



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FINAL DE GRADO  
ARTÍCULO CIENTÍFICO DE PRODUCCIÓN EMPÍRICA

“Atención psicológica a población LGBT+ en ASSE. Un análisis desde la mirada de los profesionales de la salud mental”

Estudiante: Rosina Balbi Gión

CI: 5.034.567-2

Docente Tutor: Mag. Asist. Gonzalo Gelpi

Docente Revisora: Mag. Asist. Zulema Suárez

Montevideo, Uruguay, Octubre 2024.

## Resumen

Debido a la heterocisnormatividad imperante, la historia de la comunidad LGBT+ es una historia de luchas en un proceso de conquista de derechos que, a pesar de los avances legales y sociales recientes, está lejos de terminar. Las orientaciones sexuales e identidades de género disidentes han sido -y siguen siendo- víctimas de múltiples mecanismos de discriminación que se traducen en sufrimiento psíquico y barreras de accesibilidad y permanencia en las diferentes instituciones sociales incluido el sistema de salud y los dispositivos de atención en salud mental. Las personas profesionales de la salud mental tienen la responsabilidad de formarse o actualizarse para brindar una atención competente a este grupo social. El presente artículo científico de evidencia empírica, socializa y analiza cuantitativamente los resultados de un formulario autoadministrado aplicado a treinta y dos (32) personas Licenciadas en Psicología que desarrollan su quehacer profesional en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) a nivel nacional. El instrumento se aplicó tras la finalización de un curso de sensibilización y actualización basado en evidencia denominado **“Aportes para una atención psicológica amigable a población LGBT+”** realizado en el año 2022 y que fue dirigido aproximadamente a 120 profesionales de la Psicología. Esta instancia fue acordada entre el Centro de Referencia Amigable (CRAM) de la Facultad de Psicología (UdelaR), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En él se profundizó en la atención a la comunidad LGBT+ desde un paradigma de derechos humanos.

**Palabras clave:** Sistema de Salud, Psicología, Diversidad Sexual, Derechos; Formación.

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>La sexualidad como construcción social.....</b>	<b>4</b>
<b>Atención en salud y calidad, un derecho de todas las personas.....</b>	<b>8</b>
<b>Materiales y métodos.....</b>	<b>12</b>
<b>Resultados y discusión.....</b>	<b>15</b>
Perfil sociodemográfico.....	15
Formación en temática LGBT+.....	23
Trabajo directo con población LGBT+.....	30
Nivel de conformidad con el curso.....	38
<b>Consideraciones finales.....</b>	<b>39</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>41</b>

## Introducción

El presente artículo científico de producción empírica tiene como objetivo analizar los resultados obtenidos del formulario autoadministrado a treinta y dos (32) personas Licenciadas en Psicología que trabajan en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) al finalizar el curso de actualización denominado **“Aportes para una atención psicológica amigable a población LGBT+”** en el año 2022.

Esta instancia profundizó en la atención de esta comunidad desde una mirada culturalmente competente y desde un paradigma de derechos humanos y en clave de diversidad. Dicho curso fue impartido en el marco de un acuerdo entre el Centro de Referencia Amigable (CRAm)<sup>1</sup> de la Facultad de Psicología (UdelaR), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) tras la identificación de ciertas carencias formativas en las personas profesionales de la salud mental que repercuten directamente en la atención brindada a las personas que no cumplen con la heterocisnorma.

En la guía *“Nada que curar”* de la UNODC (2019) se afirma que “la idea principal de la diversidad sexual es que todos los cuerpos, deseos y expresiones tienen derecho a existir” (p.10). Asimismo, se hace mención al rol que deben cumplir las personas profesionales de la salud mental desde este enfoque: ante el reconocimiento de que es un derecho humano que las personas puedan vivir y expresar libremente su sexualidad, las y los profesionales de la salud mental tienen la obligación de sensibilizarse, informarse y adquirir las herramientas necesarias para poder entender y atender las diversas necesidades de las personas LGBT+ en este ámbito (UNODC, 2019). Este es un intento de visibilizar y trabajar una temática que suele ocupar sitios periféricos en nuestra casa de estudios.

### La sexualidad como construcción social

Las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo existieron desde siempre con diferentes niveles de aceptación o rechazo dependiendo de las diferentes épocas, culturas y religiones. Para Guasch (2000) la sexualidad es una construcción sociohistórica en la que nada es definitivo, sino que está en proceso de cambio constante.

---

<sup>1</sup> Se trata de un servicio universitario especializado en diversidad sexo-genérica en el marco de un convenio vigente desde el año 2013 entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Ministerio de Desarrollo Social.

El autor define a la heterosexualidad como un mito transmitido por la Medicina, la Psicología y demás ciencias, que difunden la idea de una orientación sexual normal desde un régimen de verdad y rigor que cumple la función de mantener un orden social inquebrantable y que fue construyendo la idea de la heterosexualidad como lo natural y universal y, por lo tanto, desplazando a la homosexualidad al lugar de lo anormal. Según Guasch (2000) el discurso médico-psiquiátrico en el ámbito de la sexualidad humana alteró el estado de las cosas, desde entonces, pareciera que, a cada práctica sexual concreta corresponde una identidad sexual/social específica. Afirmando la diferencia se ha preparado la desigualdad.

Foucault (1991) sostiene que sucede una intensificación de la regulación y el control de los cuerpos y la sexualidad a través de las instituciones. Los discursos sobre la sexualidad comienzan a proliferar produciendo normas y conocimiento en torno a ella. Plantea que: “el sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos” (p.17). Se empieza a configurar con fuerza lo “normal” y lo “patológico”. Para lograr el disciplinamiento de los cuerpos, las instituciones -entre ellas las de salud- cobran un rol preponderante. La psiquiatría influyó significativamente en la construcción de la homosexualidad como “enfermedad” y determinó tratamientos enfocados en curarla. Dichos dispositivos resultaron crueles, ineficaces y violatorios de los derechos humanos (Ramos, Forrasi & Gelpi, 2015).

La categoría género resulta de mucha utilidad para el análisis de estos procesos. Es en la década de los 50 que surge el concepto de género a partir de los trabajos de Stoller y Money para diferenciarlo del sexo. Ellos afirmaban que es posible su modificación por ser socialmente determinado. Unos años después, la teoría feminista, toma el concepto como una categoría de análisis sosteniendo que los privilegios y dominación de los hombres frente a las mujeres -y disidencias- no responde a una razón “natural” sino a una construcción social de orden patriarcal (Osborne y Molina, 2008).

A pesar de los cuestionamientos, nuestra sociedad está dividida y jerarquizada en un sistema binario de géneros donde está definido lo que se espera de un hombre y una mujer y cómo debería actuar cada uno. Cualquier desviación o cuestionamiento de esta estructura conlleva consecuencias. Este sistema refuerza la idea de que solamente existen dos géneros en la sociedad, “femenino” y “masculino” que se asignan a las personas al nacer y sobre la cual se ha sustentado la discriminación,

exclusión y violencia en contra de cualquier identidad, expresión y experiencia de género diversa (UNODC, 2019).

Es así que existe un modelo hegemónico de sexualidad que entre otras cosas se caracteriza por (re)producir la heterocisnormatividad. Esto es la creencia instaurada en nuestra sociedad de que existe una forma natural de ser y que esa “normalidad” implica ser una persona heterosexual y cisgénero<sup>2</sup>, y no serlo implica una lectura de desviación, anormalidad o patología. De la misma forma que la heteronormatividad supone que todas las personas son heterosexuales, la cisnormatividad espera que todas las personas que nacen con genitales “masculinos” se identifiquen como “hombres” y que todas las personas que nacen con genitales leídos como femeninos se identifiquen como “mujeres”. Esta linealidad y determinismo biológico propuesto es muy discutible (UNODC, 2019). El contexto de un sistema sexo-género sostiene la división de géneros con la supremacía de uno sobre otros, lo que genera estereotipos y perpetúa desigualdades y discursos de odio.

En 1952 se publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA). Allí la homosexualidad fue incluida y catalogada como enfermedad o trastorno mental. Al considerarla la medicina como parte de un desarrollo psicosexual fallido, las investigaciones se centraron en buscar sus causas y posibles curas (Borges, 2009). Los tratamientos pretendían restablecer la heterosexualidad y para eso utilizaban métodos violentos como *electroshock*, castración, lobotomías, hormonizaciones e incluso violaciones correctivas. Estos tratamientos fueron denominados terapias de conversión. Hoy en día este tipo de dispositivos son entendidos como Esfuerzos para corregir la Orientación Sexual, la Identidad y la Expresión de Género (ECOSIEG). Recién en 1973 la homosexualidad se eliminó de dicho manual y en 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo lo propio al excluirla de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Allí se dejó por sentado que es una variación normal de la sexualidad humana y se exhorta a los profesionales de la salud mental a trabajar para eliminar el estigma asociado a ella (Borges, 2009).

Por su parte, la identidad trans aún está incluida en el DSM V como incongruencia de género. Existen debates acerca de la pertinencia de eliminarla de la lista de trastornos mentales ya que considerarla una patología permite la intervención médica en el sistema de salud reduciendo costos para las personas que están en proceso de

---

<sup>2</sup> Las personas cisgénero son aquellas que tienen “una coherencia” entre el sexo biológico y el género socialmente asignado a dicha categoría (Martínez et al. 2018).

transición y necesitan hormonización u otros procedimientos médicos-quirúrgicos de afirmación de género (Martínez et al., 2018). Sin embargo, es menester considerar que, la permanencia en dicho manual sostiene la etiqueta de aquello que “no es sano”. Asimismo, tanto el DSM como el CIE son constructos sociales que responden a discursos de un contexto pero que no sólo tienen consecuencias en el ámbito médico, sino también en el social y legal. Al decir de Parra (2021) la diversidad de género pareciera estar impregnada de un nuevo significado, como lo demuestra un creciente número de voces públicas que la afirman como parte de la diversidad humana en el marco de los derechos humanos. Este cambio de paradigma hace un movimiento del desorden a la diversidad, del tratamiento a la afirmación, de la patología al orgullo, de la cura a la comunidad, pero no deja atrás el paradigma biomédico de carácter patologizante y cisnormativo.

Este viraje a nivel de la academia desde un paradigma patológico a uno de diversidad y derechos humanos hizo que también cambiaran las investigaciones al respecto. Ya no es relevante ni ético buscar causas y tratamientos, sino conocer la realidad de la población LGBT+, sus necesidades y cómo impactan los múltiples procesos discriminatorios en la vida cotidiana. El objetivo está enfocado en generar conocimiento que contribuya a pensar en intervenciones que faciliten vivir una identidad saludable y pensar políticas públicas inclusivas. En los 70 surge la Psicología Afirmativa que no se trata de una corriente psicológica, sino que justamente parte de la visión de que las identidades de género y orientaciones sexuales disidentes no constituyen una patología, sino que son una expresión natural de la sexualidad humana. Asimismo, propone una serie de actitudes clínicas tendientes a afirmar la identidad no normativa: respetar el pronombre elegido y el nombre social, crear un espacio afirmativo (folletería y distintivos LGBT+), informarse sobre la cultura LGBT+ y sus espacios o movimientos de referencia, trabajar estereotipos propios, entre otros (Martínez et al., 2018). La terapia afirmativa entiende que el problema no es la orientación sexual homosexual<sup>3</sup>, sino que es la homofobia cultural e interiorizada (Borges, 2009).

Herek (2000) utiliza el término prejuicio sexual para englobar las actitudes negativas hacia una persona por su orientación sexual<sup>4</sup>. Está más difundido el término

---

<sup>3</sup> También incluye el resto de orientaciones sexuales e identidades de género disidentes sólo que en un comienzo se llamó Psicología Homosexual.

<sup>4</sup> Estos conceptos también se utilizan en el caso de las personas trans, el prejuicio sexual hacia este grupo se denomina transfobia.

homofobia<sup>5</sup>, pero el autor entiende que no es del todo preciso ya que una fobia es un miedo irracional hacia algo mientras que el rechazo o la discriminación contra la población LGBT+ no proviene de un miedo, sino que deriva de creencias y valores. De esta manera, el foco se corre de la persona estigmatizada -el problema no es ser gay, lesbiana o bisexual o parecerlo- y se sitúa en que lo negativo es el prejuicio en sí.

Para hablar de homofobia internalizada, Herek, Cogan, Gillis y Glunt (1997) afirman que las personas LGBT+ al crecer en una sociedad heterocissexista con un sistema de creencias que niega, denigra y estigmatiza todo comportamiento, identidad y relación no heterosexual ni cis, usualmente incorporan y experimentan algún grado de rechazo hacia ellos mismos, sobre todo cuando comienzan a reconocer este atributo. Esto hace que su proceso de construcción identitario y la salida del *closet*<sup>6</sup> sea más difícil a la vez que genera malestar psicosocial. Ilan H. Meyer (2003) desarrolló el Modelo de Estrés de Minorías para explicar que las personas pertenecientes a la comunidad LGBT+ experimentan mayores niveles de estrés debido a la discriminación, estigma, homofobia interiorizada y rechazo que viven en su cotidianeidad. Esto facilita un deterioro en la salud y mayores problemas psicológicos. Además, explicaría las tasas más altas de ansiedad, depresión, consumo problemático de sustancias, comportamientos sexuales de riesgo y mayores intentos de autoeliminación.

