodesprecio y violencia auto-inflingida (Austin & Goodman, 2016; Herek et al., 2009; Martínez et al., 2018; Newcomb & Mustanski, 2001, 2010; Pereira & Rodrigues, 2015, Tomicic et al., 2016).

Por su parte, el ocultamiento y la hipervigilancia del estigma corresponden a estrategias defensivas que permiten entender los efectos estresores del estigma. Como parte de una minoría, las personas LGBT tienden a esperar y anticipar respuestas negativas y de rechazo, los que les mantiene en un estado de alerta permanente. El ocultamiento, por su parte, constituye una estrategia de afrontamiento derivada de la vigilancia del estigma que implica una supresión de aspectos del sí mismo a un alto costo personal y emocional (Meyer, 2003).

Se ha planteado que el estigma internalizado, la hipervigilancia, la anticipación de situaciones de discriminación y las expectativas negativas respecto a la intervención psicológica y psicoterapéutica constituyen importantes barreras de acceso a atenciones en

salud mental (Avery, Hellman, & Sudderth, 2001). Por ejemplo, debido al estigma, muchos/as pacientes deciden no revelar su orientación sexual o identidad de género (Calton, Cattaneo & Gebhard, 2016; Rossman, Salamanca & Macapagal, 2017) o declinan buscar ayuda profesional (Bidell y Stepleman, 2017; Calton et al., 2016). Por otro lado, a nivel de la atención psicológica y psicoterapéutica, estudios señalan que son pocos los/as profesionales de la salud mental que se han especializado en el trabajo con personas LGBT (Bidell, 2016; Rutherford, McIntyre, Daley, & Ross, 2012, Martínez et al., 2018) y que, junto con esto, los prejuicios y actitudes negativas, que de manera abierta o implícita tienen hacia las minorías sexuales, se constituyen en una importante barrera para el uso de servicios de salud mental por parte de personas de orientación sexual e identidad de género diversa (Bidell, 2016; Bidell & Stepleman, 2017). Relacionado con esto último, un estudio cualitativo desarrollado en Chile por dos autores/as del presente trabajo (Martínez et al., 2016; Tomicic et al., 2020) -que tenía por objetivo reconstruir las experiencias subjetivas de haber sobrevivido a un proceso de suicidio de jóvenes LGBT-, mostró que la ayuda otorgada tanto por consejeros/as en la escuela como por psicólogos/as o psiquiatras en centros de atención de salud mental, fue experimentada por los y las jóvenes como torpe y como intervenciones que a veces podían profundizar sus problemas y sufrimiento.

Los antecedentes señalados y los resultados de una investigación previa nos hicieron considerar relevante ahondar en la experiencia subjetiva de jóvenes LGBT que habían recibido consejería, ayuda psicológica o psicoterapéutica en el contexto de un proceso de suicidio. Específicamente, el objetivo fue el de identificar aspectos que pudiesen constituirse como barreras o como facilitadores de la provisión de una ayuda en salud mental para el caso de adolescentes y jóvenes LGBT. Así, el presente estudio consistió en un nuevo análisis cualitativo a las entrevistas realizadas en el estudio de Martínez, Tomicic, Aguayo y Rodríguez (2016), empleando la estrategia de codificación focalizada de la Teoría Fundamentada (Charmaz & Henwood, 2013).

Método

Con el objetivo de identificar aspectos que constituyen barreras y facilitadores para la ayuda en salud mental, se re-analizaron 30 entrevistas de un estudio previo con adolescentes y jóvenes LGBT sobrevivientes de procesos de suicidio (Martínez, Tomicic, Aguayo & Rodríguez, 2016). El diseño del estudio original correspondió a uno de casos múltiples (Stake, 2006) para llevar a cabo un análisis de entrevistas narrativas realizadas

con un grupo de jóvenes gays, lesbianas, bisexuales y trans, que habían sobrevivido a un proceso suicida. El protocolo ético para esta investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Diego Portales y los consentimientos informados fueron firmados por todos/as los/as participantes, quienes aceptaron que sus entrevistas fueran usadas para propósitos de investigación y publicaciones asociadas.

Participantes

Las y los participantes del estudio original correspondieron a 30 jóvenes (8 gay, 10 lesbianas, 5 mujeres bisexuales, 5 hombres trans, 2 mujeres trans). Sus edades variaron entre 18 y 26 años en el momento de la entrevista, y entre 13 y 21 años en el comienzo de sus procesos suicidios respectivos. Los y las jóvenes reportaron una variedad de comportamientos suicidas tales como ideación suicida inicial, ideación suicida severa, intentos de suicidio, e intentos severos de suicidio. De los y las participantes, al momento de dar la entrevista 19 se encontraban realizando estudios universitarios y dos completando sus estudios secundarios (ver Tabla 1).

Procedimiento de recolección

Los y las participantes del estudio original fueron invitados/as a través de una convocatoria publicada en las páginas web de las instituciones Todo Mejora (<https://todomejora.org>) y Cultura Salud (<http://www.eme.cl>), y en redes sociales (Facebook, Twitter y Whatsapp). En esta convocatoria se presentó el título y propósito de la investigación explicitando los criterios de inclusión de la investigación: Adolescentes y jóvenes que se autoidentificaran como LGBT, de entre 18 y 24 años de edad, y que hubiesen tenido ideas, tentativas y/o comportamientos suicidas entre los 12 y los 23 años de edad. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los años 2015 y 2016, en diferentes ciudades de Chile (Santiago, Antofagasta, Rancagua, Concepción y Puerto Montt).

Se realizaron entrevistas narrativas semi-estructuradas (Kvale & Brinkmann, 2009) empleando la siguiente pregunta de apertura “¿Por qué decidiste participar en este estudio?”. Esta pregunta tenía por finalidad comprender el lugar desde el cual él o la entrevistada estaba posicionado para contar su historia, estableciendo con ello el punto final de la misma y, a modo de recuento, dar inicio al relato de su experiencia: “Quisiera que profundizaras sobre el proceso que viviste, cuéntame de tu experiencia de haber considerado o intentado suicidarte”. De acuerdo con el guion de entrevista, se exploraron tres aspectos a medida que fueron mencionados en las narrativas de los y las participantes:

(1) las atribuciones de causalidad con respecto al proceso suicidio vivido y sus motivos (por ejemplo: ¿Qué situaciones contribuyeron a tu decisión de considerar suicidio?); (2) las solicitudes de ayuda (por ejemplo: ¿Pediste ayuda en algún momento? ¿Qué tipo de ayuda? ¿A quién contactaste? ¿Cuáles eran tus expectativas respecto a la ayuda que ibas a recibir?); y (3) las razones para vivir (¿Qué crees tú te hizo “sobrevivir” o dejar de considerar suicidio?). Adoptando una actitud emic (Geertz, 2009), se privilegió en cada caso la terminología empleada por el o la entrevistada para nombrar y hacer referencia al comportamiento suicida (p. ej. quitarse la vida, desaparecer, morir, etc.).

