



**Universidad Nacional Autónoma de  
México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

---

---

“Psicoterapia familiar sistémica y disidencias sexuales: Un  
análisis de las experiencias de terapeutas en el ejercicio clínico  
con la población LGBTTTQIA+ ”

Que para obtener el título de:

**Licenciada en Psicología**

Presenta:

**Aranza Arias Flores**

Director de tesis:

**Mtro. Mario Fausto Gómez Lamont**

Comité:

**Dr. Luis Carlos Faudoa Mendoza**

**Mtro. Mario Fausto Gómez Lamont**

**Mtra. Adriana Ortiz Arellano**



Los Reyes Iztacala, 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

A mis padres, Jaciel y Oralia, las primeras dos personas en mostrarme amor incondicional y en impulsarme a construir mi propio camino; por creer en mí cuando yo no lo hacía, por ayudarme a levantarme cada vez que quise rendirme, y por siempre celebrar mi vida. También, a mis hermanas, Fany y Ángela, por ser mis compañeras de vida y mi fuente más grande de fortaleza.

Les amo con todo lo que soy, gracias por salvarme la vida en más de una ocasión.

A Joss, por 11 años de amistad en los que hemos llorado, reído; hemos caminado codo a codo y nos hemos separado, pero nunca, ni un segundo, he dudado del amor y la lealtad que nos tenemos. A Vale que siempre escucha mis pensamientos e ideas desordenadas aunque a veces no tengan sentido, y me apoya en todo desde el día en que nos conocimos. A Lilie, por su paciencia infinita y su habilidad para darme tranquilidad cuando siento que las cosas me sobrepasan. Gracias a todas por su apoyo, cariño y por animarme emocionalmente durante toda la carrera.

Gracias a Osmar y Lucy, por constantemente compartir conmigo su conocimiento y amor por la psicología, animándome a seguir aprendiendo. Agradezco también el poder presenciar cómo van construyendo su vida juntos, en más de una ocasión la linda familia que están formando ha sido para mí fuente de alegría y consuelo.

Me es imposible no mencionar a Eva, Rukmini, Dot, Sameera, Apurva, Frideriki, Adela y Hatty, quienes me mostraron la increíble diversidad de experiencias humanas que existen además de la mía, me acompañaron en algún punto de mi descubrimiento personal, me mostraron comprensión y amor absoluto; y con quiénes descubrí por primera vez el significado de “familia elegida”. Ni la distancia ni el tiempo me harán olvidar todo lo que hicieron por mí. Gracias por compartir sus vidas conmigo.

A Rukmini, por inspirarme siempre, introducirme al vibrante mundo de la lucha social y el activismo, y enseñarme el poder que tiene la voz propia. A Eva, por ser un modelo a seguir, una compañera leal en mis momentos de estrés, dudas y ansiedad, y una de las personas más gentiles que conozco. A Dot, por recordarme constantemente las cosas simples pero increíblemente importantes que suelo olvidar durante mis momentos transitorios de crisis y reconfortarme. Aunque estén físicamente lejos no dejo de sentir su calidez.

Al psicólogo Ricardo Rangel, quien me acompañó en el proceso de aceptarme tal y como soy, me dio claridad y me ayudó a comprender que “no hay nada mal conmigo”, gracias por plantar en mí la semilla que me alentó a involucrarme en espacios LGBTTTQIA+ y acercarme a mi comunidad.

Y por supuesto, a mi director de manuscrito, el Mtro. Mario Fausto Gómez Lamont, a quien respeto muchísimo por su constante lucha para visibilizar a la comunidad LGBTTTQIA+ en espacios académicos y terapéuticos. Gracias infinitas por mostrar interés, entusiasmo y apoyo por mi tema en todo momento.

# ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Justificación.....	9
Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	13
Objetivos.....	15
Metodología de la investigación.....	16
Capítulo I El panorama de la diversidad sexo-genérica en México.....	19
Capítulo II Salud mental y población LGBTTTQIA+ en México.....	21
Capítulo III Discriminación hacia la comunidad LGBTTTQIA+ en espacios psicoterapéuticos.....	24
Capítulo IV Formación de psicoterapeutas y comunidad LGBTTTQIA+.....	27
Capítulo V Práctica psicológica ética y su relación con la comunidad LGBTTTQIA+.....	29
Capítulo VI Entrenamiento en psicoterapia afirmativa.....	33
Recolección y análisis de datos.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	79
Referencias.....	81
Anexos.....	87

## **Resumen**

La presente investigación con enfoque mixto exploró las experiencias de 46 terapeutas familiares en México con respecto a sus habilidades clínicas para el trabajo con población LGBTTTQIA+. Para esto se aplicó una encuesta en línea, en la cual se retoman preguntas del instrumento utilizado en el estudio de Gómez-Lamont y Silva (2019), de una encuesta realizada a terapeutas familiares en Estados Unidos por Doherty y Simmons (1996), y preguntas nuevas formuladas específicamente para la presente investigación con el motivo de incluir a las personas de la diversidad de género en la actual estadística. Los resultados obtenidos describen las características sociodemográficas, de formación profesional, práctica clínica y percepción respecto a temas LGBTTTQIA+, de la población encuestada.

**Palabras clave:** Práctica clínica, Terapia Familiar, Población LGBTTTQIA+

## **Abstract**

The present mixed method research explored the experiences of 46 family therapists in Mexico regarding their clinical skills to work with LGBTTTQIA+ population. To achieve this, an online survey was applied, in which questions from the instrument used in the study by Gómez-Lamont and Silva (2019), from a survey conducted with family therapists in the United States by Doherty and Simmons (1996), and new questions formulated specifically for this research with the purpose of including people of gender diversity in the current statistics, were used. The results obtained describe the sociodemographic characteristics, professional training, clinical practice and perception regarding LGBTTTQIA+ issues of the surveyed population.

**Keywords:** Clinical practice, Family Therapy, LGBTTTQIA+ population

## **Introducción**

### **Pensamiento situado**

¿Quién soy yo? Personalmente responder a esta pregunta me es tan complicado como agotador, no ahora, sino desde siempre. Quizá para poder explicar el por qué es vital que comience por decir que soy una persona no binarie, específicamente de género fluido (que se siente cómodo con cualquier pronombre) y bisexual; puesto que me ha tomado una vida entera ser capaz de nombrar mi experiencia.

Desde que tengo memoria he tenido que enfrentarme a todas las contradicciones que me tapaban el paso entre lo que yo sé que soy y lo que los demás dicen que debería ser. A pesar de que a muy temprana edad yo sabía perfectamente quién era y cómo quería manifestarlo, más pronto de lo que creí comencé a entender que no todos a mi alrededor lo entendían. Es increíble que aún siendo solo una niña, pudiera notar, en más ocasiones de las que puedo contar, las miradas de desaprobación, confusión y preocupación, que los adultos mostraban ante mi comportamiento.

Logré salirme con la mía en muchas ocasiones (al rechazar usar vestido para un evento importante, al rehusarme a actuar de cierta forma, vestirme o hablar como otros esperaban) gracias al amor y comprensión de mis padres, quiénes aunque en ocasiones ponían algo de resistencia, siempre confiaron en mí habilidad para construir mi propia vida. Aún así, en un mundo cisheteronormado, tuve que sufrir muchísimo antes de poder aceptar que no soy “simplemente una mujer no tan femenina”, ni “heterosexual pero con mucho cariño y admiración por personas de otros géneros”.

Quizá la adolescencia fue una de las etapas más difíciles de mi vida. En aquellos años tenía una persistente sensación de incomodidad, enojo y confusión. Siempre presente, la idea de que había “algo mal” conmigo me acompañó por suficiente tiempo para lograr controlar mis acciones y orillarme a actuar ante la convicción de que debía sentirme culpable por ello, y autocastigarme.

Recuerdo con gran detalle el día en que mis padres descubrieron lo mal que la estaba pasando y juntos lloramos en su habitación hasta que no pudimos más. Lo recuerdo

también por ser la primera vez que se me presentó la oportunidad de recibir acompañamiento psicológico por decisión de ellos.

En retrospectiva, me doy cuenta de por qué, a pesar de que el psicólogo con quien tuve este acompañamiento me dio las herramientas para salir de la crisis en la que me encontraba en ese momento, y de que me sentí agradecido al punto de decidir, en ese momento, que estudiaría psicología al crecer; la sensación de desconexión con otros, la ansiedad de que otros notaran que había algo diferente en mí, la incomodidad que sentía en mí propio cuerpo, mi soledad y mi enojo, no se fueron.

No fue sino hasta el año 2018 cuando a través de redes sociales fui capaz de conocer personas de otros países quienes me abrieron los ojos ante un mundo completamente distinto al que yo, hasta ese momento, conocía. A pesar de que mi primer acercamiento a personas con orientaciones sexuales “no normativas” no fue ese, descubrí muchos nuevos términos que despertaron mi curiosidad por sumergirme en temas relacionados a la comunidad LGBTTTQIA+. Además, a través de ellas y ellos fue que concebí, por primera vez en mi vida, la posibilidad de que hubiera experiencias de género fuera del binarismo de “hombre” y “mujer”.

Así fue, pues, que por fin pude ponerle nombre a aquel sentimiento de “alienación” e incomodidad que permanecía latente en mi vida. Después de meses de investigación, experimentación, consideración y de recibir solo amor, validación y apoyo por aquellas personas que se convirtieron en mi “lugar seguro”, me descubrí y acepté como una persona bisexual de género fluido.

Aceptar mi orientación sexual y sentirme orgulloso de ella fue desproporcionadamente más fácil que aceptar mi identidad de género, por lo que decidí buscar psicoterapia enfocada en personas LGBTTTQIA+, e instantáneamente pude identificar todas las deficiencias que mi primera experiencia había tenido. Fui capaz de recordar cada una de las prácticas, expectativas y comentarios cisheteronormados que no solo me impidieron explorar las particularidades de mi propia identidad, sino que además me alentaron a reprimirla y me hicieron sentir que para “mejorarme” debía convertirme en

alguien que no era, porque mi verdadera identidad no se alineaba a aquello que *necesitaba ser* para llevar una vida feliz y plena.

Es así, como derivada de la combinación de estas y más experiencias relacionadas a mi lucha personal por desechar todas las ideas cisheteronormativas que me hicieron convertirme en alguien que no soy, nació mi motivación por realizar esta investigación. Con el propósito de poner bajo el reflector la alarmante falta de consideración con respecto a las necesidades particulares de las personas con orientaciones sexuales e identidades no normativas en espacios terapéuticos, puesto que al vivir en realidades distintas a las personas cisheterosexuales, no pueden ser entendidas y atendidas bajo los mismos parámetros.

Con relación a esto, me parece relevante mencionar que durante la redacción de esta investigación me cuestioné el por qué y para quién estaba escribiendo, con lo cual surgió la inquietud de sí al evitar la utilización del lenguaje inclusivo por motivos “académicos”, estaba reproduciendo y perpetuando la exclusión de la cual yo y otras personas no binaries hemos sido víctimas a lo largo de nuestras vidas, y la cual yo pretendía señalar con mi investigación.

Así pues, tomé la decisión de redactar esta investigación haciendo uso del lenguaje inclusivo en forma de protesta y resistencia, para visibilizar la existencia de la diversidad de aquellos con identidades de género fuera del binarismo normativo, quiénes a menudo son excluides del panorama LGBTTTQIA+ u obligades a hacerse pequeñas y ocultar partes de sí mismas para poder encajar en los incómodos y apretados lugares diseñados por el binarismo de género en nuestra sociedad.

Nosotros quiénes luchamos a diario por todos y cada uno de los espacios que ocupamos, muchas veces poniendo nuestra identidad en un cajón donde nadie pueda verla, nuestra comodidad y plenitud en otro, con el motivo de protegernos ante discursos de odio y hasta agresiones físicas. Nosotros, que más que preocuparnos por el uso de una “e”, debemos preocuparnos de no ser humillades frente a todo el país por exigir respeto en una clase en Zoom o de no ser asesinades en la comodidad de nuestros hogares por reclamar posiciones de poder que nos permitan luchar por nuestros derechos. Mientras que el uso del

lenguaje inclusivo no es el más grande de nuestros problemas, sí es un claro ejemplo del odio y la insistencia con que las personas con identidades de género normativas rechazan nuestra existencia.

Muchas personas con identidades de género dentro del binarismo creen que nuestra identidad entera gira en torno al uso de la “e” en adjetivos para describirnos, nos tachan de frágiles y utilizan este —a duras penas— argumento para desvalorizar nuestra identidad como personas no binaries. Es irónico como una cosa tan aparentemente “frágil”, les causa tanta angustia e indignación a ellos también.

Es cierto que la omisión de una “e” en el lenguaje no va a anular la validez ni veracidad de nuestras identidades, pero su uso sí puede reivindicar nuestra existencia y nuestra lucha. El uso del lenguaje inclusivo nos visibiliza, es un recordatorio constante de que nosotres también estamos aquí, existimos y nos resistimos a ser sometidos a categorías que *jamás* podrán representar las particularidades de nuestra experiencia con el género.

Tras la trstítisima muerte de le magistrade Jesús Osiel Baena Saucedo y su pareja Dorian Nieves, y después de llorar al leer comentarios de odio, amor, burla y respeto por igual, sentí que mi convicción por escribir esta tesis con lenguaje inclusivo se renovaba. La vida de le magistrade no solo es importante para recordar que nosotres, personas no binaries, también podemos aspirar a ocupar posiciones de poder en la sociedad que nos permitan luchar por nuestros derechos, sino también para no olvidar que podemos lograrlo sin cambiar quiénes somos para “encajar” a los parámetros cishetronormativos impuestos por nuestra sociedad.

Mi posicionamiento es este, quiero visibilizar a todas las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas, quiero ayudar a abrir un espacio para que ellos mismos expresen sus experiencias. Así sea en nuestras conversaciones diarias, en nuestros informes en el trabajo, en nuestros mensajes de texto, en publicaciones informales en internet, en artículos científicos o en tesis, espero que se infiltre el lenguaje inclusivo; y así con la ayuda de una vocal, una sola letra, el mundo recuerde que estamos aquí, hasta el día en que les sea imposible obviarlo.

Hay lugar para nosotres en este mundo y vamos a reclamarlo.

Al mismo tiempo, es de suma importancia para mí, aclarar que al tomar esta decisión no se busca desplazar o borrar las experiencias de aquellas mujeres y hombres LGBTQIA+ con identidades binarias tanto cis como trans quienes también son víctimas de las injusticias y violencias mencionadas en esta investigación, y cuyas historias son importantes y merecedoras de atención en la misma medida.

### **Justificación**

La familia es el primer núcleo en el que el individuo se desarrolla, el primer grupo social al que pertenece, una de las influencias que moldean la realidad, comportamiento, ideas y creencias del individuo.

Martínez (2007) destaca la importancia de la familia para el desarrollo psicosocial de las infancias y adolescencias, argumentando que las relaciones y los vínculos que se establecen durante estas etapas dentro del grupo familiar tendrán gran influencia en el desarrollo y calidad de los lazos afectivos que se generen y mantengan a lo largo de la vida (Martínez 2007 en Fernández, 2009).

A pesar de que la familia usualmente se preconice como un “espacio seguro” en el cual las personas pueden sentirse protegidas, valoradas y amadas, para aquellos con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas el ambiente familiar puede ser hostil, tenso e incluso peligroso, debido a que a menudo deben enfrentarse al rechazo, la violencia y la presión ejercida por sus familias al no encajar en las descripciones cisheteronormativas impuestas por la sociedad en que se desarrollan.

En 2015 un estudio realizado por Mendoza, Ortiz, Román y Rojas en el cual se aplicó una encuesta a personas de la comunidad LGBTIQ, arrojó que el 25.66% de las personas entrevistadas habían sido discriminadas por alguien en su familia.

Por otro lado, según la Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género realizada en 2018, un 92% de la población entrevistada declaró que tuvo que esconder su orientación sexual o identidad de género en su contexto familiar, además de que un 87.8% presencié conductas de burla o molestia hacia otra

persona por su orientación sexual o identidad de género, y un 59.8% escuchó de primera mano comentarios negativos u ofensivos en dicho entorno.

Así pues, estas investigaciones arrojan luz al hecho de que la violencia y discriminación que las personas LGBTTTQIA+ sufren no está limitada a los ámbitos social, laboral y escolar, en los cuales la lucha por igualdad y respeto es comunmente más visibilizada por la dimensión y el alcance que esta tiene. La discriminación, para muchas personas pertenecientes a la comunidad LGBTTTQIA+, comienza en el primer grupo al que pertenecen y en el que se desarrollan durante los primeros años de sus vidas, la familia.

Diversas investigaciones a nivel global han estudiado la relación entre las redes sociales de apoyo y la salud mental tanto en adolescentes como adultos LGBTTTQIA+ (Castillo y Cornejo, 2017; Fenaughty y Harre, 2003; Malpas, 2011; McDermott, Roen y Scourfield, 2008), sin embargo, existen pocos estudios que se centren exclusivamente en la familia (Ryan et al., 2010; Katz-Wise, Rosario y Tsappis, 2016; Bregman et al., 2013; García et al., 2018).

Un ejemplo es el estudio realizado por Ryan y colaboradores en 2010, el cual buscó estudiar la influencia del rechazo familiar en la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes LGBT, y cuyos resultados mostraron una clara relación entre el nivel de aceptación de la familia con respecto a las orientaciones e identidades de los jóvenes y su estado de salud en la adultez temprana.

Los adultos jóvenes que reportaron niveles altos de aceptación por parte de sus familias tuvieron mayores puntajes en las tres medidas de ajuste positivo y salud mental: autoestima, apoyo social y salud en general. Para aquellos que reportaron poca aceptación familiar los puntajes de depresión, abuso de sustancias, ideación suicida e intento de suicidio fueron significativamente peores.

Estos datos ponen de manifiesto la importancia de la familia como red de apoyo y su influencia en la salud mental de la población LGBTTTQIA+, además de los obstáculos para el pleno desarrollo la población LGBTTTQIA+ que la discriminación y el rechazo suponen.

Al añadir factores como la orientación sexual o identidad de género no normativas, se ha encontrado que los jóvenes adultos tienen un mayor riesgo de padecer algún desorden por estrés postraumático y que una parte significativa de este riesgo proviene de la alta exposición al abuso (físico, psicológico y sexual) en la infancia (Roberts et al. 2012 en Casique, 2019); que los adolescentes homosexuales presentan mayores síntomas depresivos que los heterosexuales, y que el rechazo familiar influye en esto (La Roi 2016; Pearson y Wilkinson 2013 en Casique, 2019); y que a mayores experiencias de rechazo familiar por la orientación sexual peores son los resultados en salud (Ryan et al. 2009 en Casique, 2019).

Ante la abrumadora estadística con respecto a los diversos problemas de salud a los cuales se enfrentan las personas de la comunidad LGTBTTQIA+ y el papel de la familia en disminuir o aumentar el porcentaje de riesgo, ¿qué respuesta hay por parte de las instituciones de salud de nuestro país?

A nivel nacional se han llevado a cabo estudios referentes a la discriminación de las personas LGTBTTQIA+, por ejemplo, en 2014 el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) puso de manifiesto que la orientación sexual era una de las seis causas más comunes de discriminación en el ámbito de la atención pública y una de las cinco más comunes en el ámbito privado.

Por otro lado, en un informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2018 con respecto a la situación de salud de las personas LGBT en las Américas, se encontró que presentan mayores tasas de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso de alcohol, suicidio o ideas de suicidio. Además de que los dos principales motivos de que se les impida acceder a servicios de salud de calidad, de manera integral y oportuna son el estigma y la discriminación.

Es importante mencionar que a pesar de la existencia de bibliografía acerca de la discriminación que sufren las personas de la diversidad sexo-genérica en contextos de promoción y atención a la salud, existe una evidente escasez de investigación en atención a personas LGTBTTQIA+ en espacios psicoterapéuticos tanto públicos como privados. En muchos casos su única conexión con servicios psicológicos es a través de la derivación durante consultas médicas, de las cuales no se tiene información de seguimiento.

Incluso desde un análisis al panorama general de los servicios de salud, es fácil identificar la falta de idoneidad para que las personas de la diversidad sexual y de género puedan acceder a la atención necesaria para prevenir o tratar problemas de salud pre-existentes.

Ahora bien, acercándonos más al ámbito de la salud mental, y relacionándolo con la que debería ser una de las redes de apoyo para las personas LGBTTTQIA+, es decir, la familia; encontramos que a pesar de contar con un enfoque psicoterapéutico que precisamente se centra en los sistemas familiares y sus subsistemas, las personas de la diversidad sexual y de género, así como las problemáticas a las que se enfrentan en su cotidianidad permanecen “invisibles”.

La bibliografía existente raramente aborda temas que incluyen a familias con miembros de la comunidad LGBTTTQIA+. Variables fuera de la normatividad de la familia retratada en los textos de Terapia Familiar Sistémica, como lo son un hijo con una sexualidad o identidad de género fuera de lo que es comúnmente categorizado como "normal" e incluso “natural”, las relaciones de parejas homosexuales, entre otras, son invisibilizadas desde antes que estos individuos o familias, e incluso los terapeutas, lleguen al consultorio.

La realidad en México es que la deficiencia de preparación para atender las necesidades específicas de la comunidad LGBTTTQIA+ en materia de salud mental comienza desde la formación de los terapeutas, puesto que existen muy pocos entrenamientos de postgrado que contemplen la diversidad sexual y de género en sus planes curriculares (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

Esto a pesar de que según la guía de criterios esenciales para evaluar planes y programas de licenciaturas del área de la salud, publicada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) actualizada en el año 2019, menciona en el punto 2.8 de los elementos del perfil profesional la presencia de un “enfoque de género incluyente y con énfasis en los derechos humanos” (p. 12). Asimismo, en la guía para evaluar planes y programas de estudio de la licenciatura en psicología,

actualizada en 2020, algunos de los contenidos que debe haber en el programa son: psicología de género, orientación sexual e identidad sexual (establecido en el punto 5.22).

La presente investigación está enfocada en conocer las experiencias de los terapeutas familiares en México con respecto a su conocimiento y opinión con respecto a la población LGTBTTQIA+, centrándose específicamente en cómo los temas de sexualidad, género y diversidad sexual estuvieron presentes o ausentes durante su formación como terapeutas familiares. Puesto que a pesar del aumento en movimientos y organizaciones que abogan por la visibilidad, los derechos y la inclusión de la comunidad LGTBTTQIA+ en espacios del sector de la salud mental, siguen llevándose a cabo prácticas discriminatorias por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género en los mismos.

Este trabajo permitirá conocer las características de formación y práctica profesional de los terapeutas familiares en el país, con respecto a temas relacionados a personas de orientaciones sexuales e identidades de género no normativas.

Así, al poner de manifiesto dichos elementos, se pretende contribuir a la línea de investigación dedicada a hacer de la psicoterapia familiar una práctica ética, incluyente y humana.

### **Planteamiento del problema y pregunta de investigación**

Según la Encuesta Nacional Sobre la Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) realizada en el año 2021 se encontró que a pesar de que a más del 80% de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas sus padres les aceptaron, respetaron o respaldaron, a un 9.8% de personas LGB+, y a un 13.9% de personas T+ se les obligó a asistir con alguna autoridad, persona o institución (incluyendo a psicólogos) con el fin de “corregirle” (INEGI, 2022).

Por otro lado, en una encuesta dirigida por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en el año 2018, un total de 9,029 de las personas encuestadas manifestaron haber tenido alguna experiencia de discriminación durante la atención médica debido a su orientación sexual o identidad de género, entre las cuales se encontraban el sugerir “curar” su condición como personas de diversidad sexo-genérica, el

uso de los pronombres incorrectos para referirse a ellos, el decir que su orientación sexual o identidad de género es una enfermedad y el negarse a reconocer la identidad de género u orientación sexual reportada por los pacientes (CONAPRED, 2019).

En adición a esto, Lozano (2017) menciona en su investigación con respecto a homofobia, salud mental y sexual de hombres gay en la Ciudad de México, que una de las formas más comunes de discriminación reportadas es la derivación para recibir atención psicológica.

En este punto es importante aclarar que esta derivación se da como un intento de los profesionales de la salud y otras autoridades por “corregir” o “curar” a las personas pertenecientes a la comunidad LGBTTTQIA+, y no como una medida de atención a problemas de salud mental reportados por los pacientes o por solicitud de los mismos. Es este enfoque que considera la orientación sexual o la identidad de género no normativa como una enfermedad o un “mal” que debe ser contrarrestado, lo que precisamente hace de la derivación a servicios psicológicos una forma de discriminación.

Aún frente a estos datos estadísticos y los esfuerzos de algunos psicólogos y otros profesionales de la salud mental por visibilizar y reconocer la diversidad sexo-genérica, así como la importancia de adoptar perspectivas y metodologías que se alineen con esta labor, la falta de inclusión de la comunidad LGBTTTQIA+ en los currículos de formación de psicólogos y en específico de terapeutas familiares es persistente.

Para el 2019, de entre 6 institutos y asociaciones civiles de educación superior con programas en terapia familiar con RVOE y con más de 10 generaciones de egresados, solo uno había integrado contenidos de sexualidad, género y diversidad sexual en la formación de sus terapeutas; uno incluía contenidos de sexualidad y género en su currícula; y tres tenían solo contenidos de sexualidad (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

Así pues, tanto la prevaeciente derivación de personas LGBTTTQIA+ a servicios psicológicos con la intención de cambiarles en lugar de reafirmar sus identidades, como la falta de recursos para el trabajo con disidencias sexuales y de género ofrecidos por institutos y asociaciones formativas para los estudiantes de psicología que deseen obtener el

grado de maestría en terapia familiar, suponen un problema no solo de salud comunitaria sino también ético al violentar los derechos de cada persona LGTBTTQIA+ que ha sido discriminada, excluida, invisibilizada o violentada de alguna manera por parte de profesionales de la salud mental ya sea directa o indirectamente.

Con el motivo de llegar a identificar las necesidades y limitaciones de la actual práctica psicológica para así comenzar a construir espacios dedicados a la salud mental más incluyentes, es necesario preguntarnos, ¿Qué tipo de formación tienen con respecto a temas LGTBTTQIA+ les terapeutas familiares?, ¿Cuál es su percepción del trabajo con esta población? y ¿Por qué?.

Entre los años 2014 y 2016 Gómez-Lamont realizó una encuesta a una muestra no probabilística intencionada de egresados de programas formativos en Terapia Familiar en México, mismo que fue publicado en 2019; con el objetivo de realizar de forma descriptiva un seguimiento de los egresados, así como una revisión de los contenidos de diversidad sexual vivenciados en el programa formativo que cursaron.

Los resultados revelaron que solo un 9.5% de la población encuestada había trabajado alguna vez con parejas homosexuales serodiscordantes, y el tema de homofobia en la familia. Con respecto a su formación como psicoterapeutas, un 60% de los encuestados afirmó no haber visto el tema de parejas homosexuales serodiscordantes, 58% dice no haber visto cómo trabajar con problemas de parejas LGBT+, así como los problemas de familias con hijos de la diversidad sexual (54%), y un 47% comentó no haber visto el tema de homofobia en la familia (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

Estos resultados coinciden con lo planteado al inicio de esta sección, sin embargo, hay que tener en cuenta que esta encuesta se realizó hace casi 10 años, por lo que actualizar la información con respecto a la práctica clínica y la formación de los psicoterapeutas familiares resulta de suma importancia. El poder comparar los resultados obtenidos entonces y los más recientes permitirá poner de manifiesto si ha habido cambios y avances en estos ámbitos o no, y cuáles.

## **Objetivos**

General: Conocer las experiencias de les terapeutas familiares en México con respecto a habilidades clínicas hacia el trabajo con la comunidad LGBTTTQIA+.

Específicos:

- Indagar en las características de la práctica profesional de les terapeutas con respecto a población LGBTTTQIA+.
- Conocer las características formativas de les terapeutas en cuanto a la atención a personas LGBTTTQIA+.
- Conocer qué tan competentes se autoperceben les terapeutas para dar consulta a personas LGBTTTQIA+.
- Identificar cuántos y cuáles términos referentes a temas sobre la comunidad LGBTTTQIA+ conocen les terapeutas.
- Comparar los resultados obtenidos con los del estudio de seguimiento a egresados de la maestría en terapia familiar (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

## **Metodología de la investigación**

El presente reporte corresponde a una investigación mixta con diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), transversal, de estadística descriptiva y de análisis de contenido cualitativo.

Como lo mencionan Hernández, Fernández, y Baptista, (2014) mediante el diseño DITRIAC, se puede realizar una validación cruzada de datos tanto cuantitativos como cualitativos, recolectándolos al mismo tiempo y comparándolos durante la interpretación y discusión de resultados.