Tomicic et al. (2016) hacen una revisión bibliográfica sobre la temática del suicidio en población LGBT+ centrándose en revistas científicas en el período del 2004-2014. En primer lugar, concluyen que la producción académica sobre salud mental en esta población en América Latina es escasa lo que evidencia poca voluntad investigativa al respecto. Hay poco conocimiento acerca de estas realidades en estas latitudes lo cual obstaculiza intervenciones adecuadas y el diseño de políticas sanitarias inclusivas.

Sin embargo, hay mayores datos en Europa y el mundo anglosajón. Todas las investigaciones revisadas reafirman que la población LGBT+ muestra peores indicadores de salud mental (síntomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas) cuando se la compara con población heterosexual o cisgénero, y que estos indicadores constituyen, a su vez, factores de riesgo para la conducta suicida. Estos problemas de salud mental no serían inherentes a la orientación sexual e identidad de género, sino que se explicarían por determinantes

---

<sup>5</sup> Posteriormente como forma de distanciarse de la hegemonía masculina surgieron otras categorías como "lesbofobia", "transfobia" "bifobia" e "intersexfobia" para marcar las especificidades e interseccionalidades que afectan a cada grupo (De Lima y Santos, 2021).

<sup>6</sup> La expresión "salir del *closet*" hace referencia al proceso en el cual se revela a otros la orientación sexual o la identidad de género (Vazquez y Ayala, 2022).



sociales de la salud y estresantes condiciones materiales y subjetivas de existencia (Gelpi y López, 2024).

Es por esto que el entorno de la persona cobra un rol central. La falta de apoyo social está asociado a efectos negativos en la salud mental de las personas LGBT+ y se considera un factor de riesgo. Parra (2021) sostiene que las personas jóvenes que experimentaron un fuerte rechazo tienen una probabilidad ocho veces mayor de haber intentado suicidarse, una probabilidad casi seis veces mayor de presentar altos niveles de depresión, una probabilidad tres veces mayor de consumir drogas, y una probabilidad tres veces mayor de correr un alto riesgo de contraer VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual, en comparación con personas jóvenes homosexuales y trans que no sufrieron rechazo alguno o que fueron rechazadas levemente por sus familias, debido a su identidad no normativa.

### **Atención en salud y calidad, un derecho de todas las personas**

Tomicic et al. (2016) afirman que la orientación sexual y la identidad de género son determinantes sociales de la salud y un factor de riesgo para la conducta suicida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud" (OMS, 2008, p.2). Dicha construcción conceptual resulta una herramienta útil para enunciar la relevancia del contexto en el proceso de salud/enfermedad. Al decir de Fernandez y Benia (2013): "la salud es una realidad construida socialmente. La justicia social es el determinante primordial de la salud de los individuos y las poblaciones. Impacta en el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura" (p.5).

En el año 2006, por iniciativa de la ONU, se creó un instrumento legal de gran importancia a nivel internacional en materia de diversidad sexo-genérica: los Principios de Yogyakarta. Son Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género. El mencionado documento fue redactado con el objetivo de proteger a la comunidad LGBT+ reafirmando la responsabilidad estatal de garantizar sus derechos. El trasfondo de los veintinueve Principios pactados es la búsqueda por la eliminación de toda forma de discriminación y violencia, específicamente por motivos de orientación sexual e identidad de género. Se reafirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

El Principio N°17 establece: “todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género” y demanda a los Estados a generar normativas nacionales al respecto. De esta manera, se exhorta a garantizar accesibilidad en la atención, confidencialidad, información pertinente para autonomía en las decisiones de las personas usuarias, consideración de sus singularidades para una respuesta oportuna resultando en una mejora en la calidad de atención y en su salud, junto con el desarrollo de programas que busquen eliminar toda forma de discriminación por identidad de género y orientación sexual. En el apartado I se solicita a los Estados que adopten “(...) las políticas y los programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una” (ONU, 2006, p.6). Por su parte, el Principio N°18 de protección contra abusos médicos deja por sentado que con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médica innecesaria. Se especifica que ninguna persona puede ser sometida a estudios médicos ni psicológicos ni tampoco a tratamientos por su orientación sexual y/o su identidad de género (ONU, 2006).

Es posible rastrear en el marco normativo internacional los instrumentos que dejan por sentado la consideración del derecho a la salud como universal. El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos humanos de 1948 ratificada también por nuestro país, enuncia que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (ONU, 1948, s.p). Por su parte, la Conferencia de Alma Ata organizada por la OMS en 1978 marcó un hito importante en el campo de la salud a nivel internacional y enuncia la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo al sostener la responsabilidad estatal y plantear la Atención Primaria en Salud<sup>7</sup> como la estrategia para lograrlo (OMS, 1978).

---

<sup>7</sup> Es una estrategia de asistencia sanitaria definida en la Conferencia de Alma Ata en 1978 por la OMS. Busca superar inequidades en salud a nivel mundial y propone pasar de un modelo médico curativo y desigual a uno centrado en la prevención y accesible para todos. Se plantea la organización en niveles de atención articulados entre sí. La integralidad en la atención, la intersectorialidad e interdisciplinariedad también son constitutivos de dicha estrategia (Vignolo et al., 2011).

A pesar de que ya se estaba gestando a nivel internacional una concepción de salud desde un paradigma de derechos humanos, en el siglo XX, el sistema de salud uruguayo presentaba desigualdades en el acceso junto con una fuerte fragmentación y segmentación del mismo que se acentuaron en el período post dictatorial. El contexto de los años 90 caracterizado por un creciente neoliberalismo y privatización con un aumento de los niveles de pobreza y una atención sanitaria centrada en un modelo curativo, hospitalocéntrico y asistencialista, decantó en grandes inequidades. El derecho a la salud y atención de calidad estaba seriamente comprometido sobre todo para los sectores más desfavorecidos de la sociedad (Sbárbaro, 2015).

En el año 2005, con un gobierno progresista, nuestro país comienza un proceso de reforma sanitaria que tiene como hito fundamental la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en 2007. En este período se redacta un cuerpo normativo sobre el sistema sanitario que tiene como objetivo generar un cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento. La Ley N°18.211 establece en el Artículo 2 que “dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país” (Uruguay, 2007). Buscando garantizar el derecho a la salud, se pregona la universalización de la cobertura, la accesibilidad, la equidad y una fuerte búsqueda por la intersectorialidad como principios rectores. Asimismo, se acuerda y se materializa en el Artículo 34 una organización en redes por niveles de atención según las necesidades de las personas usuarias y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la Atención Primaria en Salud y prioriza el Primer Nivel de Atención.

Por otra parte, se creó el Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS) que define aquellas prestaciones y tratamientos que deben brindar de manera obligatoria todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Este es un mecanismo de gran utilidad para garantizar que todas las personas usuarias tengan una cobertura igualitaria independientemente del prestador de salud escogido. De esta manera, se vuelve obligación de todos los prestadores del Sistema proporcionar atención psicológica a las personas usuarias en el marco del nuevo Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

Es en esta coyuntura de transformaciones sanitarias que, en 2017, se promulga la Ley de Salud Mental N°19.529, cuyo objetivo específico es garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país. Fue elaborada desde un paradigma de derechos humanos, y respetando los principios y objetivos del SNIS proclamando la salud mental como “inseparable de la protección integral de la

salud". La accesibilidad, la cobertura universal, la equidad y la atención interdisciplinaria con foco en los determinantes del entorno y el abordaje desde un modelo de atención en salud mental comunitaria están dentro de sus principios rectores. En el Artículo 9 también se especifica la importancia de formación continua haciendo responsable al Ministerio de Salud Pública de generar espacios de capacitación y actualización con perspectiva de derechos humanos para los profesionales de la salud mental.

Asimismo, se deja explícita la concepción de persona usuaria de los servicios de salud mental como sujeto de derecho y se incluye una cláusula específica que establece que debe ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión. Además, la nueva ley, tiene un apartado sobre el Principio de no discriminación en el cual se establece enfáticamente que en ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la orientación sexual e identidad de género. Estos lineamientos están aparejados con la necesidad de abandonar paradigmas patologizantes de la diversidad sexo-genérica y prácticas deshumanizantes que se han identificado en el sistema de salud en general y en los servicios de salud mental en particular.

En la actualidad, en nuestro país, se identifican tres modelos de atención psicológica: Modelo asilar, Modelo hospitalocéntrico y Modelo de Salud Mental Comunitaria. En concordancia con los principios rectores de la nueva ley, se exhorta a abandonar el modelo asilar de atención y el cierre de estructuras monovalentes por incumplir derechos humanos básicos. Asimismo, tal y como aplica para el SNIS, la atención en salud mental se organiza por niveles de complejidad, tiene como estrategia la Atención Primaria en Salud y prioriza el Primer Nivel de Atención. Actualmente, está vigente el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2019). A pesar de que el horizonte al que se aspira sea ese, los datos muestran que, en 2017, se registraron 78 personas Licenciadas en Psicología trabajando en equipos especializados de salud mental de ASSE en Montevideo y 108 en el interior. Se observa una distribución inequitativa. El 60% de los recursos humanos de Salud Mental trabajan en las estructuras que funcionan con un modelo asilar u hospitalocéntrico, y sólo el 30% en los dispositivos en los que está en desarrollo el modelo comunitario (ASSE, 2018).

Dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el principal prestador público y el más grande a nivel país. Sus centros asistenciales y servicios de atención están divididos en 4 Regiones:

**Región Sur:** comprende los departamentos de Montevideo y Canelones; **Región Este:** Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y tres y Cerro Largo; **Región Oeste:** Durazno, Colonia, Soriano, Florida, Flores, San José y Río Negro; y la **Región Norte** que comprende los departamentos de Artigas, Salto, Paysandú, Tacuarembó y Rivera. Según una entrevista hecha al responsable de la Dirección de Salud Mental de ASSE, al 2022, dicho prestador contaba con 391 personas Licenciadas en Psicología (La Diaria, 2021). De esta manera ASSE:

“(…) cuenta con una vasta y extendida red de servicios distribuidos en todo el territorio nacional para brindar cobertura a más de 1.371.267 usuarios. Sus 826 unidades asistenciales de Primer Nivel de Atención (PNA) están presentes en todas las localidades de más de 1.000 habitantes a una distancia no mayor a 60 minutos caminando. Los 28 hospitales de Segundo Nivel están distribuidos en todos los departamentos del país. Cuenta también con 11 Hospitales de Tercer Nivel presentes en las cuatro Regiones (Sur, Este, Norte y Oeste), 4 hospitales especializados (localizados en Montevideo), 21 Centros de Rehabilitación, 7 hogares residencia y un sistema de atención medicalizado de traslados de emergencia” (ASSE, 2020, p.17).

### **Materiales y métodos**

Para el desarrollo del artículo se tomaron los resultados de los datos cuantitativos obtenidos del formulario autoadministrado<sup>8</sup> aplicado tras el curso de sensibilización y actualización basado en evidencia denominado **“Aportes para una atención psicológica amigable a población LGBT+”**. La capacitación fue realizada en el año 2022 a cargo del equipo docente del Centro de Referencia Amigable (CRAM) de la Facultad de Psicología (UdelaR) y estuvo destinado a 120 personas Licenciadas en Psicología que trabajan en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de todo el país. La instancia fue posible en el marco del convenio entre el MIDES, la Facultad de Psicología (UdelaR) y ASSE.

Esta iniciativa se originó fundamentalmente por dos cuestiones: 1) la población LGBT+ presenta particularidades y necesidades en salud (mental) que son indispensable conocer para su adecuada atención; 2) tenemos un sistema de salud que, por falta de formación específica de sus profesionales (homo-lesbo-bi-trans ignorancia) sumado a prejuicios personales y/o a elementos de homo-lesbo-bi-transfobia, suele estigmatizar

---

<sup>8</sup> Instrumento de recolección de datos en el que las personas participantes acceden a un cuestionario y responden a las preguntas por sí mismas sin la intervención de intermediarios (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2014).

a esta población, lo que priva a las personas del ejercicio de su derecho a la salud (mental). Para el desarrollo de este artículo se tomaron exclusivamente los datos correspondientes a dos ediciones, Región Sur y Oeste. En la Región Norte y Este también se realizó el mismo curso, pero no se aplicó el formulario por lo que no contamos con los datos de dichas ediciones.

La capacitación se organizó en cinco encuentros semanales consecutivos de tres horas cada uno completando un total de quince horas, en donde se abordó el campo de la diversidad sexual y de género desde un paradigma de derechos humanos. Cada encuentro estaba planificado con una primera instancia de exposición teórica y una consecutiva tarea subgrupal. La bibliografía apuntó a la socialización de los aportes de la Psicología Afirmativa para ofrecer una atención culturalmente competente. Como elementos disparadores se incluyó material audiovisual y viñetas clínicas. El curso contó con un sistema de evaluación para su aprobación y certificación que consistió en un trabajo final, tareas subgrupales y asistencia a la totalidad de los encuentros, entre otros requisitos obligatorios. La participación fue optativa y podía ser cursada en horas de asistencia laboral. En la Región Sur el curso se impartió de manera presencial y asistieron 31 personas mientras que en la Región Oeste la modalidad fue virtual por Zoom y participaron 12 personas. El temario fue el mismo a pesar de la diferencia de modalidad.