Tabla 1.

Caracterización participantes

ID	OS/IG	Edad	Actividad	Proceso suicida
E1	Gay	22	Estudiante Universitario	Ideación suicida grave (14 años)
E2	Trans H	22	Estudiante Universitario	Varios intentos suicidas
E3	Gay	24	Trabaja en temas relacionados con la diversidad sexual	Tres intentos (14 años), el último serio
E4	Gay	23	Estudiante Universitario	Intento de suicidio grave (19 años)
E5	Trans M	24	Estudiante Universitaria	Ideación suicida crónica y algunos intentos
E6	Lesbiana	23	Estudiante Universitaria	Ideación e intento de suicidio (15 años)
E7	Bisexual	23	Estudiante Universitaria	Intento suicida (14 años), conductas de riesgo e ideación permanente
E8	Lesbiana	20	Estudiante Universitaria	Intento suicida (17 años)
E9	Lesbiana	23	Trabaja en administración pública	Intento suicida grave y hospitalización
E10	Lesbiana	25	Estudiante Universitaria	Ideación suicida (17 años)
E11	Lesbiana	18	Estudiante de 4to medio	Dos intentos (14 y 17)
E12	Bisexual	21	Estudiante Universitaria	Intento de suicidio y cortes (14 años)
E13	Lesbiana	22	Estudiante Universitaria	Ideación suicida (14 y 15 años)
E14	Gay	24	Trabaja en administración pública	Intento suicida (16 años)
E15	Trans H	23	Cuidado del adulto mayor	Tres intentos suicidas (13, 19 y 22)
E16	Gay	22	Músico	Intento (17 años)
E17	Gay	18	Estudiante Universitario	Intento (16 años)
E18	Lesbiana	25	Psicóloga	Ideación suicida (14 a 15 años)
E19	Lesbiana	26	Actriz	Ideación suicida (13 a 15 años)
E20	Gay	20	Estudiante Universitario	Ideación e intento suicida (15 a 17 años)
E21	Bisexual	19	Estudiante Universitaria	Autolesiones e ideación suicida (15 a 18 años)
E22	Lesbiana	20	Estudiante Universitaria	Ideación suicida (15 a 17 años)
E23	Bisexual	22	Historiadora	Ideación suicida (15 años)
E24	Lesbiana	24	Estudiante Universitaria	Ideación suicida (17 años)
E25	Gay	18	Estudiante Universitario	Intento suicida (15 años)
E26	Trans H	18	Estudiante técnico profesional	Ideación (15 a 17 años)
E27	Bisexual	18	Estudiante universitaria	Ideación permanente y conductas de riesgo (desde los 13 años)
E28	Trans M	21	Estudiante Universitaria	Intento e ideación suicida (13 años)
E29	Trans H	23	Trabaja	Intento suicida
E30	Trans H	18	Estudiante secundario	Intento suicida

Todas las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas de manera textual. A cada uno de los y las entrevistados/as se les asignó un pseudónimo para resguardar su anonimato y la información aportada que pudiese revelar su identidad fue editada para hacerla genérica.

Procedimiento de re-análisis

Para este segundo estudio, las entrevistas transcritas fueron re-analizadas por las dos primeras autoras empleando los procedimientos de muestreo teórico aplicado al material textual (Corbin & Strauss, 2015) y codificación focalizada (Charmaz, 2014; Charmaz & Henwood, 2013), ambos descritos en el modelo constructivista de la Teoría Fundamentada. Basándonos en el estudio previo (Martínez et al., 2016; Tomicic et al., 2020), seleccionamos tres focos emergentes (*focused codes*; Charmaz, 2014), dado su potencial analítico para profundizar y desarrollarlos como conceptos y categorías centrales: (a) La hipervigilancia en la ayuda, (b) La necesidad de ayuda en el estigma internalizado, y (c) El lugar de la orientación sexual y la identidad de género en la ayuda psicológica y la psicoterapia.

Cada vez que un pasaje relevante de las entrevistas fue identificado como haciendo alusión a algo acerca de alguno de los tres focos seleccionados, fue recodificado empleando la pregunta analítica “¿qué es lo que este pasaje dice específicamente acerca de este foco?”. De este modo, dichos focos fueron desarrollados como categorías centrales en términos de sus propiedades emergentes.

El procedimiento analítico antes descrito fue realizado con cada una de las entrevistas empleando el CAQDAS ATLAS.ti 8.2. Se llevaron a cabo sesiones periódicas de validación intersubjetiva de los análisis con las autoras y el autor, con el fin de triangular los análisis y de resguardar la profundidad y calidad de los resultados. En estos encuentros se revisaron las categorías, conceptos y propiedades desarrolladas buscando alcanzar un acuerdo intersubjetivo. Las discrepancias entre los miembros del equipo se resolvieron privilegiando el punto de vista de el y la autora que habían participado del estudio en el cual la entrevista analizada había sido realizada (Flick, 2007).

Resultados

Procedimiento y análisis de datos

La categoría de la hipervigilancia en la ayuda psicológica hace referencia a la manera como la experiencia de un entorno potencialmente amenazante o percibido como

tal en las y los adolescentes y jóvenes LGBT, se traslada a la relación que establecen con sus consejeros/as, psicólogos/as y/o psiquiatras. La hipervigilancia en este contexto, constituye una barrera para la provisión de ayuda y/o apoyo psicológico y psicoterapéutico, en tanto dificulta el establecimiento de una relación de confianza y la generación de un espacio seguro de exploración del propio sufrimiento.

En las entrevistas analizadas, el problema de la hipervigilancia se expresó en el temor que albergaban algunos/as participantes de que su orientación sexual o identidad de género fuese hecha pública (E1, E8, E12) y por el miedo ante la posibilidad de que las y los profesionales les "sacasen del closet" ante sus padres (E1, E11, E20, E21, E26) (ver figura 1). El siguiente fragmento de una entrevista a un joven gay (E20) ilustra estas expresiones de la hipervigilancia en la relación de ayuda:

E20: Lo que pasa es que en si a mí *bullying* nunca me hicieron –no era directamente a mí-, lo que pasa es que le hacían *bullying* a otro chico del [colegio] –porque era mucho más amanerado y le hacían como *bullying* a él y ahí yo dije ‘pucha, es él o soy yo’ y dije o lo molestan a él o me molestan a mí (...) pero cada cosa que yo le decía al chico sentía que me la decía a mí, entonces llegaba a la casa y así como súper mal, llegaba estresado, me sentía pésimo, estuve como con un cuadro depresivo súper grande en donde justo fue la etapa donde mi hermano se enfermó de cáncer, entonces como que mis papás lo atribuyeron a eso, no pensaban que era algo más allá y yo también a la psicóloga nunca le conté nada, porque dije ‘no, si le cuento, al momento que le diga le va a decir a mis papás, va a quedar la embarrá’, entonces dije ‘tengo que ser más pillo que la psicóloga’, entonces como que dije ‘ya, si si, es por mi hermano no más’ – claro era parte, pero la mayor parte de lo que me sentía mal, era por como trataban a este chico – donde yo me veía reflejado en él.