En este caso, la investigación está enfocada en el análisis de información que comprende las características del proceso de formación y la práctica clínica actual de les terapeutas, pero también se interesa por conocer sus opiniones y conocimiento con respecto a temas LGBTTTQIA+, por lo que este tipo de estudio resulta el más adecuado.

Por otro lado, el diseño transversal permite, en esta investigación no experimental, evaluar a la comunidad de terapeutas familiares recopilando información en un único momento, y facilita el fin descriptivo de la misma.

Para esto se hará una comparación descriptiva de los datos estadísticos y que la aplicación del instrumento diseñado para esta investigación arroje con respecto a los resultados obtenidos en la investigación publicada por Gómez-Lamont y Silva en 2019.

Después, mediante el análisis de contenido cualitativo, el cual según Hostil y Stone (1969), Dunphy, Smith y Ogilvie (1966), es “una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto” (p.5) (Hostil y Stone 1969; Dunphy, Smith y Ogilvie 1966 en Arbeláez y Onrubia, 2014); se analizarán los textos obtenidos a través de las encuestas realizadas a les terapéutas.

La muestra reunida para la investigación fue no probabilística e intencionada, seleccionada a través de criterios de inclusión y exclusión, y por disponibilidad. Debido a esto la estadística obtenida a través de esta investigación tiene un valor limitado a la muestra en sí y los datos no pueden ser generalizados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Criterios de inclusión:

- Haber egresado o estar cursando el último semestre/cuatrimestre de una maestría en terapia familiar en la República Mexicana.
- Tener disposición de tiempo para contestar el cuestionario.
- Contar con internet.

Criterios de exclusión:

- No haber egresado o estar en algún semestre/cuatrimestre anterior al último de una maestría en terapia familiar en la República Mexicana.
- No tener disposición de tiempo para contestar el cuestionario.
- No contar con internet.

## **Instrumento**

En cuanto a lo que al instrumento respecta, este es una encuesta realizada a través de la plataforma de Google Forms, en la cual se retoman preguntas del instrumento utilizado en el estudio publicado por Gómez-Lamont y Silva (2019), de una encuesta realizada a terapeutas familiares en Estados Unidos por Doherty y Simmons (1996), y preguntas nuevas formuladas específicamente para la presente investigación, dando así, un total de 59 preguntas que indagan en las características sociodemográficas, de la formación profesional, práctica clínica, y conocimiento de temas relacionados a la comunidad LGBTTTQIA+, de les terapeutas encuestados.

El instrumento diseñado por Gómez-Lamont que se utilizó en el estudio precedente a este, contenía un total de 45 reactivos de varios tipos: Likert de 4 opciones (Totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, desacuerdo, totalmente en desacuerdo); de opción múltiple; de doble alternativa (sí, no); y preguntas abiertas.

Las modificaciones y adaptaciones realizadas para la presente investigación tuvieron como intención el ampliar el panorama que se podría presentar a través de los resultados, así como ser más inclusivo, integrando otras orientaciones sexuales (además de la homosexual), temas trans, y de identidad de género (dentro y fuera del binarismo).

En general se cambió la redacción de las preguntas en el instrumento haciendo el uso del lenguaje inclusivo. En cuanto a los datos sociodemográficos de les terapeutas, se agregaron preguntas para conocer su orientación sexual, expresión de género e identidad de género. Y en la sección de formación y actividad profesional se agregaron preguntas que indagaban en: si se habían visto demas sobre diversidad sexual, de género e infancias trans durante la formación; si atendían familias consultantes con hijes trans; si se había recibido formación sobre terapia afirmativa para personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas; si tenían conocimiento sobre los ECOSIG y la ley en México; su opinión con respecto a matrimonio y adopción para personas no cisgénero o heterosexuales; conocimiento sobre términos LGBTTTQIA+; y su capacidad autopercebida para atender a personas LGBTTTQIA+ en terapia.

El tipo de respuesta varió entre: de tipo Likert con 4 opciones (Totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, desacuerdo, totalmente en desacuerdo); de opción múltiple; de doble alternativa (sí, no); y preguntas abiertas.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación fue de riesgo mínimo, en la cual se emplearon técnicas y métodos de investigación observacional, transversal y descriptiva. En la sección introductoria del instrumento aplicado se aclaró que en caso de presentar alguna incomodidad o frustración al contestar el cuestionario debido a la naturaleza de las preguntas cuyo propósito fue indagar en la formación, práctica y conocimiento de los participantes con respecto a la comunidad LGBTTTQIA+, ellos podían elegir interrumpir el cuestionario y suspender su participación en la investigación en el momento sin tener que dar una explicación y sin sufrir algún tipo de repercusión.

El estudio se apegó en todo momento a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 1964 en AMM, 2017), que considera la autonomía de los participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad de los mismos, coincidiendo en todo momento con el Informe Belmont (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1979), y el Código de Nuremberg (Tribunal Internacional de Nüremberg, 1946).

Con respecto a los beneficios directos para los participantes, no hubo remuneraciones monetarias, sin embargo, al final del cuestionario se les proporcionaron algunos recursos (artículos, guías, glosarios y ofertas de seminarios de posgrado) para consulta a través de los cuales podrían profundizar en temas LGBTTTQIA+.

### **Capítulo I El panorama de la diversidad sexo-genérica en México**

En agosto del año 2021 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó una Encuesta Nacional Sobre la Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG), en la cual se estimó que alrededor de 5 millones de personas de 15 años y más en México se autoreconocen como población LGBTTTQIA+.

Así para ese entonces 4.6 millones de personas en México pertenecían a la comunidad LGB+. De esta población, 10.6% se identificó como lesbiana; 26.5% como gay u homosexual, 51.7% como bisexual y 11.2% como personas con otra orientación sexual. Asimismo, 18.2% de la población LGBTI+ en México señaló tener una identidad de género no normativa. Mientras que 529 mil personas se identificaron con una orientación sexual dentro de LGB+ y una identidad de género T+.

Del total de participantes que respondieron la encuesta 2.1 millones son personas de sexo masculino asignado al nacer, y 2.9 son personas del sexo femenino asignado al nacer.

De la población del sexo femenino asignado al nacer 14.5% se declaró como lesbiana; 6.1% como gay u homosexual; 66.9 % como bisexual y 12.5% dijo tener otra orientación sexual. En el caso de las personas e sexo masculino asignado al nacer, 5.1% se declaró lesbiana; 55.6% homosexual; 30% bisexual y 9.4% respondió tener otra orientación.

Con respecto a aquellas personas con identidades de género no normativas, 34.8% se autorreconoce como transgénero o transexual y 65.2% respondió tener otra identidad de género.

En relación a lo anterior, en su informe publicado en el año 2022, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) pone de manifiesto que gracias a la ENDISEG se puede estimar que en México viven aproximadamente 1.5 millones de personas intersex, es decir, que el 1.5% de la población de 15 años y más posee variaciones congénitas en las características sexuales.

Del total de estas personas, un 86.6% es heterosexual, mientras que el 13.4% manifiesta tener una orientación sexual no normativa.

En materia de discriminación a las personas de la comunidad LGTBTTQIA+ en el país, los resultados de la ENDISEG realizada en el año 2021 ponen de manifiesto que en los 12 meses previos a la recolección de datos, un 21.8% de las personas intrsexuales se sintió discriminade, y a un 30% le fue negado al menos un derecho de manera injustificada.

En el año 2018 la prevalencia de la discriminación fue de un 80.2% para las personas con identidades de género no normativas y de 58.8% para las personas con orientaciones sexuales no normativas (CONAPRED, 2019). Cifras indignantemente altas.

A pesar de que los estudios previamente mencionados se centran en la discriminación como un medio para negarle a las personas LGBTTTQIA+ la prestación de ciertos servicios y derechos, las agresiones que experimentan no se limitan a estos contextos.

En una investigación realizada en el año 2015 se encontró que los tres principales lugares en que las personas encuestadas reportaron haber sufrido discriminación fueron la escuela (38.24%), espacios públicos como parques, plazas o en la calle (33.46%) , y en la familia (25.66%) (Mendoza et al., 2015).

Las agresiones a las que este grupo de personas se enfrentan en su día a día permanen sus interacciones sociales, haciendo de la discriminación una posibilidad inminente que se da de manera directa e indirecta, pero que afecta de igual manera a toda la comunidad.

Según el informe de resultados de la ENDOSIG realizada en 2018 se les preguntó a los participantes con qué frecuencia presencian actos hostiles contra las personas LGBTTTQIA+, las manifestaciones que más frecuentes fueron un el uso de chistes ofensivos (83.2%), y las expresiones de odio, agresiones físicas y acoso (53.3%).

Otra manifestación del rechazo social puede verse reflejado en el nivel de aceptación que la población cisheterosexual tiene por aquellas personas con orientaciones sexuales o identidades de género no normativas. A pesar de que este varía según la zona demográfica, según el INEGI para el año 2021, un 45.1% de la población cisheterosexual en México no estaba de acuerdo con que las parejas del mismo sexo muestren su afecto (caminar de la mano, darse un beso) en público, el 41.1% no estaba de acuerdo con que las parejas del mismo sexo pudieran contraer matrimonio civil, y un 56.2% no estaba de acuerdo con que se les permitiera adoptar.

Conocer el contexto social en el que se desarrollan las personas de la diversidad sexo-genérica es crucial para comenzar a tener conversaciones con respecto a la salud y su relación con el estigma, la discriminación y la invisibilización.

Como lo pone de manifiesto la Asociación Americana de Psicología (2012) los prejuicios, la discriminación y la violencia a la que se enfrentan los individuos con orientaciones sexuales o identidades de género no normativas son fuentes importantes de estrés que pueden tener repercusiones negativas en su salud mental, además de que les dificultan obtener el apoyo social necesario para manejar dicho estrés.

## **Capítulo II Salud mental y población LGBTTTQIA+ en México**

Con relación a las consecuencias de la discriminación e invisibilización sistemáticas en contra de la población LGBTTTQIA+, la salud mental es uno de los ámbitos de la vida personal que se ve afectado en diferente medida para las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas, que para las personas cisgénero y heterosexuales.

Como se hizo notar en la sección anterior, existen diversas dificultades a las cuales las personas LGBTTTQIA+ se enfrentan para navegar en la sociedad en su día a día. El poder acceder a servicios públicos o privados de salud es de suma importancia para llevar una vida plena, sin embargo, este acercamiento suele ser incómodo, de mala calidad o completamente negado en algunos casos.

La obstaculización para recibir atención médica y la poca preparación del personal de salud y salud mental, son síntomas del gran problema que sigue siendo la reproducción de estándares y discursos cisheteronormados en su formación, mientras los temas que incluyen a las disidencias sexuales son omitidos. Los cuales derivan en prácticas excluyentes y discriminatorias que, una vez más, impactan de manera negativa la salud mental de la población LGBTTTQIA+.

De acuerdo a los resultados del Diagnóstico Situacional de personas LGBTQ de México en 2015, en comparación con las personas encuestadas que no habían sufrido discriminación, aquellas que sí la habían sufrido presentó un promedio de distrés más alto

(2.09% contra 1.89%). Asimismo, el estrés fue mayor en aquellas personas que habían sido discriminadas en la familia (2.27%), que en quienes no lo habían sido (1.94%) (Mendoza et al., 2015).

Además, el 36.04% de la población reportó haber tenido ideación suicida, mientras que el 15.86% intentó suicidarse. En el reporte de investigación, se señala que las personas que reportaron discriminación en algún momento de su vida presentaron mayores porcentajes en el intento e ideación suicida (42.3% y 19.1%), en comparación con quienes no reportaron haber sido discriminadas (23.48% y 9.49%) (Mendoza et al., 2015).

Con respecto al consumo de sustancias, el 47.73% de los participantes reportaron consumir tabaco, el 72.78% dijo haber consumido alcohol en los últimos 30 días, y el 14.7% había consumido drogas por lo menos un día en el último mes.

En el año 2018 se volvió a llevar a cabo la Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género (ENDOSIG), en ella, 47.8% de las encuestadas aseguraron haber tenido pensamientos suicidas alguna vez, y el 21.5% intentó quitarse la vida en por lo menos una ocasión (CONAPRED, 2019).

Según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, en el año 2021 el 26.1% de las personas LGBTI+ reportó alguna vez haber tenido pensamientos suicidas, tres veces más que la población no LGBTI+ (7.9%), mientras que un 14.2% de las personas LGBTI+ había intentado quitarse la vida, en contraste con el 4.2% de quienes tienen una orientación sexual e identidad de género normativa. De las razones reportadas, la más común fue “problemas familiares y de pareja”.

Estos estudios y los realizados en años anteriores presentan resultados consistentes que demuestran las deficiencias en salud mental de la población LGTBTTQIA+ con respecto a la de la población cisheterosexual. Aunque los porcentajes varían, es innegable que existe una brecha importante entre el bienestar general de la población cisheterosexual y el de las personas de la diversidad sexual y de género.

A este respecto, Ilan Meyer (2003) postula, en su Modelo de Estrés de las Minorías, que existen múltiples fuentes de estrés social que afectan a este tipo de población como

eventos de discriminación, las expectativas de rechazo, la ocultación de la orientación sexual o identidad de género, y los mecanismos ligados a la homofobia o transfobia internalizada; los cuales se unen a los estresores generales que son experimentados por la población en general. Este tipo de estrés es crónico pues se mantiene relativamente constante a través del tiempo, y está socialmente enraizado, ya que se deriva de procesos sociales e institucionales arraigados en la estructura social que no son fácilmente modificables, y sobrepasan la capacidad del individuo para cambiar las condiciones de su entorno (Meyer 2003 en Barrientos et al., 2019).

Desde este punto de vista se pueden explicar algunas de las diferencias de salud entre población LGBTTTQIA+ y población cisheterosexual, considerando los agentes sociales. Sin embargo, es importante incluir en el análisis otros elementos como la disparidad en el acceso a información y servicios de salud, y la baja de calidad de dichos servicios como consecuencia de la falta de preparación del personal de salud para atender a personas LGBTTTQIA+.

La Organización Panamericana de la Salud respalda esto al afirmar que los malos resultados en términos de salud de la población LGBTTTQIA+, son resultado del estrés crónico, aislamiento social y la desconexión de servicios de salud y apoyo (OPS, 2013).

Todos estos elementos, sin embargo, son externos y escapan del control individual de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas.

Como lo menciona Lozano (2017) “Los problemas de salud mental de la población LGBT no se pueden localizar en la persona, haciéndola responsable o culpable de la condición” (p. 35).

En una investigación realizada por el mismo autor con hombres homosexuales en la Ciudad de México, acerca de la relación entre la homofobia internalizada y la salud, los resultados mostraron que a mayor nivel de homofobia internalizada hay mayores niveles de depresión, alcoholismo y conductas sexuales de riesgo. Así pues, Lozano concluye que la homofobia internalizada se deriva de procesos complejos de discriminación y marginación, y se convierte en un obstáculo para el sano desarrollo de hombres gay, produciendo malestar emocional y de salud (Lozano, 2017).

Retomando este argumento, es necesario hacer énfasis en el hecho de que el malestar emocional y psicológico que la población LGBTTTQIA+ presenta, no es consecuencia directa de sus orientaciones sexuales o identidades de género en sí, sino que se manifiestan ante el constante rechazo, la marginación, la violencia y la discriminación a la que se enfrentan a lo largo de sus vidas. Es por esto que combatir la homofobia y la transfobia es crucial para garantizar el bienestar y la salud mental de las minorías.

Es importante que en el trabajo con personas LGBTTTQIA+, les profesionales de la salud no concentren sus esfuerzos en buscar las causas de la orientación sexual o identidad de género del paciente, sino en conocer la relación entre los prejuicios sociales y/o familiares presentes en su ambiente, y su malestar (UNODC et al., 2019).

### **Capítulo III Discriminación hacia la comunidad LGBTTTQIA+ en espacios psicoterapéuticos**

En el contexto nacional existen diversos estudios que ponen de manifiesto las circunstancias de discriminación, rechazo y exclusión a la que se enfrentan las personas LGBTTTQIA+ (CONAPRED, 2014; CONAPRED, 2019; INEGI, 2022), sin embargo, la mayoría se centra en los contextos social, de servicios públicos, laboral y escolar, pocos son aquellos que se centran en las prácticas discriminatorias por parte de los profesionales de la salud.

En 2014, Ángulo, Granados y González realizaron ocho entrevistas con familias homoparentales con el objetivo de conocer sus experiencias con profesionales de la psicología, con los cuales tuvieron contacto en la escuela de sus hijos, las instituciones de adopción o el consultorio clínico. Los resultados de este estudio describen todas las distintas formas de discriminación a las que las familias fueron sometidas durante sus interacciones con los psicólogos.

En el caso del ámbito educativo, las familias manifestaron que los profesionales que les atendieron hicieron énfasis en la “anormalidad” de sus configuraciones familiares repetidamente, hicieron comentarios heterosexistas como “Si tienes dos mamás, ¿quién es el hombre y quién es la mujer?”, y les diagnosticaron a las infancias “déficit” por el simple hecho de “carecer” de una figura paterna o materna.

Por otro lado, les profesionales que evaluaban a las familias en cuanto a su idoneidad para adoptar hijos obstaculizaron el proceso, agradecieron a familias heterosexuales en un curso obligatorio para candidatos a adopción el “tolerar” la participación de la familia homoparental, y concluyeron mediante evaluaciones con sesgos homofóbicos, que la vida de las infancias a cargo de padres homosexuales sería “terrible”.

En concordancia con lo anterior, el panorama de los consultorios clínicos también se encuentra infectado por las prácticas homofóbicas que se han venido repitiendo a lo largo del marco teórico. La derivación a la consulta psicológica con el fin de “hacer normales” a las personas LGBTTTQIA+, la problematización de la orientación sexual, y la reproducción de discursos que adjudicaban los “problemas” de los hijos a la configuración familiar no normativa, siguen presentes.

A pesar de la preocupante cantidad de malas experiencias que las familias manifestaron haber tenido, también comunicaron las prácticas terapéuticas que percibieron como positivas y sus características. Entre ellas se mencionan el brindar un espacio para cuestionar los dictados sociales que prohíben a los homosexuales pensar en la paternidad, identificar y nombrar las agresiones provenientes de su familia de origen, a construcción de herramientas para protegerse y a sus parejas de dichas agresiones, ubicar y nombrar la propia homofobia internalizada, y la posibilidad de llegar a las propias conclusiones y soluciones sin intentar cambiar sus posicionamientos ideológicos para imponer los de la terapeuta.

Los resultados de esta investigación son prueba de la utilidad e importancia de continuar indagando en las experiencias que tienen las personas de la comunidad LGBTTTQIA+ y les psicoterapeutas en su trabajo juntas, puesto que no solo se señalan las necesidades y deficiencias actuales de la práctica clínica, sino que además documentan un precedente de aquello que les consultantes consideran les es verdaderamente útil y terapéutico.

El poder llegar a crear espacios psicoterapéuticos en los que todes tengan la posibilidad de llevar un proceso de calidad y humano que procure su salud mental, requiere no sólo de capacitar a quiénes ya se encuentran inmersas en la práctica clínica, sino también

de comenzar a brindar a los estudiantes de psicología las herramientas necesarias para trabajar con población LGBTTTQIA+ antes de que puedan integrarse a la vida laboral.

Como se mencionó anteriormente, hay pocas investigaciones a nivel nacional que indaguen en la formación de psicoterapeutas y su práctica clínica, que además evalúen su conocimiento con respecto a temas específicamente relacionados a las personas LGBTTTQIA+ (Gómez-Lamont y Silva, 2019; Olvera-Muñoz y García, 2023; Gómez-Lamont, 2015; Gómez-Lamont, 2018).

Aún así, podemos encontrar bibliografía referente a temas como homofobia, heterosexismo y prejuicios hacia la población LGBTTTQIA+, y su prevalencia en estudiantes de psicología y otras ciencias de la salud.

Moral de la Rubia, Valle de la O y Martínez (2013) condujeron un estudio en el que se buscó predecir y describir el nivel de homonegatividad internalizada en 231 estudiantes de medicina y psicología de tres universidades. En él se encontró dentro de la muestra, un porcentaje importante de rechazo hacia las orientaciones diferentes a la heterosexual (aproximadamente un sexto).

En el mismo año se llevó a cabo otra investigación en estudiantes de ciencias de la salud, entre ellos, estudiantes de psicología, en la cual también se aplicó una escala de homonegatividad internalizada. Y concluyeron que el rechazo a las personas homosexuales se encontraba presente en una parte significativa de la población (Moral de la Rubia, Valle de la O y García, 2013).

Por otro lado, en el 2014, Barrón-Velázquez, Salín-Pascual y Guadarrama-López, aplicaron una encuesta con el motivo de conocer las condiciones de diversidad sexo-genérica y homofobia en 99 estudiantes de medicina, derecho y psicología. Los resultados demostraron que los estudiantes de psicología estaban mejor informados en cuanto a conceptos LGBTTTQIA+, lo cual relacionan con su bajo nivel de homofobia-transfobia, encontrado en tan solo 5% de ellos, versus los porcentajes de los psiquiatras (15%), internistas (50%), médicos generales (70%) y estudiantes de derecho (85%).

Si bien los resultados de éste último estudio son alentadores en cuanto al nivel de aceptación en los estudiantes de psicología, es importante no perder de vista el hecho de que la muestra no es probabilística. Vale la pena recalcar que más allá de insinuar que no existe un problema de homofobia y transfobia en los estudiantes de psicología en México, y una gran falta de información en temas LGBTTTQIA+ durante su formación académica, estos resultados refuerzan la premisa de que entre más acercamiento y conocimiento tengan con respecto a temas LGBTTTQIA+, menor es la probabilidad de tener creencias y comportamientos homofóbicos y transfóbicos en el futuro.

#### **Capítulo IV Formación de psicoterapeutas y comunidad LGBTTTQIA+**

Con relación a lo anteriormente expuesto, es claro que hay una brecha significativa de acceso a servicios de salud mental de calidad entre personas con orientaciones sexuales e identidades de género normativas, y personas pertenecientes a la comunidad LGBTTTQIA+. La falta de investigación, información y educación en temas sobre diversidad sexual y de género es en sí, una práctica que refuerza y mantiene la discriminación e invisibilización de estas minorías.

La evidente falta de interés en la búsqueda de soluciones especializadas para las problemáticas LGBTTTQIA+ en el contexto de la salud mental, adaptando las herramientas psicológicas ya disponibles o creando nuevas, es consistente con la ausencia de temas LGBTTTQIA+ en los currículos formativos de psicoterapeutas no solo en México, sino globalmente.

En Chile, un estudio reciente revisó 93 programas referentes a psicoterapia y salud mental, incluyendo perfiles de egreso y programas de asignaturas (Concha, Martínez y Spuler, 2023). En él, se encontró que dentro de los programas solo en 8 ocasiones se mencionan conceptos alusivos a lo LGBT+, y dentro de los seis perfiles de egreso revisados, los términos “diversidad”, “derechos humanos” y “promoción del bienestar” se utilizan de manera general, sin especificar las comunidades que estos engloban.

Los autores ponen énfasis no solo en la escasez con que se abordan estos temas, sino también en los pocos conceptos que se proporcionan a los estudiantes cuando sí se revisan temas LGBT+, recalcando la generalidad y falta de profundización en los mismos.

Por otro lado, en Puerto Rico, Esteban, Jiménez-Torres y Matos-Castro (2016) aplicaron a una muestra de 144 psicoterapeutas tres diferentes cuestionarios para conocer su familiarización, percepción y práctica con respecto a temas de sexualidad, entre los cuales se incluyó el Cuestionario de Conocimiento y Percepción en Sexualidad, Orientación Sexual y Género en Psicoterapia (KP-SSOG-Q), creado para esa investigación en particular.

A través de este instrumento se pudo recabar información acerca de la participación en cursos requisitos, electivos o adiestramientos relacionados a temas de sexualidad, sobre la percepción del dominio para manejar asuntos relacionados a la sexualidad y sobre la importancia de estar preparade en estos temas, así como la discusión sobre estos asuntos compulsorios, electivos o adiestramientos incluidos en los currículos académicos.

Mediante los resultados, los autores afirman la existencia de una innegable negligencia por parte de las instituciones incluidas en el estudio puesto que a nivel de formación académica hubo poca o nula formación en sexualidad y orientación sexual.

En el caso de México, Salinas y Ramírez (2021) analizaron y describieron el contenido y aplicación del programa de sexualidad humana de la unidad académica (PUA) en el programa de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), encontrando deficiencias en temas relacionados a valores, cultura y sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, inclusión y diversidad sexual, y estigma e ITS.

Tristemente, en México los estudios con respecto al tema de la formación de psicoterapeutas y la integración de temas sobre diversidad sexual y de género son prácticamente nulos. A pesar de que la homofobia, la percepción de las disidencias sexuales y de género, el estigma y el rechazo o la aceptación en estudiantes de psicología y otras ciencias de la salud, son temas relativamente más comunes en la investigación, se siguen reproduciendo los mismos discursos cisheteronormativos y excluyentes en los espacios formativos de psicoterapeutas, sin analizar una de las raíces del problema: la estructura de los planes curriculares.

Al concentrarnos en el caso particular de la Terapia Familiar el panorama no es muy diferente. No solo se repite este patrón de omisión de temas LGBTTTQIA+ en la formación de los terapeutas familiares, sino que además la exclusión y estigmatización de las disidencias sexuales y de género se hace más evidente en las teorías que respaldan la corriente de la Terapia Familiar.

Varios autores han hecho notar a través de revisiones bibliográficas (Gómez-Lamont, 2018; Gómez-Lamont y Silva, 2019; Gastelo-Flores y Sahagún, 2019) e investigaciones de campo (Gómez-Lamot y Silva, 2019; Malley y Tasker, 1999; Ravazzola, 2010; Angulo, 2017) la falta de inclusión de las problemáticas LGBTTTQIA+ en la formación de terapeutas familiares y la investigación de fenómenos relacionados a las dinámicas familiares, así como la patologización de las orientaciones sexuales e identidades de género no normativas. A su vez, se han analizado las prácticas, creencias y prejuicios sexistas, homofóbicos y transfóbicos, presentes en los terapeutas familiares (Angulo et al., 2014; Blumer y Murphy, 2011; Gómez-Lamont, 2015).

Estos patrones de invisibilización y discriminación se vuelven parte de un problema con alcances masivos, pues como lo mencionan Molina, Guzmán y Martínez-Guzmán (2015), los presupuestos sobre la enfermedad mental, sobre la “desviación”, la reproducción de estereotipos de género y el reforzamiento de las categorías normativas, influyen en la patologización y segregación de la comunidad LGBTTTQIA+. Es decir, que la forma en que los profesionales de la salud mental perciben, tratan y categorizan a las personas de la diversidad sexual y de género, pueden ser medios de reforzamiento de estándares cisheteronormativos, homofóbicos y transfóbicos que afectan a esta población a nivel individual y comunitario.

## **Capítulo V Práctica psicológica ética y su relación con la comunidad LGBTTTQIA+**

En el año 2017 la Asociación Americana de Psicología publicó un artículo llamado “Principios éticos de los psicólogos y código de conducta” (Ethical principles of psychologists and code of conduct), en él se establece bajo el principio A, que los psicólogos se esfuerzan por beneficiar a aquellos con quienes trabajan y se cuidan de no causar daño, buscan salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes

interactúan profesionalmente y otras personas afectadas. Asimismo, el principio E establece que los psicólogos deben respetar la dignidad, el valor y los derechos de las personas, además de que deben ser conscientes y respetar las diferencias culturales, individuales y de roles, incluidas aquellas basadas en la edad, el género, la identidad de género, la raza, el origen étnico, la cultura, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socioeconómico; y las consideran cuando se trabaja con miembros de dichos grupos, eliminando el efecto que tienen en su trabajo los prejuicios basados en esos factores, y sin participar ni tolerar conscientemente actividades de otros basadas en tales prejuicios.

La relevancia de mencionar estos principios está en hacer notar que con el motivo de adherirse a ellos, los psicoterapeutas deben estar informados y educados acerca de cómo estos factores forman parte de su propia identidad y la de sus consultantes, así como entender la influencia de los mismos en sus vidas.