El formulario conformado por 32 ítems se aplicó a las personas Licenciadas en Psicología una vez terminado el curso y fue de carácter anónimo y optativo. Treinta y dos personas (32) accedieron a realizar dicho formulario, aunque algunas de ellas se abstuvieron de contestar algunas preguntas. El análisis cuantitativo que propone este artículo se realiza a partir de la recolección de datos obtenidos tras la aplicación de un instrumento común a todas las personas participantes. Al decir de Batthyany y Cabrera (2011) “el interés central de este tipo de trabajos radica en la descripción y la explicación de los fenómenos sociales desde una mirada objetiva y estadística” (p. 78). Es menester mencionar que no se trata de una muestra representativa, ya que:

“En los estudios cuantitativos, dado que interesa estudiar la distribución de características de la población, el tipo de muestra apropiada es la probabilística, que permite inferir los resultados obtenidos en la muestra del total de la población. Para esto habitualmente se trabaja con muestras en las que la selección de las unidades se hace al azar y utilizando determinados criterios para lograr una representatividad de la diversidad de unidades de la población. Esto permite hacer estimaciones para la población y calcular en

ellas márgenes de error basadas en la teoría de la probabilidad” (Batthyany y Cabrera, 2011, p.73).

En este análisis la población objeto de estudio corresponde al total de personas Licenciadas en Psicología que trabajan en ASSE y realizaron el curso. De ese total, quienes participaron de la formación fueron aquellos que por su voluntad decidieron inscribirse. Por otra parte, de ese número de participantes, sólo obtuvimos respuestas de 32 personas que eligieron responder el formulario autoadministrado. La representatividad se da cuando “la muestra reproduce las características de la población de la cual proviene. La mayor representatividad se logra, en términos generales, cuando las unidades de muestreo tienen igual posibilidad de formar parte de la muestra” (Briones, 2002, p. 57). Al no utilizarse un método de selección que garantice la conformación de una muestra con estas características, no hay representatividad y se traduce en limitaciones analíticas, incluyendo unos posibles sesgos. El análisis se puede pensar en forma de aproximación, sin generalizaciones. Al tratarse de un curso optativo, es posible inferir que las personas inscritas tenían un nivel de interés o implicación en la temática que no necesariamente tienen quienes no participaron y esa es una variable que posiblemente influye en las respuestas.

Igualmente, los datos obtenidos conforman un insumo de gran valor que pueden ser utilizados para pensar nuestra formación y nuestro rol como profesionales de la salud mental en relación con la diversidad sexo-genérica. Dicho formulario contiene preguntas de tipo sociodemográficas (identidad de género, ascendencia étnico-racial, franja etaria, máximo nivel educativo, lugar de residencia, entre otras). Otro grupo de preguntas buscaban conocer conocimientos previos y problemas prevalentes en los espacios de salud, y por último, había preguntas que indagaban por la utilidad y pertinencia del curso y sus contenidos en el ejercicio de la profesión trabajando en el sistema de salud. Para las opciones de respuesta se utilizó en algunos ítems la escala de Likert y en otras permitía elegir respuestas elaboradas o incluso redactar una opinión personal. La escala Likert es pertinente:

“Cuando se desea preguntar varias cuestiones que comparten las mismas opciones de respuesta. En estos casos, se confecciona una matriz de ítems (o aseveraciones). A los encuestados se les pide que respondan a cada afirmación, escogiendo la categoría de respuesta que más represente su opinión. Normalmente existen cinco categorías para cada ítem (“muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo”, “muy en desacuerdo”). Las puntuaciones (1,2,3,4,5, o, a la inversa, 5,4,3,2,1) se asignan en

conformidad con el significado de la respuesta para la actitud que miden” (Cea D’Ancona, 1998, p.271).

El objetivo de la aplicación del instrumento era conocer el nivel de profundización en la temática LGBT+ de las personas participantes, identificar situaciones de discriminación y violencia en los centros asistenciales y obtener datos que dieran cuenta de la relevancia que tiene la formación específica para un acompañamiento adecuado a estas realidades/identidades. Dichos datos son el insumo que se utiliza para crear este artículo junto con el material teórico asociado a la temática.

## Resultados y discusión

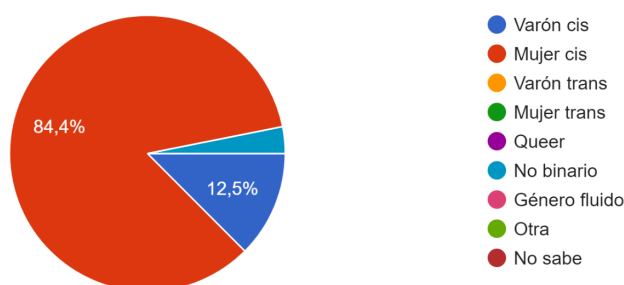
Es posible dividir el formulario autoadministrado aplicado a las personas Licenciadas en Psicología en cuatro bloques. Los ítems se pueden resumir en: 1) aquellos que buscan indagar el perfil sociodemográfico; 2) los que buscan conocer el grado de formación sobre la temática LGBT+; 3) aquellos que profundizan en el trabajo directo con este grupo social; 4) nivel de conformidad con el curso impartido.

### Perfil sociodemográfico

El primer ítem del formulario le solicitaba a las personas participantes seleccionar su identidad de género. El 84,4% se autopercibe como mujer cis, un 12,5% como varón cis y un 3,1% como no binario. Nadie se autopercibía trans.

1. Por favor indique su identidad de género

32 respuestas



Hay varias aristas para analizar al respecto. En primer lugar, los datos son coincidentes con el último Censo Nacional de Psicólogos del Uruguay del año 2014 que arrojó un perfil sociodemográfico de un 85,1% de mujeres, 14,9% de hombres y un 0,1% se identificó con la opción “otr@s”. Hay una marcada feminización de la profesión que podría responder a que el orden de género de nuestra sociedad sigue asociando directamente “lo femenino” a los roles de cuidado. Existe una socialización

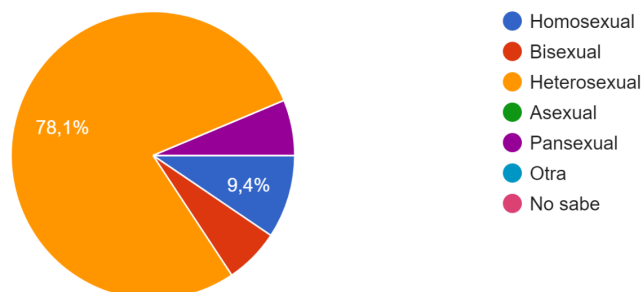


de género diferencial que posteriormente puede impactar en el desarrollo de competencias, en las elecciones vocacionales-ocupacionales y en los deseos que hacen a un proyecto de vida. Ruiz y Santana (2018) afirman: “la mujer tiende a reproducir los papeles tradicionales que ha jugado en la vida doméstica cuando se incorpora a la esfera pública y al mundo del trabajo” (p. 8). Para ellos todavía la elección de profesión sigue estando condicionada por el sistema sexo-género. Además, este tipo de cursos temáticos suelen convocar mayormente a las mujeres. La ausencia de identidades trans entre las personas participantes tiene sentido porque las cifras del Censo de Personas Trans de Uruguay realizado en 2016 marca que en el ámbito educativo solo un 8,6% de personas trans pudo terminar Enseñanza Media y solo un 1,1% finalizó una carrera universitaria (MIDES, 2017).

Por otro lado, se consultó acerca de la orientación sexual y el 78,1% de las personas participantes se definió como heterosexual frente al 9,4% que se identificó como homosexual, el 12,5% restante optó por la categoría bisexual o pansexual.

2. Por favor indique cuál cree que es su orientación sexual

32 respuestas

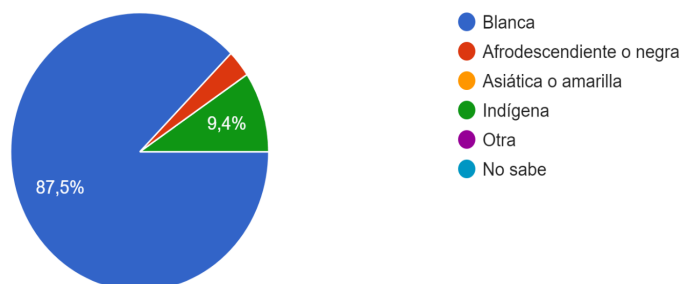


Este dato marca que más de tres cuartas partes de quienes completaron el formulario no pertenecen a la comunidad LGBT+ y aún así eligieron participar del curso. Considero menester mencionar que el Código de Ética de nuestra profesión establece el deber de perfeccionarse mediante capacitación permanente “para el mantenimiento de niveles altos de competencia científica y técnica en beneficio de las personas que recurran a él/ella y de la profesión en su totalidad” (2001, p 4). Asimismo, el porcentaje de personas homosexuales coincide con el estado del arte porque entre el 3-10% de la población mundial se identifica como gay, lesbiana o bisexual (Savin-Williams, 2009).

Por otra parte, la principal ascendencia étnico-racial fue blanca (87,5%), seguido de indígena (9,4%) y un porcentaje menor (3,1%) que considera que su principal ascendencia étnico-racial es afrodescendiente o negra.

3. Por favor indique cuál cree que es su principal ascendencia étnico-racial

32 respuestas

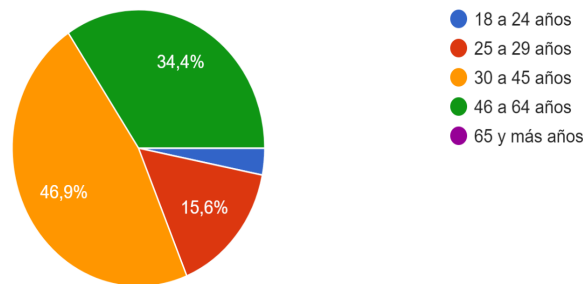


Si se analizan los datos obtenidos se observa que la ascendencia étnico-racial no coincide con los datos del censo país del año 2011. Dicho censo arrojó que la comunidad afro o negra representa un 8,1%, es decir, en este cuestionario está subrepresentada con el 3,1%. Por otro lado, la población indígena, se encuentra sobrerrepresentada, con un 9,4%, mientras que, los resultados del censo evidenciaron un 5,1% de dicha población (INE, 2011). Como el Censo Nacional de Psicólogos no incluyó esta categoría, no es posible saber si estos porcentajes coinciden con las personas profesionales en Psicología en ejercicio. Sin embargo, si estos datos se cruzan con el informe de generación de ingreso 2022 a nuestra casa de estudios, se constata que, un 4,5% definió su principal ascendencia como afro o negra y un 4,1% indígena (Proren, 2022). Al respecto sería interesante poder hacer un análisis actualizado una vez que estén disponibles los datos del Censo Nacional de 2023 y profundizar en las barreras de accesibilidad a la Educación Superior por motivos étnicos-raciales en clave interseccional. Profundizar este aspecto en este trabajo excede sus límites.

Por otro lado, se indagó en la franja etaria de los profesionales en salud mental: el 46,9% tiene entre 30 y 45 años, el 34,4% está entre los 46 y los 64 años, el 15,6% tiene entre 25 y 29 años y el 3,1% restante tiene de 18 a 24 años.

4. Por favor indique en qué franja de edad usted se encuentra

32 respuestas

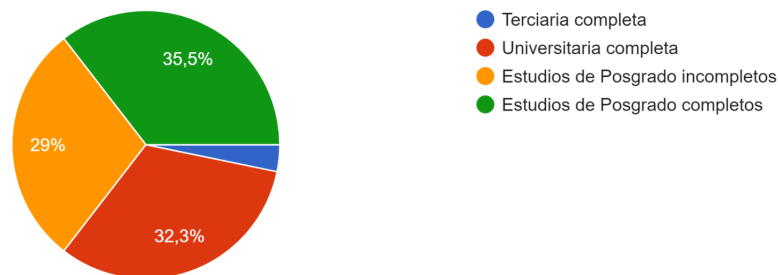


Al analizar estos números se estima que el hecho de que el porcentaje menor de profesionales tenga entre 18 a 24 años hace sentido ya que el Informe Generación de Ingreso 2022 a la Facultad de Psicología (UdelaR) indica que la media de edad de las personas que comenzaron la Licenciatura en dicho año es 25,2 años (Proren, 2022). Además, el Censo de Psicólogos, arrojó que el promedio de duración de la carrera es de 7,5 años, lo que explicaría que los porcentajes más altos de profesionales se concentran entre los 30 y 59 años, algo muy similar a los resultados obtenidos aquí. Por otra parte, que ninguna persona participante tenga entre 65 y más años respondería a que en Uruguay hasta el año 2023 la edad mínima jubilatoria por ley estaba pautada en 60 años. Tal y como se puede apreciar en la gráfica, tres cuartas partes de las personas participantes tienen entre 30 y 64 años. Los porcentajes de edades no son un dato menor ya que a pesar de que no se cuenta con la información del año de egreso de la institución educativa de cada uno, si tenemos en cuenta que la homosexualidad estuvo catalogada dentro de los trastornos mentales del DSM hasta el año 1973 y en el caso del CIE hasta el año 1990, se puede deducir que algunas de esas personas cursaron sus estudios de Grado en un contexto en donde primaba una visión patologizante de la diversidad sexo-genérica.