Como es posible apreciar en esta cita, el entrevistado oculta el origen real de su malestar y experiencia depresiva porque teme y anticipa que su psicóloga revelará a sus padres su orientación sexual, conduciendo presumiblemente la intervención de la profesional hacia un duelo anticipado -enfermedad del hermano-, quedando fuera de la exploración el estigma internalizado que constituía en ese momento su principal fuente de sufrimiento: “la mayor parte de lo que me sentía mal, era por como trataban a este chico –donde yo me veía reflejado en él” (E20).

Otro ejemplo de la interferencia de la hipervigilancia en la relación de ayuda, nos lo da un joven de 18 años que se identifica como trans y bisexual (E26). Al ser preguntado por su experiencia con la ayuda psicológica y si pensaba que le había hecho bien, muestra la manera como la dificultad para confiar en que su psicólogo no revelara su orientación

sexual e identidad de género a sus padres, redundó en el ocultamiento de una temática importante para su trabajo terapéutico:

E26: No mucho, pero por alguna razón me sentía mejor cuando tenía [sesión con] mis psicólogo y psiquiatra

Entrevistadora: okey, y el tema de tu identidad ¿fue un tema abierto?, ¿se conversaba en las sesiones?

E26: no, no quería, porque sabía que los psicólogos [psicólogo y psiquiatra tratante] iban a hablar con mis padres (...) porque sé que la mayoría de ellos sí lo hacen, porque después de llamarme a mí, siempre los llaman a ellos [los padres], entonces por eso yo nunca lo mencioné –quizás se lo haya mencionado a una psicóloga, pero era la única que no mandaba a llamar [a los padres], entonces solamente por eso fue la única, pero nada más.

Por otro lado, la hipervigilancia se caracterizó por la mención en las entrevistas de expectativas negativas hacia la ayuda psicológica (p. ej. ser rechazados) (E1, E2, E9, E10, E13, E20, E22) y por la dificultad para confiar en la posibilidad de ser ayudado/a y establecer una relación no defensiva con el o la profesional (p. ej. dificultad para confiar en que no fuesen juzgados/as o en que los/las profesionales no intentasen cambiar su orientación sexual y/o identidad de género; E1, E5, E11, E13, E21, E22, E27). Así también, se caracterizó por la experiencia de no poder contar "todo" a el o la profesional, reproduciendo una dinámica de ocultamiento (E14, E20) (ver figura 1).

En el siguiente fragmento de una entrevista con un joven gay (E1), es posible apreciar la manera como se instala la hipervigilancia -luego que un compañero del colegio hace pública su orientación homosexual a sus compañeros de curso y a sus docentes-, y como esta disposición se expresa en expectativas negativas y desconfianza respecto a las intenciones que subyacen a la oferta de ayuda de la consejera escolar:

E1: yo estaba pero perseguido, como no tenía ahora a nadie con quien hablar, porque con J yo ya no iba a hablar después de lo que había pasado eee claro yo me daba vuelta por la sala de profesores para ver qué estaba pasando, y yo vi esa conversación ahí -eee bueno, después me llamaron y yo sabía por qué me habían llamado - me puse súper nervioso. Yo sabía que esto iba a llegar y que le iban a decir a mi mamá y ese era mi mayor miedo - llegó la orientadora, la orientadora dice ‘hola cómo estás’ así como- yo estaba muy enojado entonces, yo me sentí como un idiota, yo dije ‘o sea me está haciendo estas preguntas como para que yo tenga confianza con ella y me nazca decirle que soy homosexual?’, como que me sentí muy, como muy mal me sentí - me sentí que se estaba burlando de mí porque estaba tratando de ser muy simpática conmigo, una persona que nunca había visto y que iba a hablar un tema que era tan secreto para mí, entonces yo la

paré altiro, yo le dije ‘mire usted, yo sé por qué usted me llamó acá’ le dije ‘por qué me está llamando acá? yo hablé el día lunes con la profesora de música, se enteró que era homosexual a través de un compañero que le contó a la profesora jefe y por eso usted me está llamando acá’ y ella dijo que sí y me reconoció que era por eso (...).

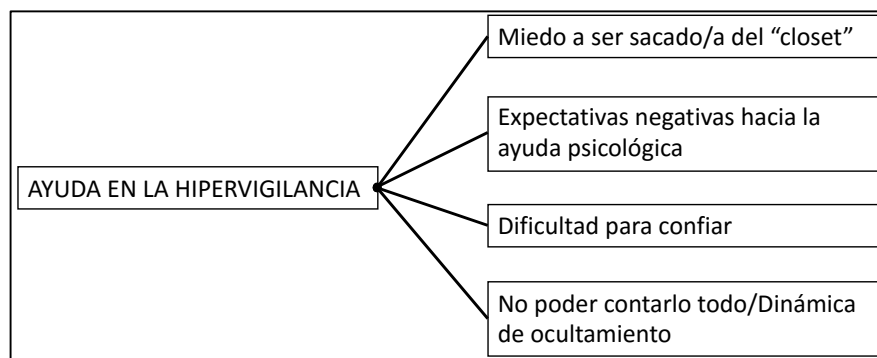


Figura 1. Categoría “Ayuda en la Hipervigilancia”. Fuente. Elaboración propia

La ayuda en el estigma sexual internalizado

La ayuda en el marco del estigma sexual internalizado, hace referencia a los desafíos que impone a la intervención y a la ayuda psicológica la presencia de la homolebobitransfobia internalizada. El aparente desconocimiento por parte de consejeros/as, psicólogos/as y/o psiquiatras del estigma sexual internalizado como un aspecto que imprime una particularidad a la necesidad de ayuda por parte de los y las adolescentes y jóvenes LGBT, emerge, por momentos, como un obstáculo para que estas necesidades sean abordadas en la intervención. Así, la mayoría de los y las entrevistadas mencionaron -ya sea porque estuvo presente en su experiencia o porque esperaban que así hubiese sido- la importancia de que el o la profesional que ofrece ayuda desafíe el estigma internalizado por medio de una respuesta no estigmatizadora y de aceptación (E1, E6, E11, E14, E17, E19, E20, E22, E25, E26, E28, E29, E30).

Respecto a la ayuda psicológica en el marco del estigma sexual internalizado, al ser preguntado sobre su experiencia con la consejera de su escuela, un joven gay (E14) nos permite avizorar la importancia de que la consejera junto con no mostrar una actitud de rechazo, manifieste también una actitud de validación explícita que no deje lugar a dudas sobre el valor y legitimidad de la orientación sexual diversa del joven:

Entrevistador: ¿En tu colegio había una monja [consejera] me decías?