En su libro “La Terapia Familiar Sistémica y el Pensamiento de Tercer Orden”, Gómez-Lamont y Bermúdez (2023) afirman que desde el pensamiento de tercer orden la práctica terapéutica implica conocer teorías sobre la realidad social, investigar y conocer los sesgos propios como terapeuta que se derivan de sus vivencias particulares atravesadas por la interseccionalidad de sus identidades y contextos. Con este fin, según Adames y colaboradores (2018) es primordial que los terapeutas pasen por un proceso de sensibilización ante la importancia de temas como la raza, el género, la orientación sexual, la clase social y la religión, para poder incluir en sus análisis las preocupaciones de aquellas personas que se ven atravesadas por estas interseccionalidades (Adames et al. 2018 en Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023).

El concepto de interseccionalidad es particularmente fundamental en este argumento, puesto que visibiliza las diferencias estructurales que existen en nuestra sociedad debido a las desigualdades e injusticias sistémicas contra los sectores vulnerables de la población como lo son las personas LGTBTTQIA+.

Catherine Butler (2016) define la interseccionalidad como “la creencia de que múltiples partes o secciones de nuestra identidad (raza, etnia, orientación sexual, género...)

nunca pueden ser entendidas de manera aislada” (p. 16), puesto que la identidad siempre se conformará de las intersecciones entre estos diferentes aspectos, los cuales además están atados a contextos de poder que les dan significado.

También afirma que para que les terapeutas puedan abordar la interseccionalidad en su práctica terapéutica, deben conocer sus propias posiciones de privilegio y opresión. De esta manera se vuelven capaces de encontrar en sí mismos suposiciones y conocimiento preconcebido, para en su lugar colaborar con los consultantes y que ellos mismos definan sus experiencias interseccionales de privilegio y opresión.

Si bien dentro del ámbito de la terapia familiar sistémica se han introducido conceptos como el de “respeto sistémico como un sentido de curiosidad”, el cual invita a los terapeutas a reconocer de manera absoluta los usos y costumbres familiares, implícitamente incluyendo las instancias en que estos ejercen violencia y discriminación sobre otros integrantes del mismo grupo familiar (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023). Con esta postura se sobreentiende que los terapeutas no deberán interferir en estas prácticas o creencias, o siquiera cuestionarlas dentro de la terapia con el motivo de ser “respetuosos”.

Sin embargo, no podemos olvidar que los terapeutas tienen un compromiso ético-profesional para con sus consultantes, el cual exige salvaguardar el bienestar y los derechos de los mismos. Como lo mencionan Gómez-Lamont y Bermúdez (2023), los terapeutas actúan como “personas orientadoras para el acceso a la justicia social en el servicio terapéutico”, lo cual conlleva una responsabilidad de señalar los anteriormente mencionados actos de violencia y discriminación, ayudando a las familias a “pensar en sus integrantes más vulnerados socialmente”.

Además, ponen énfasis en la importancia del valor ético de la firmeza, el cual en medida personal llama a los terapeutas a proteger su propia integridad, salud física y emocional, a reconocer las opresiones y privilegios que vive. Y el valor ético de la generosidad, el cual implica un deber de ayudar a defender la firmeza de los otros mediante la búsqueda de la defensa de la integridad de las personas que se encuentran en esos sistemas de opresión durante el ejercicio terapéutico (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023).

A pesar de todas estas consideraciones éticas que no solo reconocen las diferencias identitarias de todes, sino que además condenan cualquier tipo de discriminación o violencia derivada del prejuicio que se tiene sobre cualquiera de estas interseccionalidades, hoy en día aún hay profesionales de la salud mental que practican, sugieren o apoyan “tratamientos” anti-éticos que atentan contra la integridad física y mental de personas LGBTTTQIA+ al intentar cambiar su orientación sexual o identidad de género.

Los Esfuerzos por Corregir la Orientación Sexual e Identidad de Género (ECOSIG) se manifiestan en diferentes medios y con muchos nombres, no se limitan únicamente a sesiones psicológicas o psiquiátricas, sino que también se ofrecen en grupos religiosos, de superación personal o contra las adicciones. Es por esto, y por el hecho de que no pertenecen a la medicina o la psicología formal que llamarlas “terapias de conversión” es inexacto (UNODC et al., 2019).

Diversas organizaciones e instituciones reconocidas a nivel mundial han advertido sobre los riesgos que asistir a estos “servicios” supone para el bienestar físico y mental de las personas LGBTTTQIA+, y han condenado su uso.

Tal es el caso de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, que ha expuesto los diversos tipos de abuso físico y psicológico a los que son sometidas las personas que experimentan un ECOSIG, a saber: cohesión y engaños para asistir a tales “tratamientos”, privación ilegal de la libertad, violencia verbal y amenazas, uso forzado de medicamentos, violaciones sexuales, terapias de aversión, electroshocks y exorcismos (Ardila 2007 en UNODC et al., 2019).

O el de la Asociación Americana de Psicología (2009), la cual emitió el reporte de una revisión bibliográfica sobre prácticas terapéuticas ante la orientación sexual, en el que se concluyó que las personas no cambian su orientación sexual después de que acuden a algún ECOSIG, pero muestran un descenso del apetito sexual, presentan ansiedad, depresión e inclinación al suicidio (APA 2009 en UNODC et al., 2019). En el mismo reporte se hace el llamado a los profesionales de la salud mental para dejar de sugerir los ECOSIG como una alternativa de “tratamiento” para sus consultantes.

Asimismo, la Asociación Mundial de Psiquiatría (2016) emitió un posicionamiento sobre la identidad de género y la orientación sexual, manifestando que no existe evidencia científica válida que señale que la orientación sexual puede cambiar, que los ECOGIS son potencialmente dañinos, y que el acto de ofrecer cualquier intervención que promete “curar” algo que no es una enfermedad es antiético (WPA 2016 en UNODC et al., 2019).

A nivel Federal, el 11 de Octubre del 2022 el Senado de la República aprobó el dictamen que reforma el Código Penal Federal y La Ley General de Salud para prohibir y sancionar penalmente todos los Esfuerzos por Corregir la Orientación Sexual e Identidad de Género (ECOSIG).

Con ello, se abre la posibilidad de sancionar con dos a seis años de prisión y multa, a quien utilice algún tipo de ECOSIG. En el caso les profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud (lo cual incluye a los psicólogos) que realicen este tipo de prácticas, se les aplicarán las mismas penas, además de ser suspendidos temporalmente en el ejercicio profesional, y en caso de reincidencia, la cancelación de la cédula profesional (Senado de la República, 2020).

Es crucial que el tema de los ECOSIG se aborde en la formación de psicoterapeutas y que este se retome con una mirada interseccional, para que así tengan conocimiento sobre las presiones familiares y sociales, y su influencia sobre los individuos LGBTTTQIA+ a la hora de tomar la decisión de buscar un ECOSIG (UNODC et al., 2019).

El tener este conocimiento no solo puede evitar que debido a su falta de conocimiento puedan resultar demandados al utilizar o sugerir la búsqueda de un ECOSIG, sino que se convierte una herramienta para alejar a sus consultantes LGBTTTQIA+ de dichos servicios y promover, en su lugar, terapias con un enfoque afirmativo respaldadas científicamente.

## **Capítulo VI Entrenamiento en psicoterapia afirmativa**

Como lo mencionan Moradi y Budge (2018) La ausencia de una terapia inadecuada (como los ECOSIG), no es equivalente a la existencia de terapia afirmativa (Moradi y Budge 2008 en Bazán y Mansilla, 2022). En adición a la toma de medidas para prohibir y

erradicar los ECOSIG, es imperativo que se implemente en los programas de formación de los psicoterapeutas el entrenamiento en terapia afirmativa.

En el año 2022 Mussi y Malerbi realizaron una revisión bibliográfica de 6 artículos que evaluaron el entrenamiento en terapia afirmativa, cuatro de ellos aplicados en cursos de terapia familiar y de pareja proveídos por instituciones educativas.

De este total, en únicamente dos de los artículos (no relacionados a la terapia familiar o de pareja) se describían las estrategias utilizadas durante el entrenamiento, haciendo mención de presentaciones didácticas, vídeos, discusión grupal, actividades reflexivas de pregunta y respuesta, presentaciones de PowerPoint, simulación de experiencias de la vida real, observación de psicoterapeutas que actuaron como modelos a seguir, y ensayos conductuales prácticos. Por otra parte, los temas cubiertos durante los entrenamientos sí fueron especificados en cada uno de los artículos, estos incluían terminología LGBTTTQIA+, estrés de minorías, “salir del clóset”, LGBTfobia internalizada, conflictos entre las creencias religiosas y la sexualidad, terapia con parejas del mismo sexo, terapia con clientes transgénero, y afirmación de la orientación sexual e identidad de género.

En los reportes de algunos de estos artículos se pone de manifiesto que les profesionales que recibieron estos entrenamientos afirmaron haber adquirido un nivel de competencia clínica más alto, mejorado sus conocimientos y habilidades clínicas, mejorado su habilidad para proveer servicios de salud mental sin sesgos, y algunos incluso reportaron una disminución de los sentimientos negativos sobre sí mismos en sus clientes, así como un menor grado de aislamiento social.

Sin embargo, los autores de la revisión encontraron que aunque el entrenamiento en terapia afirmativa es considerado importante para la atención a personas LGBTTTQIA+, existe un número limitado de investigaciones que se concentren en describir y evaluar la forma en que los cursos para desarrollar habilidades para la terapia afirmativa están estructurados y son impartidos.

A este respecto, los autores afirman que el entrenamiento en terapia afirmativa debería ser diseñado con el objetivo de que les terapeutas sean capaces de analizar

contingencias de reforzamiento previas y actuales (homofobia internalizada, participación en ECOSIG, suposiciones distorsionadas, etc.) que pudieran estar involucradas en el comportamiento de las personas LGBTTTQIA+. Además de que deberían ser instruides a describir su propio prejuicio sexual y privilegio heterosexual (si son heterosexuales), a dar seguimiento a las respuestas de las personas que se identifican como LGBTTTQIA+ con palabras de apoyo y aliento, enfatizar sus características positivas, proporcionar instrucciones para la expresión de emociones, sugerir la participación en grupos de apoyo LGBTTTQIA+, y a mejorar constantemente mediante la participación en actividades educativas continuas como cursos, conferencias y eventos que se enfoquen en el respeto a la diversidad.

Es de suma importancia que les psicoterapeutas implicades en la formación de otros, comiencen por actualizarse, ampliando su conocimiento y sensibilización con respecto a estos temas, y así poder resolver las dudas e inquietudes de nuevos estudiantes con respecto a la terapia afirmativa y la comunidad LGBTTTQIA+. No hay que olvidar que el poder enseñar sobre estos temas implica cambios en la estructura del proceso de enseñanza-aprendizaje en sí mismo, en la perspectiva de la relación alumno-profesor, en la actitud hacia hablar de sexualidad, y en las relaciones afectivas y de género en las distintas instancias formativas (Burnes y Stanley 2017 en Concha et al., 2023).

Sin la existencia de un programa de formación profesional que garantice o por lo menos impulse la atención psicológica sensible, informada y libre de prejuicios para las personas LGBTTTQIA+, las entidades educativas que cuentan con postgrados o maestrías en Terapia Familiar continuarán reproduciendo discursos que mantengan la práctica clínica excluyente y cis-heteronormada en México. Como consecuencia directa, continuarán obstaculizando el acceso a servicios psicológicos de calidad a las personas de la diversidad sexo-genérica, negándoles así el derecho a la salud y revictimizándoles en un contexto en el que por principio ético, se debería luchar por su bienestar.

### **Recolección y análisis de datos**

Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizó la técnica de “bola de nieve”. El instrumento de investigación fue enviado a psicoterapeutas familiares y estudiantes de la

especialidad en terapia familiar de último semestre por medio de Whatsapp y correo electrónico, quiénes a su vez lo compartieron con otras colegas.

Al contactarles, se les compartió el título de la investigación y se les explicó la naturaleza de la misma, se les invitó a contestar el instrumento, mismo dentro del cual se incluía una descripción más amplia de la investigación, sus objetivos y un consentimiento informado.

Así pues, los datos se obtuvieron de una fuente primaria, es decir, de la población que esta investigación pretendió estudiar, durante un período cuatro semanas en las que el cuestionario permaneció disponible para recibir respuestas.

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó el software estadístico “Google Sheets” el cual permitió la computación de datos y gráficos estadísticos.

En el caso de los datos cualitativos, se implementó un análisis de contenido cualitativo. Siguiendo lo planteado por Landry (1993) acerca de interpretar el material (en este caso las encuestas) apoyándose de categorías analíticas (Landry 1993 en Arbeláez y Onrubia, 2014), se exponen en la tabla 1 las categorías de análisis predefinidas para esta investigación.

**Tabla 1**

*Categorías de análisis de la investigación*

<b>Categorías de análisis</b>	<b>Subcategorías de análisis</b>
Características de la población encuestada	Datos sociodemográficos
Formación profesional	Instituciones formativas
	Abordaje teórico
	Contenido curricular
Práctica clínica	Actividad profesional
	Población atendida
	Atención a población LGBTTTQIA+
Homofobia y transfobia	Origen de la homosexualidad y la transexualidad

	Entendimiento de las experiencias LGBTTTQIA+
	Familia y pareja
	Matrimonio, adopción y crianza
	Reconocimiento oficial de la identidad de género
	Términos LGBTTTQIA+

Después, se siguieron las etapas sugeridas por Arbeláez y Onrubia (2014): el pre-análisis, en el cual se organizó la información obtenida en un documento de Excel autogenerado por la plataforma de Google Forms en la que se realizó el cuestionario; la fase descriptiva-analítica; y la fase interpretativa, mismas que fueron plasmadas en el capítulo de resultados.

En adición a esto se utilizó la Inteligencia Artificial “ChatGPT” como herramienta potencializadora para el análisis de datos cualitativos y la revisión de coherencia y sintaxis en la redacción de esta investigación, utilizando los siguientes comandos:

1. Busca y corrige errores de sintaxis en le siguiente texto.
2. Destaca los puntos principales de las opiniones de los terapeutas familiares acerca de ... utilizando los siguientes datos.

## **Resultados**

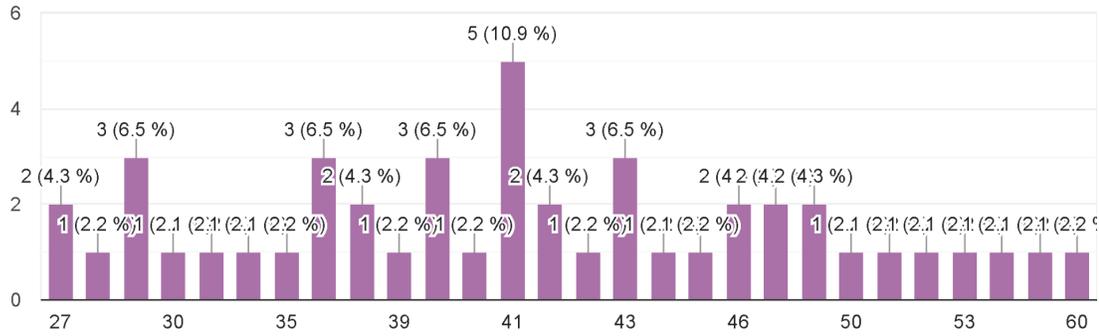
### **Características de la población encuestada**

Se recopilaron a través del instrumento, 46 respuestas por parte de psicoterapeutas familiares. Sus datos sociodemográficos se muestran a continuación.

De las edades reportadas por les participantes, la menor fue 27 años y la mayor 60, dentro de este rango el promedio de edad de les participantes fue 41 años.

### **Figura 1**

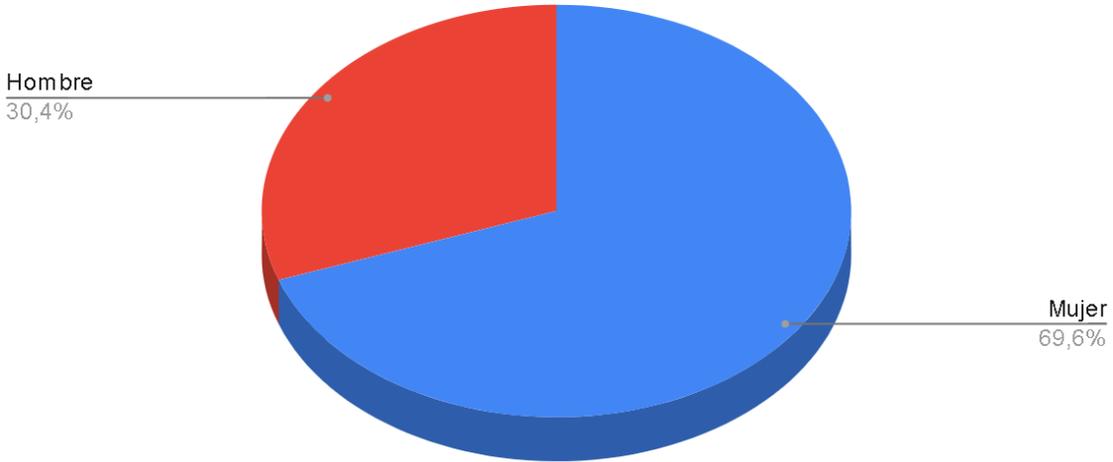
*Edad reportada*



En cuanto a su sexo, 32 de ellos fueron mujeres (69.6%) y 14 fueron hombres (30.4%), 44 reportaron identidades de género cis (95.6%), 1 persona se autodenominó como no binarie, y 1 como heterosexual (nótese que esta opción no estaba dentro de las preestablecidas puesto que corresponde a la categoría de orientación sexual, no identidad de género), en cuanto a su expresión de género 30 de los participantes se presentan de manera femenina (65.2%), 12 de manera masculina (25.1%) y 4 con características andróginas (8.7%).

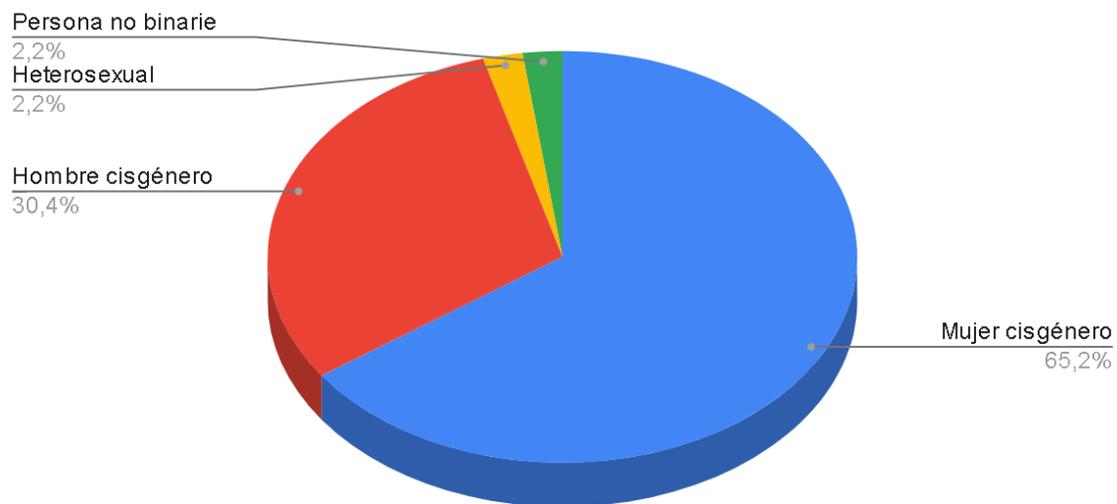
**Figura 2**

*Sexo reportado*



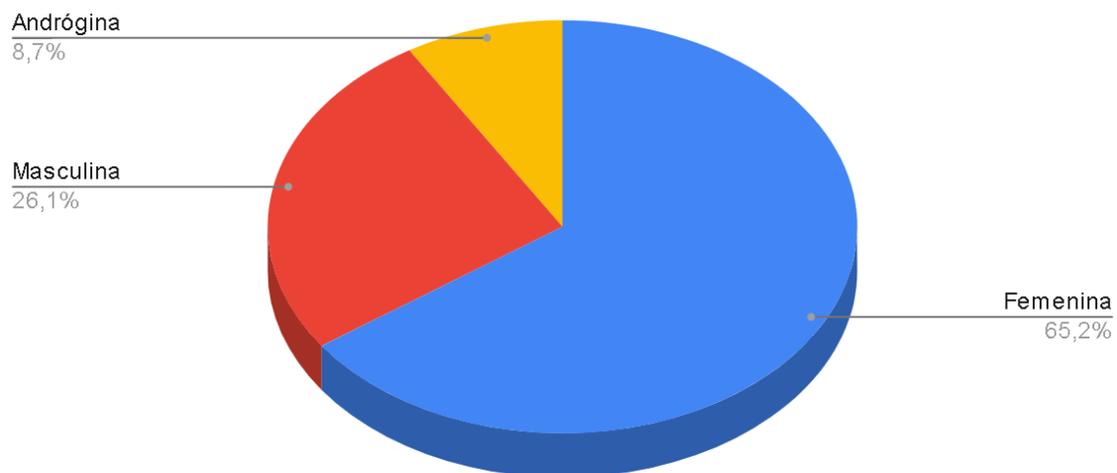
**Figura 3**

*Identidad de género reportada*



**Figura 4**

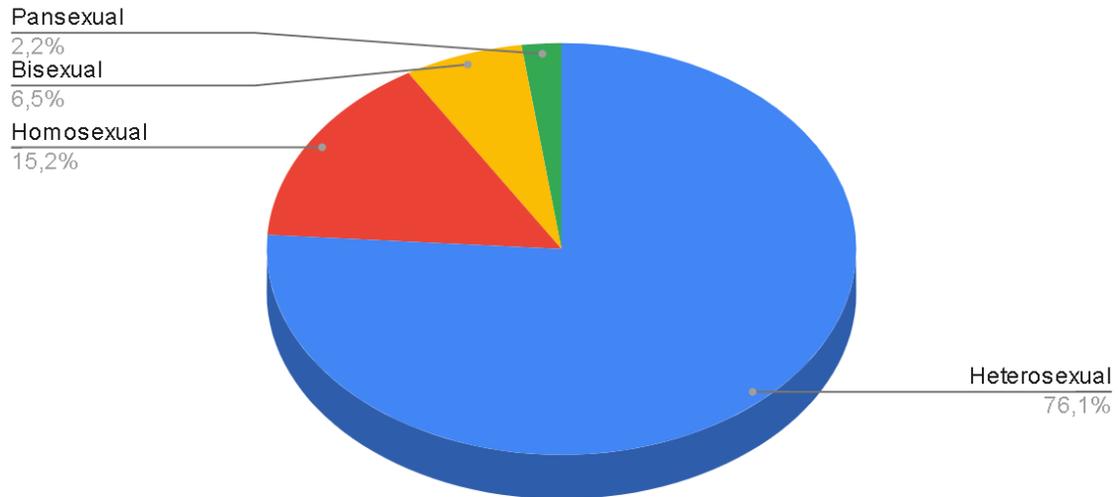
*Expresión de género reportada*



**Figura 5**

*Orientación sexual reportada*

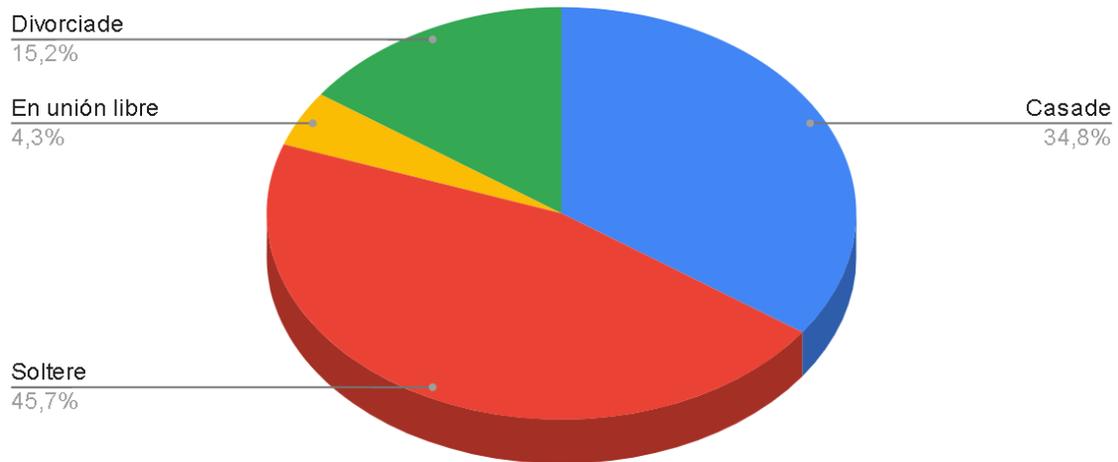
Con respecto a sus orientaciones sexuales, 35 de los participantes afirmaron ser heterosexuales (76.1%), 7 se definieron como homosexuales (15.2%), 3 como bisexuales (6.5%) y uno de ellos reportó ser pansexual (2.2%).



De entre los 46 participantes, 21 son actualmente solteros (45.7%), 16 de ellos se encuentran casados 34.8%, 7 están divorciados (15.2%) y 2 de ellos viven en unión libre (4.3%).

**Figura 6**

*Estado civil reportado*

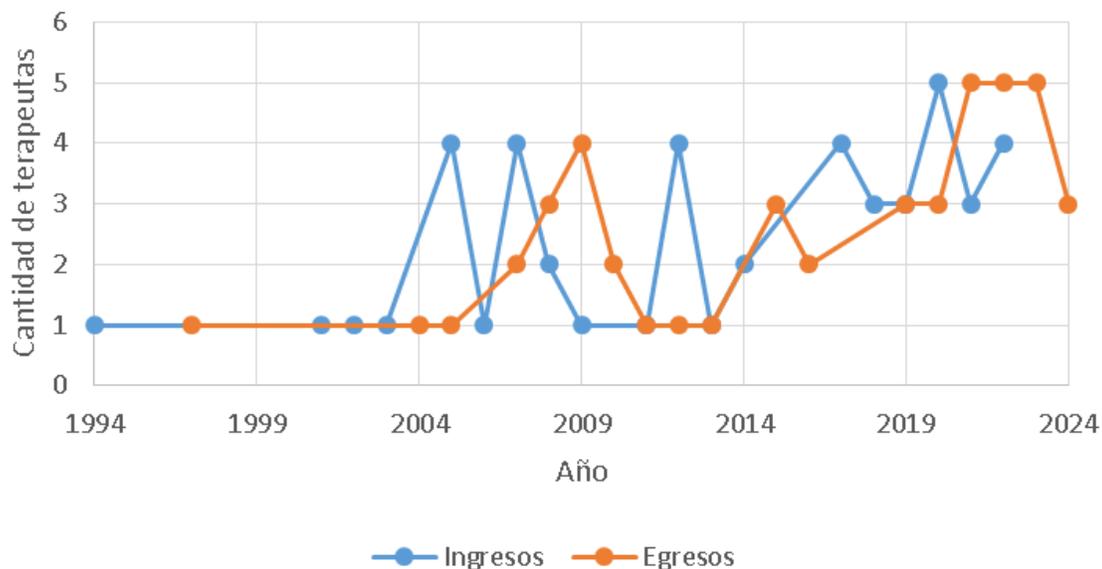


En cuanto su formación profesional como terapeutas en Terapia familiar, el año más temprano de ingreso a la especialidad reportado fue 1994 y el de egreso fue 1997. El año en que hubo una mayor cantidad de ingresos a la especialidad fue el 2020 (10.8%), y en el

período de 2021 al 2023 se reportaron más egresos (32.6%). Asimismo, 3 de los participantes aún se encuentran en el último semestre de sus especialidades (6.5%).

### Figura 7

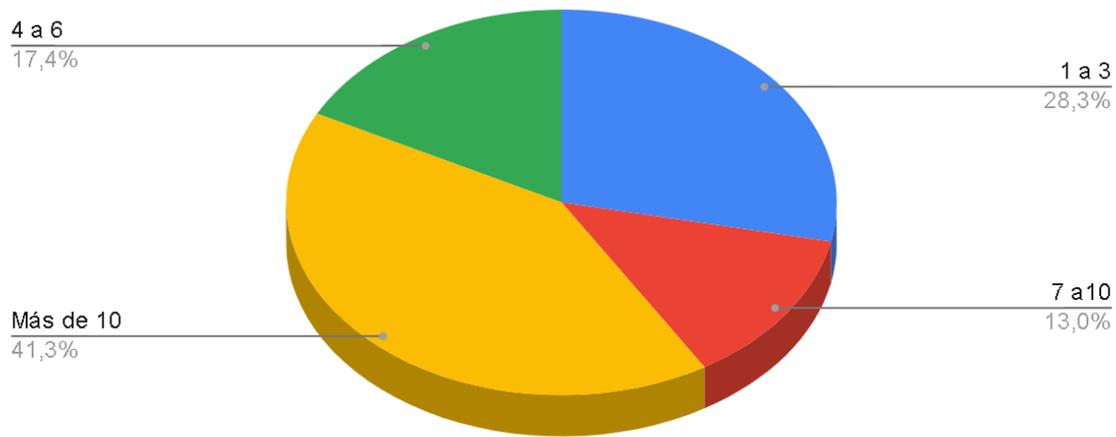
*Datos de ingreso y egreso a la especialidad en Terapia Familiar*



Hasta el momento del levantamiento de datos, el 41% de los terapeutas tenían experiencia de más de 10 años de práctica profesional, el 28.3% tenía de 1 a 3, el 17.4% tenía de 4 a 6, y el 13% restante llevaba de 7 a 10 años practicando.