Profundizando en la formación, se observa que, el 35.5% de las 31 personas que respondieron este ítem marcó estudios de Posgrado completos como su máximo nivel educativo alcanzado. El 32.3% finalizó la carrera de Grado y el 29% tiene estudios de Posgrado incompletos.

5. Por favor indique su máximo nivel educativo alcanzado

31 respuestas

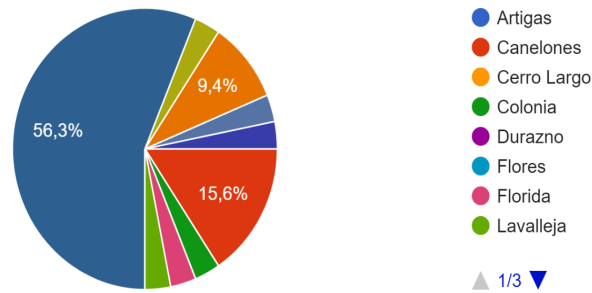


Los datos a nivel país muestran que la amplia mayoría de personas Licenciadas en Psicología consideran necesario continuar formándose una vez culminado el Grado. Según el Censo de nuestra profesión, el 82% participó de cursos posteriores y de aquellos que no los hicieron, un 61% proyecta hacerlo en un futuro. Analizando la categoría “estudios de Posgrado”, el Censo arroja que un 49,4% de las personas Licenciadas en Psicología realizó alguno de los siguientes estudios: Diplomatura o Especialización completa o incompleta, Maestría completa o incompleta, Doctorado completo o incompleto o Posdoctorado. Por su parte, en el caso de las personas participantes del curso de sensibilización, quienes tienen estudios de Posgrado completos o incompletos alcanza el 64,5%. Esta diferencia porcentual podría pensarse a la luz de diversas variables, pero considero oportuno mencionar el hecho de que el Censo fue realizado en el año 2014 mientras que el curso fue en 2022. Asimismo, la población censada fue un universo mayor de personas y en cambio la población que respondió el cuestionario autoadministrado lo hizo en el contexto de un curso de actualización de participación voluntaria y no conforman una muestra representativa, es decir, fueron personas que de base decidieron seguirse formando.

Sobre el departamento de origen de las personas participantes, el 56,3% son de Montevideo, el 15,6% de Canelones y el 28,1% restante pertenecen a otros departamentos (Colonia, Lavalleja, Rivera, Salto o Treinta y tres) y una persona marcó que su lugar de origen es otro país. Actualmente, la mayoría de las personas participantes residen en la capital del país (71%) o en Canelones (29%). Asimismo, el 82,1% respondió que el servicio de salud de ASSE en el que trabaja se encuentra en Montevideo frente al 14,3% que trabaja en Canelones. El 3,6% restante desempeña su labor en el departamento de Colonia.

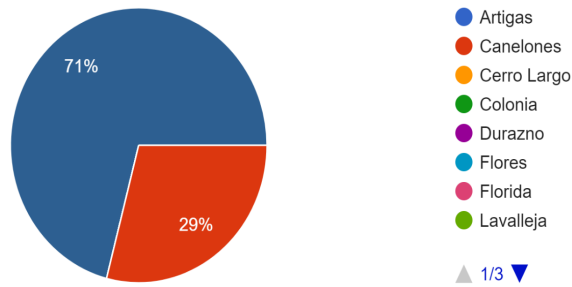
6. Por favor indique cuál es su departamento de origen

32 respuestas



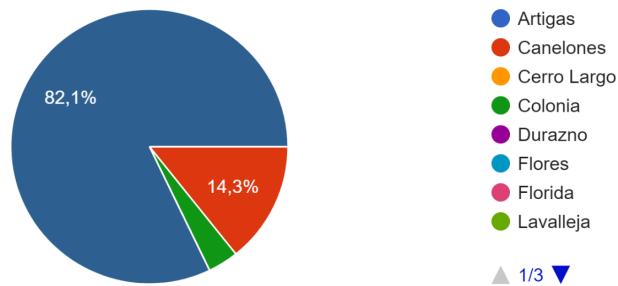
7. Por favor indique cuál es su departamento de residencia actual

31 respuestas



8. Por favor indique en qué departamento se ubica el servicio de salud de ASSE en el que usted trabaja

28 respuestas



Si estos datos se cruzan con los resultados del Censo de Psicólogos vemos que en este último se denuncia la centralización de profesionales en Montevideo. Según los datos arrojados en 2014, un 72,8% marcó como lugar de residencia la capital del país

frente a un 27,2% que vivía en el interior. Canelones, Maldonado y Colonia son los departamentos que le siguen a Montevideo en densidad de psicólogos por habitante.

Esta información puede ser pensada a la luz de las características de nuestro país en el cual la distribución de la población está mayormente concentrada en Montevideo y zona Metropolitana, específicamente, Montevideo y Canelones son los departamentos más densamente poblados (INE, 2011). Esto estaría relacionado a mayores oportunidades laborales y mayor oferta de bienes y servicios. Si se observa la estructura de ASSE, también hay mayor concentración de Centros Asistenciales en la Región Sur.

Por otro lado, el 74,1% de quienes respondieron el formulario afirmó que trabaja en la Región Sur de ASSE, el 14,8% en la Región Oeste y el 11,1% restante se divide entre Región Este y Norte respectivamente. Como se mencionó en el apartado metodológico, los resultados aquí expuestos corresponden exclusivamente a las ediciones del curso realizadas en Región Sur y Oeste. Sin embargo, sucede que algunas de las personas participantes, además de trabajar en dispositivos ubicados en algunas de esas dos Regiones, también trabajan en la Región Este o Norte. Asimismo, el 89,7% trabaja en policlínicas del Primer Nivel de Atención<sup>9</sup> y el 10,3% trabaja en el Tercer Nivel de Atención<sup>10</sup>. Este último dato es de relevancia ya que nuestro sistema sanitario basado en la Atención Primaria en Salud (APS) busca privilegiar el Primer Nivel de Atención y Rydel et al. (2021) afirman la creciente necesidad de psicólogos que trabajen en dicho nivel. De hecho, el Plan Nacional de Salud Mental actual establece su incorporación. Asimismo, Giménez (2016) plantea que la reforma sanitaria es una oportunidad para que nuestra disciplina pueda ganar terreno, revertir su histórica subordinación a la medicina y dar sus aportes epistemológicos. Pero advierte: “de ahí no se desprende, que necesariamente con el ingreso y la apertura de espacios para intervenciones psicológicas, se desarrollen prácticas acordes a los principios y orientaciones de las nuevas políticas” (Giménez, 2016, p.31). El autor cree que es necesaria la problematización del rol profesional y de las prácticas psicológicas en esta nueva realidad e incluso considera relevante incorporar esto en los planes de estudio.

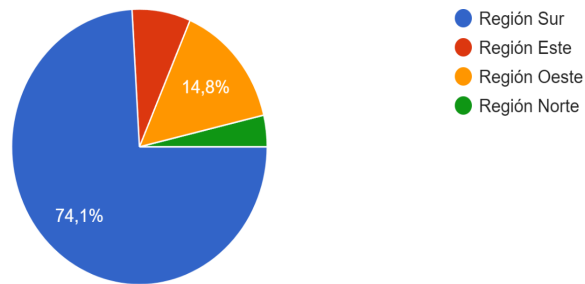
---

<sup>9</sup> Es el nivel básico del sistema de salud y más cercano a la población. Está pensado para resolver problemáticas elementales y frecuentes junto con actividades de promoción y prevención. Sus establecimientos son de baja complejidad pero en ellos se resuelven el 85% de los problemas prevalentes (Vignolo et al. 2011).

<sup>10</sup> Nivel más especializado del sistema de salud donde se realiza diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves o inusuales con alta tecnología (Vignolo et al. 2011).

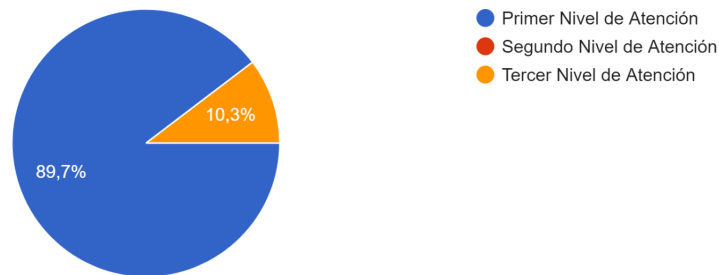
9. Por favor indique en qué región de ASSE usted trabaja

27 respuestas



10. Por favor indique en qué nivel de atención en salud usted trabaja en la estructura de ASSE

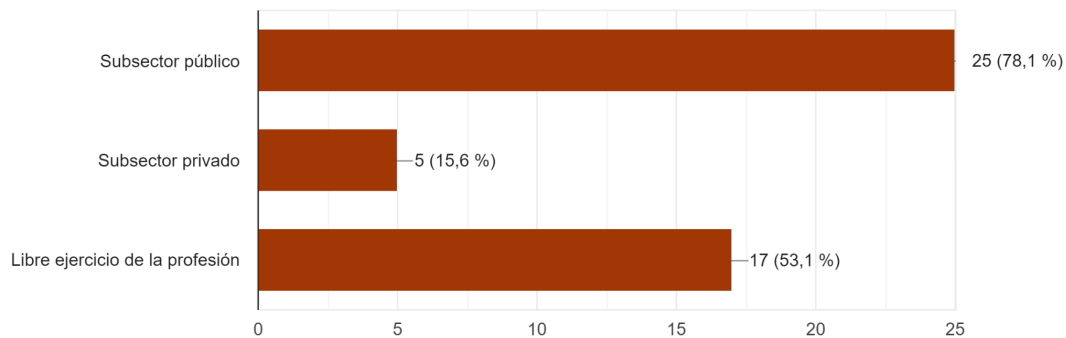
29 respuestas



Al indagar en los subsectores de salud en el que trabajan las personas participantes, el 78,1% sostuvo que trabaja en el subsector público, el 15,6% también lo hace en el subsector privado y un 53,1% desempeña el libre ejercicio de la profesión además de hacerlo en la estructura de ASSE. Si nuevamente se cruzan datos con el Censo Nacional de Psicólogos, se observa que, más de un 40% de personas Licenciadas en Psicología realiza multiempleo siendo la clínica privada el ámbito de mayor inserción profesional. En el caso concreto del área salud, el instrumento evidenció más cantidad de profesionales en salud mental en el subsector público que en el privado en los tres niveles de atención. En ambos casos en el ámbito específico de salud mental se registraron más personas Licenciadas en Psicología trabajando en el Primer Nivel de Atención frente a los otros dos niveles.

11. Por favor indique todos los subsectores de salud en los que usted trabaja ejerciendo la psicología

32 respuestas

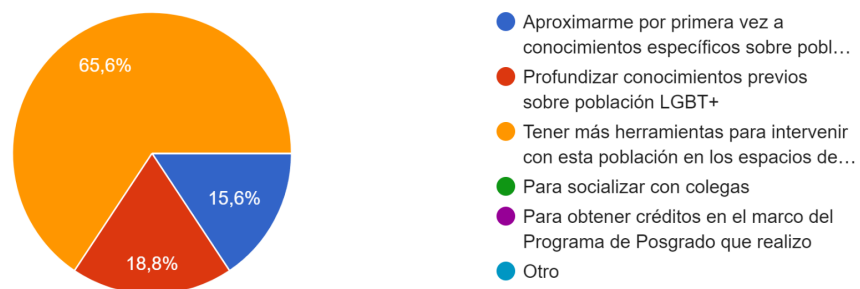


### Formación en temática LGBT+

En el bloque del formulario que apuntaba a obtener datos acerca de la formación en la temática LGBT+, en primer lugar, se consultó por el motivo principal que impulsó la realización del curso de actualización. Un 65.6% optó por la opción “tener más herramientas para intervenir con esta población en los espacios de consulta”, un 18.8% buscaba “profundizar conocimientos previos sobre población LGBT+” y un 15,6% sostuvo que lo hacía para “aproximarse por primera vez a conocimientos específicos sobre población LGBT+”.

13. Por favor indique el motivo principal por el cual usted decidió realizar este curso de actualización

32 respuestas



Lo primero a destacar es que, a pesar de que se trata de profesionales graduados y que inclusive un 64,5% tiene estudios de Posgrado finalizados o en curso, perciben carencias e insuficiencias en su formación y una necesidad real de adquirir más conocimiento para poder intervenir adecuadamente frente a estas realidades. Schenck (2018) señala que diversos estudios confluyen en que los profesionales de salud no se

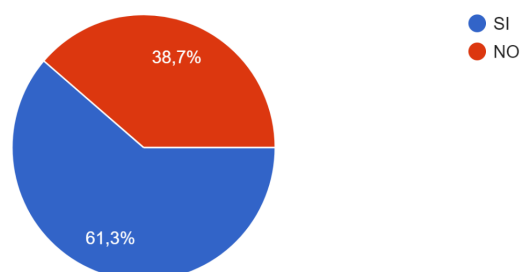


sienten debidamente formados para atender a personas no hetero ni cis lo que se traduce en negligencias o directamente en invisibilizar estas existencias o brindar una atención heterociscentrada, negando las necesidades específicas y no reconociendo cómo las desigualdades y discriminaciones que sufre este colectivo repercute en su experiencia de salud. De la Hermosa (2018) hace un análisis histórico acerca del papel de la Psiquiatría y la Psicología en torno a la diversidad sexo-genérica, y observa que, al estar centradas en diagnosticar, tratar, y en el caso de las personas trans incluso en determinar si corresponde o no algún procedimiento para su afirmación de género en lo que denomina “diferenciar identidades transexuales falsas y verdaderas”, la bibliografía centrada en un acompañamiento afirmativo que sea positivo para las personas en idioma español, es muy escasa. Esta falta de información desde ese enfoque hace que las personas profesionales de la salud mental se sientan desorientadas y a veces no sepan cómo intervenir adecuadamente.

De hecho, el 61,3%, respondió que éste fue el primer curso en su trayectoria formativa sobre atención psicológica dirigida a población LGBT+ frente a un 38,7% que respondió que contaba con experiencias previas.

15. ¿Este curso fue el primero en su trayectoria formativa sobre atención psicológica dirigida a población LGBT+?

31 respuestas



Estos porcentajes no resultan sorprendentes, ya que, al hacer un recorrido por la malla curricular de la Licenciatura en Psicología (UdelaR), se puede constatar que, en la actualidad, los contenidos sobre diversidad sexo-genérica desde un paradigma de derechos humanos, son exiguos. Se realizó un análisis de los espacios formativos en nuestra casa de estudios para el período 2018-2024 a través del Sistema de Información de Facultad de Psicología (SIFP) y se concluyó que, pese a las iniciativas de creación de espacios de formación y mayor incorporación de conocimientos en torno a la temática, no hay ninguna Unidad Curricular Obligatoria (UCO) que sea específica y con un programa entero destinado a ella. Sólo tres materias obligatorias

tienen una aproximación en módulos concretos y son: *“Articulación de Saberes II: Psicología, Género y DDHH”* y *“Articulación de saberes IV: Estado, Sociedad y Políticas públicas”* y *“Articulación de saberes VI: Sexualidad y Salud Reproductiva”*. En MAS VI se observa que hay diferentes propuestas de la UCO con distintas temáticas y una de ellas es la que presenta contenidos en diversidad sexo-genérica, las otras a priori no tienen contenidos específicos. Es importante mencionar que las tres Unidades Curriculares son del Instituto de Psicología de la Salud dentro del Programa de Género, Sexualidad y Salud Reproductiva.

Por otra parte, para el período de tiempo especificado, se constató un único proyecto de investigación en la temática denominado *“Trayectorias de adolescentes trans\*”* con cupo de participación para 12 estudiantes. Otros proyectos, aunque no eran específicos, tenían dentro de la bibliografía obligatoria, textos sobre diversidad sexo-genérica como es el caso del proyecto: *“Educación sexual y entornos digitales”* que está pensado para seis estudiantes. Esta cifra es extremadamente baja si se tiene presente que a nuestra casa de estudios ingresan aproximadamente más de 2.000 estudiantes por generación.

Si se examina la oferta de Seminarios Optativos, se comprueba que en esos cinco años se dictaron tres materias específicas: *“La diversidad sexual y sus avatares desde una mirada histórica”* en 2018, *“Sexualidades, género y diversidad”* en 2020, *“Política públicas, género y diversidad”* en 2021, 2022 y 2023, las tres a cargo del Instituto de Psicología de la Salud. También, se observan propuestas centradas en otras temáticas y que en algún Módulo incluyen textos específicos, por ejemplo: *“Violencia basada en género y sexual”* que tiene un Módulo sobre violencia intragenérica. Lo mismo sucede con las optativas *“Adolescentes, sexualidad y entornos digitales”* y *“Talleres, adolescentes y sexualidad”*. Es importante mencionar que la participación a dichos Seminarios está reducida a un máximo de 40 estudiantes.

Por otra parte, el único espacio específico pensado integralmente desde un paradigma de diversidad y en clave de derechos humanos en la malla curricular de nuestra formación de Grado, es el espacio práctico CRAM, en tanto práctica pre-profesional anual. Sin embargo, la participación sólo está habilitada a doce estudiantes y dicho centro funciona desde el año 2013. Es importante aclarar que, aunque estos sean los espacios específicos, probablemente en otros espacios prácticos también se enfrenten a estas realidades con más o menos herramientas.

Con esta información se busca resaltar que, un número bajo de egresados accedieron durante su trayectoria formal a cierto nivel de profundidad en la temática. Incluso

aquellos que presentan un interés al respecto, encontraron barreras de accesibilidad por horarios y cupos. Por lo tanto, el porcentaje de personas Licenciadas en Psicología que ejercen actualmente y que tienen cierta formación o sensibilización es bajo. De hecho, en la actualidad, hay más iniciativas hacia la incorporación de conocimiento basado en evidencia y espacios de formación desde una perspectiva de diversidad. Años atrás los contenidos eran aún más reducidos o se veían desde una mirada patologizante.

Este análisis presenta al menos una limitante, ya que no se incluyó dentro de los ítems la institución educativa de egreso de las personas Licenciadas en Psicología que realizaron el formulario. En nuestro país, además de la Universidad de la República, la Universidad Católica del Uruguay también ofrece dicha carrera de Grado dentro de su oferta educativa desde hace más de cuarenta años.<sup>11</sup> Ésta última, cuenta con una malla curricular, programas y bibliografía diferente a nuestra casa de estudios. Sería interesante realizar un trabajo de análisis que permita ampliar el conocimiento acerca de la formación en asuntos LGBT+ disponible en la Licenciatura en Psicología en dicha universidad privada y religiosa.

Schenck (2018) sostiene la importancia de la incorporación del enfoque de diversidad sexual a las políticas públicas en general y a las de salud en particular de manera transversal dado que las instituciones de salud han reproducido históricamente lógicas heterocisnormativas. El objetivo sería dar visibilidad y revertir las inequidades que se identifican para la población LGBT+. Es necesario destacar el trabajo conjunto realizado por la Facultad de Medicina y Psicología de la UdelaR, el MSP, ASSE, el Colectivo Ovejas Negras y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para publicar una guía para profesionales de la salud que socializa conocimiento académico en la temática con la convicción de que la formación es clave para derribar barreras de accesibilidad<sup>12</sup> al sistema sanitario del colectivo LGBT+. Dicho material fue realizado luego de diferentes ediciones de cursos para estudiantes de Grado y egresados del área salud y equipos técnicos del SNIS que trabajan en el Primer Nivel de Atención y que manifestaron la necesidad de material de apoyo para intervenir con garantías. La guía está disponible para su descarga gratuita en internet, cualquier persona puede acceder a ella. También, a partir de este año, está disponible en la

---

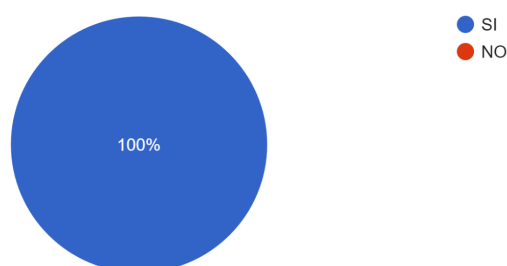
<sup>11</sup> Desde el 2022, a nivel privado, la Universidad de Montevideo también imparte la Licenciatura en Psicología aunque para el análisis de los datos aquí presentados no resulta influyente ya que aún no egresó la primera generación de profesionales de esa casa de estudios.

<sup>12</sup> La accesibilidad al sistema sanitario refiere al pleno ejercicio del derecho a la salud y no sólo está relacionada a la posibilidad de ingresar físicamente, sino que además habla del vínculo entre los sujetos y los servicios: discursos, prácticas, representaciones que pueden constituirse en facilitadores o en barreras de accesibilidad (Comes et al., 2006).

plataforma de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un curso de acceso libre y gratuito que está basado en la guía antes mencionada y en el curso brindado durante años a las personas profesionales de la salud. Estas propuestas buscan contrarrestar el hecho de que las realidades LGBT+ queden capturadas por el currículum oculto u omitido. Esto refiere al conjunto de discursos, creencias y valores que se transmiten en las instituciones educativas de manera no oficial y no intencionada, es decir, sin formar parte de los programas o de la currícula oficial formal, pero que generan determinados conocimientos (por acción u omisión) y explicitan un posicionamiento (Bonder, 2001).

Es aquí que toma relevancia la mirada de las personas participantes que, trabajando en servicios de salud y viendo la realidad desde dentro, el 100% sostuvo que la formación en estudios LGBT+ es necesaria para el ejercicio de la profesión, ya que, el 90,6% afirmó haber trabajado en espacios de consulta con personas autoidentificadas como LGBT+ en su trayectoria profesional.

16. ¿Usted considera que la formación en estudios LGBT+ es necesaria para el ejercicio de esta profesión?  
32 respuestas



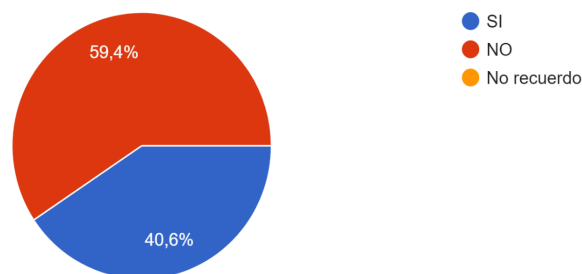
Concha, Martínez y Spuler (2023) investigaron acerca de la formación en la temática LGBT+ en la carrera de Psicología de Universidades latinoamericanas en general y en Chile en particular, concluyendo que, los contenidos específicos son exigüos o directamente inexistentes. Los autores aseveran la importancia de incluir estos contenidos en la carrera de Grado por las diferencias en el desarrollo psicosexual entre las personas de la diversidad sexo-genérica y personas hetero-cis debido a la discriminación y violencia vivida que afecta la salud mental de los primeros, tal y como se mencionó en los apartados anteriores. Además, mencionan preconceptos, creencias erróneas y microagresiones de parte de los profesionales de la salud mental como barreras de accesibilidad a la atención de las personas disidentes. Estas actitudes y prejuicios perpetúan el estigma, generan desconfianza hacia la persona

profesional y el sistema sanitario, poca o nula adherencia a los tratamientos y en personas con algún grado de homofobia o transfobia internalizada, agudiza su sintomatología (Martínez et al. 2018).

Para obtener más información, se les consultó a las personas profesionales participantes del curso de actualización que respondieron el formulario si recordaban haber abordado temas relacionados a la diversidad sexual y de género durante su formación de Grado y casi un 60% afirmó no recordarlo. En el caso de quienes respondieron afirmativamente, se les pidió indicar a qué tipo de paradigma relacionaban los contenidos. El 50% de los profesionales indica que, el acercamiento que tuvo a la temática no recuerda desde qué paradigma fue -lo cual hace dudar de la utilidad de la formación recibida- o la cosa se complejiza cuando directamente sostienen que fue desde un paradigma patologizante. Este paradigma perpetúa la heterocisnorma, sostiene desigualdades estructurales, estigmas y discriminaciones, además de aumentar los niveles de homofobia/transfobia interiorizada y perjudica la posible alianza terapéutica (Martínez et al. 2018).

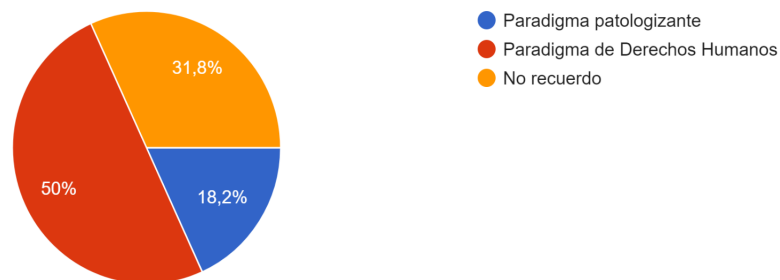
17. ¿Usted recuerda haber abordado temas relacionados a la diversidad sexual y de género durante su formación de Grado?

32 respuestas



17b. En caso afirmativo, por favor indique, a qué tipo de paradigma se relacionaban dichos contenidos socializados en alguna clase de la Licenciatura en Psicología

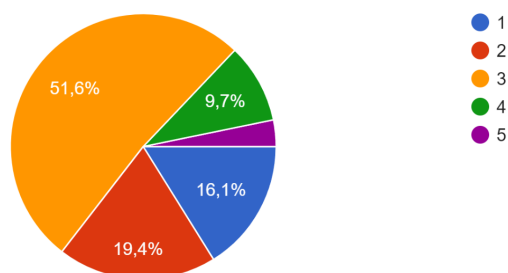
22 respuestas



Tolone (2021) realizó una investigación con estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) acerca de la formación en diversidad sexual y de género en el Grado y concluye que el 71,6% de las respuestas de estudiantes de Psicología de la UBA refiere haber escuchado que se estableciera una relación directa entre la identidad y orientación de una persona y una patología a tratar. El 45% indicó haberlo escuchado relacionado a la perversión, el 29% a diagnósticos de psicosis, y el 26% restante a otras patologías (esquizofrenia, histeria), o como “desviación” o “enfermedad”. Por otra parte, el 70,5% de estudiantes reconoce un discurso marcadamente heteronormativo (Tolone, 2021). Argentina, al igual que nuestro país, ha tenido avances normativos en materia de diversidad en los últimos años. Perrotta et al. (2017) plantean la necesidad de generar saberes dentro de nuestra disciplina encaminados a esta nueva realidad y a garantizar los derechos consagrados. Se busca transversalizar la perspectiva de la diversidad sexual en toda acción relativa a la salud de las personas.

20. Por favor valore el nivel de conocimiento que usted tenía en esta materia previo a esta formación, siendo 1. Muy poco conocimiento y 5. Mucho conocimiento.

31 respuestas

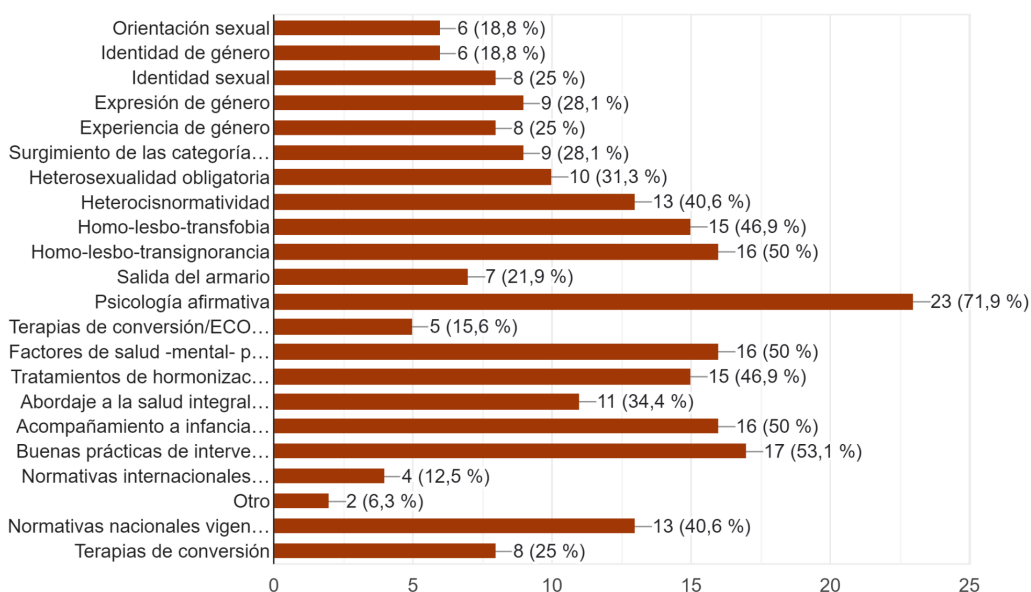


A su vez, el ítem 31 del formulario, le requirió a los participantes que señalaran todos los conceptos que hayan aprendido por primera vez en este curso específico. Los resultados marcan que: el 71,9% desconocía y aprendió el concepto de Psicología Afirmativa, el 50% afirmó haber aprendido el término homo-lesbo-bi-transignorancia y el término homo-lesbo-bi-transfobia fue comprendido por primera vez en el curso por un 46,9%. Además, el 46,9% profundizó sobre tratamientos de hormonización, el 53,1% sobre buenas prácticas de intervención con población LGBTQ+, el 40,6% se familiarizó con el concepto de heterocisnormatividad y con las normativas nacionales vigentes en este campo. Otros conceptos fundamentales también fueron señalados por ser aprendidos por primera vez por varios participantes: heterosexualidad obligatoria (31,3%), expresión de género (28,1%), identidad sexual (25%), salida del armario (21,9%), orientación sexual (18,8%), identidad de género (18,8%), entre otros.

Estos porcentajes muestran el desconocimiento existente en torno a la temática en contenidos que son necesarios para una intervención adecuada y oportuna lo cual refuerza la importancia de espacios de formación. Es posible pensar en base a las carencias en la formación de Grado ya explicitadas en este trabajo y los datos obtenidos en este formulario, que otros profesionales en salud mental que trabajan en el SNIS y que no participaron de la actualización, también presentan carencias formativas. García (2018) plantea además de la necesidad de la formación, el reconocimiento de los aportes del activismo para cuestionar el propio rol de la disciplina “que los profesionales de la salud mental se cuestionen, en definitiva, sobre quién están interviniendo en nombre del “malestar”, medicalizando a quien lo sufre y no actuando sobre quién o qué lo produce” (p.101). Él sostiene que, de esta manera, se posibilitan nuevas significaciones, prácticas e intervenciones que apunten a entornos menos estigmatizantes y dañinos.

31. Por favor señale todos los conceptos que usted aprendió/comprendió por primera vez a partir de este curso específico. Marque todas las opciones que corresponda.

32 respuestas



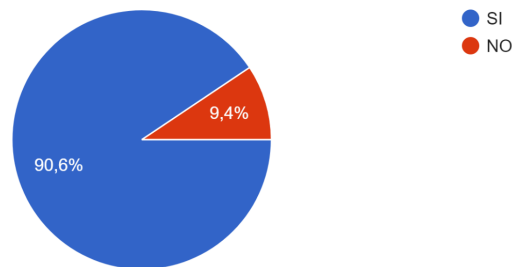
### Trabajo directo con población LGBT+

Para la profundización del análisis, además de conocer el nivel de formación en la temática, también es esencial obtener información del trabajo específico con este colectivo. Es así que se consultó a las personas participantes si han trabajado con personas autoidentificadas como LGBT+; el 90,6% respondió afirmativamente. Perrotta et al. (2017) sostienen que los avances en derechos para la población LGBT+ a nivel legislativo en los últimos años evidencian un proceso de cambio de paradigma a la vez que “posibilita visibilizar existencias que hasta hace poco tiempo se encontraban negadas e inscriptas dentro del campo de la patología” (p.2). Es así que muchas personas que directamente no habían podido acceder al sistema sanitario en el pasado, sienten un mayor respaldo para empezar a vincularse al mismo.



18. ¿En su trayectoria profesional ha trabajado en espacios de consulta con personas autoidentificadas como LGBT+?

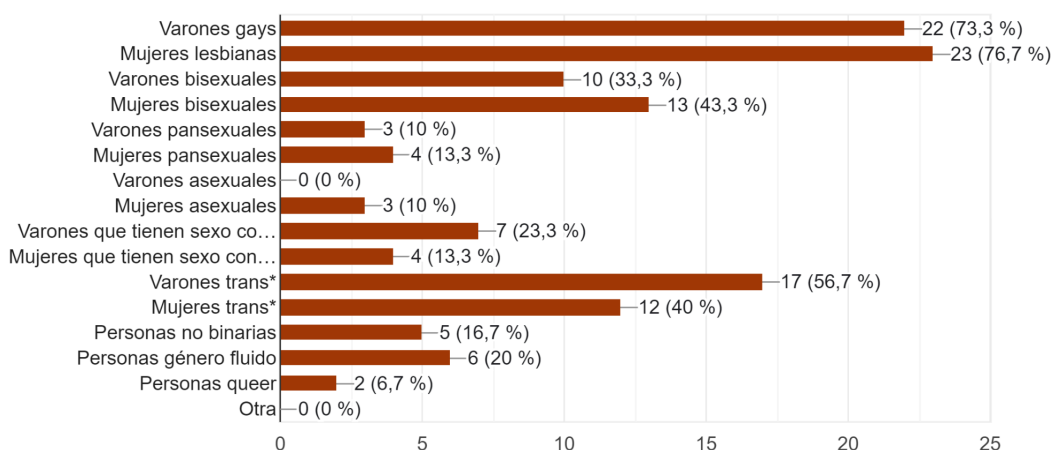
32 respuestas



Al respecto, se les pidió a las personas participantes que marcaran todas las identidades con las que trabajaron durante su trayectoria profesional en ASSE y fue notoria la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales con las que han tenido espacios de consulta los profesionales en cuestión. Más de tres cuartas partes afirmó haber atendido a varones gays y mujeres lesbianas, más de la mitad trabajó con varones trans, un 43,3% con mujeres bisexuales, un 40% con mujeres trans, un 33,3% con varones bisexuales y otros porcentajes menores al 30% identificaban otras identidades como varones que tienen sexo con varones, personas con género fluido, mujeres pansexuales, personas no binarias, entre otras.

18b. Por favor indique todas las identidades con las que usted ha trabajado durante su trayectoria profesional en el marco de ASSE

30 respuestas



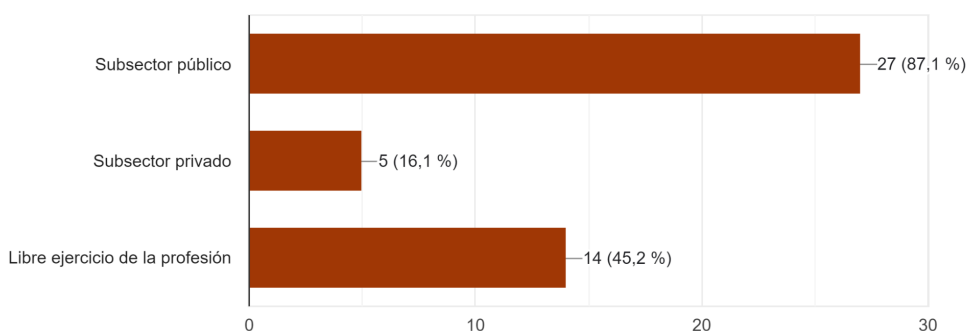
En primer lugar, es preciso destacar que un 76,7% indicó que trabajó con mujeres lesbianas, de hecho, fue la categoría más marcada. Esto rompe con la invisibilidad

histórica del lesbianismo. La falta habitual de visibilidad de las mujeres lesbianas, sus dinámicas de ocultamiento y la negación de su existencia, suele vincularse con el orden patriarcal en el marco de la heteronorma, lo que contribuye a su marginación y al desconocimiento/ignorancia de sus necesidades específicas (Casañas, 2022). De la Hermosa (2018) sostiene que la invisibilidad de las personas trans es mayor. Ella sostiene que durante su formación no había recibido información alguna al respecto hasta que tomó contacto con el trato que este colectivo recibe en los servicios de salud.

La evidencia muestra que el respeto hacia las personas LGBT+ en nuestra sociedad varía en función de cuánto se “nota” su disidencia de género o sexual. Suele ser menos discriminada una mujer lesbiana que se comporta de acuerdo a estereotipos asociados a lo “femenino” frente a una que se la asocia a lo “masculino”. Asimismo, tienen mayores niveles de aceptación las personas trans cuya imagen se asemeja más al orden cisnormativo (De Lima y Santos, 2021). De acuerdo a Gelpi (2023) las personas que desafían las normas de género son más castigadas socialmente que aquellas que habitando la disidencia no se distancian de la normatividad. La humillación a través de “chistes” refuerza que ciertos sujetos pueden ser impunemente agredidos. Las agresiones parten de no reconocer al otro como un igual (De Lima y Santos, 2021).

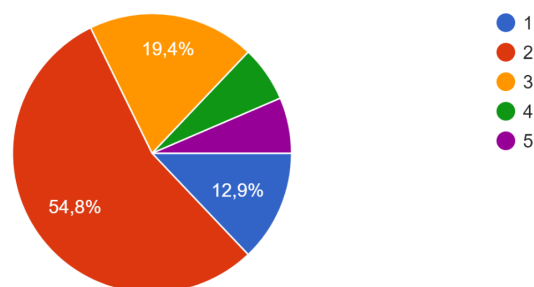
Cuando se solicitó a las personas participantes que identificaran los ámbitos de trabajo con población LGBT+, un 87,1% de las personas participantes indicaron que tuvieron experiencias de trabajo directo con población LGBT+ en el subsector público del sistema de salud. Para el caso del subsector privado fue de un 16,1% y en el libre ejercicio de la profesión el porcentaje fue de 45,2%.

18c. Por favor indique todos los ámbitos en los que usted tuvo experiencias de trabajo directo con población LGBT+  
31 respuestas



Al consultar por la frecuencia de consultas con personas autoidentificadas como LGBT+ y utilizando escala de Likert donde 1 es muy poco frecuente y 5 muy frecuente, el 54,8% optó por el valor 2, el 19,4% por el valor 3 y el 12,9% por el valor 1. Los valores que representan mayor frecuencia tuvieron los menores porcentajes. Esta variabilidad en las respuestas -algunos manifiestan una muy baja frecuencia frente a otros que marcan una frecuencia muy alta- podría deberse a varias cuestiones. En primer lugar, se puede asumir que dependiendo del servicio de salud y el área específica de trabajo habrá mayor o menor posibilidad de intervenir con este grupo social. Por ejemplo, en un servicio amigable, la frecuencia será más alta y en un policlínico que no esté especializado en dicha atención, puede ser menor. A pesar de esto, el 87,1% seleccionó los valores de menor frecuencia (1, 2 y 3) que podría estar relacionado con porcentajes bajos de población identificada como gay, lesbiana o bisexual, con la desconfianza, con barreras de accesibilidad y/o la expulsión de este grupo del sistema de salud (Schenck, 2018).

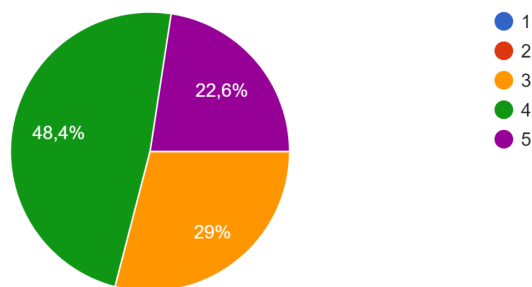
18d. Por favor indique del 1 al 5 qué tan frecuente usted ha tenido consultas con personas autoidentificadas como LGBT+ en el ejercicio de es..., siendo 1. Muy poco frecuente y 5. Muy frecuente  
31 respuestas



Por otra parte, se indagó por la comodidad y seguridad de las personas profesionales en consultas con personas autoidentificadas como LGBT+ en escala Likert donde 1 es muy incómodo e inseguro y 5 es muy cómodo y seguro, el 48,4% seleccionó el valor 4 de la escala, el 29% el valor 3 y el 22,6% el valor 5. Ningún participante manifestó sentirse incómodo e inseguro (valor 2) ni muy incómodo y muy inseguro (valor 1). Esta pregunta es ambigua ya que no aclara si “comodidad y seguridad” es en el rol como profesional de la salud mental para el trabajo con esta población o si es con la persona usuaria en sí. A su vez, los datos obtenidos en el ítem de nivel de conocimiento previo a este curso de formación medidos en escala Likert donde 1 simboliza muy poco conocimiento y 5 mucho conocimiento, marca que, el 51,6% respondió con el valor numérico 3, el 19,4% valor 2, el 16,1% valor 1 y los valores de 4 y 5 que simbolizan

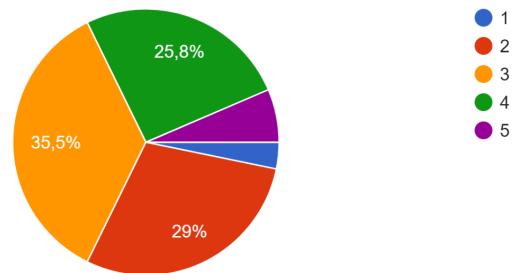
mayor conocimiento obtuvieron menores porcentajes. Esto mostraría una contradicción entre las respuestas 19 y 20 porque se reconocen deficiencias en la formación y poco conocimiento al respecto, pero al simultáneo dicen sentir comodidad en las consultas.

19. Por favor valore del 1 al 5 el grado de comodidad y seguridad que usted ha sentido en consultas con personas autoidentificadas como LGBT+, sien...uy incómodo e inseguro y 5. Muy cómodo y seguro  
31 respuestas



Asimismo, se consideró relevante conocer desde la perspectiva de cada participante qué tan accesible e inclusivo siente que es el servicio de salud en el cual trabaja. El valor 1 representa muy poco accesible e inclusivo y 5 es muy accesible e inclusivo. El 35,5% respondió con valor 3, el 29% valor 2 y el 25,8% valor 4. Los valores más extremos 1 y 5 tuvieron los porcentajes más bajos. Estos valores muestran que el 67,7% (suma de porcentajes correspondientes a valor 1, 2 y 3) de las personas participantes perciben que dicho espacio no es suficientemente inclusivo. Este dato es coincidente con los relatos de las personas usuarias que mencionan actitudes homo-lesbo-bi-transodiantes (no respeto del pronombre elegido o del nombre social, bromas e incluso insultos, o prejuicios y creencias erróneas) (Ramos y Gelpi, 2015). De hecho, por este motivo, en parte, en el año 2010, se creó el proyecto “Centros de Salud Libres de Homofobia” de trabajo conjunto entre el Colectivo Ovejas Negras, ASSE, MSP, UdelaR y el UNFPA: a pesar de las normativas internacionales y locales, al margen de las sensibilizaciones realizadas a parte del personal para conseguir centros amigables para personas LGBT+, independientemente de las campañas que han hecho hincapié en los principios de igualdad y no discriminación, aún hoy en día, muchas personas LGBT+ no acceden a los servicios de salud, o acceden con angustia o sufriendo frecuentes situaciones de discriminación (Ramos y Gelpi, 2015).

21. Por favor valore del 1 al 5 qué tan accesible e inclusivo siente que es el servicio de salud en el que usted trabaja en ASSE con relación a la poblaci...ccesible e inclusivo y 5. Muy accesible e inclusivo  
31 respuestas

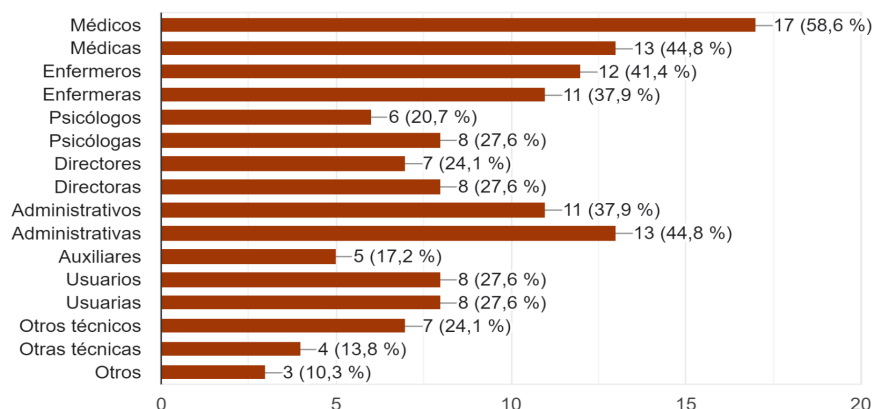


De Lima y Santos (2021) sostienen que la LGTBfobia es un tipo de violencia cultural porque la sociedad tiene naturalizados determinados valores, creencias y prácticas discriminatorias que oprimen a grupos vulnerados y determinan una ausencia de reconocimiento de lo “diferente” que pueden incluso pretender su eliminación. Esos valores culturales que legitiman actos de violencia en la sociedad, también están presentes en los servicios de salud, es decir, las instituciones que deberían combatirlos a veces terminan reproduciéndolos. Así se configura violencia institucional a través de discursos o prácticas discriminatorias, la lógica estigmatizante pasa a componer la lógica de la propia institución reproduciendo actos de violencia. Estos procesos además de ser injustos repercuten directamente en la accesibilidad a los servicios, en la adhesión a los tratamientos y en la salud física y mental de la población LGBT+. Los autores afirman que el abordaje de esta problemática requiere de políticas públicas en derechos humanos, incluyendo las de salud.

Al respecto, en el ítem 22 del formulario, se solicitó que indicaran qué actores institucionales perciben que tienen mayores dificultades en el trato directo con la comunidad. Los médicos varones fueron quienes obtuvieron los porcentajes más altos de percepción de dificultad en el trato (58,6%), seguido de las médicas y administrativas mujeres (ambas con un 44,8%), a continuación, enfermeros varones (41,4%) y luego enfermeras mujeres y administrativos varones (ambos con un 37,9%). En el caso particular de nuestra profesión, las mujeres psicólogas obtuvieron un porcentaje de 27,6% frente a un 20,7% de los psicólogos.

22. Por favor indique desde su perspectiva qué actores institucionales percibe que tienen dificultades en el trato directo con población LGB... ASSE. Marque todas las opciones que corresponda.

29 respuestas



Se puede sostener que nuestra sociedad es heterocisnormativa y las instituciones están encarnadas en personas que fueron socializadas en cierto contexto por lo cual es esperable que los valores de la sociedad en general se reflejen también en esos espacios. Además, tomando a Martínez Santiago y Martínez de las Heras (2018) las ciencias de la salud históricamente tuvieron un rol de control y de represión de determinadas prácticas, orientaciones sexuales e identidades de género que escapan a dicha heterocisnormatividad<sup>13</sup>. De hecho, como ya se mencionó, estuvieron dentro de la categoría de lo patológico y anormal -especialmente impulsadas desde la Medicina- y a pesar de que ya no estén catalogadas como tal dentro de los Manuales, eso no significa que se hayan erradicado completamente esas concepciones. Los autores sostienen que es una ideología hoy nominalmente olvidada pero cuyos postulados siguen permeando de una forma u otra la idea de sexualidad que manejamos tanto en el ámbito médico-psicológico como en la cultura popular.

Barrón et al. (2014) realizaron una investigación en servicios de salud de México en el que encontraron que hay niveles de homofobia y transfobia en el personal de salud en general y tratos no adecuados hacia la población LGBT+ debido a “falta de conocimientos referentes a las condiciones de la diversidad sexo-genérica, temor a lo desconocido y la ambivalencia entre atracción y malestar” (p.271). Es llamativo que, en algunas de las opciones marcadas, se identifique mayores porcentajes de dificultades en el trato en personas del género femenino que del masculino, más las psicólogas que los psicólogos, más las administrativas que los administrativos, más las

<sup>13</sup> También hay religiones que han condenado la diversidad sexo-genérica, entre ellas está la religión Católica muy presente en la cultura Occidental (Barrón et al., 2014).

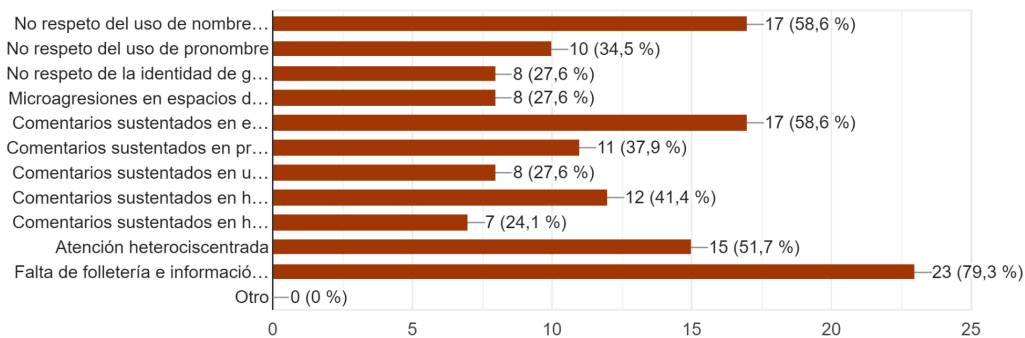
directoras que los directores. Se ha reportado que las expresiones odiantes hacia las disidencias suelen presentarse mayormente en los varones, es decir que tiene mucho que ver con el sistema de relaciones de género (Lozano y Rocha, 2011).

En el ítem 23 del cuestionario autoadministrado, las personas participantes identificaron situaciones dentro del servicio de salud en el que trabaja que son discriminatorias y violentas. Casi un 80% de los participantes mencionó la falta de folletería e información para compartir con las personas usuarias LGTB+. Es decir, se refuerza nuevamente en los datos una preocupación por disponibilidad de información adecuada que ayude en la alianza terapéutica y que permita el intercambio con este grupo social. Asimismo, se manifestaron situaciones relacionadas a carencias en formación y capacitaciones como son comentarios sustentados en estereotipos (53,6%) o preconceptos negativos (37,9%), atención heterociscentrada (51,7%) y homo-lesbo-bi-transignorancia (41,4%). Cobra relevancia lo dicho por De la Hermosa (2018), donde sentencia que, nuestra responsabilidad como profesionales de salud es realizar actualizaciones de las técnicas que utilizamos, trabajar nuestras narrativas culturales dominantes para no correr el riesgo de imponerlas a las personas con las que trabajamos, y adquirir competencia cultural para poder dar la mejor y más respetuosa atención posible, especialmente cuando trabajemos con poblaciones minorizadas.

Otras situaciones identificadas están más relacionadas a homo-lesbo-transfobia como es el no respeto del uso del nombre social (58,6%), del pronombre (34,5%), el no respeto a la identidad de género al momento de asignar una sala de internación (27,6%), microagresiones en espacios de consulta (27,6%) e incluso se mencionaron comentarios sustentados en discursos morales o religiosos sobre la sexualidad (27,6%). Desde la academia se ha afirmado que incluso dentro del colectivo LGTB+ hay grupos de personas que sufren mayor desigualdad y marginalización como es el caso del colectivo trans. De la Hermosa (2018) considera que las actitudes transfóbicas están presentes en las personas porque fuimos socializados en un contexto que lo es e incorporamos discursos y comportamientos en esa dirección salvo que trabajemos en ello.

23. Por favor indique qué situaciones ha visto que alguna vez se han producido dentro del servicio de salud en el que usted se desempeña dentro de ...BT+. Marque todas las opciones que corresponda.

29 respuestas

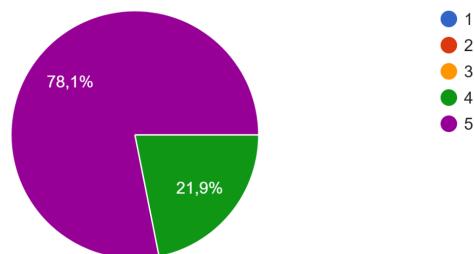


### Nivel de conformidad con el curso

Además de los datos previamente expuestos, era importante incluir en el formulario aspectos que permitieran evaluar el curso en sí, los contenidos y la calidad del equipo docente. En todos los aspectos la evaluación fue con valores 4 y 5 que corresponden a muy bueno y excelente.