E14: sí y ella como que empezó a hacer que yo hablara con ella y, bueno, a ella le conté (...) pensé que lo mejor que podía hacer era contarle a esta persona porque-

Entrevistador: -o sea la monja se movilizó contigo

E14: sí

Entrevistador: porque estaba, tenía información

E14: exacto y ahora, como cuando lo veo hacia atrás, siento que ella fue bastante eee ¿cómo decir? no me atacó, nunca me atacó, no me dijo que yo estaba mal, no me dijo “te vas a ir al infierno”, tampoco me dijo que estaba bien, pero nunca me dijo que estaba mal (...) nunca me atacó y eso igual fue positivo.

Por su parte, los y las entrevistadas presentaron como tópicos que hubiesen sido importantes de abordar en la ayuda psicológica y/o psicoterapéutica que recibieron, la dificultad de asumir la propia orientación sexual y/o identidad de género y el deseo de cambiarla (E1, E2, E4, E8, E9, E11, E13, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E26, E27, E29, E30), el conflicto entre la propia orientación sexual y la creencia religiosa (E1, E6, E8, E13, E14, E16, E19, E25, E27), y la integración de la problemática del suicidio (E17) (ver figura 2).

El siguiente fragmento de la entrevista a una joven lesbiana (E19), nos permite ilustrar la manera como el conflicto de la propia orientación sexual con los preceptos religiosos puede expresar y a la vez reforzar el estigma sexual internalizado y, permite avizorar la importancia de un adecuado abordaje de esta tensión porque, eventualmente, puede dar lugar a prácticas asociadas a la terapia conversiva o a un esfuerzo por cambiar la orientación sexual⁶:

Entrevistadora: ahora, antes de esa etapa relacionada con esa iglesia eee alguna de estas cosas, igual sentías como contradicciones ¿no?, esto de sentir esa tensión de ¿ser buena pero sentirte mala? ¿O ese fue como un tema nuevo que instaló particularmente la religión?

E19: mm sí, era algo nuevo, porque antes me sentía no comprendida, pero ahora le dio el grado de suciedad (...) si -la iglesia me hizo instalar como una persona sucia que necesitaba lavarme, me acuerdo que había una canción que en sí me me me llegaba mucho en el momento que yo estaba metida, porque yo estuve muy metida en el tema, y decía lávame lávame señor, me sentía realmente sucia por sentir lo que sentía - luego de eso

Entrevistadora: eso era, perdona, que en ese etapa ¿conversaste con alguien?

⁶ Las llamadas prácticas conversivas con personas LGBT+ son denominadas de diversas formas en la literatura internacional. Textos provenientes de Norteamérica la llaman "sexual orientation change efforts (SOCE)", sin embargo en algunos organismos internacionales como el Human Rights Council de las Naciones Unidas (2018, 2019) la siguen mencionando como "terapias conversivas".

E19: con mis consejeros, pero todo era dentro del círculo de la iglesia

Entrevistadora: y que te -ahí ¿tu conversaste abiertamente de tu orientación?

E19: si

Entrevistadora: y ¿qué te decían?

E19: de hecho me decían que me mantuviera alejada del pecado -es que tienen tantas - ahora me desagrada mucho pero lo entiendo en su modo de pensar -eee que me tenía que alejar de los entes, que me aceptaban por decirlo así porque estaban aceptando eee a el pecado, porque ellos decían, siempre recuerdo que me decían ‘Dios odia tu pecado no al pecador’ y yo decía que en el fondo era lo mismo o sea un homosexual sin -era como que no lo practicara- podía ser homosexual pero no practicarlo, eso dicen ellos (...)

Entrevistadora: emm hubo otros psicólogas, psicólogos o psiquiatras, quisiera saber como las cosas que te ayudaron o no te ayudaron digamos -buena experiencia o mala experiencia- para entender ese proceso -esos procesos

E19: si - hay un último cuando estuve en la iglesia (..) un psiquiatra -un psiquiatra ehh evangélico, que obviamente estaba en contra de la homosexualidad -tal como decía-, también lo mismo que la primera [psicóloga que la atendió] ‘oh, es muy común y esto sucede, pero se puede sacar adelante’ -me dio un montón de videos como de gente que hablaba de cómo superó su homosexualidad.

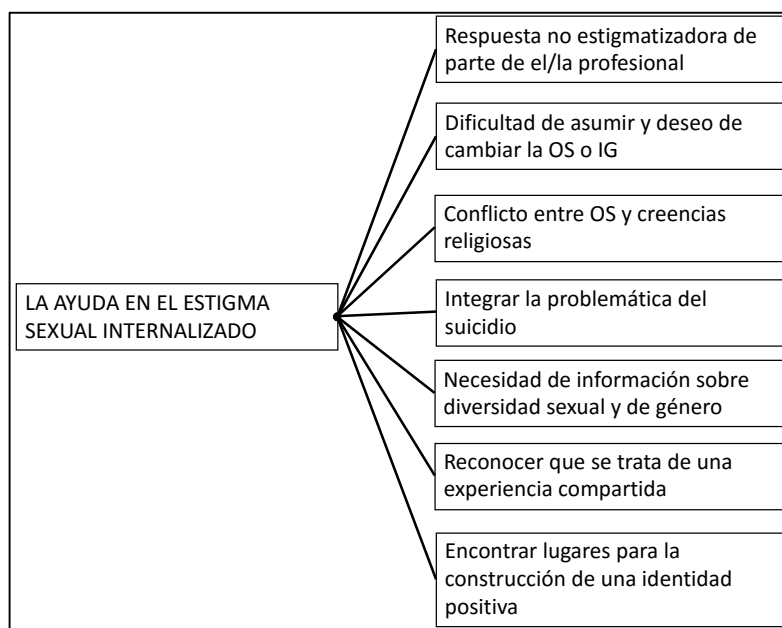


Figura 2. Categoría “La ayuda en el estigma sexual internalizado”. Fuente. Elaboración propia. OS= Orientación sexual/ IG= Identidad de género

Desde otra perspectiva, y como parte de la ayuda requerida para abordar el estigma sexual internalizado, los y las entrevistadas señalaron una serie de facilitadores para la construcción de una identidad positiva como una persona LGBT. Específicamente, indican que es necesario acceder a información sobre diversidad sexual y de género (E1,

E2, E13, E14), salir del aislamiento y reconocer a otros/as que comparten la propia experiencia (E1, E4, E6, E8, E9, E10, E12, E14, E17, E20, E28, E30), y encontrar lugares y agrupaciones de pertenencia (E1, E2, E4, E6, E14, E17, E20, E21, E23, E30). En la experiencia de los y las jóvenes entrevistadas, estas acciones fueron facilitadas por las redes sociales e internet, siendo estos espacios más seguros para la búsqueda de ayuda en comparación con los ofrecidos por la consejería psicológica y la psicoterapia (ver Figura 2). Respecto de esto último, es ilustrativo el contraste entre el espacio seguro que le ofrece a un entrevistado gay (E20) un “chat” virtual, con la experiencia compartida de una atención psicológica de poca ayuda e incluso amenazante:

E20: porque después para sentirme más aceptado como que entré a todos estos chat gay a conversar con chicos, y los chicos como que me contaban -me hice amigos que tengo hasta ahora- de hecho habían unos chicos (...) que les trataban de hacer terapias reparativas, de que así como que ‘tú no estás bien, esto no es normal pero vamos a salir juntos de esto’, y como que ninguno de los chicos que fue al psicólogo -de hecho pienso que hasta ahora no he conocido a ninguno que como que el psicólogo le ha servido, y a muchos le dicen como que no es normal, entonces como que avalan la teoría de la familia (...) como que dije, ‘ya, ¿sabí? estoy perdiendo el tiempo’ y como que empecé a hablar con mis amigos nomás, pero ninguno de estos amigos que le contaba era de mi círculo de amigos real, eran como todos estos chicos virtuales porque me daba miedo contarle a mi círculo.