### Figura 8

*Años de práctica profesional*

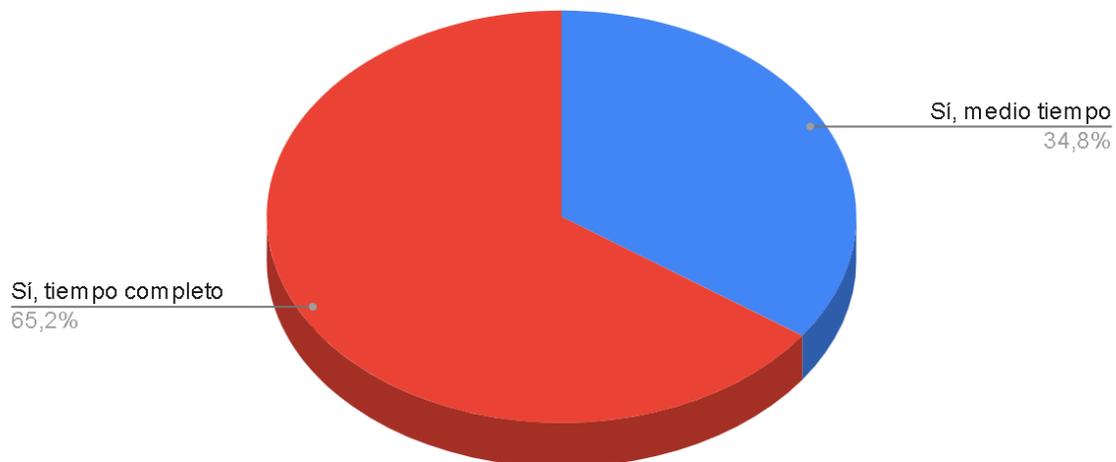


*Nota.* Las cantidades mostradas en este gráfico consideran también los años de práctica durante la maestría.

En la actualidad la población se encuentra empleada en su totalidad, 65.2% trabajando tiempo completo y 34.8% trabajando medio tiempo. Asimismo, el 63% de los lugares de trabajo de les terapeutas se encuentran bajo el régimen privado, y el 37% restante bajo el público.

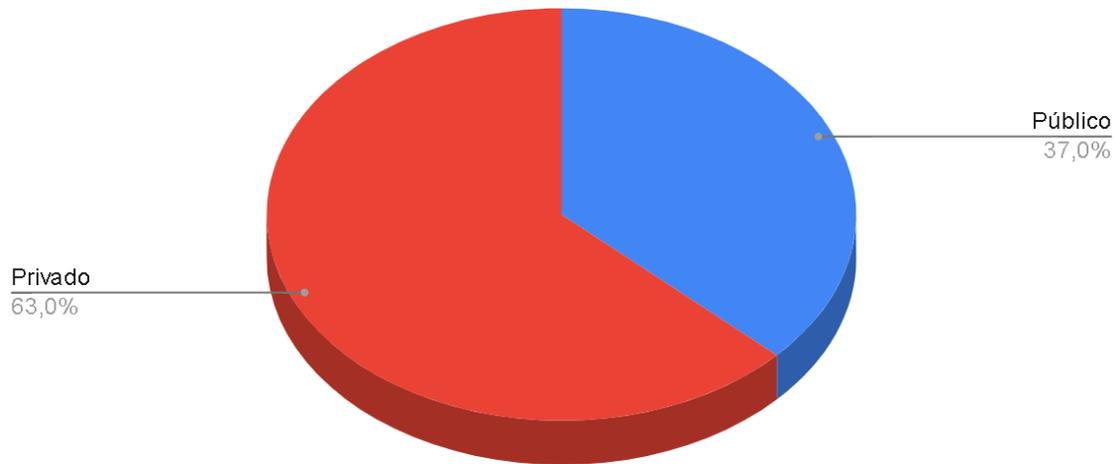
### **Figura 9**

*Situación laboral*



### **Figura 10**

*Régimen jurídico del lugar de trabajo*

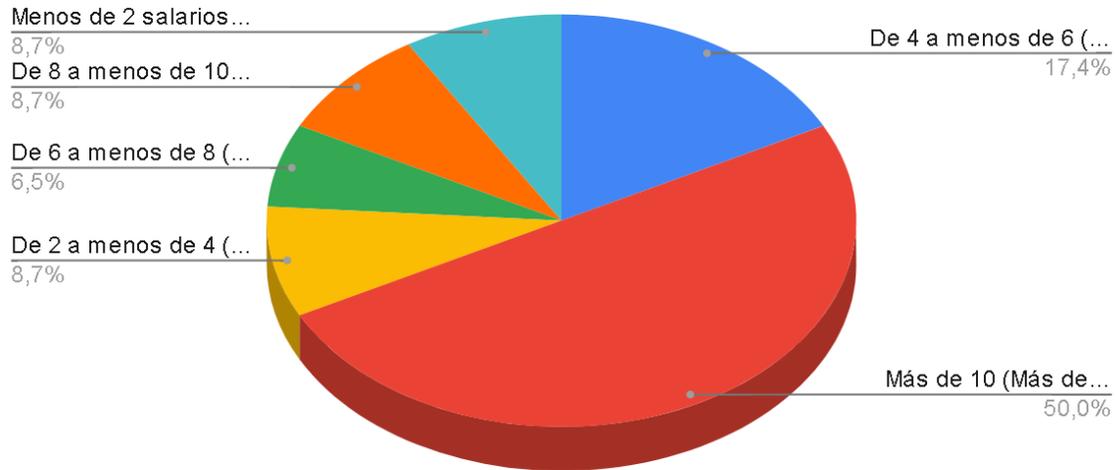


Por último, la situación económica de los participantes es bastante diversa, pero la mitad de ellos tiene un ingreso mensual aproximado de más de 10 salarios (\$15,777), y la segunda cantidad más reportada es de entre 4 a menos de 6 salarios (de \$6,311 a menos de \$9,466) que corresponde a un 17.4% de la población.

El resto de las opciones son significativamente más bajas en porcentaje, 8.7% percibe de 2 a menos de 4 salarios (de \$3,155 a menos de \$6,311), 6.5% reportó ganar de 6 a menos de 8 salarios (de \$9,466 a menos de \$12,622), 8.7% corresponde a la cantidad de 8 a menos de 10 salarios (de \$12,622 a menos de \$15,777), y el 8.7% restante afirma tener un ingreso mensual aproximado de menos de 2 salarios (menos de \$3,155).

**Figura 11**

*Ingreso mensual aproximado*



## Formación profesional

Con el objetivo de comparar las experiencias formativas reportadas por los psicoterapeutas y la oferta educativa en México, se analizaron los planes y programas de 42 Universidades en México (Tabla 2). De este total 38 tienen programas formativos de Licenciatura en Psicología y 8 cuentan con programas de Terapia Familiar.

Al revisar sus planes curriculares disponibles en línea se encontró que sólo 17 de ellas integran contenidos de sexualidad de manera transversal (40.5%) y 1 los integra como optativos (2.4%); 2 manejan contenidos de diversidad sexual (mencionados así explícitamente en sus planes curriculares) (4.8%) y 2 los manejan como optativos (4.8%). Con respecto a temas de género, 14 programas cuentan con ellos de manera transversal (33.3%), y en 2 se encuentran como optativos (4.8%); similar al caso anterior, solo 2 universidades incluyen temas de diversidad de género (4.8%) y 2 los manejan como optativos (4.8%).

En el estudio de Gómez-Lamont y Silva (2019) se reportaron 36 universidades o institutos con programas de formación de terapeutas familiares, pero solo pudieron analizar los planes y programas de 12 de ellas. De estas 12 instituciones ninguna ofrecía contenidos de sexualidad ni de diversidad sexual, y tan sólo una contemplaba contenidos de género.

En contraste con dicho estudio, la estadística reciente demuestra que sí ha habido un avance en cuanto a la integración de ciertos temas en los planes y programas curriculares de

las universidades e institutos en México, sin embargo, el aumento es mucho mayor en contenidos de sexualidad y género, (los cuales a menudo incluyen temas relacionados al desarrollo y feminismo o equidad de género respectivamente), mientras que la aparición de contenidos que contemplen a la comunidad LGBTTTQIA+ continúa siendo mínima.

**Tabla 2**

*Análisis de programas formativos en Psicología y Terapia Familiar de Universidades en México*

Institución	Programa de licenciatura en Psicología	Programas de maestría y especialidad en Terapia Familiar	Contenidos de sexualidad	Contenidos de género	Contenidos de diversidad de género	Contenidos de diversidad sexual
Universidad Autónoma de Aguascalientes	Sí	No	No	Sí	No	No
Universidad Autónoma de Baja California	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Universidad Autónoma de Durango	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Baja California Sur	No	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Campeche	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Universidad Autónoma de Chiapas	No	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Chihuahua	No	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Coahuila	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Nacional Autónoma de México	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Universidad de Colima	Sí	No	Sí	No	No	No

Universidad Autónoma Metropolitana	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma del Estado de México	Sí	No	Sí (optativos)	Sí (optativos)	No	No
Universidad de Guanajuato	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Guerrero	No	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Universidad Autónoma de Guadalajara	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma del Estado de Morelos	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Nayarit	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Nuevo León	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	Sí	No	Sí	Sí (optativos)	Sí (optativos)	Sí (optativos)
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Sí	No	Sí	Sí	Sí (optativos)	Sí (optativos)
Universidad Autónoma de Querétaro	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	Sí	No	No	Sí	No	No
Universidad Autónoma de Occidente	Sí	No	No	Sí	No	No
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	Sí	No	No	No	No	No

Universidad Autónoma de Sinaloa	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Tlaxcala	Sí	Sí	No	No	No	No
Universidad Autónoma de Yucatán	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Zacatecas	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma del Carmen	Sí	No	No	No	No	No
Universidad Autónoma Indígena de México	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Universidad Popular Autónoma de Veracruz	Sí	No	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Tamaulipas	Sí	Sí	No	No	No	No
Universidad Veracruzana	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Universidad del Valle de México	Sí	Sí	No	No	No	No
Universidad de Londres	Sí	Sí	No	Sí	No	No
IBERO Monterrey	Sí	Sí	No	No	No	No
IBERO Torreón	Sí	Sí	No	No	No	No
Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA)	Sí	Sí	No	No	No	No
Universidad Tecnológica de México (UNITEC)	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Universidad de las Américas (UDLA)	Sí	No	Sí	Sí	No	No

Este mismo análisis se llevó a cabo con 10 Asociaciones civiles en México que cuentan con programas de Terapia Familiar en México (Tabla 3). Estos cuentan con RVOE vigente en su totalidad, aunque sólo 8 cuentan con más de 10 generaciones de egresados.

En cuanto al grado de estudios, 10 ofrecen maestría, 1 diplomado y 1 doctorado. Al revisar sus planes curriculares disponibles en línea, se encontró que únicamente 5 proveen contenidos de sexualidad de manera transversal, 1 los maneja como optativos y solo 1 incluye contenidos de diversidad sexual. En el ámbito del género, solo 4 contienen temas de género y ninguno maneja diversidad de género.

Al comparar los resultados con el estudio de Gómez-Lamont y Silva (2019), en el cual se analizaron únicamente 7 asociaciones civiles de las cuales el 100% manejaba contenidos de sexualidad, 2 de ellos tenían contenidos de género y 1 contenía diversidad sexual; podemos notar un aumento mínimo en la aparición de contenidos de género, y un mantenimiento de la falta de contenidos relacionados a la diversidad sexual.

Es importante mencionar que en el estudio anterior las autoras fueron cautelosas al publicar la información correspondiente a las asociaciones civiles, dándoles cierto anonimato al omitir sus nombres, por la inquietud de cómo sería percibida la crítica a la falta de contenidos en sus planes curriculares. Sin embargo, en la presente investigación se tomó la decisión de no hacerlo así, puesto que precisamente uno de los propósitos del estudio es evidenciar la falta de inclusión de la población LGBTTTQIA+ en estos espacios formativos.

**Tabla 3**

*Análisis de programas formativos en Terapia Familiar de Asociaciones Civiles en México*

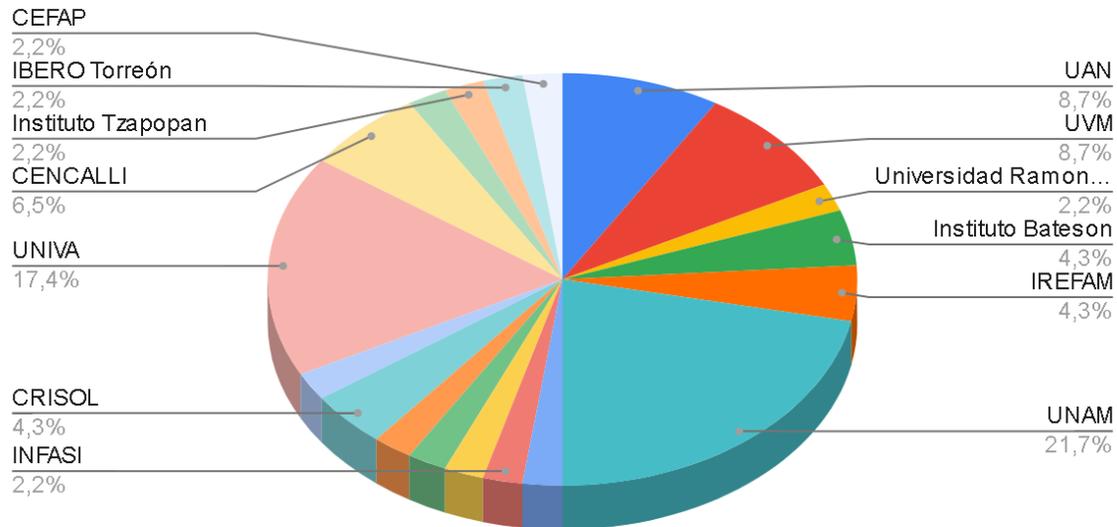
Asociación Civil	Programa de terapia familiar	Cuenta con RVOE	Cuenta con más de 10 generaciones de egresados	Contenidos de sexualidad	Contenidos de género	Contenidos de diversidad de género	Contenidos de diversidad sexual
Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. (ILEF)	Maestría	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Instituto de la Familia A.C.	Maestría	Sí	Sí	No	No	No	No
Instituto Crisol A.C.	Maestría	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Instituto Bateson	Maestría	Sí	No	No	Sí	No	No

A.C.							
Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP)	Maestría	Sí	No	No	No	No	No
Instituto Tzapopan A.C.	Maestría	Sí	Sí	No	No	No	No
Centro Ericksoniano de México A.C.	Maestría	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Instituto De Terapia Familiar Cencalli A.C.	Diplomado , Maestría, Doctorado	Sí	Sí	Sí (optativas)	No	No	No
Instituto Regional de Estudios de la Familia A.C. (IREFAM)	Maestría	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Instituto Kanankil A.C.	Maestría	Sí	Si	Si	No	No	No

De entre todas estas instituciones, la mayoría de la población encuestada estudió su especialidad en Terapia familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (21.7%), seguida por la UNIVA (17.4%), mientras que la Universidad Autónoma de Nayarit y la Universidad del Valle de México se posicionan en el tercer lugar con un 8.7% de la población cada una.

### **Figura 12**

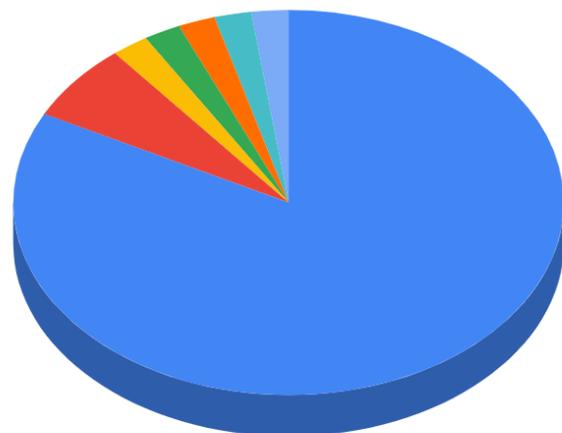
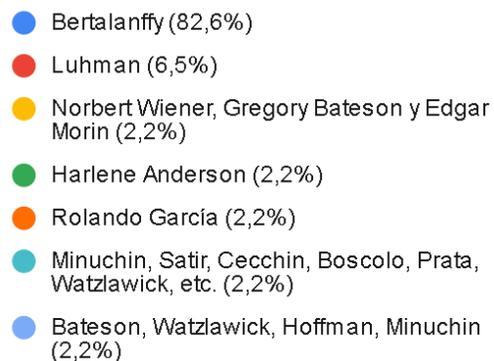
*Entidades académicas de formación en Terapia Familiar*



Con los programas formativos en terapia familiar de estas instituciones, los terapeutas utilizaron las aportaciones a la Teoría General de Sistemas de una extensa pluralidad de autores. Mientras que algunos de ellos revisaron a más de un autor durante su formación, la mayoría (82.6%) se apegó a la Teoría General de Sistemas propuesta por Bertalanffy en 1928.

**Figura 13**

*Autores de la Teoría General de Sistemas*

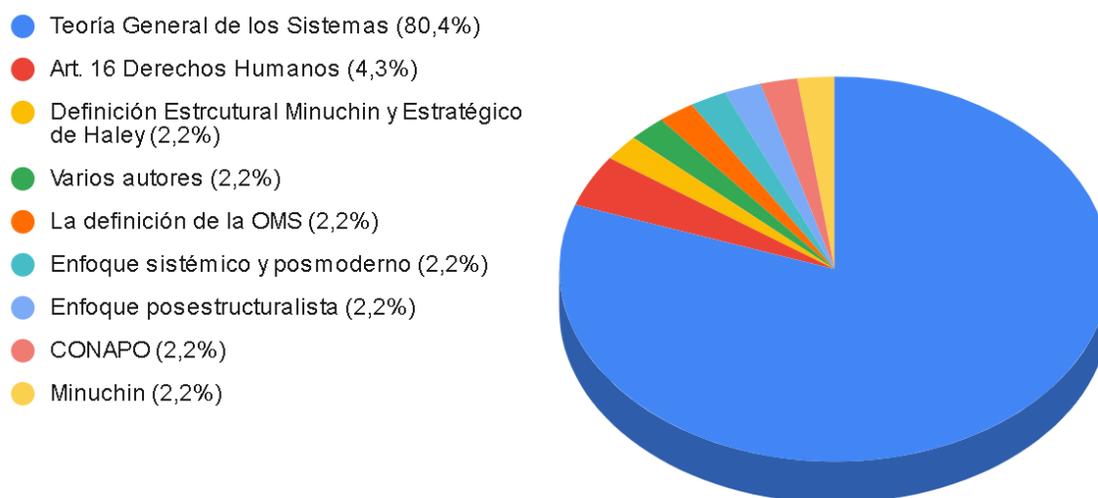


Así pues, la definición de familia que la mayoría aprendió durante su formación fue la correspondiente a la Teoría General de los Sistemas (80.4%). Mientras que el porcentaje

restante varía entre la definición plasmada en el artículo 16 de los derechos humanos (4.3%), la de la OMS (2.2%), la de CONAPO (2,2%), entre otras con enfoques variados. A este último respecto, algunos de los participantes comentaron que en sus programas formativos se les daba la “libertad” de ir formando su propia definición después de revisar a varios autores.

**Figura 14**

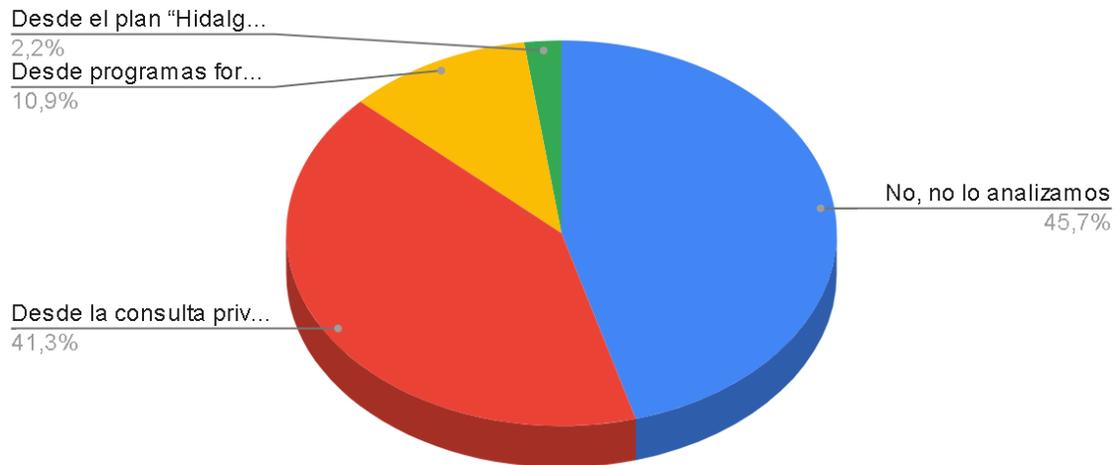
*Definición de “familia”*



Por otro lado, al preguntarles a los terapeutas si durante su formación habían analizado el cómo la terapia familiar se inserta como práctica en salud en México, el 45.7% afirmó no haberlo analizado, un 41.3% lo analizó desde la consulta privada, 10.9% desde programas formativos en universidades privadas, y el 2.2% restante lo analizó desde el Plan “Hidalgo” de salud mental.

**Figura 15**

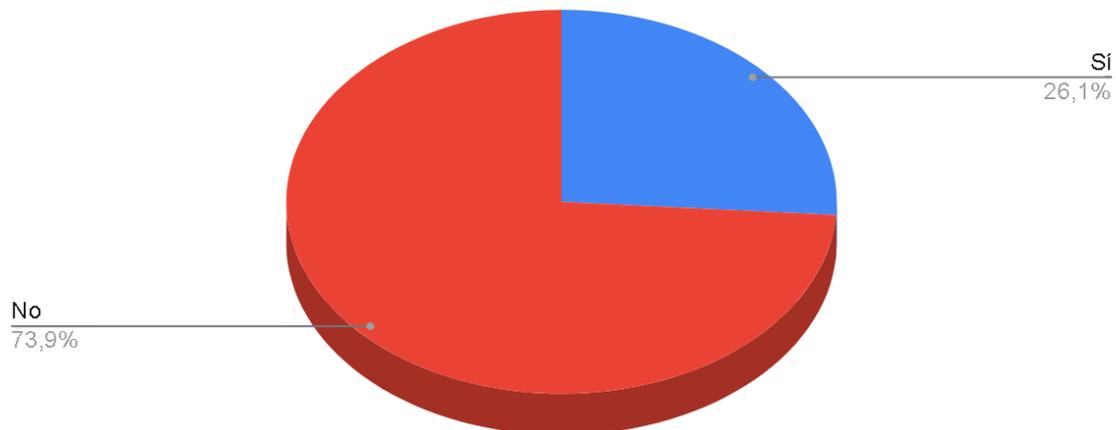
*Terapia familiar como práctica de salud en México*



En un sentido general, un 73.9% de los encuestados afirman que los contenidos curriculares de su programa formativo de terapia familiar no trabajan temas de diversidad sexual o de género de manera transversal. Además de que tampoco incorporan terapia afirmativa para personas con orientaciones sexuales (69.6%) e identidades de género (63%) no normativas.

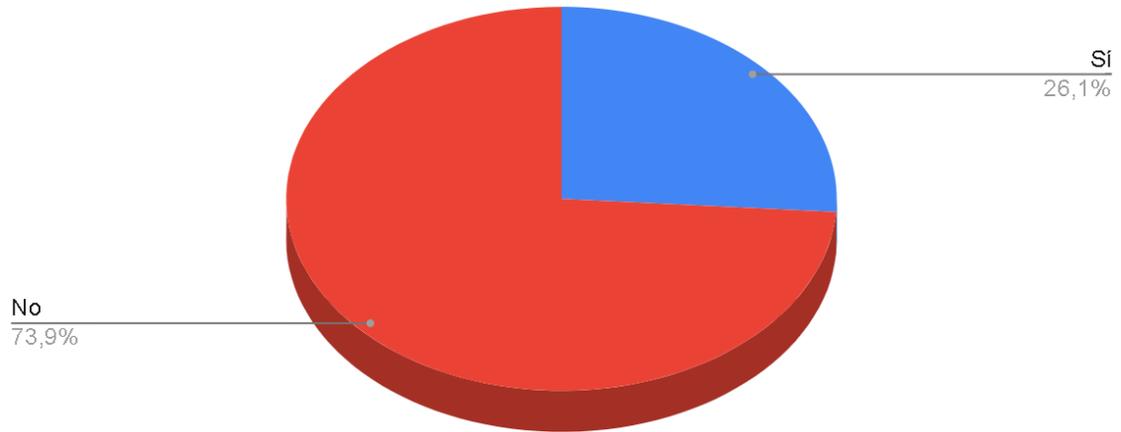
**Figura 16**

*Diversidad sexual en los programas de terapia familiar*



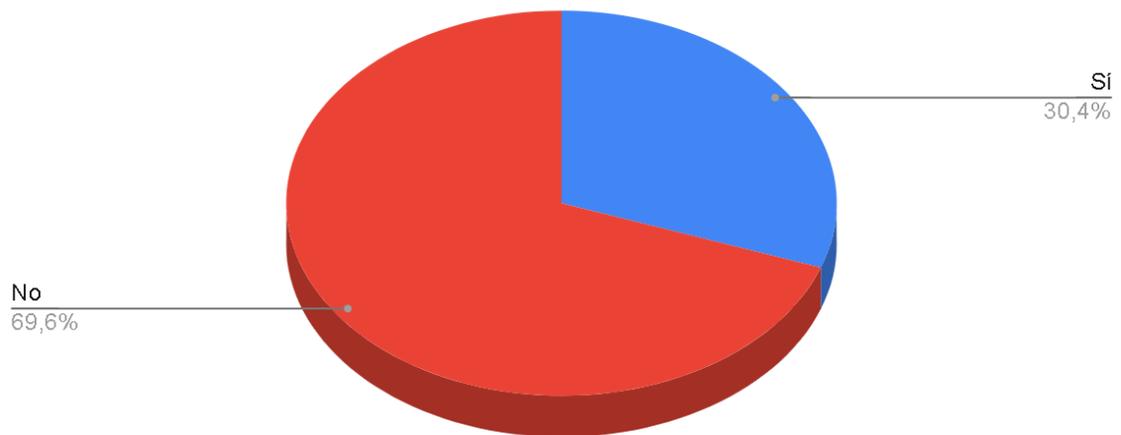
**Figura 17**

*Diversidad de género en los programas de terapia familiar*



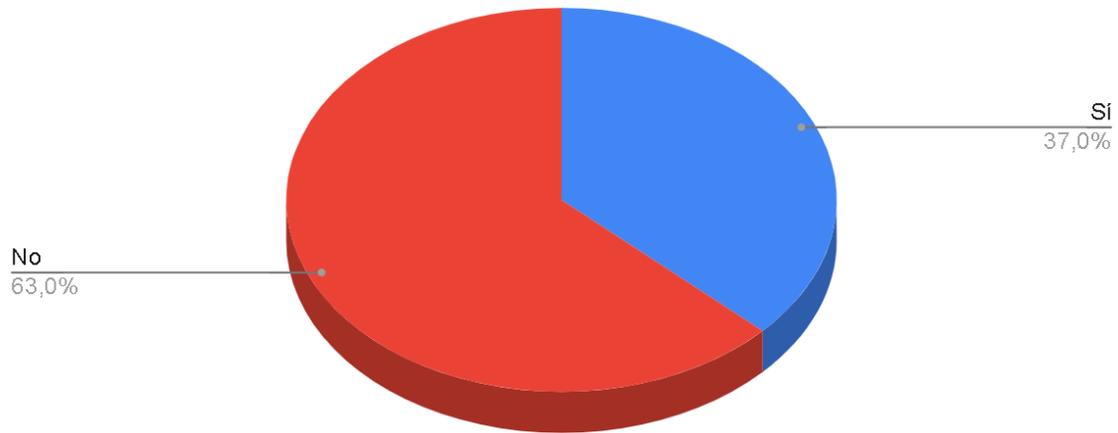
**Figura 18**

*Terapia afirmativa para personas de la diversidad sexual*



**Figura 19**

*Terapia afirmativa para personas de la diversidad de género*

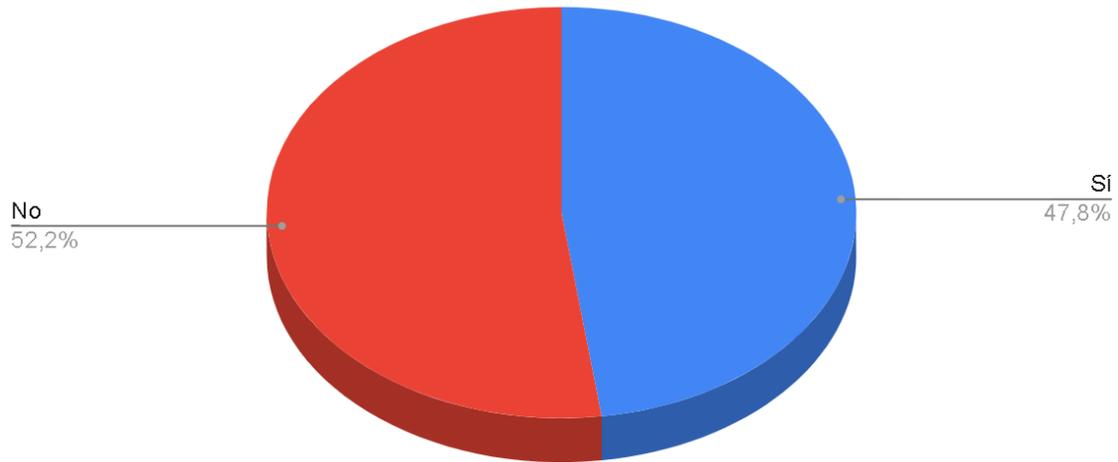


Relacionado a este último rubro que se centra en la terapia afirmativa, se encuentra el tema de los Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual e Identidad de género. Dos de las preguntas dentro de la encuesta indagaron acerca de este tema, con una variación en los términos utilizados. En una de ellas se utilizó el acrónimo ECOSIG, y en la otra el término “terapias de conversión”, a pesar estar de acuerdo con que el primero es más preciso, se tomó la decisión de usar ambos puesto que el segundo es más comúnmente conocido.