28. Por favor valore del 1 al 5 la calidad general del presente curso, siendo 1. Mala y 5. Excelente

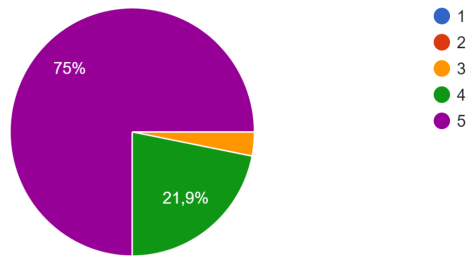
32 respuestas



Se indagó en la posibilidad de aplicación de los saberes en el quehacer cotidiano y el 96,9% de las personas participantes considera que son aplicables o muy aplicables. El 100% manifestó que el curso es recomendable o muy recomendable para profesionales de la salud mental que trabajan en ASSE. Estos datos muestran que la visión de los profesionales de salud mental trabajando en el sistema sanitario está alineada con los autores utilizados en este trabajo que sostienen enfáticamente la importancia de la formación específica para el trabajo con población LGBTQ+.



29. Por favor valore del 1 al 5 la posibilidad de aplicación de estos saberes en su quehacer profesional cotidiano, siendo 1. Muy poco aplicable 5. Muy aplicable  
32 respuestas



Para finalizar, cada participante tuvo la oportunidad de realizar un comentario, observación o sugerencia anónima si lo deseaba. Quienes lo hicieron tuvieron en todos los casos opiniones positivas. Se resaltó la utilidad de los contenidos teóricos para el ejercicio de la profesión, la claridad de los materiales y la necesidad de seguir profundizando en la temática en un futuro.

### Consideraciones finales

Nuestro país en los últimos años atravesó una reforma del sistema sanitario con el objetivo de lograr una atención integral de calidad, con cobertura universal y apuntando a la accesibilidad, equidad e intersectorialidad. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y, posteriormente, la nueva Ley de Salud Mental con enfoque en derechos humanos son dos hitos fundamentales en estas transformaciones. Estas acompañan la normativa internacional que pregona la diversidad sexo-genérica como derecho humano y buscan avanzar hacia un paradigma que deje atrás la concepción patológica de la diversidad sexo-genérica. La sociedad civil y la academia denuncian homo-lesbo-bi-transfobia y homo-lesbo-bi-trans-ignorancia en los espacios de salud y en los profesionales de la salud mental. Este artículo retoma los resultados de un instrumento aplicado tras la finalización de un curso de sensibilización y actualización basado en evidencia denominado *“Aportes para una atención psicológica amigable a población LGBT+”* realizado en el año 2022. Los resultados del formulario autoadministrado aplicado a 32 personas Licenciadas en Psicología de ASSE (prestador de salud más grande del país) muestran que hay carencias a nivel formativo en la temática lo cual en parte estaría relacionado con la insuficiencia de contenidos específicos en el Grado que ofrece la Universidad de la República. Tres cuartas partes de las personas

participantes indicaron que en dicho curso aprendieron por primera vez acerca de la Psicología Afirmativa, enfoque que propone intervenciones tendientes a afirmar la identidad no normativa, y el 50% conoció por primera vez los factores protectores y de riesgo de salud mental en población LGBT+. Asimismo, más de la mitad manifestó que desconocía buenas prácticas de intervención psicosocial validadas para población LGBT+. Casi un 70% de las personas participantes definieron el servicio de salud en el que trabaja con valores tendientes a poco inclusivo y accesible e identificaron situaciones discriminatorias y violentas hacia la diversidad sexo-genérica tales como el no respeto al uso del nombre social, del pronombre, de la identidad de género, microagresiones en espacios de consulta, atención heterociscentrada, comentarios homo-lesbo-bi-transfóbicos, entre otros. Estas situaciones configuran violencia institucional, se erigen como posibles barreras de accesibilidad y repercuten directamente en el derecho a la salud (mental) del colectivo LGBT+. Sin un mayor número de políticas de salud con transversalización del enfoque de diversidad sexual y de género tal y como lo plantea Schenck (2018) y sin mayor formación específica en la temática en las carreras del área salud, probablemente sea difícil transformar la realidad para evitar la persistencia de episodios productores y reproductores de malestar psicológico e injusticia social con esta población vulnerada. También pareciera oportuno realizar más estudios cuantitativos, cualitativos y de metodología mixta en este campo, en la medida de lo posible con muestras representativas, que permitan la producción de datos científicos que aporten a la elaboración o revisión de las políticas existentes.

## Referencias bibliográficas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2020). Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE: Acuerdo “Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE”. <https://www.gub.uy/ministerio-vivienda-ordenamiento-territorial/comunicacion/publicaciones/nuestro-territorio-edicion-no11/nuestro-territorio-edicion-no11/asse>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2018). *Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE: Diagnóstico de situación en Abril / 2018*. <https://www.asse.com.uy>
- Barrón, E., Salín, R.y Guadarrama, 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 Neurociencia*, 15(5), 267-276. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51744>
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República. [https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/05/FCS\\_Batthianny\\_2011-07-27-lowres.pdf](https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/05/FCS_Batthianny_2011-07-27-lowres.pdf)
- Bonder, G. (2001). La transversalización del principio de equidad de género en la educación: cuestiones conceptuales y estratégicas. Revisión de conceptos, dimensiones del cambio y lecciones aprendidas en distintos contextos. <https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/investigacion/capacitaciones/genero/u3/1-bonder-transverzalizacion-y-equidad-genero.pdf>
- Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. GLS.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior. <https://metodoinvestigacion.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>
- Casañas, L. (2022). Invisibilidad de las mujeres lesbianas en la legislación. Revisión bibliográfica sobre la invisibilización de las mujeres lesbianas desde el marco legislativo. [Tesis de Grado, Universidad de la Laguna, Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación ]. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/29320/Invisibilidad%20de%20las%](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/29320/Invisibilidad%20de%20las%20mujeres%20lesbianas%20en%20la%20legislacion.pdf)

[20mujeres%20lesbianas%20en%20la%20legislacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Cea D'Ancona, M. (1996) *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2006). *El concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*, 201- 209.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

Comisión de Ética Profesional. (2001). Código de Ética Profesional del Psicólogo/a.  
<https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.

Concha, F. Martínez, C. y Spuler, C. (2023). ¿Qué se enseña sobre temáticas LGBT+ en el currículum de psicología en universidades chilenas? *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 10, 17-34. <https://doi.org/10.46661/relies.8242>

De la Hermosa, M. (2018). Estrés de Minoría y Personas Trans\*: Herramientas para el acompañamiento afirmativo. En M., Clement y M., Carmona (Coords.). *Transpsiquiatría: Abordajes Queer en Salud Mental*. (pp. 77-99). Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital.

De Lima, M. y Santos, M. (2021). *Violência e Saúde na Vida de Pessoas LGBTI*. Fiocruz.

Fernandez, M. y Benia, W. (2013). El derecho a la salud de los uruguayos. *Nuestro tiempo: Para saber más de nosotros mismos*. 17, 1-66.  
<http://bibliotecadigital.bibna.gub.uy:8080/jspui/bitstream/123456789/1077/1/nuestro-tiempo-17.pdf>

Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber*. Siglo XXI.

García, D. (2018). Pedagogías de la diversidad en salud: Diálogos entre activismos trans e intersex y disciplinas psi. En M., Clement, y M., Carmona, (Coords.).

- Transpsiquiatría: Abordajes Queer en Salud Mental*. (pp. 100-142). Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital.
- Gelpi, G. (2023). *Los riesgos de ser o parecer. Bullying, homofobia y exclusión en Enseñanza Media*. Montevideo: Biblioteca Plural, UdelaR.
- Giménez, L. E. (2016). Psicólogos en Uruguay: Una aproximación. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 29-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475848615003>
- Guasch, O. (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Laertes.
- Herek, G. M., Cogan, J. C., Gillis, J. R. y Glunt, E. K. (1997). Correlates of Internalized Homophobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17-25. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=1e176f3d511ff741d878ee93be9b723876451e3c>
- Herek, G. M. (2000). Sexual prejudice and Gender: Do Heterosexuals' Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Differ?. *Journal of Social Issues*, 56(2), 251-256. [https://lgbpsychology.org/html/JSI2000\\_pre.pdf](https://lgbpsychology.org/html/JSI2000_pre.pdf)
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Gill [https://www.academia.edu/44030031/LIBRO\\_Hernandez\\_Fernandez\\_Baptista](https://www.academia.edu/44030031/LIBRO_Hernandez_Fernandez_Baptista)
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo Nacional Uruguay*. <https://www.ine.gub.uy/censos-2011>
- Lozano Verduzco, I., y Rocha Sánchez, T. E. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 101-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233222354002>
- Martínez, B. y Martínez, J. (2018). Sexualidades no normativas y su problematización: Una aproximación sexológica. En M., Clement y M., Carmona (Coords.). *Transpsiquiatría: Abordajes Queer en Salud Mental*. (pp. 53-76). Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN Digital.
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. y Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+: Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales. <https://www.researchgate.net/publication/324216908>

- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2072932/>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Censo Nacional de Personas Trans*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1969.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. [https://www.psicologos.org.uy/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf)
- Muñoz, A. (2021, junio 1). ASSE trabaja para responder a la demanda de consultas de salud mental pero desestima cerrar las colonias y el Vilardebó. *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2021/6/asse-trabaja-para-responder-a-la-demanda-de-consultas-de-salud-mental-pero-desestima-cerrar-las-colonias-y-el-vilardebo/>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. [https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_sp.pdf](https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Osborne, R. y Molina, C. (2008). Evolución del concepto de Género: Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler. *Empiria: Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (15), 147-182. <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045007.pdf>
- Parra, N. (2021). Transiciones y soportes: La familia y la comunidad en las trayectorias biográficas de adolescentes trans. *Quaderns de Psicologia*. 23(1). 1 - 18. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1636>
- Perrotta, G., Oizerovich, S., García, D., y Ostropolsky, M. (2017) Abordaje de la diversidad sexual y corporal: Una mirada integral desde la clínica actual. En A., Trimboli (Comp.). *Nuevas Familias, Nuevas Infancias: La Clínica hoy*. (pp. 445-447). Asociación de Salud Mental. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/el](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/el)

[ectivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad4/obligatoria/abordaje\\_de\\_la\\_diversidad.pdf](#)

Programa de Renovación de la Enseñanza. (2022). *Informe Generación de Ingreso 2022 Licenciatura en Psicología UdelaR*.  
<https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2022-11/Informe%20Gen%202022%20.pdf>

Ramos, V., Forrissi, F., y Gelpi, G. (2015). Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje común. En P., Lopez, F., Forrissi y G., Gelpi (Ed./Comp.). *Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la Salud*. (pp. 17-16). MSP.  
[https://psico.edu.uy/sites/default/files/files\\_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/files_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf)

Ramos, V., y Gelpi, G. (2015). Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. En P., Lopez, F., Forrissi y G., Gelpi (Ed./Comp.). *Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la Salud*. (pp. 73-106). MSP.  
[https://psico.edu.uy/sites/default/files/files\\_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/files_ftp/libros/guia-salud-y-diversidad-sexual.pdf)

Ruiz, J. y Santana, L. (2018). Elección de carrera y género. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, (19), 7-20.  
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/3470>

Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P. & Hidalgo, L. (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: Desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 132-158.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475871132007>

Savin-Williams, R. (2009). *La nueva adolescencia homosexual*. Madrid: Ed. Morata.

Sbárbaro, M. (2015). Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay: Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 10(1), 56-73.  
<https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/8>

Schenck, Marcela. (2018). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico\*. *Revista de la Facultad de Derecho*, (45), 318-343. <https://doi.org/10.22187/rfd2018n45a12>

- Tolone, C. (2021). Hacia una práctica ética: La formación en psicología como causa posible de la patologización LGBT+. *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/mRS>
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723 - 733. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *Nada que Curar: Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG*. UNODC. [https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Campanas/JusticiaSinDiscriminacion/1\\_UNODC\\_-\\_Nada\\_que\\_curar\\_-\\_Guia\\_de\\_referencia\\_en\\_el\\_combate\\_a\\_los\\_Esfuerzos\\_para\\_Corregir\\_la\\_Orientacion\\_Sexual\\_e\\_Identidad\\_de\\_Genero\\_terapias\\_de\\_conversion.pdf](https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Campanas/JusticiaSinDiscriminacion/1_UNODC_-_Nada_que_curar_-_Guia_de_referencia_en_el_combate_a_los_Esfuerzos_para_Corregir_la_Orientacion_Sexual_e_Identidad_de_Genero_terapias_de_conversion.pdf)
- Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2015). *1er Censo Nacional en Psicología: Uruguay – 2014*. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-02/1%C2%BA%20Censo%20Nacional%20de%20Psicolog%C3%ADa%202014\\_2.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-02/1%C2%BA%20Censo%20Nacional%20de%20Psicolog%C3%ADa%202014_2.pdf)
- Uruguay. (2007, Diciembre 5). Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>
- Uruguay. (2017, Agosto 24). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Vázquez, J. C. y Ayala, P. (2022). El derecho a seguir en el clóset: Una aproximación desde la realidad latinoamericana. *Realidad Y Reflexión*, (56), 77–93. <https://doi.org/10.5377/ryr.v1i56.15774>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)