El lugar de la orientación sexual y la identidad de género en la ayuda psicológica y la psicoterapia

Respecto al lugar de la orientación sexual y de la identidad de género en la ayuda psicológica y en la psicoterapia, las y los participantes hicieron mención tanto a cuestiones relativas a los objetivos o metas de la intervención de consejeros/as, psicólogos/as y/o psiquiatras, así como a las tareas o acciones específicas que pudiesen ayudar al logro de dichas metas. Algunas/os de las/os entrevistadas/os, más que hacer referencia a sus experiencias de haber recibido ayuda psicológica y/o psicoterapéutica, mencionaron las expectativas respecto a la manera cómo la identidad de género diversa pudiese ser integrada en la intervención para contribuir al alivio del sufrimiento y malestar emocional en adolescentes y jóvenes LGBT.

Entre los objetivos o metas de la intervención, desde el punto de vista los y las entrevistados/as, junto con ayudar a entender e integrar la propia orientación sexual e identidad de género (E2, E3, E15, E16, E19, E29), los y las psicoterapeutas y

consejeros/as debiesen ofrecer ayuda a los padres para aceptar la identidad sexual diversa del hijo o la hija, adoptando los y las profesionales una posición de mediación, ayudando de esta manera a el o la joven a revelar a los padres su orientación sexual o identidad de género (E1, E2, E3, E7, E9, E13, E15, E16, E19, E21, E24, E26). Respecto de lo primero, es decir, la necesidad de una ayuda psicológica y/o psicoterapéutica que promueva la integración de la identidad sexual diversa, un entrevistado trans (E2) ilustra con su experiencia la centralidad que puede adquirir incorporar este objetivo en la intervención con jóvenes LGBT:

Entrevistadora: ¿tú pediste ayuda en ese momento? ¿y a quién pediste ayuda? y si es que la pediste, ¿cómo te recibieron en esa solicitud?

E2: cuando necesité ayuda fue cuando yo estaba como en primero medio (...) que sentí que como que se me iba la vida, y en realidad yo necesitaba parar, y creo que le dije a mi papá que necesitaba ir al psicólogo

Entrevistadora: ya, ¿sin explicarle lo que te pasaba?

E2: yo le dije ‘necesito’, claro no, no, le dije ‘por favor llévame’, le dije ‘yo me estoy muriendo, por favor llévame’ y ahí llegué a una psicóloga que hasta el día de hoy yo digo que no me ayudó en nada, pero me ayudó en hartas cosas, pero respecto -por ejemplo, el tema de identidad de género, en esas cosas, no me ayudó en nada, o sea ella -yo estoy seguro que ella entró creyendo que yo era homosexual y terminé en lo mismo (...)

E2: eee, de hecho, yo me la topé a ella [su psicóloga] en otro lugar, en otro contexto, años después, como que me miró y me dijo ¿‘y esto era lo que te pasaba?’’, así como traté de explicarte como mil ochocientas veces (...) si no me entendiste no es mi culpa eee (já) entonces es como que nos topamos (já) y fue demasiado chistoso, igual me dio rabia pues (já) fue como lo que no hiciste (...) entonces como que no, no me estaba ayudando mucho, pero realmente, por ejemplo esta psicóloga (já) a pesar de que no me ayudó como en el tema central, creo que igual me ayudó como a aliviar un poco la carga y sacar un poco de cosas de la mochila para seguir adelante yo creo, como que le estoy viendo el lado positivo en realidad, igual tengo rabia contra ella y algún día si me la topo de nuevo le voy a decir pero...

Por su parte, y en relación la posibilidad de que el o la consejero/a, psicólogo/a o psicoterapeuta asuma un rol de mediación en la revelación a los padres de la orientación sexual o identidad de género de sus hijos/as LGBT, otro joven trans (E15) relata la manera como su psicóloga contribuye a abrir el diálogo y allana el proceso de comprensión y aceptación de su madre de su identidad de género masculina:

E15: la segunda vez que estuve con la psicóloga joven y linda, así que entre comillas, para mí era como más vergonzoso el tema y hablar, porque era bonita y, entre comillas, decía ‘pucha, por último me hubiesen mandado con un hombre si hubiesen querido que hablara con más [soltura] el tema pues’

Entrevistador: claro

E15: y al final la psicóloga muy amorosa y al principio (...) y muy simpática...al principio me costó, porque también la miré con bronca porque yo sentía que estos dicen; te tratan de loco y el tema (...) al final empezó mayor la depresión, porque mi mamá ya lo sabía, me anda hostigando en el sentido de ‘¿qué estás haciendo, con quién estás hablando, con quién te publicas en el fotolog?’ (...)

Entrevistador: pero ahí, disculpa, tu mamá en el fondo leyó las cartas [cartas escritas por amigas del entrevistado, de carácter romántico y que sugerían que podía ser lesbiana] y todo

Entrevistadora: ¿ahí ella aceptó o no aceptó?

E15: no aceptó, no aceptó, no, le costó mucho, de hecho cuando la psicóloga empezó a hacerla ir a ella también, mi mamá de a poco empezó a entender las cosas, el por qué pasaba que muchas veces los temas de la sexualidad no tenían mucho que ver con los abusos (...) hasta que [la psicóloga] le dijo ‘su hija no es hija, es un hijo’ y mi mamá quedó así como media extrañada, porque le tiró nomás el palo, para ver si lo captaba el tema y yo de a poco empecé a tratar de comunicarme con ella, de explicarle qué sentía, cómo me sentía (E15)

En cuanto a las tareas o acciones específicas, los y las entrevistadas identificaron en sus experiencias acciones por parte de las y los profesionales que calificaron como negativas, tales como la exclusión de la orientación sexual y/o la identidad de género diversa como tópico a tratar y a explorar en la intervención psicológica o psicoterapéutica (E2, E13, E15, E16, E17, E19, E20, E21, E23); la realización de intervenciones problematizadoras y patologizantes de la orientación sexual diversa; y la formulación de preguntas que implícitamente sugerían la posibilidad de “cambiar” la orientación homosexual (E1, E2, E3, E9, E11, E13, E16, E19, E20, E23, E24). En contraste, algunos/as entrevistados/as destacaron positivamente que sus psicoterapeutas adoptaran una actitud comprensiva hacia la diversidad sexual (E4, E19, E25) (ver figura 3).

Respecto de este último punto, una joven lesbiana (E19), al ser consultada por sus dos experiencias de psicoterapia, hace un contrapunto entre las acciones llevadas a cabo por diferentes psicólogas, señalando acciones negativas versus positivas:

E19: A mis diecisiete años estaba así como en el límite y yo recuerdo que ella [psicoterapeuta 2] me decía “ya, pero ¿cuál es el problema? Pero si tú no estás aquí por eso [por ser lesbiana], estás por otro motivo”. Entonces ella me ayudó mucho; yo me acuerdo que me encantaba ir a las sesiones, hablar de mi vida y todo, y sentía de que era un paso más allá para la aceptación. Jamás me sentí así con mi otra psicóloga [psicoterapeuta 1], con ella no me acuerdo muy bien lo que me decía ni hacia donde iba la terapia, pero recuerdo sentirme muy incómoda

Entrevistadora: ¿y los mensajes en el fondo eran que ser lesbiana no estaba bien, que era un problema, que era algo que había que modificar?, ¿te decía cosas al respecto?, ¿había algún mensaje explícito?

E19: si, me acuerdo de una sola frase que me dijo: “mira esto no es normal, pero es bastante común” Esa fue una frase de ella [psicoterapeuta 1] que recuerdo (0:12) eso - entonces yo creo que siempre fue un mensaje así como en contra de mí, por eso me sentía tan incómoda yo en realidad.

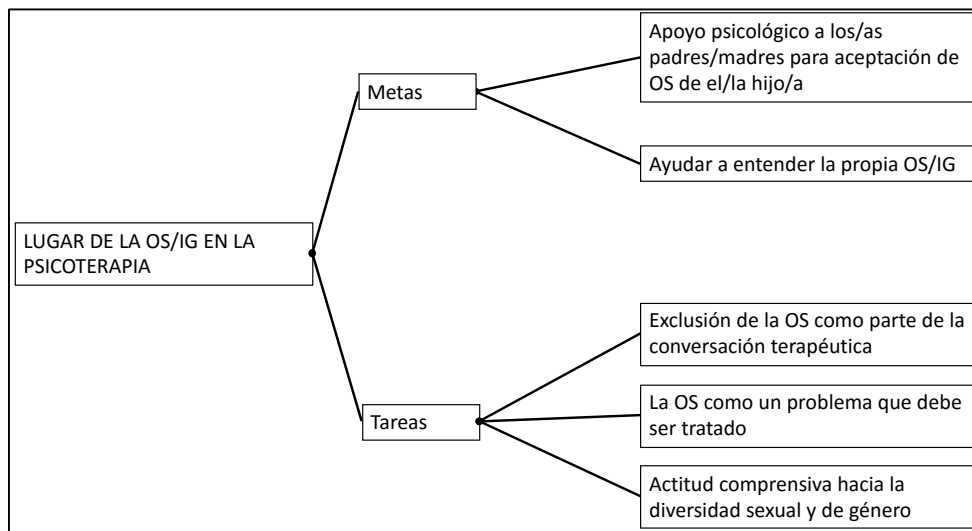


Figura 3. Categoría “Lugar de la Orientación Sexual/Identidad de Género en la Psicoterapia”. OS= Orientación sexual/ IG= Identidad de género. Fuente. Elaboración propia.

Discusión y Conclusión

El objetivo de este estudio fue el de identificar aspectos que pudiesen constituirse como barreras o como facilitadores de la provisión de una ayuda en salud mental para el caso de adolescentes y jóvenes LGBT. En este sentido, un primer aspecto que surge de los análisis es la constatación de que superar la barrera de hipervigilancia no es fácil. Sin embargo, se advierte en los resultados presentados que el desarrollo temprano en la intervención psicoterapéutica de un vínculo y una relación positiva con un/una consultante perteneciente a la diversidad sexual es esencial para la ayuda psicológica y el

buen desarrollo de una psicoterapia. Esta debería ser la primera tarea terapéutica; el o la profesional no solo debe presentarse ante el o la consultante LGBT como alguien en quien se puede confiar, sino que tiene que sentirse confiable también (Bidell, 2017). Iwagaki (2017) menciona que el miedo a ser rechazado/a y discriminado/a por su sexualidad previene que personas pertenecientes a minorías sexuales busquen ayuda con profesionales de la salud. Respecto a esto último, y a lo largo de las tres categorías analizadas -y particularmente en la categoría “La ayuda en el estigma sexual internalizado”-, al menos cinco de los y las entrevistadas describieron las acciones de sus psicólogos/as como discriminatorias y que daban cuenta de ignorancia en relación a la diversidad sexual, caracterizándolas como intervenciones que más que ayudarles, acentuaron los problemas que les habían llevado a consultar.

Con respecto a la ayuda en el contexto de estigma sexual internalizado, los resultados refuerzan la indicación general de que todas las intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas con jóvenes LGBT deben ser afirmativas, validando su sexualidad, haciéndoles visibles, legitimando sus experiencias y explorando sus identidades en el grado que ellos o ellas lo quieran (Hobaica, Alman, Jackowich, & Kwon, 2018). En este punto, la generación de una experiencia emocionalmente correctiva (Goldfried, 2018), en el espacio de consejería psicológica o de ayuda psicoterapéutica, emerge como central para desafiar la reacción social negativa que ha sido internalizada y que estuvo presente, en mayor o menor grado, en todos los procesos suicidio vividos por los y las participantes de esta investigación.

En cuanto al espacio de la orientación sexual y sexualidad dentro de la psicoterapia, ha sido reportado que a veces no se habla de la sexualidad. Hay una suposición no verbalizada que los y las pacientes no tienen, o no deben tener, una vida sexual (Lucksted, 2004) y, cuando se habla de ella, la sexualidad es vista como problema. Tal vez esto se relaciona con que los y las consejeros/as, psicólogos/as y psicoterapeutas son parte de una cultura que niega la sexualidad de adolescentes, lo que explica por qué es aún más difícil para ellos y ellas abordar este asunto cuando sus pacientes pertenecen a una minoría sexual (e.g. Bitzer et al., 2016). A nivel internacional existen diferentes desarrollos y concepciones respecto a lo que debiese ser un programa de formación integral en cuanto el tópico de sexualidad en psicólogos/as y profesionales de la salud mental. Incluso en lugares que presentan más avances en esta área es posible identificar brechas. De ahí la importancia del desarrollo de políticas a nivel público y gremial que

orienten la inclusión en los curriculum de una educación sexual integral (ver Talan et al., 2017).

Otro aspecto importante que surgió en los análisis tiene que ver con el rol de los padres en la posibilidad de que sus hijos/as LGBT reciban ayuda en la forma de psicoterapia o consejería psicológica. Los y las terapeutas y consejeros/as escolares son vistos/as como mediadores/as, teniendo la posibilidad de adoptar un rol protector de los y las jóvenes. Esto es, constituirse como una persona significativa que les puede ayudar hablando con y explicando a sus padres la identidad sexual de su hijo o hija. Muy pocas/as de los/as jóvenes entrevistados/as en este estudio tuvo esta experiencia, pero anticiparon que eso podría haber sido un apoyo importante para prevenir o aminorar su sufrimiento y proceso de suicidio. Al respecto, se ha señalado que la aceptación familiar de jóvenes LGBT es un predictor de autoestima, apoyo social, status de salud general, protege contra la depresión, abuso de sustancias y las conductas e ideación suicida, y está asociada a una buena salud mental y física en la adultez joven (D'Augelli, 2006; D'Augelli, Grossman, y Starks, 2005; Ryan, Russell, Heubener y Sanchez, 2010). En este sentido, Ryan et al. (2010) señalan que los y las profesionales de la salud mental y consejeros/as pueden ayudar a los y las jóvenes y sus familias a identificar conductas de apoyo que les proteja de los factores de riesgo y promuevan un desarrollo psicológico saludable. En este sentido, la investigación señala que el rechazo de los padres y madres tiene un profundo impacto en la salud mental de las y los jóvenes LGBT (Diamond, 2013). Las intervenciones psicológicas de consejeros/as y psicoterapeuta debiesen tener en cuenta los diversos patrones de funcionamiento familiar que implican diferentes formas de rechazo e invisibilización (por ejemplo, “yo se que tu sabes”, “no le cuentes a tu padre”, etc.) y, debiesen estimular acciones por parte de la familia que apoyen la sexualidad de sus miembros jóvenes que forman parte de la diversidad sexual y de género (Kerqueli & Kadriu, 2017).

Varios/as de los y las jóvenes entrevistadas habían consultado a profesionales de la salud mental (psicólogo/a o psiquiatra) o se encontraban en tratamiento. Sin embargo, sus motivos de consultas eran descritos como tangenciales o no pertinentes (e.g. rendimiento académico, para “superar la etapa” después de haber develado a los padres la orientación sexual diversa). Algunos/as habían recibido intervención en crisis y continuado con un proceso psicoterapéutico posterior al intento de suicidio, pero calificaban estas intervenciones como insuficientes puesto que sentían que no podían hablar de su orientación y/o identidad de género diversa. Por su parte, otros/as de los y

las participantes, teniendo la disposición y motivación personal de solicitar ayuda psicológica, describieron barreras económicas que los y las previnieron de hacerlo, en el sentido de que sus padres no podían o no estaban dispuestos a apoyarles económicamente debido a que deslegitimaban dicha ayuda profesional. Específicamente, los y las entrevistadas trans, mencionaron acudir a profesionales de la salud mental con fines instrumentales, de modo de obtener los certificados y autorizaciones para iniciar tratamientos de hormonización o realizar cirugías de afirmación del género. Finalmente, muchos de los y las jóvenes entrevistadas hicieron referencia a la solicitud de ayuda a psicólogos o consejeros en el ámbito escolar, sin embargo, la mayoría relató experiencias negativas, en la que dichos profesionales parecían cumplir una función de control y vigilancia de la conducta diversa, reproduciendo la heteronorma y los estereotipos de género. Así, en el conjunto de las entrevistas, los y las participantes hicieron referencia a la presencia de psicólogos/as, psiquiatras y consejeros/as, y a la posibilidad de acceder a una ayuda psicológica o psicoterapéutica. Sin embargo, no siempre fueron accesibles o suficientes para ayudarles en el complejo contexto emocional y social en el que se encontraban. A este fenómeno, que emergió de manera recurrente y transversal en la realización de la codificación focalizada, lo nombramos “Tan cerca pero tan lejos”, intentando representar la experiencia compartida de barreras de acceso a la ayuda psicológica, la mayoría de ellas vinculadas con el hecho de identificarse con una orientación sexual o identidad de género diversa.

Respecto al alcance de los resultados de este estudio, es importante señalar que se trata de un análisis aplicado a un material proveniente de entrevistas que no fueron diseñadas originalmente para indagar en las experiencias específicas de ayuda psicológica y psicoterapéutica en jóvenes LGBT. Por esta razón, algunas de las propiedades desarrolladas para cada uno de los focos de análisis no lograron ser saturadas. Pese a dicha limitación, el surgimiento del fenómeno "Tan cerca pero tan lejos", permite dar cuenta de la paradoja de que la cercanía y disponibilidad de profesionales de salud mental no basta si es que dichos/as profesionales no cuentan con las competencias ni son sensibles a las necesidades específicas de jóvenes pertenecientes a la diversidad sexual y de género. Futuras investigaciones debiesen atender al desarrollo de intervenciones psicológicas y acciones psicoterapéuticas enfocadas a generar un espacio seguro para la exploración del estigma sexual internalizado y la construcción de una identidad positiva en jóvenes LGBT.

Referencias

- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of homosexuality*, 64(6), 825-841.
- Avery, A., Hellman, R., & Sudderth, L. (2001). Satisfaction with mental health services among sexual minorities with major mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(6), 990- 991. doi: [10.2105/ajph.91.6.990](https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.990)
- Barrientos, J. & Cárdenas, M. (2014). Construction and validation of a subjective scale of stigma and discrimination (SISD) for the gay men and transgender women population in Chile. *Sexuality Research and Social Policy*, 11, 187-198. doi: <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0150-0>
- Bidell, M. P. (2016). Mind our professional gaps: Competent lesbian, gay, bisexual, and transgender mental health services. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 67-76.
- Bidell, M. P. (2017). The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a new interdisciplinary self-assessment for health providers. *Journal of homosexuality*, 64(10), 1432-1460.
- Bidell, M. P. & Stepleman, L. (2017). An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. *Journal of Homosexuality*, 64 (10), 1305-1329. doi: [10.1080/00918369.2017.1321360](https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321360)
- Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., Black, A., & Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. (2016). Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 417-430.
- Cáceres, C. F., & Salazar, X. (2012). "Era como ir todos los días al matadero...": *el bullying homofóbico en instituciones educativas públicas de Chile, Guatemala y Perú*. IESSDEH, UPCH, UNDP, UNESCO.
- Cáceres, C. F., Mogollón, M. E., Pérez Luna, G., & Olivos, F. (2011). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. IESSDEH and Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 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. <https://doi.org/10.1177/1524838015585318>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis* (2nd ed.). SAGE.
- Charmaz, K. & Henwood, K. (2013). Grounded Theory. En C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds), *Handbook of Qualitative Research in Psychology* (240-259). London: SAGE.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2013). *Sexual orientation and mental health*. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 204-222). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE.

- D'Augelli, A. R. (2006). Developmental and Contextual Factors and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. En A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual psychology. Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 37-53). American Psychological Association.
- D'Augelli, A., Grossman, A., & Starks, M. (2005). Parents' Awareness of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths' Sexual Orientation. *Journal of Marriage and Family*, 67(2), 474–482. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00129.x>
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2013). "Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings": Correction to Diamond et al. (2011). *Psychotherapy*, 50(4), 596-596. doi: <https://doi.org/10.1037/a0034920>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Geertz, C. (2009). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Gilbey, D., Mahfouda, S., Ohan, J., Lin, A., & Perry, Y. (2019). Trajectories of Mental Health Difficulties in Young People Who are Attracted to the Same Gender: A Systematic Review. *Adolescent Research Review, First Online*. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00128-8>
- Goldfried, M. (2018). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496.
- Haas, A., Eliason, M., Mays, V., Mathy, R., Cochran, S., D'Augelli, A., & Russell, S. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51.
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103 (5), 813-821.
- Herek, G., Gillis, J., & Cogan, J. (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>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32.
- Hobaica, S., Alman, A., Jackowich, S., & Kwon, P. (2018). Empirically based psychological interventions with sexual minority youth: A systematic review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*.
- Infante, A., Berger, C., Dantas, J. & Sandoval, F. (2016). *Encuesta Nacional de Clima Escolar en Chile. Experiencias de Niños, Niñas y Adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans en Establecimientos Educativos*. Fundación Todo Mejora, Santiago de Chile.
- Institute of Medicine (IOM-US). (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press.
- Iwagaki, C. (2017). The Influence of Internalized Stigma on Sexual Minority People's Help-Seeking. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), e322.

- Jiang, Y., Perry, D., & Hesser, J. (2010). Suicide patterns and association with predictors among Rhode Island Public High School students: A latent class analysis. *American Journal of Public Health* 100 (9),1701-1707.
- Kerqueli, A. & Kadriu, F. (2017). *Manual for Psychological Practice with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Center for Equality and Liberty of the LGBT community in Kosovo.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., and Nazareth, I.(2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8:70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- León, M.J., Del Río, P. and Chaigneau, S. (2012) Nivel de Sintomatología Psicopatológica en Población Adolescente Femenina de Santiago de Chile, Según Orientación Sexual. *Universidad Adolfo Ibáñez*, Santiago.
- Logie C. (2012). The Case for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American Journal of Public Health*, 102 (7), 1243-1246.
- Lucassen, M., Clark, T., Denny, S., Fleming, T., Rossen, F., Sheridan, J., Bullet, P., & Robinson, E. (2015). What has changed from 2001 to 2012 for sexual minority youth in New Zealand? *Journal of Pediatrics and Child Health*, 51(4), 410–418.
- Lucassen, M. F., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C. M., & Merry, S. N. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), 774–787.
- Lucksted, A. (2004). Lesbian, gay, bisexual, and transgender people receiving services in the public mental health system: Raising issues. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8(3-4), 25-42.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of adolescent health*, 49(2), 115-123.
- Marínez, C., Tomcic, A. Aguayo, F., Rodríguez, J. (2016). *Adolescencia y Suicidio: Construcción Subjetiva del Proceso de Suicidio en Jóvenes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT)*. Proyecto FONIS SM14I0004, Fondo Nacional de Investigación en Salud, Chile.
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, 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*. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS), Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- McDermott, E. (2015). Asking for help online: Lesbian, gay, bisexual and trans youth, self-harm and articulating the ‘failed’ self. *Health*, 19(6): 561–557. <https://doi.org/10.1177/1363459314557967>
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual population: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697.

- Michaels, M., Parent, M., & Torrey, C. (2016). A Minority Stress Model for suicidal ideation in gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46 (1), 23-34.
- Newcomb, M., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 30 (8), 1019- 1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Padilla, Y., Crisp, C., & Lynn, D. (2010). Parental Acceptance and Illegal Drug Use among Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents: Results from a National Survey. *National Association of Social Worker*, 55 (3), 265-275.
- Pereira, H. & Rodrigues, P. (2015). Internalized Homophobia and Suicidal Ideation among LGB Youth. *Journal of Psychiatry*, 18 (2), 14-168. <https://doi.org/10.4172/Psychiatry.1000229>
- Peter, T., Edkins, T., Watson, R., Adjei, J., Homma, Y., & Saewyc, E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and hetero- sexual students in a canadian population-based cohort study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 115.
- Pineda, C. (2013). Factores asociados con Riesgo de Suicidio en Adolescentes y Jóvenes autoidentificados como lesbianas, gay y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 42 (4), 333-349.
- Porta, C. M., Watson, R. J., Doull, M., Eisenberg, M. E., Grumdahl, N., & Saewyc, E. (2018). Trend disparities in emotional distress and suicidality among sexual minority and heterosexual minnesota adolescents from 1998 to 2010. *Journal of School Health*, 88(8), 605–614.
- Puckett, J. A., Horne, S. G., Surace, F., Carter, A., Noffsinger-Frazier, N., Shulman, J., Detrie, P., Ervin, A., & Mosher, C. (2017). Predictors of Sexual Minority Youth’s Reported Suicide Attempts and Mental Health. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 697-715. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1196999>
- Rossman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults’ Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390-1410. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321379>
- Rutherford, K., McIntyre, J., Daley, A., & Ross, L. (2012). Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Medical Education*, 46 (9), 903-913.
- Ryan C., Russell ST., Huebner D., Diaz R., Sanchez J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4):205-13.
- Shpigel, M., Belsky, Y., & Diamond, G.M. (2015). Clinical work with non-accepting parents of sexual minority children: addressing causal and controllability attributions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 46-64.
- Stake, R.E. (2006), *Multiple case study analysis*. The Guilford Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Talan, A., Drake, C., Glick, J., Scott, C., & Seal, D. (2017). Sexual and gender minority health curricula and institutional support services at U.S. schools of public health. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1350-1367.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144: 723-733.

- Tomicic, A., Martínez, C., Rosenbaum, C., Aguayo, F., Leyton, F., Rodríguez, J., Galvez, C., & Lagazzi, I. (2020). Adolescence and Suicide: Subjective Construction of the Suicidal Process in Young Gay and Lesbian Chileans. *Journal of Homosexuality*, 1-22.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1804253>
- UN Human Rights Council. (2018). *Report of the Independent Expert on Protection against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity*. A/HRC/38/43.
- UN General Assembly. (2019). *Interim Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Relevance of the Prohibition of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment to the Context of Domestic Violence*. A/74/148.
- Valfort, M.A. (2017). "LGBTI in OECD Countries: A Review", OECD Social, Employment and Migration Working Papers (198). Recuperado de:
<https://www.oecd.org/els/soc/LGBTI-in-OECD-Countries-A-Review-Valfort-2017.pdf>
- Walls, N., Freedenthal, S., & Wisneski, H. (2008). Suicidal ideation and attempts among sexual minority youths receiving social services. *Social Work*, 53, 21-29.
- Whitehead J., Shaver J., & Stephenson R (2016) Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS ONE* 11(1): e0146139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>

Received: 2020-09-30

Accepted: 2021-04-19