La primera pregunta era si les terapeutas sabían lo que son los ECOSIG, a lo cual un 52.2% respondió que no. Pero al preguntar si conocían las modificaciones al código penal con respecto a “terapias de conversión”, el 69.6% contestó que sí. Esta disparidad entre los resultados sugiere un desconocimiento de la terminología actual.

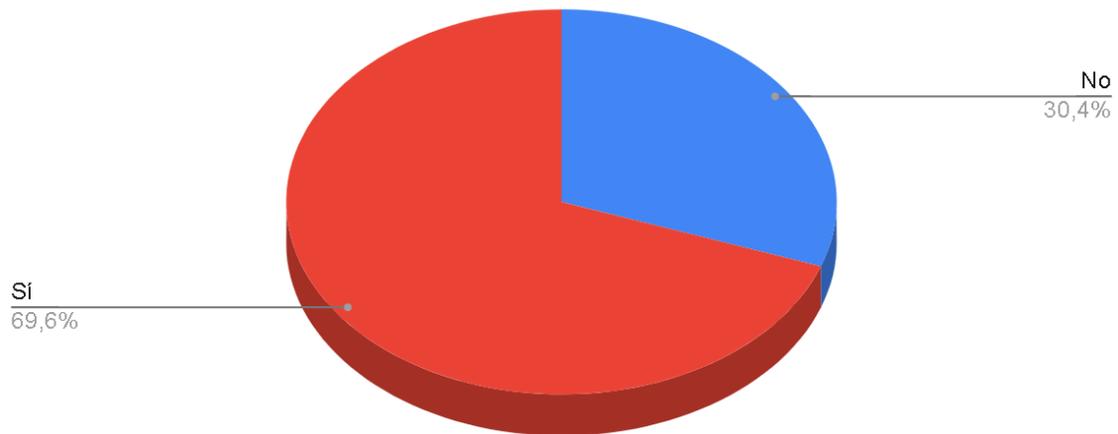
**Figura 20**

*Conocimiento del concepto de ECOSIG*



**Figura 21**

*Conocimiento del código penal con respecto a “terapias de conversión”*



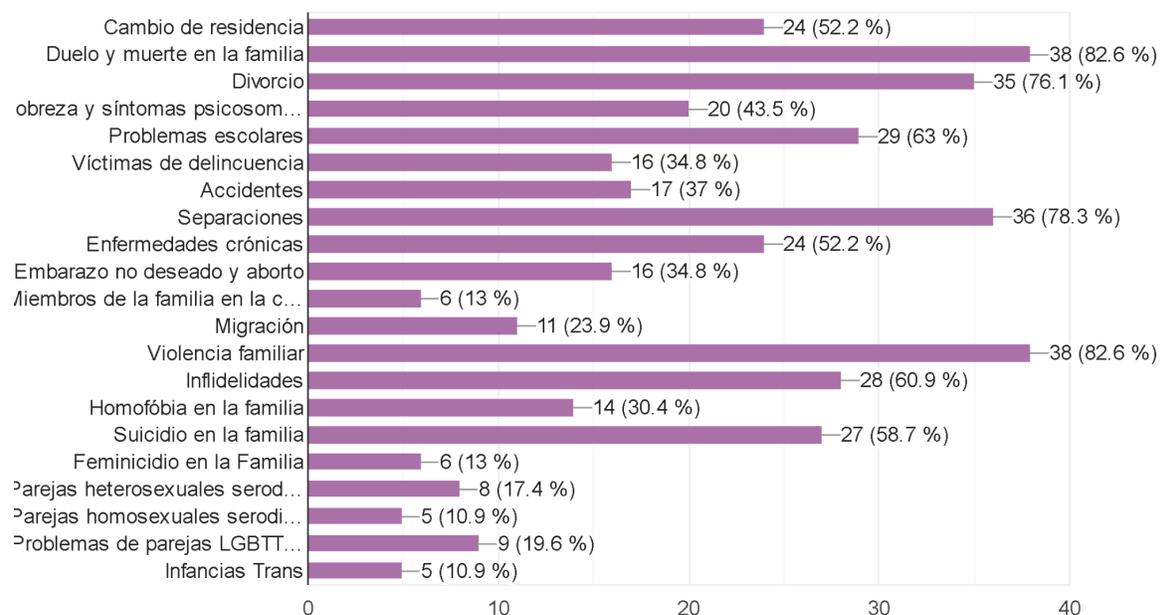
Ahora bien, al adentrarnos cada vez más en la estructura de los planes curriculares, se pidió a los trapeutas que seleccionaran algunas de las problemáticas o situaciones específicas para las cuales su formación les había brindado herramientas e información.

La mayoría afirmó sí haber recibido información y herramientas para trabajar el duelo y muerte en la familia (82.6%), la violencia familiar (82.6%), separaciones (78.3%), las divorcio (76.1%), los problemas escolares (63%) y las infidelidades (60.9%). Mientras que el porcentaje de terapeutas que recibió herramientas de atención para temas relacionados a la comunidad LGBTTTQIA+ fueron significativamente más bajos:

homofobia en la familia 30.4%, parejas homosexuales serodiscordantes 10.9%, problemas de parejas LGBTTTQIA+ 19.6%, e infancias trans 10.9%.

**Figura 22**

*Temas abordados durante la formación como terapeuta familiar*

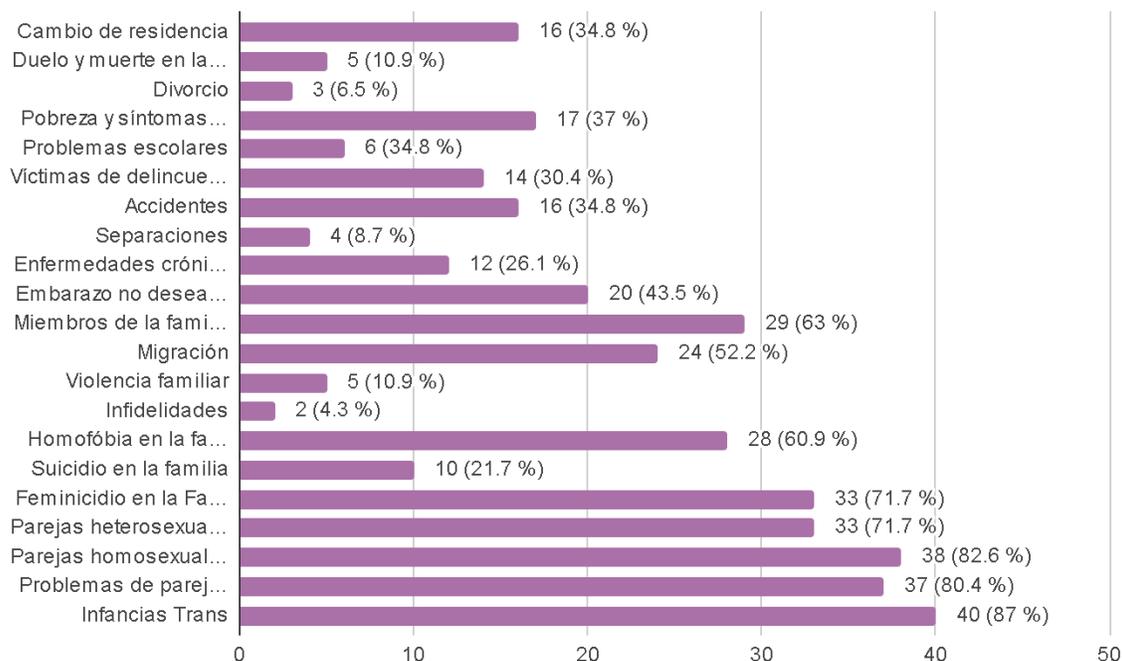


En contraste, un 60.9% de los terapeutas familiares afirma que su programa formativo no trabajó el tema de homofobia en la familia, 82.6% no vio el tema de parejas homosexuales serodiscordantes, 80.4% seleccionó el tema de problemas de parejas LGBTTTQIA+, y un 87% el de infancias trans. Así pues, estos resultados demuestran que más de la mitad de la población encuestada no obtuvo, por parte de sus instituciones formativas, el conocimiento necesario para abordar estos temas con población LGBTTTQIA+.

A comparación de los resultados obtenidos en el estudio anterior publicado por Gómez-Lamont y Silva (2019) en los cuales un 47.1% no trabajó homofobia en la familia, 60.6% parejas homosexuales serodiscordantes, y 58.7% problemas de parejas LGBTTTQIA+, el porcentaje de terapeutas actual que no vio temas LGBTTTQIA+ durante su formación es notablemente más alto.

**Figura 23**

## *Temas no abordados durante la formación como terapeuta familiar*



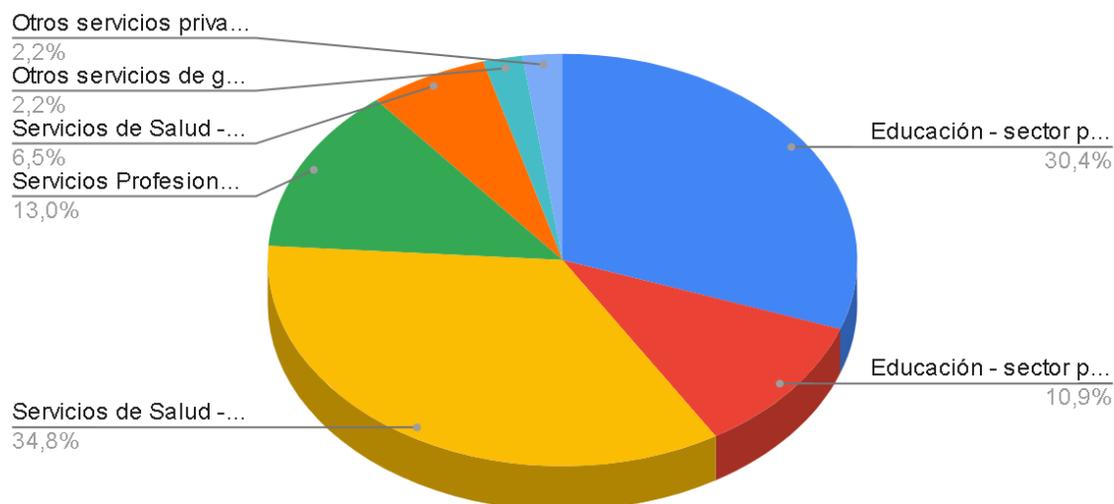
## **Práctica clínica**

En cuanto a su desempeño profesional, los dos principales sectores de trabajo en los que les terapeutas familiares se encuentran empleados son servicios de salud del sector privado (34.8%) y el sector público de educación 30.4%. El resto de la población se encuentra en sectores variados como servicios profesionales y técnicos del sector privado (13%), educación del sector privado (10.9%), servicios de salud del sector público (6.5%), otros servicios privados (2.2%) y otros servicios de gobierno (2.2%).

En estos espacios, las encuestadas se desempeñan en más de una actividad, sin embargo las más comunes son la atención a familias (63%) y la docencia (37%). En adición a estas, les terapeutas realizan actividades de capacitación (19.6%), investigación (17.4%), coordinación y consultoría (15.2% cada una), asesoría especializada (13%), coordinación de proyectos y diagnóstico-evaluación (10.9% cada una), asesoría técnica (8.7%) y dirección (6.5%).

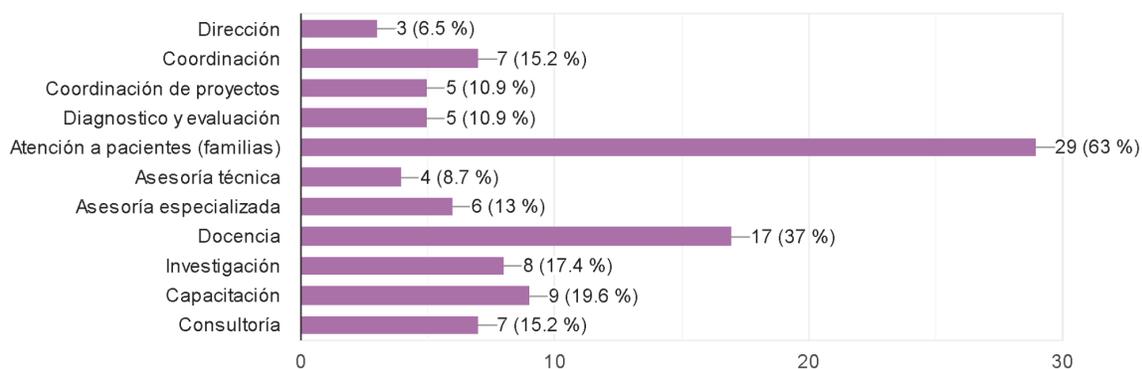
**Figura 24**

*Rama o sector del lugar de trabajo*



**Figura 25**

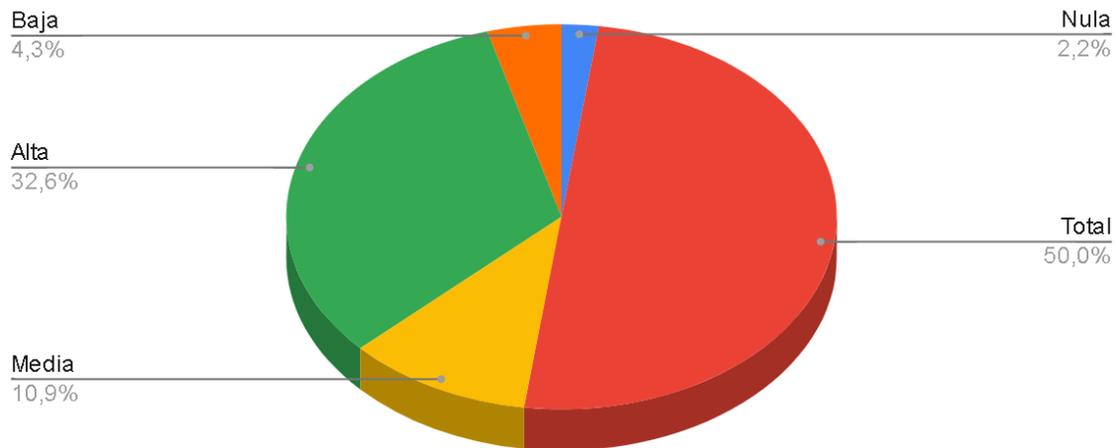
*Actividades principales de desempeño profesional*



A este respecto, el 50% de la población afirma que las actividades que desempeña en su lugar de trabajo se relacionan con sus estudios de posgrado en su totalidad, un 32.6% reporta una alta relación entre ambos elementos, un 10.9% califica el grado de relación como medio, 4.3% como baja y sólo el 2.2% afirma que esta es nula.

**Figura 26**

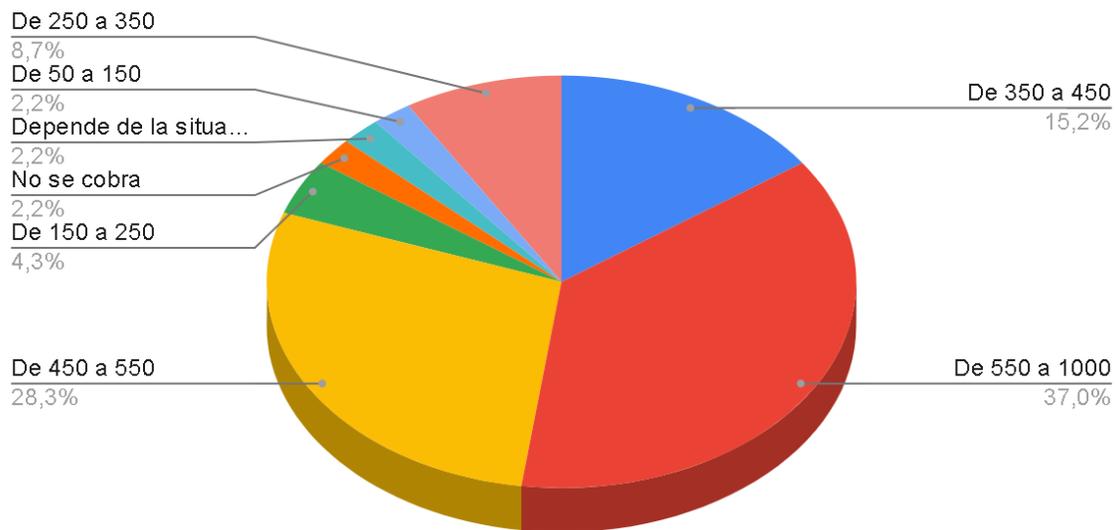
*Relación entre la actividad profesional y los estudios de posgrado*



En relación al costo de la consulta de les terapeutas, el 37% cobra de \$550 a \$1,000, un 28.3% de \$450 a \$550, y un 15.2% cobra de \$350 a \$450. Los demás costos de consulta son de \$250 a \$350 (8.7%), de \$150 a \$250 (4.3%) y de \$50 a \$150 (2.2%). El porcentaje restante afirmó que no cobra la consulta o que el precio depende de la situación económica del consultante.

**Figura 27**

*Costo aproximado por consulta*

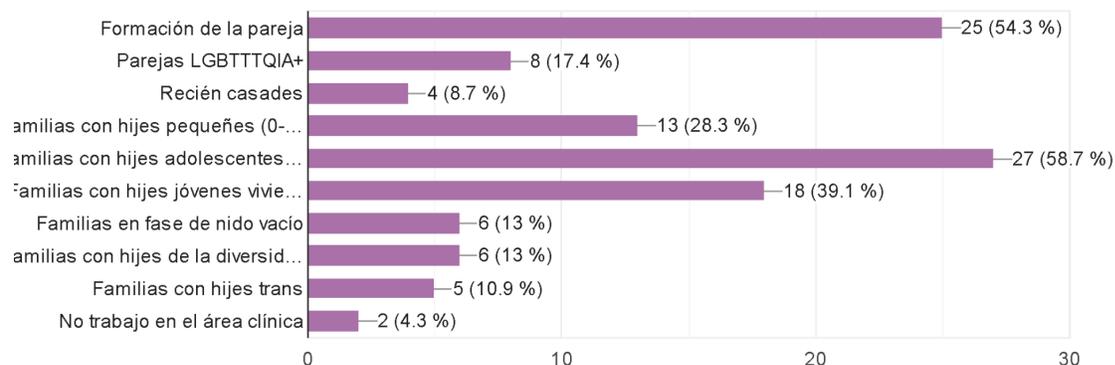


En cuanto a la atención a familias, los tipos de población que más solicita consulta con les terapeutas que se desempeñan en el área clínica son familias con hijos adolescentes

(58.7%), personas en etapa de formación de la pareja (54.3%) y familias con hijos jóvenes viviendo en casa (39.1%). El menor número de solicitudes es por parte de recién casados (8.7%), familias con hijos trans (10.9%), familias con hijos de la diversidad sexual (13%) y familias en fase de nido vacío (13%).

## Figura 28

*Población en la atención clínica a familias*



De los eventos relacionados al motivo de consulta, las separaciones (63%), infidelidades (58%), la violencia familiar (47.8%) y el duelo y muerte en la familia (47.8%), son los más comunes. Estos resultados son compatibles con los obtenidos acerca de los temas vistos durante la formación profesional, puesto que más del 50% de la población de terapeutas afirmó haber adquirido herramientas para tratar este tipo de problemáticas.

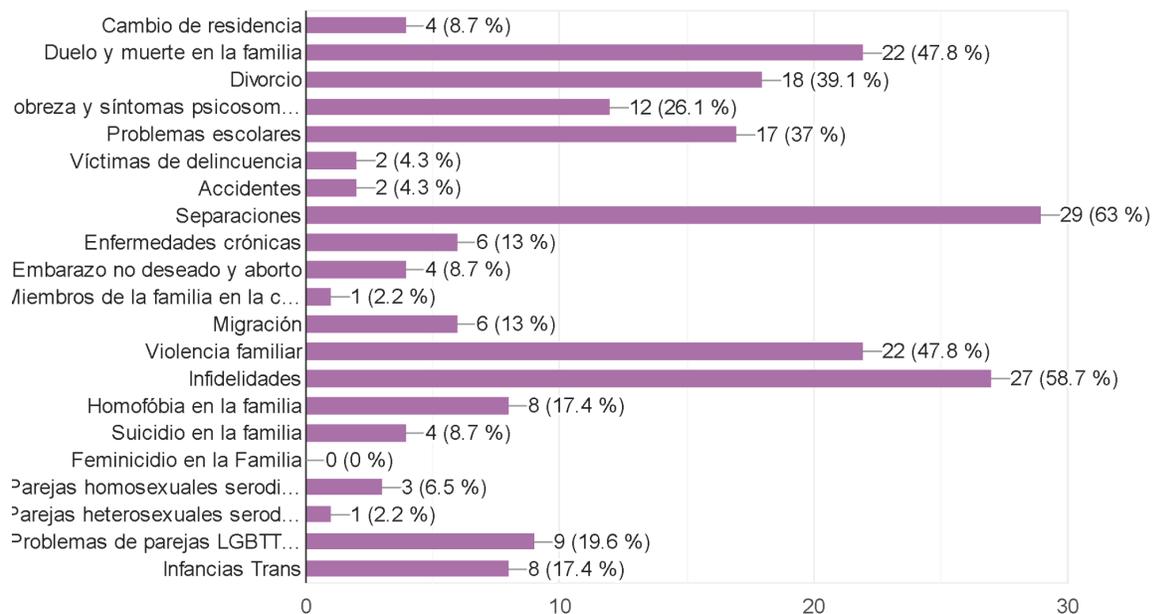
Por otro lado, los eventos relacionados al motivo de consulta menos comunes son el feminicidio en la familia (0%), las parejas heterosexuales serodiscordantes (2.2%), miembros de la familia en la cárcel (2.2%), víctimas de delincuencia y accidentes (4.3% cada una).

Es pertinente señalar que el hecho de que los eventos estrictamente relacionados a la población LGBTTTQIA+, como la homofobia en la familia (17.4%), parejas homosexuales serodiscordantes (6.5%), problemas de parejas LGBTTTQIA+ (19.6%) e infancias trans (17.4%), no se encuentren entre los más comunes, no quiere decir que no sean relevantes. Como se mencionó anteriormente, los prejuicios, la discriminación y la violencia a las que

se enfrenta la población LGBTTTQIA+ provocan su desconexión de servicios de salud (APA, 2012; OPS, 2013).

**Figura 29**

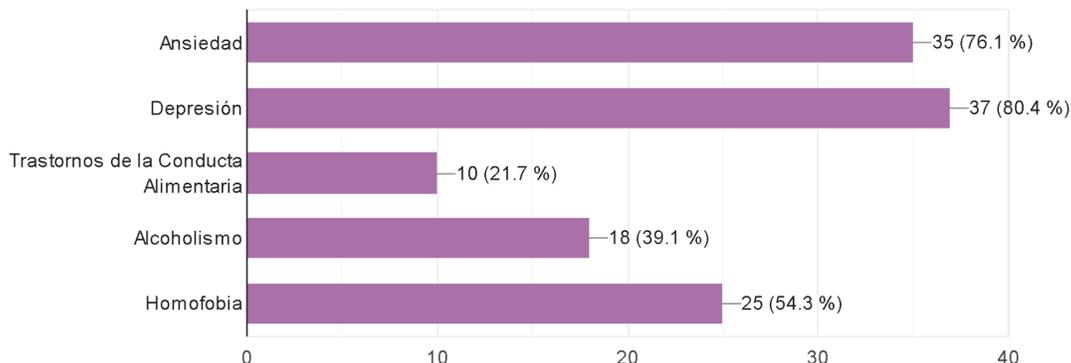
*Motivos de consulta*



Incluso al preguntarles acerca de otras dificultades relacionadas a la salud mental a las que se enfrenta la población LGBTTTQIA+, 76.1% de los terapeutas mencionaron la ansiedad, 80.4% depresión, 21.7% trastornos de la conducta alimentaria, 39.1% alcoholismo y 54.3% homofobia.

**Figura 30**

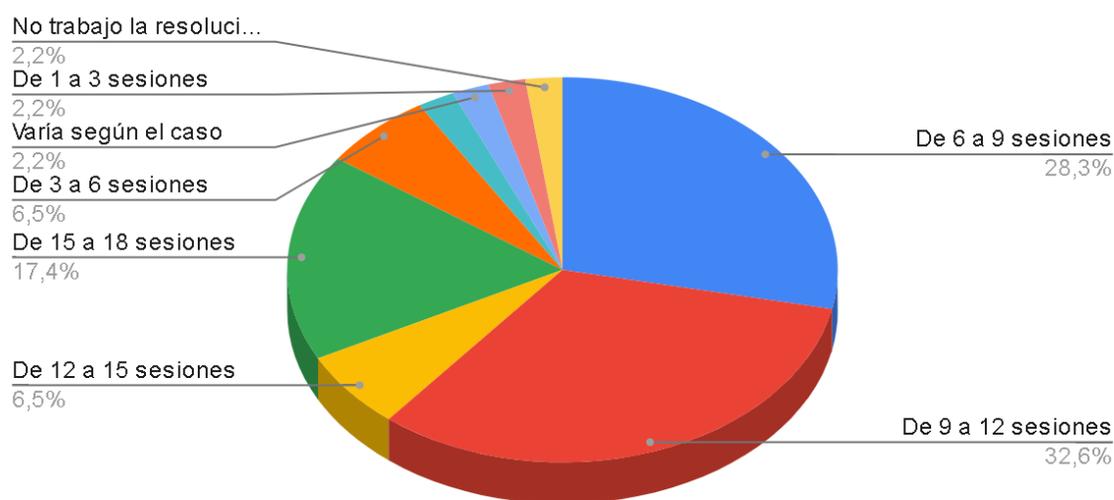
*Psicopatologías relacionadas a la población LGBTTTQIA+*



Para la resolución de estos y otros problemas en la práctica clínica, el 32.6% de los terapeutas requiere de aproximadamente 9 a 12 sesiones, el 28.3% lo hace en un periodo de 6 a 9 sesiones, 17.4% de 15 a 18 sesiones, 6.5% de 12 a 15 sesiones, 6.5% de 3 a 5 sesiones, y un 2.2% de 1 a 3 sesiones. Una de las terapeutas contestó que el número de sesiones varía completamente dependiendo del caso y el consultante, otre de ellos dijo “no trabajar concentrado en el problema”.

### Figura 31

*Número de sesiones promedio para la resolución de problemas*



### Homofobia y transfobia

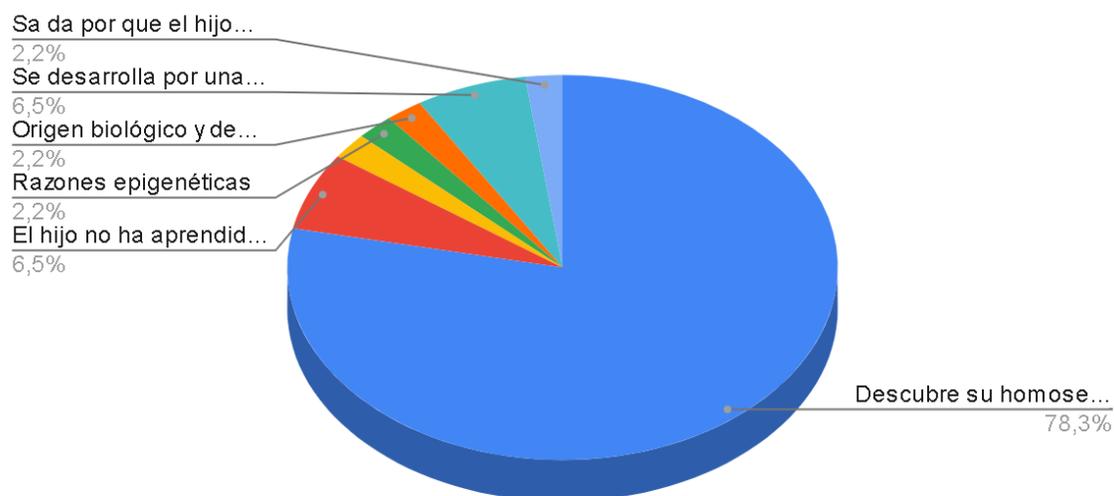
Al preguntarles sobre el origen de la homosexualidad, las opiniones y conocimientos de los terapeutas son variadas. La mayoría (77.8%) coincide en que la homosexualidad es descubierta a temprana edad como parte de la vida de un individuo, el 6.7% cree que resulta de una recombinación de los genes que definen a los hombres (XY), otro 6.7% afirma que se da porque el hijo no ha aprendido de un modelo masculino, y el resto varía entre explicaciones epigenéticas (2.2%), biológicas y de “elección” (2.2%), identitarias (2.2%) y porque el hijo está apegado a la madre (2.2%).

De entre estas respuestas, tanto la teoría de la ausencia de un modelo masculino como la de el “apego” a la madre, demuestran que algunos prejuicios homofóbicos siguen presentes en el ámbito clínico. Sin embargo, en comparación con el estudio anterior

(Gómez-Lamont y Silva, 2019), el porcentaje de terapeutas que escogieron esta respuesta en la actualidad es más bajo (15% versus 6.7% y 2.2% respectivamente). En adición a esto, dos terapeutas comentaron que el origen podía ser epigenético o una combinación entre lo biológico y una “elección”.

### Figura 32

#### *Origen de la homosexualidad*



Con respecto al origen de la identidad de género en personas transexuales las respuestas de los terapeutas fueron muy variadas, ya que para esta pregunta no había opciones preestablecidas y fue completamente abierta.

A pesar de que los terapeutas consideran factores biológicos, de crianza y socioculturales, dos de las respuestas concretas que más se repitieron fueron la “naturalidad” con que surgen estas de estas identidades, no se especifica una etiología específica, por el contrario se pone de manifiesto la falta de relevancia de la misma puesto que no es algo “anormal” ni una “enfermedad” y se enfatiza la importancia de permitir que cada individuo defina su identidad de género; y el que la identidad es una “elección” o “decisión” que se toma. En adición a esto, las afirmaciones en las que la mayoría de los terapeutas coincide son el carácter multifactorial de esta manifestación de la identidad de género, y la ausencia de información con respecto al tema de la transexualidad durante su formación profesional.

Estos resultados reflejan el efecto que la falta de integración de estos temas en la formación de los terapeutas familiares tiene en su entendimiento de las orientaciones e identidades LGBTTTQIA+, ya que no hay un consenso acerca de la etiología sigue habiendo lugar para razonamientos con tintes homofóbicos.

El problema con este tipo de explicaciones que hacen énfasis en la capacidad del individuo de “elegir”, la crianza y otros factores alterables o controlables, es que sugieren de manera implícita que la orientación sexual es modificable o que se puede prevenir. Esto a pesar de que, organizaciones de salud mental han declarado, en diversas ocasiones, que no existe evidencia científica válida que sugiera que la orientación sexual o la identidad de género sean modificables y que por el contrario intentar hacerlo tendrá efectos negativos en la salud de las personas sometidas a ECOSIG (WPA 2016; APA 2012; APA 2009; APA 2013).

En adición a esto, aunque la Asociación Americana de Psicología (2013) reconoce que existen muchas teorías acerca de los orígenes de la orientación sexual y la identidad de género, y que probablemente es multifactorial, también hace énfasis en que estas no son elecciones y no requieren tratamiento y no pueden cambiarse.

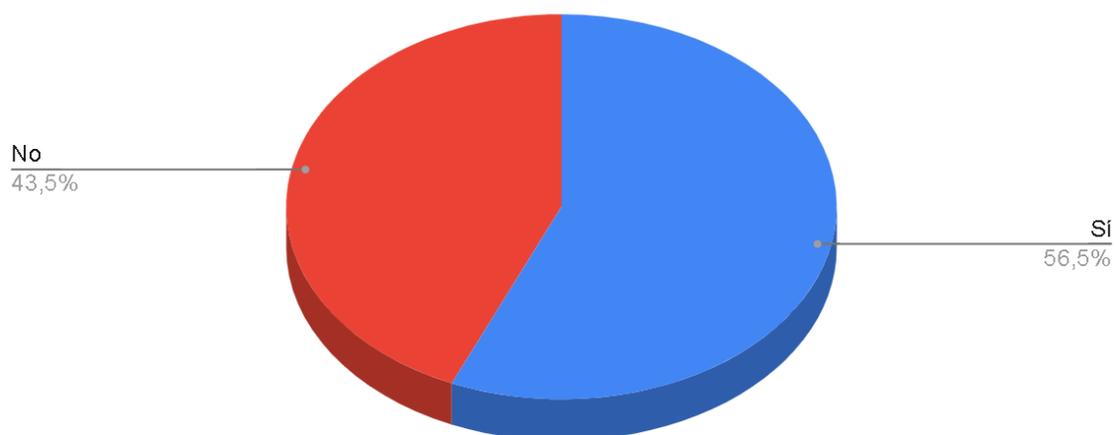
Por otro lado, al hablar de las experiencias de vida de personas LGBTTTQIA+ y heterosexuales, el 56.5% de los terapeutas encuestados considera que ambas formas de vida son iguales. En su justificación de esta respuesta los participantes destacaron que no deberían verse como “diferentes” las formas de vida de la población LGBTTTQIA+, sin embargo, el asumir que las condiciones contextuales son las mismas para esta población y la cisheterosexual, invisibiliza todas las dificultades extras a las que las personas de la disidencia sexual y de género se enfrentan.

Retomando esto, otras respuestas de los terapeutas sí mencionaban factores diferenciadores como la discriminación y la homofobia, mismos que causan desigualdad en los ámbitos social, laboral, económico, de desarrollo personal y acceso a la salud; además de la violencia a la que las personas LGBTTTQIA+ se enfrentan, mismas que la población cisheterosexual no experimenta.

A pesar de estas diferencias, los terapeutas hacen énfasis en la necesidad de igualdad de validez, reconocimiento, y respeto por todas las identidades y orientaciones sexuales, de sus emociones y derechos, como medio para la construcción de una sociedad más inclusiva y justa.

### Figura 33

*Vida de las disidencias sexuales y población cisheterosexual*



*Nota.* Esta figura muestra las respuestas de los terapeutas encuestados a la pregunta ¿Considera que la disidencia sexual/LGBTQQIA+ es otra forma de vivir igual a la heterosexual?

Con el motivo de adentrarnos más en las dinámicas específicas de la especialidad en Terapia Familiar, se le preguntó a los terapeutas si creían que las problemáticas de las parejas heterosexuales y parejas LGBTQQIA+ son iguales, el 67.4% respondió que no.

Al pedirles que justificaran su respuesta, los participantes mencionaron que las parejas no heterosexuales, como parte de una minoría enfrentan desafíos adicionales derivados de la discriminación, la intolerancia, la desinformación, la falta de aceptación social y familiar, así como dificultades individuales como el “salir del clóset”. Otro factor diferenciador mencionado fue que las parejas LGBTI+ experimentan diferentes ciclos vitales y de desarrollo individual, como experiencias propias de etapas del desarrollo específicas que pueden las personas LGBTQQIA+ no pueden experimentar hasta más tarde en la vida.

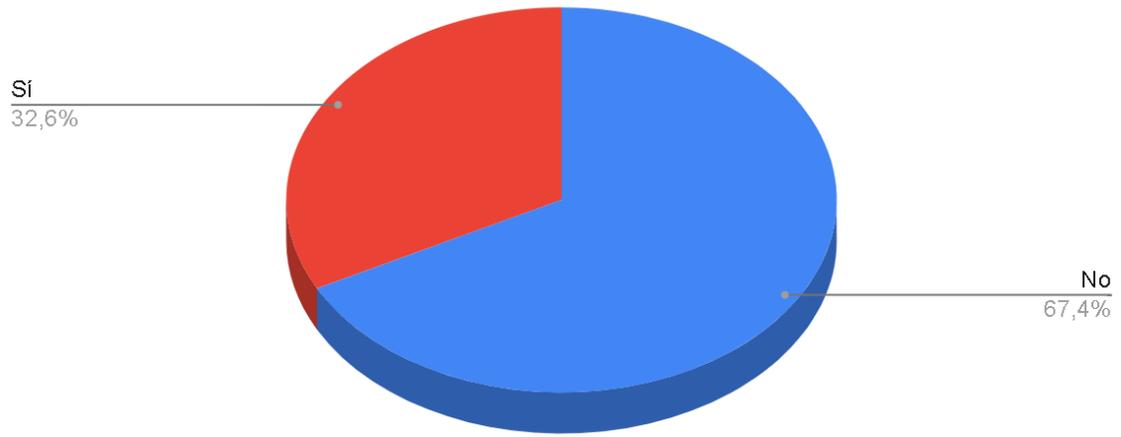
Aunque es la minoría, algunas respuestas mencionan entre patrones de frecuencia específicos como que en las parejas homosexuales los problemas suelen vincularse más a temas de dinero, roles y jerarquías, mientras que en las parejas heterosexuales son más comunes la infidelidad, la violencia o el alcoholismo; en otros casos estos señalamientos dejan en evidencia prejuicios homofóbicos (aunque “respaldados” por la experiencia propia en la práctica clínica) como la afirmación de que en algunas parejas LGBTTTQIA+ hay menos compromiso y mayor promiscuidad en comparación con parejas heterosexuales.

En adición a sus justificaciones, algunos terapeutas mencionan el impacto de la homofobia, el reconocimiento de la diversidad de experiencias dentro de la comunidad LGBTTTQIA+, la comprensión de miedos relacionados a la identidad propia, y la reconstrucción de la misma, como elementos cruciales a abordar durante el trabajo terapéutico; enfatizan la necesidad de enfoques sensibles y personalizados en la terapia de parejas; y ponen de manifiesto la influencia de la orientación sexual e identidad de género propias de le terapeuta en el ejercicio profesional.

Dos variaciones más específicas de esta pregunta se agregaron, una comparando a parejas cisgénero con parejas en las que una de las personas es transexual, y la otra comparando a parejas de personas con identidades binarias y parejas en las que una de las personas se autoreconoce como no binarie. Con respecto a la primera, el 65.2% contestó que las problemáticas enfrentadas por estos dos tipos de parejas no son iguales; y en la segunda el 63% afirmó lo mismo.

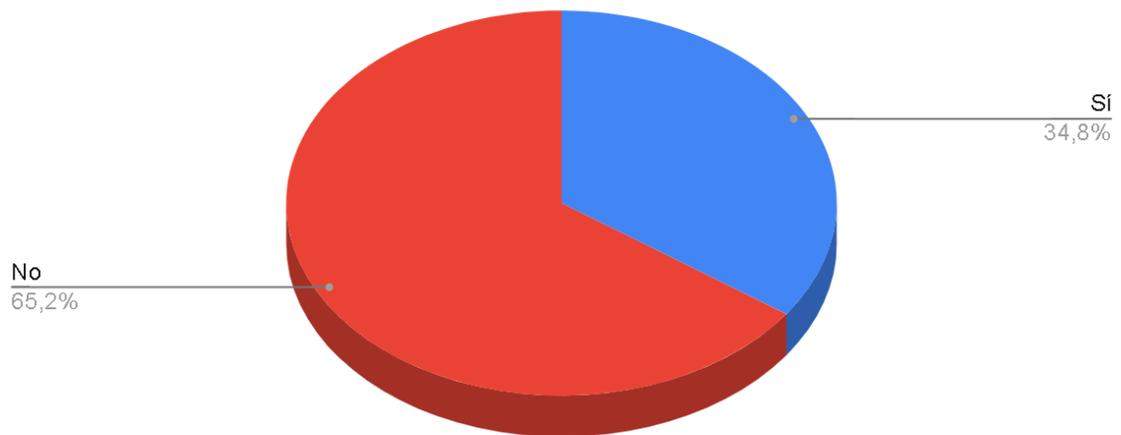
### **Figura 34**

*Problemáticas de parejas heterosexuales y LGBTTTQIA+*



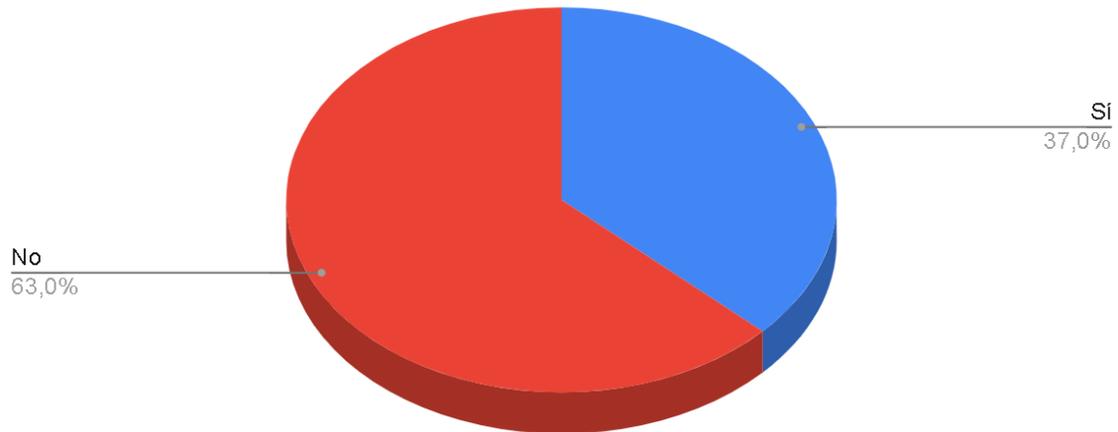
**Figura 35**

*Problemáticas de parejas cisgénero y personas transexuales*



**Figura 36**

*Problemáticas de parejas con identidades de género binarias y no binarias*



Al preguntar a los terapeutas si creían que así como las personas heterosexuales no “salen del armario”, las personas LGBTTTQIA+ tampoco deberían hacerlo, el 41.3% afirmó estar totalmente en desacuerdo, el 37% dijo estar totalmente de acuerdo, 15.2% parcialmente de acuerdo y el 6.5% restante en desacuerdo.

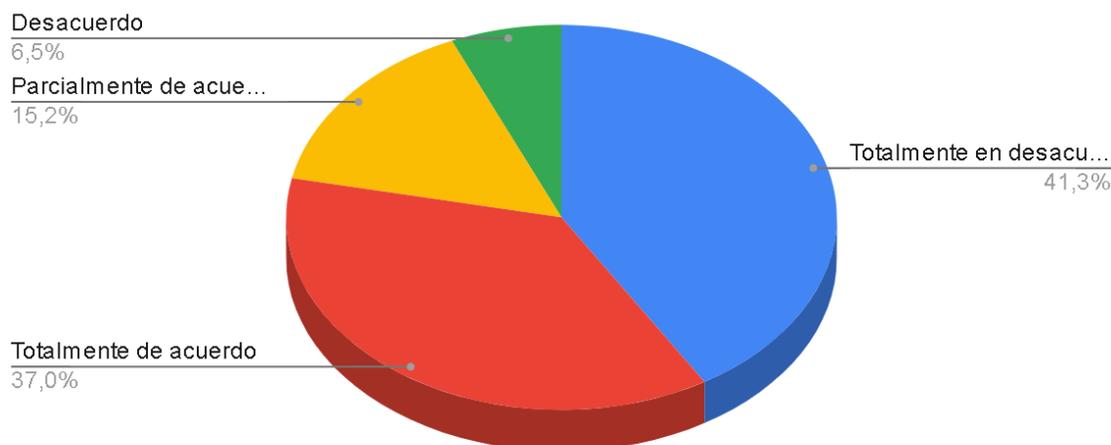
Asimismo, sus opiniones sobre la necesidad de "salir del clóset" abarcan diversos puntos clave. En primer lugar, sobresalen los conceptos de derecho y la libertad, argumentando que cada individuo puede expresar y vivir su orientación sexual o identidad de género sin tener que justificarla.

Se enfatiza que “salir del clóset” no es un “deber” u “obligación”, a pesar de que en ocasiones esta decisión se ve influenciada por presiones sociales externas. Al contrario, los terapeutas lo consideran una elección personal y válida, que incluso puede ser acto de resistencia ante el sistema cisheteronormativo, y que puede ayudar a “normalizar” las identidades disidentes. Además, se subrayan los efectos benéficos de poder expresar la orientación sexual e identidad de género, en la salud mental, especialmente en un contexto de discriminación y desigualdad.

Así pues, los participantes se muestran optimistas ante la esperanza de un futuro donde la diversidad sexual y de género sea aceptada con total naturalidad y en el que "salir del clóset" no sea una carga, sino una expresión libre y genuina de la identidad.

**Figura 37**

## *Deber de las personas LGBTQQIA+ por “salir del clóset”*



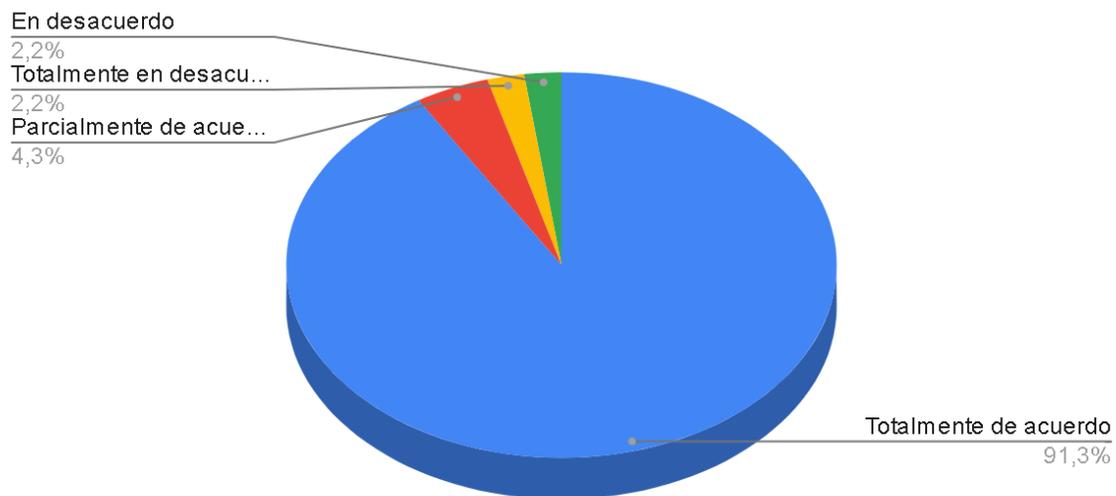
En adición a lo anterior, se indagó en las opiniones de les terapeutas acerca de algunos derechos fundamentales por los que la población LGBTQQIA+ ha luchado históricamente.

Uno de ellos la posibilidad de que personas del mismo sexo puedan contraer matrimonio y este sea reconocido legalmente. Ante esto, el 91.3% de la población respondió estar totalmente de acuerdo con ello, un 4.3% parcialmente de acuerdo y únicamente 2 participantes se posicionaron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo respectivamente.

En cuanto al tema de la adopción y engendración de hijos, hubo tres variaciones de la pregunta. Tanto la primera que considera a parejas homosexuales, como a segunda que se enfoca en personas de la diversidad de género, obtuvieron porcentajes de respuesta idénticos, mostrando que un 84.8% de la población está totalmente de acuerdo, 13% está parcialmente de acuerdo y 2.2% en total desacuerdo. Sin embargo, al preguntar sobre la posibilidad de que personas trans con cuerpos gestantes engendren y críen hijos, el porcentaje de respuestas positivas disminuyó ligeramente, resultando en un 82.6% totalmente de acuerdo, 15.2% parcialmente de acuerdo y 2.2% totalmente en desacuerdo.

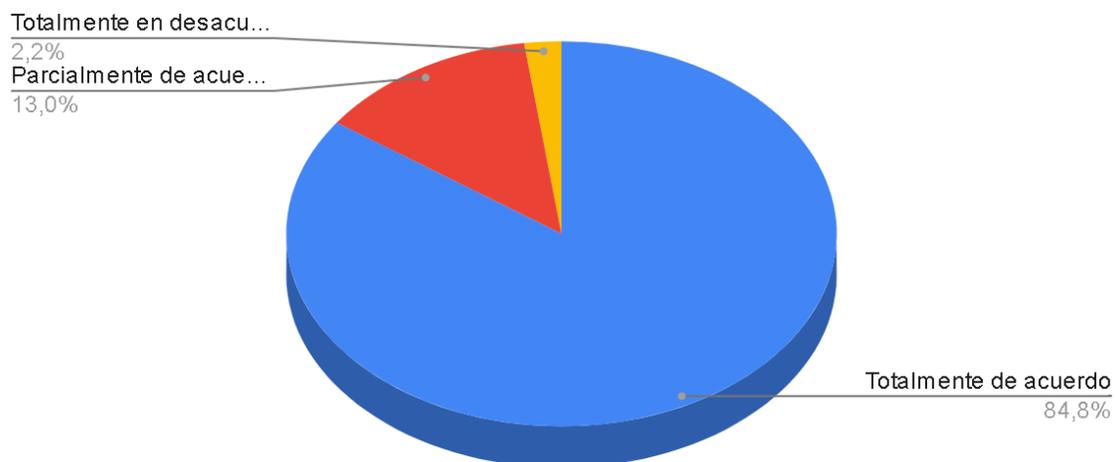
### **Figura 38**

*Matrimonio homosexual*



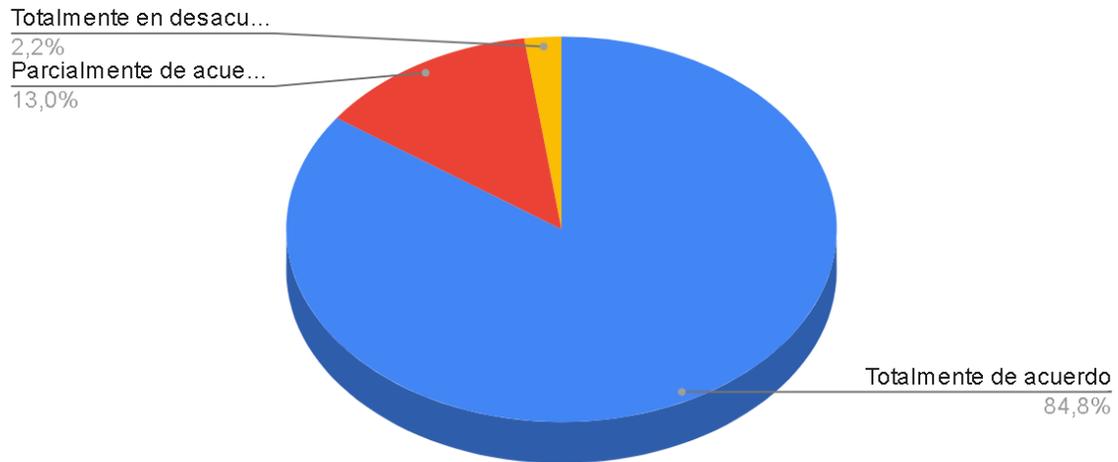
**Figura 39**

*Adopción y engendración (parejas homosexuales)*



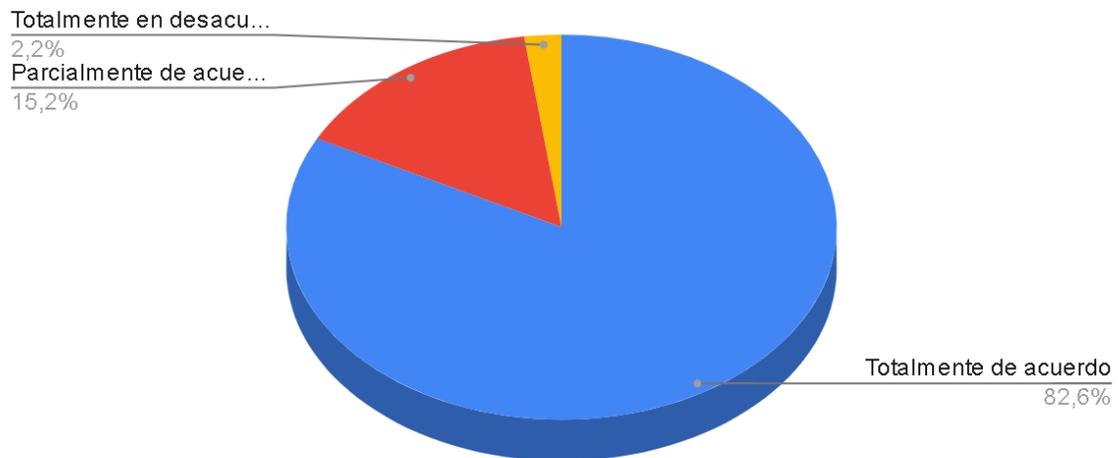
**Figura 40**

*Adopción y engendración (personas de la diversidad de género)*



**Figura 41**

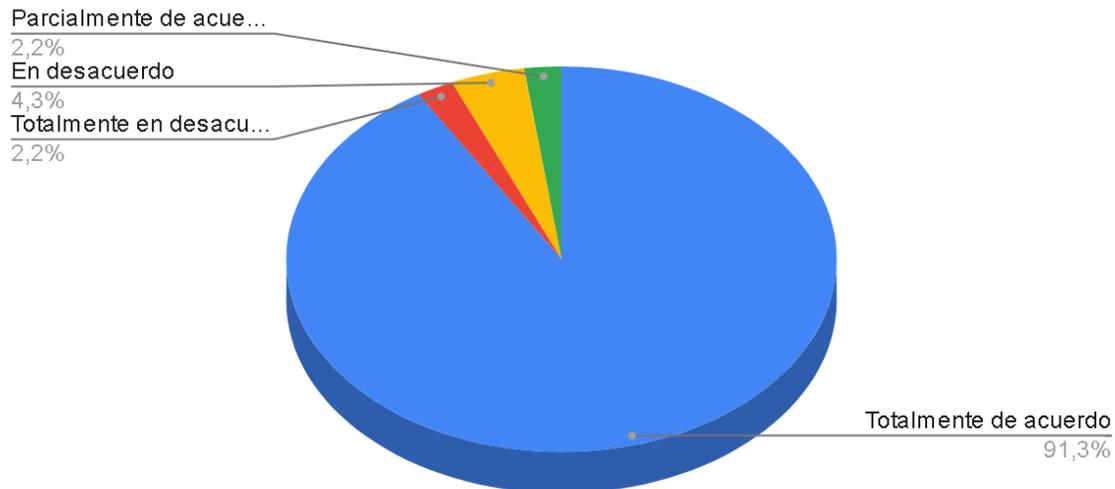
*Engendración y crianza (personas trans con cuerpos gestantes)*



En lo que corresponde al derecho de que se valide en documentos oficiales el género con que cada persona se autoreconoce, el 91.3% de les terapeutas se posicionó a favor (totalmente de acuerdo), un 4.3% en desacuerdo, 2.2% parcialmente de acuerdo y el 2.2% restante totalmente en desacuerdo.

**Figura 42**

*Reconocimiento de la identidad de género en documentación oficial*



En la sección final del cuestionario se le pidió a los participantes que definieran con sus propias palabras algunas orientaciones sexuales e identidades de género, basándose únicamente en su conocimiento previo.

Con el propósito de identificar los términos tanto conocidos como desconocidos por parte de los terapeutas, sus respuestas serán comparadas con las definiciones plasmadas en el Glosario de la Diversidad Sexual, de Género y Características Sexuales del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) publicado en 2016, y del Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud publicado por Centro Nacional de Educación para la Salud LGBT en 2018, puesto que el segundo está más actualizado (ver Tabla 4).

**Tabla 4**

*Glosario de terminología LGTBTTQIA+*

Orientación sexual o identidad de género	Definición del CONAPRED	Definición del Centro Nacional de Educación para la Salud LGBT
Homosexualidad	Capacidad de cada persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales	* Este término se encuentra bajo la categoría de “términos anticuados que hay que evitar” en el glosario, junto a la explicación “tal vez en el pasado se hayan utilizado los

	<p>con estas personas. * Se menciona una tendencia a reivindicar el uso y referencia a los términos lesbiana y lesbiandad, para hacer referencia a la homosexualidad femenina.</p>	<p>siguientes términos, pero ahora se consideran anticuados y, a veces, ofensivos.” Y recomiendan sustituirlo por “gay” o “leabiana”.</p>
Lesbianismo	<p>Mujer que se siente atraída erótica y afectivamente por mujeres.</p>	<p>Orientación sexual que describe a una mujer que es atraída emocional y sexualmente hacia otras mujeres.</p>
Bisexualidad	<p>Capacidad de una persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de un género diferente al suyo y de su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas. Esto no implica que sea con la misma intensidad, al mismo tiempo, de la misma forma, ni que sienta atracción por todas las personas de su mismo género o del otro.</p>	<p>Orientación sexual que describe a una persona que se siente atraída emocional y sexualmente tanto hacia personas de su propio género como hacia personas de otros géneros.</p>
Pansexualidad	<p>Capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género, orientación sexual o roles sexuales, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella.</p>	<p>Orientación sexual que describe a una persona que siente atracción sexual y emocional hacia otras personas, independientemente de sus géneros.</p>
Asexualidad	<p>Orientación sexual de una persona que no siente atracción erótica hacia otras personas. Puede relacionarse afectiva y románticamente. No implica necesariamente no tener libido, o no practicar</p>	<p>Describe a una persona que experimenta poca o ninguna atracción sexual hacia otras personas.</p>

	sexo, o no poder sentir excitación.	
Transexualidad	Las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden optar por una intervención médica —hormonal, quirúrgica o ambas— para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.	Término usado algunas veces en literatura médica o por algunas personas transgénero, para describir a aquellos que han hecho la transición a través de intervenciones médicas.
Transgeneridad	Condición humana por la cual la persona vive una inconformidad entre su identidad de género y el género y/o el sexo que socialmente le han sido asignados al nacer.	Describe a la persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer no corresponden. También usado como un término general para incluir a las identidades de género fuera de lo masculino y femenino. Algunas veces abreviado como “trans”.
Queer	Las personas queer, o quienes no se identifican con el binarismo de género, son aquellas que además de no identificarse y rechazar el género socialmente asignado a su sexo de nacimiento, tampoco se identifican con el otro género o con alguno en particular. * Se menciona que las personas queer usualmente demandan (en el caso del idioma español) que en ciertas palabras, la última vocal (que hace referencia al género) se sustituya por las letras “e” o “x”.	Un término que algunos usan para describir a las personas cuyas identidades de género u orientación sexual se encuentran fuera de las normas sociales, con un término general que las abarque a todas. * Se menciona la disputa del uso de este término debido a su uso histórico como término despectivo.

No binarie	* El glosario no incluye este término, en su lugar su definición acorde se encuentra bajo el término “queer”.	Describe a una persona cuya identidad de género no encaja con la estructura tradicional de género binario. A veces se abrevia “NB” o “enby”.
------------	---	--

*Nota.* De elaboración propia, basada en el Glosario de la Diversidad Sexual, de Género y Características Sexuales publicado por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en 2016, y en el Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud publicado por Centro Nacional de Educación para la Salud LGBT en 2018.

En cuanto al primer término, que fue “homosexualidad”, los participantes mencionan que esta orientación sexual implica diferentes niveles de atracción (sexual, física, romántica y afectiva), la mayoría indica que esto se da entre personas del mismo sexo (47.8%) o género (8.6%). Por otro lado, una porción significativa de la muestra (36.9%) dijo que esta atracción se da entre hombres o personas con identidades masculina (tanto cisgénero como transgénero).

En este sentido, la primera definición es la que más se acerca a las presentadas tanto por CONAPRED como por el Centro Nacional de Educación para la salud LGBT, con la diferencia de que en ambos textos, al describir la atracción hacia otras personas se prefiere el uso del término “mismo género” y no “sexo”, en ambos textos.

Adicional a esto, aún se utilizan palabras como “preferencia”, “inclinación” o “elección” para definir esta orientación sexual. Opuesto a este tipo de respuestas, uno de los terapeutas señaló el origen diagnóstico del término “homosexualidad” (claración de suma importancia considerando la historia de la comunidad LGBTTTQIA+ y la patologización) y su elección personal de evitar usarlo, esto coincide con lo plasmado en el glosario del Centro Nacional de Educación para la salud LGBT (ver tabla 4).

El siguiente término a definir fue “lesbianismo”. Una vez más se mencionan niveles variados de atracción, aunque esta se da entre mujeres (incluyendo tanto a mujeres cisgénero como trans y otras identidades femeninas). A pesar de que las definiciones para esta orientación sexual fueron en extremo parecidas a las de los glosarios oficiales, y fueron

más uniformes, todavía se presentan respuestas que utilizan las palabras “preferencia” y “elección”.

Quizá la orientación sexual cuya definición más se aleja de lo plasmado en glosarios oficiales es la de bisexualidad. Esta es definida como la atracción sexual y romántica hacia personas de “ambos sexos o géneros”, únicamente 3 de las 46 respuestas ampliaron la definición al no limitar esta atracción a un binarismo.

Es importante mencionar que a pesar de contener el prefijo “bi” en su nombre, tanto las definiciones de los glosarios consultados para esta investigación, como el Manifiesto Bisexual de 1990 señalan que esta orientación no es binaria ni dual en naturaleza y esta engloba a más de dos géneros. Esto demuestra una falta de conocimiento de los detalles específicos relacionados a la bisexualidad.

Al hablar sobre pansexualidad, los participantes concuerdan en que es la atracción sexual, erótica o romántica hacia personas independientemente de o “sin importar” su sexo o identidad de género. Curiosamente, en este apartado sí mencionan la inclusión de personas del mismo sexo, del sexo contrario y con diversas identidades de género, sin limitarse a un binarismo. Además hacen énfasis en la importancia de la conexión emocional y afectiva en estas relaciones, lo cual a su vez vuelve el sexo o la identidad de género algo poco relevante. Esta definición concuerda, en gran parte, con las de los glosarios oficiales, en cuanto a la atracción independientemente del género respecta.

Por otra parte, los terapeutas definieron la asexualidad como una nula o baja atracción sexual hacia otras personas. Algunos experimentan deseo, atracción física, erótica y afectos por otras solo en condiciones de intimidad, amor, cercanía y confianza. También se menciona que pueden existir vínculos afectivos sin necesidad de actividad sexual. Y una de las terapeutas admitió que le costaba trabajo comprender esta orientación sexual puesto que desde su conocimiento “somos seres sexuados desde antes del nacimiento”.

Los aspectos aquí mencionados corresponden tanto a la definición proporcionada por CONAPRED como por el Centro Nacional de Educación para la salud LGBT, pues se mencionan la fluidez de esta orientación en tanto que la atracción sexual o erótica puede ser

poca o nula, y la capacidad de relacionarse afectiva y románticamente. Sin embargo, es importante mencionar que como se aclara en el glosario del CONAPRED, esto no implica necesariamente no practicar sexo o no poder sentir excitación.

En general, en el caso de todas las orientaciones sexuales hubo respuestas que utilizaban las palabras “preferencia”, “inclinación”, “elección” y “decisión” para definir las o explicarlas, y puesto que las implicaciones homofóbicas de las mismas ya se ha mencionado a lo largo de esta investigación, es relevante señalar esta tendencia.

Al cambiar el enfoque hacia la identidad de género, las respuestas de los terapeutas se vuelven todavía más variadas y se nota menor conocimiento de las mismas en comparación con las orientaciones sexuales.

Las opiniones de los terapeutas familiares sobre la transexualidad destacan la discordancia entre la identidad de género de una persona y su sexo asignado al nacer. Este conflicto y la experimentación de disforia de género pueden motivar la búsqueda de modificaciones corporales, incluyendo tratamientos hormonales y cirugías, o la adopción de vestimentas y expresiones asociadas al género con que se identifican, con el objetivo de lograr congruencia entre la identidad de género y la apariencia física.

Es relevante señalar el uso repetido del término “cambio de sexo” para referirse a procedimientos médicos y quirúrgicos a los que algunas personas trans se someten, el cual, de acuerdo con el glosario del Centro Nacional de Educación para la salud LGBT es anticuado y convendría más reemplazar con los términos “cirugía de afirmación de género” y “terapia hormonal de afirmación de género. Al igual que la aparición de dos respuestas que definieron la transexualidad como un “gusto por vestirse” diferente al sexo asignado al nacer, puesto que como podemos verlo en las definiciones de ambos glosarios esta identidad de género se manifiesta en mucho más que la vestimenta y no puede ser explicada simplemente por un “gusto” por la misma.

Por último, en cuanto a la identidad de género no binarie, se menciona que algunas personas no binaries construyen su identidad de género en un espectro, transitando entre la

tradicional expresión de la masculinidad y la feminidad, y el rechazo a roles tradicionales de género, no identificándose exclusivamente con expresiones masculinas o femeninas.

En adición a ello, se destacan cuatro tipos diferentes de respuesta. El primero (el que más se repitió), es que esta identidad sale de la construcción binaria del género (femenino y masculino) y es el que más se acerca a la definición del glosario del Centro Nacional de Educación para la salud LGBT. El segundo afirma que las personas con esta identidad no se identifican con ninguno de los “dos géneros”; el tercero es que no se identifican con los “dos sexos” (hombre y mujer); y el cuarto afirma que no se identifican con ningún género.

Estas últimas tres respuestas sugieren una confusión entre los términos “sexo” y “género”, así como un desconocimiento general de ambas categorías puesto que ninguna de ellas se limita al binarismo (UNODC et al., 2019; CONAPRED, 2016; Centro Nacional de Educación para la salud LGBT, 2018). Vale la pena mencionar que de la sección relacionada a conceptos, esta fue la pregunta en la que más participantes contestaron no saber o desconocer sobre el tema (13%), específicamente uno de ellos manifestó sentir confusión acerca del mismo.

Los resultados de la última pregunta abierta de esta sección vuelven a confirmar esta falta de claridad en los conceptos básicos de “sexo” y “género”.

Aunque los terapeutas familiares reconocen la distinción fundamental entre ambos, al hablar de sexo se mencionan muchas diferentes características que lo definen, biológicas, psicológicas, genéticas, anatomía, fisionomía, genitales, aparatos reproductores y hormonas, además de que la mayoría lo limita a hombre/mujer o macho/hembra, solo dos de los participantes que mencionaron sus definiciones a las personas intersexuales.

En el caso del género, aparecen componentes que van desde los roles de género, la construcción social, las expectativas sociales y la cultura, hasta la identidad sexual, percepción de la sexualidad y la política, además del comportamiento, la forma de vestir, la feminidad y la masculinidad; aunque varios de estos están más relacionados al término “expresión de género” específicamente.

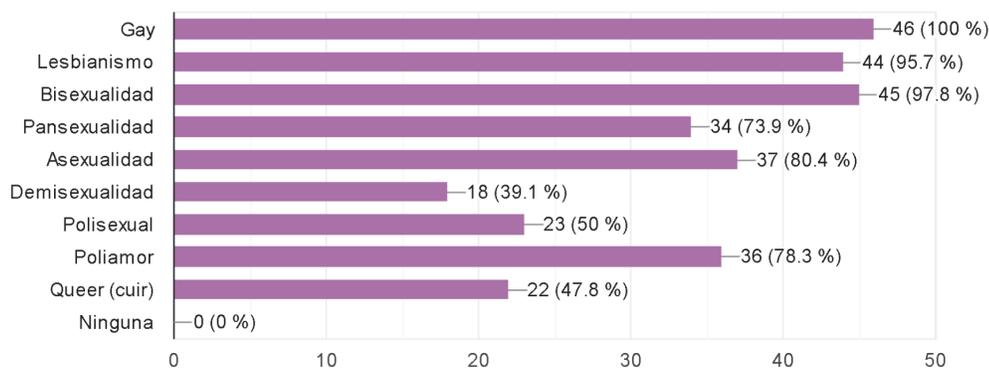
Algunes mencionan que este el género es asignado por la sociedad, otros afirman que se construye y nuevamente se menciona que este se “elige” o “decide”.

Para reafirmar los datos anteriormente obtenidos, se le pidió a los participantes que seleccionaran, de entre varias opciones, aquellas orientaciones sexuales e identidades de género que conocen y creen comprender.

Los resultados muestran que el 100% de la población conoce por lo menos una orientación sexual de las mencionadas, siendo gay la más conocida (100%) y demisexual la menos conocida (39.1%). Mientras que un 19.6% afirma no conocer ni comprender ninguna de las identidades de género fuera del binarismo enlistadas, siendo de estas, género fluido y género no binario las más conocidas (65.2% cada una) y agénero la menos conocida (37%).

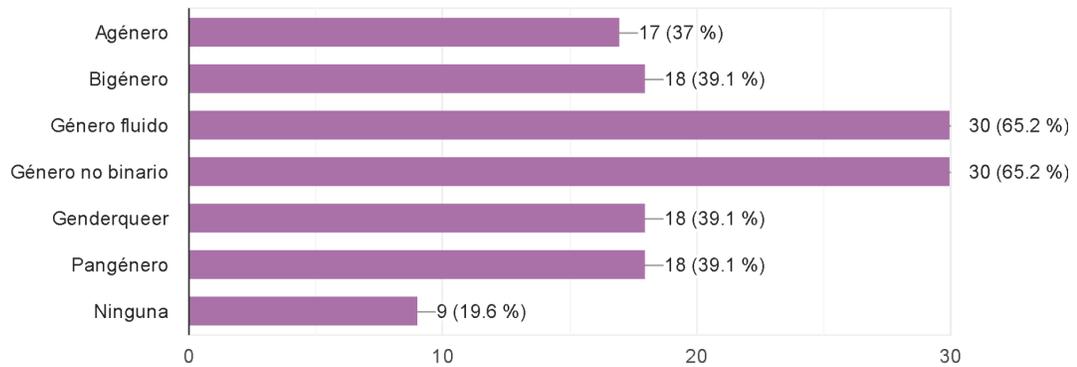
**Figura 43**

*Orientaciones sexuales que conoce y cree comprender*



**Figura 44**

*Identidades de género no binarias que conoce y cree comprender*



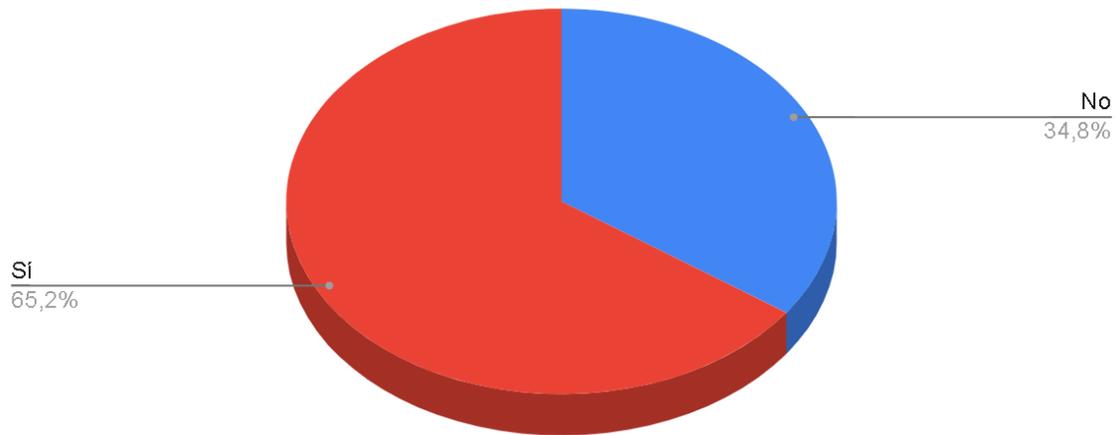
A pesar de la reiterada falta de preparación durante su formación profesional y del desconocimiento de los términos LGBTTTQIA+ plasmados en glosarios oficiales, un 65.2% de la población encuestada afirmó que sí se considera apta para dar consulta a población LGBTTTQIA+, y un 70.2% manifestó que si una persona de la diversidad sexual o de género llegara a su consultorio sí le atendería, sólo un 29.8% eligió la derivación a alguien con mayor experiencia.

La argumentación con respecto a la capacidad autopercebida para atender a población LGBTTTQIA+ fue variada. Quiénes se consideran aptes expresan confianza en su capacidad debido a su propia disidencia sexual o de género, formación específica extra a su maestría (cursos, otros posgrados, etc.), y posicionamiento de respeto y apertura ante las identidades de sus consultantes. En algunos otros casos, les terapeutas sugieren que la orientación sexual o identidad de género de sus consultantes no haría ninguna distinción en el proceso terapéutico. Por el contrario, hubo terapeutas que mostraron cierta reserva o falta de conocimiento, prefiriendo derivar a profesionales más especializados en ciertos casos o trabajar bajo su supervisión.

En general, parte significativa de la población reconoce la necesidad de informarse continuamente y capacitarse más para brindar una atención de calidad a la población LGBTTTQIA+.

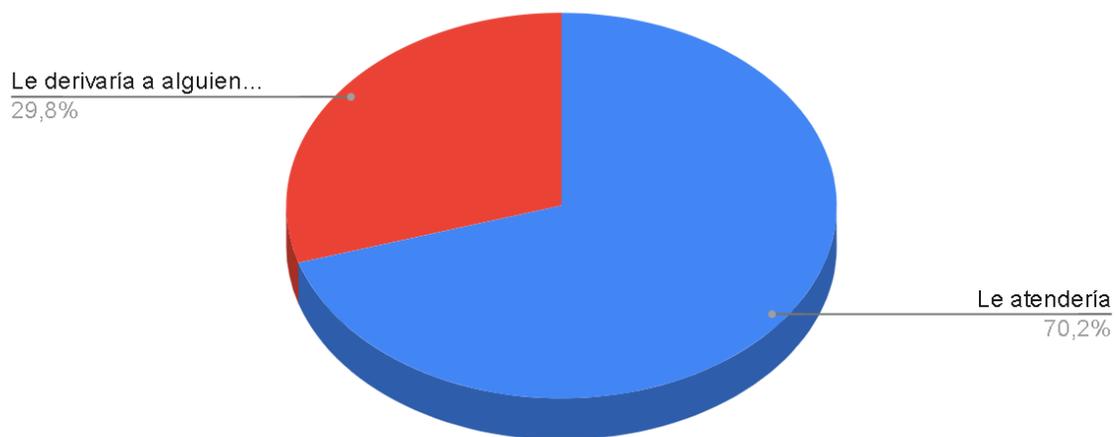
**Figura 45**

*Capacidad autopercebida para atender a población LGBTTTQIA+*



**Figura 46**

*Atención a población LGBTTTQIA+ y derivación*



## **Discusión**

Mediante los datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada, se demostró una innegable escasez de inclusión de temas LGBTTTQIA+ en la formación profesional de los terapeutas familiares, y por consiguiente falta de herramientas para la práctica clínica con esta población en particular. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones similares (Concha, Martínez y Spuler, 2023; Esteban, Jiménez-Torres y Matos-Castro, 2016; Salinas y Ramírez, 2021) y en particular con los de el estudio realizado en 2014 y publicado por Gómez-Lamont y Silva en 2019.

En general, la disposición de les terapeutas para ampliar su conocimiento, profundizar en estos temas y mejorar es evidente, destacando la importancia de la formación continua y la sensibilidad hacia la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales. Y en su mayoría, les terapeutas muestran una actitud respetuosa ante las disidencias sexuales y de género.

Sin embargo, es fundamental señalar que aunque ser respetuoso, mostrarse interesado por aprender más y tener una visión optimista del futuro, son elementos importantes para comenzar la construcción de espacios terapéuticos inclusivos, por sí sola esta “actitud positiva” no es suficiente para garantizar la prestación de servicios de salud mental de calidad para la población LGBTTTQIA+.

Esto requiere de un trabajo en conjunto que involucre tanto a les terapeutas familiares como a las instituciones formativas y quiénes en ellas laboran, para proveer espacios en los que la existencia de la población LGBTTTQIA+, sus voces y su lucha sean completamente visibles, tanto en el ámbito educativo como en la práctica profesional clínica. Y de un compromiso por parte de todes les profesionales de la salud mental por rechazar las construcciones cisheteronormativas instruidas a elles de manera sistemática, desaprenderlas, y en su lugar cimentar los nuevos conceptos y conocimientos en el análisis desde la interseccionalidad.

De lo contrario, los discursos cisheteronormativos que promueven la discriminación e invisibilización de las disidencias sexuales y de género en espacios psicoterapéuticos y de salud en general, seguirán siendo reproducidos por las siguientes generaciones de profesionales que en ellos se inserten, y obstaculizando el acceso a la salud mental para la población LGBTTTQIA+.

Es necesario mencionar algunos de los retos que se presentaron en esta investigación, y que deben ser considerados para futuras réplicas de este estudio o nuevos estudios que busquen investigar temas similares:

- El tamaño de la muestra: Esta fue de tan sólo 46 terapeutas familiares, lo que impide la generalización de resultados.

- Falta de disposición para la participación: Comparado con el número de terapeutas a quienes se les invitó a participar en la investigación, aquellos que sí contestaron el instrumento fueron muy pocos. En el caso particular de un grupo de participantes hubo cierta resistencia, pues mencionaron en repetidas ocasiones el carácter religioso de su institución.
- Límite de tiempo: Puesto que la investigación se realizó como requisito de titulación de la licenciatura en psicología, esta se llevó a cabo en un periodo corto de tiempo, lo cual imposibilitó la realización de un análisis cualitativo más detallado y profundo.
- Restricciones del instrumento: Para que este no fuera tan largo, se omitieron preguntas que pueden ser relevantes como el lugar de residencia de los terapeutas, el costo de sus estudios de posgrado, preparación extra relacionada al tema (congresos, especialidades, diplomados, etc.), entre otras. Además de que en la sección de definiciones conceptuales no se incluyeron todas las orientaciones sexuales e identidades de género, ni a la población intersexual.

## Referencias

- American Psychological Association. (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. APA. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation.pdf>
- American Psychological Association. (2013). *Orientación sexual e identidad de género*. APA. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual#:~:text=No%20requiere%20tratamiento%20y%20no%20puede%20cambiarse>.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017)*. APA. <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Angulo Menassé, A. (2017). Profesionales de la salud mental y su relación con las familias homoparentales en México. *Debate feminista*, 54, 1-17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947817300282>
- Angulo Menassé, A., Granados Cosme, J. A., & Mar, G. R. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 21(59), 211-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35131858010>

- Arbeláez Gómez, M. y Onrubia Goñi, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones UCM*, 14(23), 14-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5590443>
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. AMM. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barrientos Delgado, J., Espinoza-Tapia, R., Meza Opazo, P., Saiz, J. L., Cárdenas Castro, M., Guzmán-González, M., Gómez Ojeda, F., Bahamondes Correa, J., & Lovera Saavedra, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*, 37(3), 181-197. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082019000300181&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082019000300181&script=sci_arttext)
- Barrón-Velázquez, E., Salín-Pascual, R. J., y Guadarrama-López, L. (2014). Encuesta para evaluar el conocimiento sobre las condiciones de diversidad sexo-genérica y homofobia en una muestra de alumnos universitarios. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 15(5), 267-276. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2014/rmn145d.pdf>
- Bazán, A., & Mansilla, M. (2022). La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática. *Revista Clínica Contemporánea*(13), 1-23. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20220330130803085001>
- Blumer, M. L., & Murphy, M. J. (2011). Alaskan gay males' couple experiences of societal non-support: Coping through families of choice and therapeutic means. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 33(3), 237-290. doi:<https://doi.org/10.1007/s10591-011-9147-5>
- Bregman, H. R., Malik, N. M., Page, M. J., Makyen, E., & Lindahl, K. M. (2013). Identity profiles in lesbian, gay, and bisexual youth: the role of family influences. *J Youth Adolesc*, 42(3), 417-430. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22847752/>
- Butler, C. (2016). Intersectionality and systemic therapy. *Context Magazine*, 151, 16-18. [https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/163919595/Intersectionality\\_and\\_systemic\\_therapy\\_proof.pdf](https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/163919595/Intersectionality_and_systemic_therapy_proof.pdf)
- Casique, I. (2019). *Nuevas rutas y evidencias en los estudios sobre violencia y sexualidad de adolescentes mexicanos: contribuciones con base en una encuesta en escuelas (ENESSAEP)*. UNAM. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/279>

- Centro Nacional de Educación para la salud LGBT. (2018). *Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/glosario-de-terminos-lgbt-para-equipos-de-atencion-a-la-salud/>
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. (2019). *Guía de los criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio aplicable a licenciaturas del área de la salud que no cuentan con criterios disciplinares específicos*. [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/guia\\_eva\\_gen\\_lic.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/guia_eva_gen_lic.pdf)
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. (2020). *Guía de los criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio aplicable a la licenciatura en psicología*. <https://saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/u262/Gu%C3%ADa%20Licenciatura%20en%20Psicolog%C3%ADa.pdf>
- Concha, F., Martínez, C., & Spuler, C. (2023). ¿Qué se enseña sobre temáticas LGBT+ en el currículo de psicología en universidades chilenas? *Revista de Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*(10), 17-34. [https://www.researchgate.net/publication/374754292\\_Que\\_se\\_Ense%C3%91a\\_sobre\\_Tem%C3%A1ticas\\_LGBT\\_en\\_el\\_Curriculum\\_de\\_Psicologia\\_en\\_Universidades\\_Chilenas](https://www.researchgate.net/publication/374754292_Que_se_Ense%C3%91a_sobre_Tem%C3%A1ticas_LGBT_en_el_Curriculum_de_Psicologia_en_Universidades_Chilenas)
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2014). *Programa Nacional para la Igualdad y la No Discriminación 2014-2018*. CONAPRED. [https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=4835&id\\_opcion=&op=214#:~:text=de%20las%20autoridades.-.El%20Programa%20Nacional%20para%20la%20Igualdad%20y%20No%20Discriminaci%C3%B3n%202014.org,organizati%20previstas%20en%20documentos%20que](https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=4835&id_opcion=&op=214#:~:text=de%20las%20autoridades.-.El%20Programa%20Nacional%20para%20la%20Igualdad%20y%20No%20Discriminaci%C3%B3n%202014.org,organizati%20previstas%20en%20documentos%20que)
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016) *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. CONAPRED. [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2019). *Resumen ejecutivo de la Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018*. INDESOL. <https://www.gob.mx/indesol/documentos/resumen-ejecutivo-de-la-encuesta-sobre-discriminacion-por-motivos-de-orientacion-sexual-e-identidad-de-genero-2018>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2022). *Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021*. CONAPRED <https://www.inegi.org.mx/programas/endiseg/2021/>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (1979). *Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación*. Departamento de Salud, Educación, y Bienestar. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

- Doherty, W. J., & Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 9-25.
- Esteban, C., Jiménez-Torres, A., & Matos-Castro, J. C. (2016). ¿Está el estudiantado de psicología clínica de Puerto Rico preparado para trabajar con sexualidad? *Ciencias de la Conducta*, 31(1), 100-122. <https://cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/article/view/75>
- Fenaughty, J. J., & Harre, N. (2003). Life on the seesaw: A qualitative study of suicide resiliency factors of young gay men. *Journal of Homosexuality*, 45(1). [https://www.researchgate.net/publication/231583085\\_Life\\_on\\_the\\_Seasaw\\_A\\_Qualitative\\_Study\\_of\\_Suicide\\_Resiliency\\_Factors\\_for\\_Young\\_Gay\\_Men](https://www.researchgate.net/publication/231583085_Life_on_the_Seasaw_A_Qualitative_Study_of_Suicide_Resiliency_Factors_for_Young_Gay_Men)
- Fernández Santiago, P. (2009). Familia y sociedad ante la salud mental. *Revista De Derecho UNED*(4), 219-241. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:RDUNED-2009-4-70060>
- García, G., Correa, R., Forno, L., Díaz, V., & Téllez, M. (2018). Diversidad sexual, adolescencia y familia. *Revista de Familias y Terapias*(45), 39-51. [https://terapiafamiliar.cl/desarrollo/wp-content/uploads/2021/03/Eq-diversidad-sexual-genero\\_DOI\\_Diversidad\\_sexual\\_adolescencia\\_y\\_familia.pdf](https://terapiafamiliar.cl/desarrollo/wp-content/uploads/2021/03/Eq-diversidad-sexual-genero_DOI_Diversidad_sexual_adolescencia_y_familia.pdf)
- Gastelo-Flores, C., & Sahagún Padilla, M. Á. (2019). Prejuicio, discriminación y homofobia hacia las personas LGBTTTI desde el ámbito de la salud mental. *Revista científica del Amazonas*, 3(5), 67-80. <https://revistadelamazonas.info/index.php/amazonas/article/view/29>
- Gómez-Lamont, M. F. (2015). Prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1261-1284. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/psi/article/view/52695>
- Gómez-Lamont, M. F. (2018) *El currículo oculto y la producción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma Metropolitana. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/2580/1/191674.pdf>
- Gómez-Lamont, M. F., & Bermudez, J. M. (2023). *La terapia familiar sistémica y el pensamiento de tercer orden*. Editorial LEED. [https://www.researchgate.net/publication/367745102\\_La\\_Terapia\\_Familiar\\_Sistemica\\_y\\_el\\_Pensamiento\\_de\\_Tercer\\_orden\\_Teor%C3%ADa\\_critica\\_y\\_politica\\_con\\_perspectivas\\_de\\_genero\\_multiculturalidad\\_e\\_interseccionalidad](https://www.researchgate.net/publication/367745102_La_Terapia_Familiar_Sistemica_y_el_Pensamiento_de_Tercer_orden_Teor%C3%ADa_critica_y_politica_con_perspectivas_de_genero_multiculturalidad_e_interseccionalidad)
- Gómez-Lamont, M. F., & Silva Aragón, A. (2019). *La Terapia Familiar Sistémica y la Comunidad LGBT+*. Editorial LEED. [https://www.researchgate.net/publication/336532774\\_La\\_Terapia\\_Familiar\\_Sistemica\\_y\\_la\\_Comunidad\\_LGBT](https://www.researchgate.net/publication/336532774_La_Terapia_Familiar_Sistemica_y_la_Comunidad_LGBT)

- Gómez-Lamont, M. F. (2022). Enfoques cualitativos en la investigación psicológica. Aportes desde el pensamiento crítico feminista. *Revista Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 13(24), 24-54. <https://ojs.sociologia-alas.org/index.php/CyC/article/view/1086>
- González, C, Gómez-Lamont, M.F, Meza, C (2023). Técnicas y métodos de colecta de datos: observación y entrevista. En: Guerrero, F. Investigación cualitativa en enfermería y Salud. Capítulo IX. Ed. Comunicación Científica.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta nacional sobre diversidad sexual y de género ENDISEG) 2021*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/endiseg/2021/>
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1011-1025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395516410576?via%3DiHub>
- Lozano Verduzco, I. (2017). *Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México*. Universidad Pedagógica Nacional. [https://www.researchgate.net/publication/317620521\\_Efectos\\_de\\_la\\_homofobia\\_internalizada\\_en\\_la\\_salud\\_mental\\_y\\_sexual\\_de\\_hombres\\_gay\\_de\\_la\\_Ciudad\\_de\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/317620521_Efectos_de_la_homofobia_internalizada_en_la_salud_mental_y_sexual_de_hombres_gay_de_la_Ciudad_de_Mexico)
- Malley, M., & Tasker, F. (1999). Lesbians, gay men and family therapy: a contradiction in terms? *Journal of Family Therapy*, 21, 3-29. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-6427.00101>
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: a multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Fam Process*, 50(4), 453-470. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22145719/>
- McDermott, E., Roen, K., & Scourfield, J. (2008). Avoiding shame: Young LGBT people, homophobia and self-destructive behavior. *Culture, Health & Sexuality*, 10(8), 815-829. <https://psycnet.apa.org/record/2008-16337-005>
- Mendoza, J. C., Hernández Ortiz, L., Román, R., & Rojas, A. (2015). *Principales Resultados del Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México*. UAM. [https://www.researchgate.net/publication/308346510\\_Principales\\_Resultados\\_del\\_Diagnostico\\_situacional\\_de\\_personas\\_lesbianas\\_gays\\_bisexuales\\_transgenero\\_travestis\\_transexuales\\_intersexuales\\_y\\_queers\\_de\\_Mexico\\_2015\\_Primer\\_a\\_parte](https://www.researchgate.net/publication/308346510_Principales_Resultados_del_Diagnostico_situacional_de_personas_lesbianas_gays_bisexuales_transgenero_travestis_transexuales_intersexuales_y_queers_de_Mexico_2015_Primer_a_parte)

- Molina Rodríguez, N. E., Guzmán Cervantes, O. O., & Martínez-Guzmán, A. (2015). Identidades transgénero y transfobia en el contexto mexicano: Una aproximación narrativa. *Quaderns de Psicologia*, 17(3), 71-82.
- Moral de la Rubia, J., Valle de la O, A., & García Cadena, C. H. (2013). Modelos Predictivos de Homonegatividad Internalizada en Estudiantes de Ciencias de la Salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1248-1263. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v3n3/v3n3a5.pdf>
- Moral de la Rubia, J., Valle de la O, A., & Martínez, E. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. *Psicología Desde el Caribe*, 30(3), 526-550. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21329176005>
- Mussi, S. V., & Malerbi, F. E. (2022). Qualification of psychologists for the care of sexual and gender minorities. *Psicología Clínica*, 34(2), 219-242.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Oficina de Enlace y Partenariado en México, Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México & Yaaj México. (2019). *Nada Que Curar: Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG*. COPRED. <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/guia-nada-que-curar.pdf>
- Olvera-Muñoz, O. A., & García Villanueva, J. (2023). Habilidades psicoterapéuticas de profesionales en psicología respecto a la intervención psicoterapéutica para hombres bisexuales. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(30), 125-150.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe de la Directora sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. OPS. <https://www.paho.org/es/node/61784>
- Ravazzola, M. C. (2010). ¿Importan las Diversidades de Género en las Decisiones de los Terapeutas? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(1), 83-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921797008>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., & Diaz, R. S. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>

Salinas Boldo, C., & Ramírez, P. A. (2021). Educación integral de la sexualidad en la formación de estudiantes de psicología. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*. (5), 60-79. <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/10323>

Tribunal Internacional de Nüremberg. (1946). *El Código de Nuremberg*. Universidad de Navarra. <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg#gsc.tab=0>

## Anexos

### Anexo 1. Estado del arte

<b>Tema</b>	<b>Documentos</b>	<b>Autores y año</b>
Terminología LGBTQQIA+	3	Centro Nacional de Educación para la salud LGBT 2018; Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2016; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito et al. 2019.
Panorama LGBTQQIA+ en México	2	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2022; Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2022.
Salud y personas LGBTQQIA+ en México	3	Lozano Verduzco 2017; Mendoza, Hernández Ortiz, Román y Rojas 2015; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito et al. 2019.
Salud y personas LGBTQQIA+	7	American Psychological Association 2012; American Psychological Association 2013; Barrientos Delgado et al. 2019; Fenaughty y Harre 2003; McDermott, Roen y Scourfield 2008; Organización Panamericana de la Salud 2013; Organización Panamericana de la Salud 2018.
Discriminación LGBTQQIA+ en México	5	Angulo Menassé, Granados Cosme y Mar 2014; Casique, 2019; Consejo Nacional para Prevenir la

		Discriminación 2014; Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación 2019; Molina Rodríguez, Guzmán Cervantes y Martínez-Guzmán 2015.
Evaluación de Planes y Programas formativos en México	2	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud 2019; Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud 2020.
Formación psicoterapéutica, práctica clínica y comunidad LGBTTTQIA+	10	Angulo Menassé 2017; Barrón-Velázquez, Salín-Pascual y Guadarrama-López. 2014; Concha, Martínez y Spuler 2023; Esteban, Jiménez-Torres y Matos-Castro 2016; Gastelo-Flores y Sahagún Padilla 2019; Moral de la Rubia, Valle de la O y García Cadena 2013; Moral de la Rubia, Valle de la O y Martínez 2013; Olvera-Muñoz y García Villanueva 2023; Ravazzola 2010; Salinas Boldo y Ramírez 2021.
Terapia familiar y comunidad LGBTTTQIA+	6	Doherty y Simmons 1996; Gómez-Lamont 2018; Gómez-Lamont y Bermudez 2023; Gómez-Lamont 2015; Gómez-Lamont y Silva Aragón 2019; Malley y Tasker 1999.
Terapia afirmativa	2	Bazán y Mansilla 2022; Mussi y Malerbi 2022.

Familia y salud mental en personas LGBTTTQIA+	7	Bregman, Malik, Page, Makyen y Lindahl 2013; Blumer y Murphy 2011; Fernández Santiago 2009; García, Correa, Forno, Díaz y Téllez 2018; Malpas 2011; Katz-Wise, Rosario y Tsappis 2016; Ryan, Russell, Huebner y Diaz 2010.
Práctica psicológica ética	2	Butler 2016; American Psychological Association 2017.
Ética en investigación con sujetos humanos	3	Asociación Médica Mundial, 2017; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 1979; Tribunal Internacional de Nüremberg 1946.
Metodología de la investigación	4	Arbeláez y Onrubia 2014; Gómez-Lamont 2022; González, Gómez-Lamont, Meza 2023; Hernández, Fernández y Baptista 2014.

## Anexo 2. Carta de consentimiento informado

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento significa que usted entiende la información prevista y que acepta voluntariamente participar en el estudio, sabiendo que se puede retirar del mismo en cualquier momento que lo desee. Si tiene cualquier duda o aclaración puede hacerla ahora, durante o después del estudio, para ello le proporciono el siguiente contacto:

Investigadora

Aranza Arias Flores

e-mail: [ariasflores.aranza@gmail.com](mailto:ariasflores.aranza@gmail.com)

[colectivo.genero@ired.unam.mx](mailto:colectivo.genero@ired.unam.mx)

Acepto participar voluntariamente en la investigación "Psicoterapia familiar sistémica y disidencias sexuales: un análisis de las experiencias de terapeutas en el ejercicio clínico con la población LGBTTTQIA+" realizada por Aranza Arias Flores y en colaboración con el Colectivo de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

Expuesto lo anterior:

Declaro haber sido informado de los objetivos, procedimientos y beneficios del estudio y del tipo de participación.

Declaro saber que mi participación es voluntaria, anónima y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin tener que brindar explicación alguna y sin repercusiones.

Declaro saber que la información entregada será utilizada estrictamente con fines educativos y de investigación.

Accedo a participar de forma voluntaria y doy consentimiento para que la información que yo proporcione en este cuestionario sea utilizada para fines de investigación.

1. Después de haber leído lo establecido anteriormente, ¿acepta participar en esta investigación? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí, acepto

No, no me interesa

## Anexo 3. Instrumento

30/11/23, 14:50

Psicoterapia familiar sistémica y disidencias sexuales: un análisis de las experiencias de terapeutas en el ejercicio clínico con la ...

# Psicoterapia familiar sistémica y disidencias sexuales: un análisis de las experiencias de terapeutas en el ejercicio clínico con la población LGBTTTQIA+

El presente cuestionario tiene como finalidad realizar un seguimiento de egresados de las formaciones en Terapia Familiar que se imparten en la CDMX y en otros Estados de la República, así como una revisión de sus contenidos de diversidad sexual y de género vivenciados en el programa, y sus experiencias trabajando con población LGBTTTQIA+.

A lo largo del cuestionario notará el uso del lenguaje inclusivo como la norma en la redacción de preguntas, enunciados y afirmaciones. Para mayor información acerca de su uso se le comparte el siguiente manual de la UNAM: <https://cieg.unam.mx/detalles-libro.php?l=MjE4>

### INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada una de las preguntas y enunciados. Por favor conteste lo más honestamente posible con base a su conocimiento y formación como terapeuta familiar. No deje ninguna pregunta sin contestar.

---

\* Indica que la pregunta es obligatoria

## INTRODUCCIÓN

¡Hola!

Mi nombre es Aranza Arias Flores estoy realizando la presente investigación como parte de mi proceso de titulación para la licenciatura en psicología de la UNAM, específicamente en su modalidad en línea a través del SUAyED en la FES Iztacala.

El interés de convocarle a usted para responder a las siguientes preguntas, tiene por objetivo conocer las experiencias de les terapeutas familiares en México con respecto a su formación y habilidades clínicas relacionadas al trabajo con la comunidad LGTBTTTQIA+ .

Así pues, una vez que usted haya completado el cuestionario, con los datos se hará una comparación descriptiva con respecto a los resultados obtenidos en la investigación realizada previamente por el Colectivo de Estudios de Género de la FES Iztacala de la UNAM en la línea de investigación "Ciencia, Género y Tecnología en Psicología y en Terapia Sistémica"

Esta participación será totalmente voluntaria y anónima pues su nombre no es requerido. Se consideran como criterios de selección los siguientes:

1. Haber egresado de una maestría en Terapia Familiar en la República Mexicana.
2. Tener disposición de tiempo para contestar el cuestionario.
3. Contar con conexión a internet.

### Beneficios

El participar en la presente investigación no supone para usted ningún tipo de beneficio monetario, sin embargo, al contestar este cuestionario usted puede realizar un ejercicio de reflexión con respecto a su formación y práctica como terapeuta familiar frente a la existencia de personas pertenecientes a la comunidad LGTBTTTQIA+ y cómo esto se relaciona.

Además, al final del cuestionario se le proporcionan algunos recursos que puede consultar si desea aprender más sobre el tema, y que pueden ser de ayuda si usted desea hacer de su práctica clínica un espacio más inclusivo para las personas de la diversidad sexual y de género.

### Riesgos

Responder el siguiente cuestionario no pone en riesgo su integridad física; a pesar de esto, es posible que mientras lo responde experimente incomodidad o frustración debido a la naturaleza de las preguntas, pues su propósito es indagar en la formación, práctica y conocimiento de les participantes con respecto a la comunidad LGTBTTTQIA+.

Por lo que es importante mencionar que puede elegir suspender su participación en la investigación en el momento que lo desee sin tener que dar una razón y sin el riesgo de algún tipo de repercusión.

Asimismo, es importante hacer de su conocimiento que todos los datos e información que usted proporcione serán utilizados únicamente con propósitos educativos para la elaboración del manuscrito recepcional que se me solicita como requisito para obtener mi título de licenciatura.

Si acepta participar en esta investigación, deberá firmar el consentimiento informado que podrá leer en el siguiente apartado.

### Datos sociodemográficos

#### INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada una de las preguntas y enunciados. Por favor conteste lo más honestamente posible con base a su conocimiento y formación como terapeuta familiar. No deje ninguna pregunta sin contestar.

#### 2. Edad \*

---

#### 3. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

- Hombre
- Mujer
- Intersexual

## 4. Identidad de género \*

*Marca solo un óvalo.*

- Mujer cisgénero
- Hombre cisgénero
- Mujer trans
- Hombre trans
- Persona no binarie

## 5. Expresión de género \*

*Marca solo un óvalo.*

- Femenina
- Masculina
- Andrógina

## 6. Orientación sexual \*

*Marca solo un óvalo.*

- Heterosexual
- Homosexual
- Lesbiana
- Pansexual
- Bisexual
- Asexual
- Otros: \_\_\_\_\_

## 7. Estado civil \*

*Marca solo un óvalo.*

- Soltere
- Casade
- Divorciade
- Viude
- En unión libre

## 8. Entidad Académica donde estudió la maestría \*

*Marca solo un óvalo.*

- UNAM
- IFAC
- ILEF
- CENCALLI
- CRISOL
- U. DE LAS AMÉRICAS
- UVM
- U. LONDRES
- IBERO Torreón
- IBERO Monterrey
- UNIVA
- Universidad Autónoma de Nayarit
- Otros: \_\_\_\_\_

## 9. Fecha de ingreso a la maestría \*

\_\_\_\_\_

10. Fecha de egreso / último semestre

---

11. Cantidad de años de práctica profesional como terapeuta familiar (tomando en cuenta la práctica durante la maestría) \*

*Marca solo un óvalo.*

1 a 3

4 a 6

7 a 10

Más de 10

12. ¿Trabaja actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí, medio tiempo

Sí, tiempo completo

No

13. Régimen jurídico del lugar de trabajo \*

*Marca solo un óvalo.*

Público

Privado

Organización no lucrativa

No trabajo

## 14. Rama o sector del lugar de trabajo \*

*Marca solo un óvalo.*

- Educación - sector público
- Servicios Profesionales y técnicos - sector público
- Servicios de Salud - sector público
- Otros servicios de gobierno
- Educación - sector privado
- Servicios Profesionales y Técnicos - sector privado
- Servicios de Salud - sector privado
- Otros servicios privados

## 15. Actividad principal que desempeña \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Dirección
- Coordinación
- Coordinación de proyectos
- Diagnostico y evaluación
- Atención a pacientes (familias)
- Asesoría técnica
- Asesoría especializada
- Docencia
- Investigación
- Capacitación
- Consultoría

## 16. Relación de la actividad laboral con los estudios de posgrado \*

Marca solo un óvalo.

- Total
- Alta
- Media
- Baja
- Nula

## 17. ¿Cuál es su ingreso mensual aproximadamente? \*

Marca solo un óvalo.

- Menos de 2 salarios (Menos de \$3,155)
- De 2 a menos de 4 (de 3,155 a menos de 6,311)
- De 4 a menos de 6 (de 6,311 a menos de 9,466)
- De 6 a menos de 8 (9,466 a menos de 12,622)
- De 8 a menos de 10 (12,622 a menos de 15,777)
- Más de 10 (Más de 15,777)

**Formación y actividad profesional****INSTRUCCIONES:**

Lea atentamente cada una de las preguntas y enunciados. Por favor conteste lo más honestamente posible con base a su conocimiento y formación como terapeuta familiar. No deje ninguna pregunta sin contestar.

## 18. Solicitud de Consulta de la atención clínica a familias \*

En caso de trabajar en el área clínica sea pública o privada: Seleccione el Ciclo Vital en que se encuentra la mayoría de su población atendida.

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Formación de la pareja
- Parejas LGBTTTQIA+
- Recién casades
- Familias con hijos pequeños (0-10 años)
- Familias con hijos adolescentes (11- 17)
- Familias con hijos jóvenes viviendo en casa
- Familias en fase de nido vacío
- Familias con hijos de la diversidad sexual
- Familias con hijos trans
- No trabajo en el área clínica

## 19. Eventos comunes asociados al motivo de consulta \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Cambio de residencia
- Duelo y muerte en la familia
- Divorcio
- Pobreza y síntomas psicósomáticos
- Problemas escolares
- Víctimas de delincuencia
- Accidentes
- Separaciones
- Enfermedades crónicas
- Embarazo no deseado y aborto
- Miembros de la familia en la cárcel
- Migración
- Violencia familiar
- Infidelidades
- Homofobia en la familia
- Suicidio en la familia
- Femicidio en la Familia
- Parejas homosexuales serodiscordantes
- Parejas heterosexuales serodiscordantes
- Problemas de parejas LGTBTTQIA+
- Infancias Trans

20. ¿Su programa formativo le brindó las herramientas necesarias para poder atender \*  
cualquiera de éstas problemáticas?

Seleccione las problemáticas para las cuales su programa formativo sí le brindó  
herramientas de atención:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Cambio de residencia
- Duelo y muerte en la familia
- Divorcio
- Pobreza y síntomas psicósomáticos
- Problemas escolares
- Víctimas de delincuencia
- Accidentes
- Separaciones
- Enfermedades crónicas
- Embarazo no deseado y aborto
- Miembros de la familia en la cárcel
- Migración
- Violencia familiar
- Infidelidades
- Homofobia en la familia
- Suicidio en la familia
- Femicidio en la Familia
- Parejas heterosexuales serodiscordantes
- Parejas homosexuales serodiscordantes
- Problemas de parejas LGBTTTQIA+
- Infancias Trans

21. De la lista anterior ¿Qué temas no vio en su formación? \*
- Seleccione los temas que no vio en su formación profesional:

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Cambio de residencia
- Duelo y muerte en la familia
- Divorcio
- Pobreza y síntomas psicósomáticos
- Problemas escolares
- Víctimas de delincuencia
- Accidentes
- Separaciones
- Enfermedades crónicas
- Embarazo no deseado y aborto
- Miembros de la familia en la cárcel
- Migración
- Violencia familiar
- Infidelidades
- Homofobia en la familia
- Suicidio en la familia
- Femicidio en la Familia
- Parejas heterosexuales serodiscordantes
- Parejas homosexuales serodiscordantes
- Problemas de parejas LGTBTTQIA+
- Infancias Trans

22. Costo total de su consulta (en pesos mexicanos) \*

*Marca solo un óvalo.*

- 50 a 150
- de 150 a 250
- de 250 a 350
- de 350 a 450
- de 450 a 550
- de 550 a 1000

23. Número de Sesiones promedio para la resolución de problemas \*

*Marca solo un óvalo.*

- de 1 a 3 sesiones
- de 3 a 6 sesiones
- de 6 a 9 sesiones
- de 9 a 12 sesiones
- de 12 a 15 sesiones
- de 15 a 18 sesiones
- Otros: \_\_\_\_\_

## 24. En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Qué definición de familia utilizan? \*

Marque la respuesta que se adhiera a las definiciones de familia utilizados en su formación

*Marca solo un óvalo.*

- Art. 16 Derechos Humanos
- Teoría General de los Sistemas
- CONAPO
- CONAPRED
- Otros: \_\_\_\_\_

## 25. En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Qué autores de la Teoría General de Sistemas utilizan? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Bertalanffy
- Parsons
- Luhman
- Johansen
- Rolando García
- Lauro Estrada
- Otros: \_\_\_\_\_

26. En su programa de terapia familiar analizaron ¿Cómo se inserta la terapia familiar \*  
como práctica en salud en México?

*Marca solo un óvalo.*

- Desde el plan "Hidalgo" de salud mental
- Desde la consulta privada
- Desde programas formativos en universidades privadas
- No, no lo analizamos

27. En su programa de terapia familiar ¿Sus contenidos curriculares trabajan o \*  
abordan temas de diversidad sexual de forma transversal?

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

28. En su programa de terapia familiar ¿Sus contenidos curriculares trabajan o \*  
abordan temas de diversidad de género de forma transversal?

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

29. En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Incorporan la terapia familiar \*  
afirmativa para personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual?

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

30. En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Incorporan la terapia familiar afirmativa para personas de la diversidad de género? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

31. ¿Sabe lo que son los ECOSIG? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

32. ¿Conoce las modificaciones al código penal con respecto a la práctica de "terapias de conversión"? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

33. Desde su conocimiento adquirido en la formación en Terapia Familiar ¿Cuál es el origen de la homosexualidad? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Se da por que el hijo está apegado a la madre  
 El hijo no ha aprendido de un modelo masculino  
 Descubre su homosexualidad a temprana edad como parte de su vida  
 Se desarrolla por una recombinación en los genes que definen a los hombres XY

34. Explique desde su conocimiento adquirido en la formación en Terapia Familiar \*  
¿Cuál es el origen de la identidad de género en personas transexuales?

---

35. Las psicopatologías relacionadas a la experiencia de la población LGBTTTQIA+ son: \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Alcoholismo
- Homofobia

36. ¿Considera que las problemáticas de las parejas heterosexuales son iguales a las parejas LGBTTTQIA+? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No

37. Justifique su respuesta anterior \*

---

---

---

---

---

38. ¿Considera que la disidencia sexual/LGBTQQIA+ es otra forma de vivir igual a la heterosexual? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

39. Justifique su respuesta anterior \*

---

---

---

---

---

40. ¿Cree que igual que un heterosexual no “sale del armario” una persona de la disidencia sexual tampoco debería hacerlo? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo  
 Parcialmente de acuerdo  
 Desacuerdo  
 Totalmente en desacuerdo

41. Justifique su respuesta \*

---

---

---

---

---

42. ¿Considera que las problemáticas de las parejas en las que uno de los individuos se reconoce como transexual son iguales a las parejas conformadas por dos personas cisgénero? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

43. ¿Considera que las problemáticas de las parejas en las que uno de los individuos se identifica con un género fuera del binarismo son iguales a las parejas conformadas por dos personas con identidades de género binarias? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No

44. ¿Qué opina de que personas del mismo sexo contraigan matrimonio? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo  
 Parcialmente de acuerdo  
 En desacuerdo  
 Totalmente en desacuerdo

45. ¿Qué opina de que a las personas se les reconozca con el género que elijan en documentos oficiales? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

46. ¿Qué opina de que parejas del mismo sexo adopten o engendren hijos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

47. ¿Qué opina de que las personas de la diversidad de género adopten o engendren hijos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

48. ¿Qué opina de que las personas trans con cuerpos gestantes engendren y críen hijos? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

En la siguiente sección por favor defina las orientaciones sexuales e identidades de género con sus propias palabras según su conocimiento

49. Homosexualidad \*

---

---

---

---

---

50. Lesbianismo \*

---

---

---

---

---

51. Bisexualidad \*

---

---

---

---

---

52. Pansexualidad \*

---

---

---

---

---

53. Asexualidad \*

---

---

---

---

---

54. Transexualidad \*

---

---

---

---

---

## 55. No-binarismo de género \*

---

---

---

---

---

## 56. ¿Cuáles de las siguientes identidades de género no binarias conoce y cree comprender? \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Agénero
- Bigénero
- Género fluido
- Género no binario
- Genderqueer
- Pangénero
- Ninguna

## 57. ¿Cuáles de las siguientes orientaciones sexuales conoce y cree comprender? \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Gay
- Lesbianismo
- Bisexualidad
- Pansexualidad
- Asexualidad
- Demisexualidad
- Polisexual
- Poliamor
- Queer (cuir)
- Ninguna

58. Indique la diferencia entre sexo y género: \*

---

---

---

---

---

59. ¿Se considera apte para dar consulta a personas LGBTTTQIA+? Justifique su respuesta \*

---

---

---

---

---

60. Si una persona LGBTTTQIA+ llegara a su consultorio para ser atendida ¿Qué haría? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Le atendería
- Le derivaría a alguien con mayor experiencia con población LGBTTTQIA+

## RECURSOS ADICIONALES

Ha llegado al final del cuestionario. Nuevamente agradezco su tiempo y disposición para participar de esta investigación.

A continuación se le proporcionan algunos recursos que puede utilizar para resolver dudas con respecto a temas relacionados con la comunidad LGTTTQIA+ y para comenzar a crear espacios terapéuticos más inclusivos y seguros para las personas de esta comunidad.

[Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales \(CONAPRED\)](#)

[Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud](#)

[Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+: Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental](#)

[Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género \(APA\)](#)

Publicaciones Colectivo de Estudios de Género

UNAM: <https://sites.google.com/ired.unam.mx/colectivo-de-estudios-de-gnero/publicaciones?authuser=0>

¿Quiere actualizarse en estos temas? El Colectivo de Estudios de Género de la UNAM brinda seminarios de posgrado validados por la Maestría en Terapia Sistémica de la Universidad Autónoma de Nayarit, el Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit, la Maestría en Psicología por la Universidad Autónoma de Baja California, el Programa de Derechos Humanos de la Universidad Iberoamericana campus Torreón y Monterrey y por el Colectivo de Estudios de Género de la UNAM.

Revise las convocatorias vigentes: <https://sites.google.com/ired.unam.mx/colectivo-de-estudios-de-gnero/convocatorias?authuser=0>

### Seminarios de posgrado

**SEMINARIOS DE POSGRADO SEMESTRE 2024-1**

Impartidos por académicas del colectivo de estudios de género

CONSULTAR OFERTA EN ○○○○  
<https://sites.google.com/ired.unam.mx/colectivo-de-estudios-de-gnero/convocatorias?authuser=0>

INFORMES ○○○○  
[colectivo.genero@ired.unam.mx](mailto:colectivo.genero@ired.unam.mx)

*Da click para ir al enlace*

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios