



POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

RPC-SO-30-No.504-2019

OPCIÓN DE
TITULACIÓN:

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROFESIONALES
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA SOBRE LESBIANISMO Y
COLECTIVO LGBT EN LA CIUDAD DE AMBATO

AUTORA:

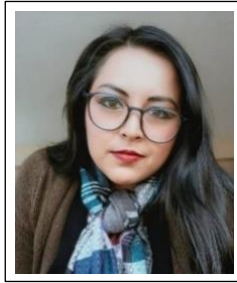
VALERIA PAULINA BALLESTEROS LARA

DIRECTORA:

CYNTHIA MERCEDES CAROFILIS CEDEÑO

QUITO - ECUADOR
2022

Autor/a:



Valeria Paulina Ballesteros Lara

Psicóloga Clínica

Candidata a Magister en **Psicología, mención Intervención**

Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana –

Sede Quito

vballesteros@est.ups.edu.ec

Dirigido por:



Cynthia Mercedes Carofilis Cedeño

Licenciada en Psicología

Master Internacional de Migraciones

ccarofilis@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

©2021 Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO – ECUADOR – SUDAMÉRICA

VALERIA PAULINA BALLESTEROS LARA

***REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
SOBRE LESBIANISMO Y COLECTIVO LGBT EN LA CIUDAD DE AMBATO***

Dedicatoria y agradecimientos

Quiero dedicar este proyecto a Paola, mi gran amor.

Cariño, deseo que todos mis días sean junto a ti.

“Somewhere in her smile she knows
That I don't need no other lover
Something in her style that shows me
I don't want to leave her now
You know I believe and how”

The Beatles - Something

Quiero expresar mi agradecimiento a la Mg. Cynthia Carofilis por guiarme en el proceso de esta investigación. Gracias por sus conocimientos, sus ánimos y su amistad.

También quiero agradecer a la Universidad Politécnica Salesiana, sobre todo al cuerpo docente que me acompañó durante mi formación. Ustedes me enseñaron a cuestionarme la realidad, mi profesión y mi interpretación del mundo; su calidez y empatía transformaron mi forma de entender la psicología.

RESUMEN

Los psicólogos clínicos, son vistos socialmente como figuras neutrales cuya labor es brindar atención sin discriminar ninguna condición del paciente, por esto, casi nunca se cuestionan los métodos que ellos utilizan. En los últimos años, la comunidad LGBTI en Ecuador ha tenido mayor visibilidad porque se han realizado grandes avances en materia de sus derechos. Sin embargo, los estigmas que rondan alrededor de esta comunidad son muchos y crean diversas repercusiones en sus vidas, como el rechazo social o la dificultad para acceder a servicios de salud de calidad. En el presente estudio, dichos estigmas son evidenciados en los discursos patologizantes que tienen los psicólogos sobre la homosexualidad, así como el desconocimiento sobre la comunidad LGBTI y las prácticas más adecuadas para el ejercicio terapéutico. Por este motivo, la presente investigación trata de indagar en las representaciones sociales (RS) que tienen los psicólogos clínicos sobre los pacientes homosexuales, haciendo énfasis en las mujeres lesbianas, y como estas afectan la calidad de su atención profesional. Se aplicó una entrevista semiestructurada a un grupo de diez psicólogos clínicos en la ciudad de Ambato. Los resultados recolectados, mostraron que los psicólogos participantes perciben a estos pacientes como sujetos rechazados, con sentimientos de culpa y necesidad de aceptación. Además, a través de un análisis detallado de su discurso, se concluyó que los psicólogos actúan desde la influencia heteronormativa de la sociedad y que tienen una visión patologizante de la homosexualidad. Si bien esta visión no es explícita, existen sutilezas que fueron detectadas en sus opiniones, tales como hacer énfasis en diferencias negativas. El análisis realizado en esta investigación, pretende a visibilizar a la comunidad LGBTI, a las mujeres lesbianas y a las carencias en la atención terapéutica que estos vivencian, a fin mejorarlas.

Palabras clave: psicología clínica, comunidad LGBTI, lesbianas, representaciones sociales.

ABSTRACT

Clinical psychologists are socially seen as neutral figures whose job is to provide care without discriminating against any condition of the patient, for this reason, the methods they use are almost never questioned. In recent years, the LGBTI community in Ecuador has had greater visibility because great progress has been made in terms of their rights. However, there are many stigmas that surround this community and create various repercussions in their lives, such as social rejection or difficulty in accessing quality health services. In the present study, these stigmas are evidenced in the pathologizing discourses those psychologists have about homosexuality, as well as the lack of knowledge about the LGBTI community and the most appropriate practices for therapeutic exercise. For this reason, this research tries to investigate the social representations (SR) that clinical psychologists have about homosexual patients, emphasizing lesbian women, and how these diminish the quality of their professional care. A semi-structured interview was applied to a group of 10 clinical psychologists in the city of Ambato. The collected results showed that the participating psychologists perceived these patients as rejected subjects, with feelings of guilt and a need for acceptance. In addition, through a detailed analysis of their discourse, it was concluded that psychologists act from the heteronormative influence of society and that they have a pathologizing view of homosexuality. Although this vision is not, there are subtleties that were detected in their opinions, such as emphasizing negative differences. The analysis carried out in this research aims to make visible the LGBTI community, lesbian women and the shortcomings in therapeutic care that they suffer, in order to improve them.

Keywords: clinical psychology, LGBTI community, lesbians, social representations.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1. Problema.....	8
1.2. Justificación.....	11
1.3. Delimitación	13
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo general	13
2.2. Objetivos específicos	14
3. MARCO TEÓRICO.....	14
3.1. Antecedentes.....	14
3.2. Fundamentos teóricos	20
3.2.1. Definición de representaciones sociales.....	20
3.2.2. Estructura de las RS	22
3.2.3. Funciones de las RS	23
3.2.4. Organización de las RS	24
3.2.5. Psicología crítica: la “neutralidad” de la psicología y su relación con la homosexualidad	25
3.2.6. La patologización de la homosexualidad	29
3.2.7. Homosexualidad y roles de género	31
3.2.8. Invisibilidad de las mujeres lesbianas	34
3.2.9. Feminismo lésbico.....	37
4. METODOLOGÍA	39
4.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación	39
4.2. Producción de datos.....	41
4.3. Población y muestra.....	41
4.4. Criterios de muestra.....	42
4.5. Procedimiento.....	43
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
5.1. Eje de análisis: campo de información	45
5.1.1. Percepción sobre las mujeres lesbianas y hombres gais	46
5.1.2. Terapia psicológica para pacientes homosexuales	49
5.1.3. Información especializada para el trabajo terapéutico con pacientes homosexuales	51
5.1.4. Terapia psicológica enfocada a mujeres lesbianas	52
5.1.5. Orientación psicológica en la sexualidad	56
5.1.6. Cuestionamiento de la sexualidad en la adolescencia	57

5.1.7.	Inicio de la vida sexual en parejas del mismo sexo.....	58
5.1.8.	Falencias en el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos	59
5.1.9.	Psicoterapia heteronormada	60
5.1.10.	Maltrato y/o discriminación	61
5.2.	Eje de análisis: campo de actitud	62
5.2.1.	Aceptación de la homosexualidad: aceptación hacia los pacientes homosexuales ..	62
5.2.2.	Legalización del matrimonio entre parejas del mismo sexo en Ecuador	63
5.2.3.	Terapias de deshomosexualización	64
5.3.	Eje de análisis: campo de representación.....	68
5.3.1.	Patologización de la homosexualidad	69
5.3.2.	Prácticas psicológicas.....	70
5.3.3.	Factores culturales que llevan al rechazo	74
5.3.4.	Invisibilidad de las mujeres lesbianas	74
5.3.5.	Vulnerabilidad del sujeto y necesidad de aceptación	76
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	78
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Información personal de la muestra	43
----------	--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Dificultades sociales de las personas homosexuales	46
Figura 2:	Homosexualidad como factor influyente para acudir a terapia	49
Figura 3:	Terapia en pareja dirigido a mujeres lesbianas	53
Figura 4:	Estructura de las representaciones sociales	69

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Problema

La comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales), a lo largo del tiempo, ha tenido que atravesar diversas dificultades como la vulneración de sus derechos, discriminación, exclusiones y expresiones de violencia en su contra. En América Latina, el progreso de las políticas sociales a favor de este colectivo, se han desarrollado mucho más despacio en comparación con los países de Europa y de América del Norte. En la actualidad, quince de veinte países de América Latina cuentan con medidas de protección hacia la comunidad LGBTI, aunque solo unos cuantos han reconocido el matrimonio igualitario, entre estos están Argentina, Colombia, Costa Rica, Brasil, Ecuador, México y Uruguay (Muñoz-Pogossian, 2020). Varios artículos están destinados a la protección e igualdad de derechos de las personas con diversidad de orientación sexual y género, sin embargo, pese a los avances en materia de derechos, se debe reconocer que todavía persiste una resistencia hacia esta comunidad en muchos ámbitos y que la misma Constitución presenta contradicciones, por un lado, se pretende proteger y garantizar la igualdad de oportunidades, seguridad y derechos a la comunidad LGBTI y por otro, el Estado niega la posibilidad de adopción a las parejas del mismo sexo, alegando que este protege a los núcleos familiares, constituidos únicamente por un hombre y una mujer (Bowen, 2017).

Sobre el colectivo LGBTI se han realizado algunas investigaciones en Ecuador (INEC, 2018; Álvarez, 2017). Los estudios asociados al tema, son necesarios para visibilizar a la comunidad, normalizar su existencia y potenciar políticas públicas que velen por sus derechos. Sin embargo, la información recolectada en estudios, habla mayoritariamente sobre el colectivo LGBTI en general o sobre hombres homosexuales, mientras que, acerca de las mujeres lesbianas, la

información resulta más escasa. Este fenómeno ocurre a nivel global, como lo menciona Rosser (1993), quien, a través de su estudio, muestra la falta de información publicada sobre lesbianas y hace una mención especial a los temas de salud que necesitan mayor atención. La autora explica que en una cultura heterosexista, se toma como referencia al hombre homosexual, dejando de lado al resto de miembros de una comunidad.

Dentro del cuidado de la salud, es importante mencionar la importancia de la salud mental. Sin duda, se considera que el acceso a servicios de psicología, resulta esencial para mantener una vida sana. Para esto, se debe garantizar la prestación de servicios de calidad a toda la población por igual. Lamentablemente, estudios refieren que la atención al colectivo LGBTI resulta muchas veces en procesos descuidados y hasta contraproducentes para el paciente. En un estudio realizado sobre la salud mental en el colectivo LGBTI en Estados Unidos, Levounis & Anson (2012), mencionan que los psicoterapeutas no están exentos de los sesgos y prejuicios que socialmente se tienen sobre las diversidades sexuales y que, a su vez, la internalización de los estigmas o las expectativas negativas que puede tener el paciente frente al comportamiento de su terapeuta, comprende una dificultad para pedir atención profesional cuando lo requieran (Martínez et al., 2018).

En nuestro país siguen siendo escasos los estudios que proporcionen un contexto referente a la salud mental de los miembros de la comunidad LGBTI y los existentes son relativamente nuevos. Se puede, por ejemplo, el estudio de Guarderas (2018), «De las interpelaciones por transparencia u opacidad: La atención a las diversidades sexo genéricas en Quito», donde se cuestionan las prácticas psicológicas y sus efectos en relación sobre los pacientes de diversidad sexual. Algunos de los testimonios recolectados en la investigación, indican que existen maneras inaceptables en las que los psicólogos, tratan la orientación sexual de sus pacientes, tachándolas

como una situación incorrecta, que hay que reparar o disciplinar. Además de esto, el estudio concluye que debido a la mirada reduccionista que se tiene sobre la violencia de género, los miembros del colectivo LGBT, no disponen de suficientes servicios de atención psicológica de calidad. En esta misma línea investigativa, cabe mencionar la propuesta de Zúñiga-Salazar et.al., (2021) sobre los Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador. En este estudio el autor menciona los múltiples beneficios que trae el uso de los servicios terapéuticos afirmativos, favorecen a la estabilidad emocional de los consultantes y ayudan a la naturalización de la expresión de la diversidad humana, generando un cambio clínicamente significativo en el malestar psicológico de los pacientes de diversidad sexual.

Si bien pertenecer a la comunidad LGBTI no significa que necesariamente el individuo deba presentar problemas de salud mental, se debe recordar que las personas de este colectivo demuestran mayor propensión a verse afectados. Por este motivo, el profesional de la salud mental que esté a cargo de llevar el proceso terapéutico de un paciente LGBTI, necesita estar altamente calificado para ayudar al paciente (Lytle et al, 2014).

En Ecuador, el Ministerio de salud Pública, refiere al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), como referente para dar atención a pacientes de este colectivo. Aquí se menciona que se debe dar un enfoque que tome en consideración a la familia y sociedad y a las necesidades especiales de cada persona. El Ministerio de salud Pública, advierte que existen diversas barreras que hacen que los servicios de salud mental no lleguen, en la capacidad que deberían, a las poblaciones de diversidades sexuales y que esto se debe a los sesgos religiosos que los psicólogos pueden tener; a los roles de género que se supone deben cumplir y que les detiene a la hora de pedir ayuda psicológica por vergüenza o miedo; y a la falta de inclusión que presentan

los sistemas de salud en general en el país, es decir, los médicos, en todas las ramas, consideran que todo paciente tiene una orientación heterosexual y brindan atención a partir de esa suposición. Este hecho causa incomodidad en el paciente y provoca la evitación de servicios de salud, incluido el psicológico (Atención en salud a personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersex, 2016)

Todos los hechos antes mencionados, generan diversos cuestionamientos sobre la labor que realizan los terapeutas frente a sus pacientes LGBTI. ¿Están capacitados para guiar un proceso terapéutico con un paciente homosexual?, ¿Reciben atención de calidad estos pacientes?, ¿Cuáles son los sesgos que interfieren en la labor del psicólogo y cómo afectan estos en su ejercicio profesional? Frente a estas interrogantes, se ha sintetizado el problema en la pregunta ¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen los psicólogos clínicos sobre la comunidad LGBTI y en especial sobre las mujeres lesbianas?

1.2. Justificación.

En los últimos años, los derechos LGBTI en Latinoamérica han progresado significativamente. Particularmente en Ecuador, se ha recorrido un largo camino en materia de derechos, desde la despenalización de la actividad sexual entre personas del mismo sexo, en 1997, hasta la reciente aprobación del matrimonio igualitario, en 2019. A nivel constitucional, el Estado reconoce y protege los derechos de los ciudadanos pertenecientes a este colectivo. A pesar de estos grandes avances, la aceptación social de la comunidad LGBTI todavía es limitada (López, 2019). Aún se puede evidenciar discriminación en diversas áreas, exclusión en espacios públicos, laborales, educativos e incluso maltrato en cuanto a la atención médica.

Las prácticas de psicología clínica son especialmente importantes porque ayudan a promover la salud de las personas LGBT y prevenir la violencia contra ellas. Sin embargo, precisamente este colectivo es el que se encuentra mayormente insatisfecho con este servicio de salud (Bonamigo, 2018). Actualmente, en Latinoamérica, existen estudios muy limitados acerca de la atención profesional en psicoterapia a pacientes homosexuales y dentro de los pocos que se han realizado (Rincón, 2020), se refiere lamentablemente la presencia de actitudes homofóbicas en estudiantes y profesionales de las carreras de psicología.

Concretamente, respecto a la situación de las mujeres lesbianas, a nivel nacional, el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) realizó en 2002 un estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador. En este estudio participaron 2801 personas. Los resultados indican que el 73,7 de las participantes lesbianas ha sufrido discriminación. Además, se menciona que el 26,4% de ellas ha experimentado actos de exclusión y 47,7% vivió algún tipo de violencia física. En general, es importante mencionar que los estudios sobre mujeres lesbianas en Ecuador son limitados y abarcan en su mayoría el tema desde un punto de vista legal o de salud pública, sin embargo, existen muchos otros puntos de vista desde los que se puede abordar el tema y que pueden favorecer un conocimiento más sólido de la población.

Por todos estos antecedentes, resulta importante realizar una investigación que aporte al estudio de la comunidad LGBTI, su desarrollo y su aceptación en la sociedad actual. Así, la presente investigación pretende develar las representaciones sociales que tienen los profesionales de la salud mental sobre los pacientes homosexuales y cómo los criterios personales pueden influir en la atención que están brindando. En ese sentido, este estudio pone especial énfasis en las mujeres

lesbianas, pues a pesar de los avances inclusivos mencionados anteriormente, factores como el machismo y el androcentrismo contribuyen a visibilizar más a los hombres gais, dejando de lado a las mujeres homosexuales. Así, la recopilación de información para este estudio y el análisis realizado a partir de ella, apuntan a contribuir con las investigaciones sobre la comunidad homosexual, a darle visibilidad y a apoyar los derechos de este colectivo para vivir en una sociedad más justa e inclusiva.

1.3. Delimitación

La presente investigación se realizó con la ayuda de diez psicólogos y psicólogas clínicas en la ciudad de Ambato. La característica en común de todos los participantes seleccionados fue que todos ellos realizan procesos terapéuticos y que han trabajado previamente con miembros del colectivo LGBTI y específicamente con mujeres lesbianas. Se consideró importante para enriquecer la información recolectada, que los participantes provinieran de distintos sitios de trabajo. Así, ocho de ellos brindan atención terapéutica en consultorios privados, ubicados alrededor de toda la ciudad; y dos de ellos en una Institución pública, el Hospital Regional Docente Ambato, específicamente en el área de psicología. El acceso a consulta psicológica privada varía entre los 30 y 40 dólares por sesión de entre 45 minutos y una hora, mientras que, solamente en el Hospital Regional, la consulta es gratuita, pero la lista de espera de pacientes es muy extensa y la duración de tiempo por sesión es de apenas 25 minutos.

Las entrevistas se realizaron en un período de dos semanas vía zoom con ocho de los participantes y con dos de forma presencial, en sus lugares de trabajo. La duración de las entrevistas fue de entre una y dos horas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Develar los elementos que conforman las representaciones sociales que los psicólogos y psicólogas clínicas tienen acerca del lesbianismo, en particular, y la homosexualidad, en general, para determinar cómo estos influyen en su atención profesional.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar las imágenes que los psicólogos y psicólogas clínicas tienen respecto a los pacientes de orientación homosexual.
- Determinar la información que los psicólogos y psicólogas clínicas tienen referente a la homosexualidad y en especial sobre el lesbianismo.
- Reconocer las actitudes que los psicólogos y psicólogas clínicas adoptan durante su atención a pacientes homosexuales y en especial a mujeres lesbianas.
- Identificar los efectos de las RS en el proceso psicoterapéutico brindado a pacientes homosexuales.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Los discursos asociados al colectivo LGBTI y específicamente a mujeres lesbianas, comprenden una serie de expresiones y conceptos construidos a lo largo del tiempo, siendo las condiciones de vida de este grupo caracterizadas por ser algo invisibilizado, penalizado y violentado. Dichos elementos resultan poco claros para la sociedad, ya que han sido tratados como tabús y relegados por mucho tiempo como un asunto irrelevante. Es poco lo que se conoce acerca

de la realidad de las personas LGBTI en el país. Respecto a salud mental, existe escasa información sobre el tema, por lo que resulta necesario contribuir con investigaciones para dar notoriedad al colectivo LGBTI, normalizar su existencia en la sociedad e incrementar la protección de los derechos humanos que les corresponden a través de políticas públicas (Álvarez, 2014).

Históricamente, Ecuador ha atravesado por varios cambios y reformas constitucionales respecto a las personas LGBTI para la garantía del cumplimiento de los derechos inherentes a cada ciudadano ecuatoriano. Hasta 1997, el ser homosexual era un delito. En los años 80 y 90 se vivió un intenso periodo de persecución y aprehensión por parte de los cuerpos de seguridad del Estado hacia homosexuales, lesbianas y transexuales. Judith Salgado (1997) en su estudio sobre la interpretación de inconstitucionalidad de la homosexualidad en Ecuador, analiza desde el punto de vista penal, las leyes y métodos utilizados hasta 1997 en Ecuador, para castigar a los homosexuales por su orientación. El estudio relata las represalias avaladas por el Estado, que la comunidad LGBTI sufrió y, además, devela la homofobia que subyace hasta la actualidad. Para entonces, el contexto de violencia era favorecido por una cultura agresiva y represiva por parte de funcionarios policiales y militares, debido a la existencia del artículo 516 del Código Penal que tipificaba las prácticas homosexuales como un acto delictivo, lo cual ratificaba que estas personas no eran consideradas sujetos de derechos.

Ecuador ha tenido intensas movilizaciones durante la última década del siglo XX, entre ellos diferentes actores como gays, lesbianas, transexuales y transgéneros se articularon y movilizaron para respaldar la propuesta de despenalización de la homosexualidad, para exigir el acceso a los mismos derechos que el resto de la ciudadanía, sin ningún tipo de discriminación por su orientación sexual. Es en la Constitución de 1998 cuando se da la despenalización de la

homosexualidad, logrando así la prohibición de discriminación basada en orientación sexual en favor de gais, lesbianas, y bisexuales (no así para los transexuales). Sin embargo, el Tribunal de Garantías Constitucionales decidió que a partir de ese momento las personas homosexuales si bien no serían considerados delincuentes, si se les consideraba enfermos al señalar a la homosexualidad como una patología que requería atención médica (Garrido, 2017). Quizás el verdadero logro de este hecho no fue necesariamente el resultado, sino el proceso, las alianzas y las estrategias que posicionaron demandas sobre la ciudadanía sexual.

A partir de allí continuaron los esfuerzos para lograr la legalización de las uniones de hecho en el año 2008, el reconocimiento de la unión de hecho homosexual como un quinto estado dentro del Código Civil, además de la inclusión del género opcional en el año 2016 para el reconocimiento de la identidad de género de las personas transexuales (Botello & Guerrero, 2018), hasta llegar finalmente a la legalización del matrimonio igualitario el 12 de junio de 2019. Estos sucesos significaron sin duda, a nivel legal, grandes avances para el colectivo LGBTI. Sin embargo, a pesar de los triunfos que se han conseguido a nivel legal y constitucional, es importante reconocer que esta minoría continúa sufriendo constantemente diferentes tipos de violencia que van desde las agresiones verbales y la discriminación hasta las agresiones físicas (Botello-Peñaloza, 2016).

Específicamente, en la provincia de Tungurahua, los estudios referentes a la comunidad LGBTI desde un enfoque psicológico, son escasos. La información existente respecto a estudios en esta población es mayoritariamente desde el enfoque legislativo. El estudio más próximo relacionado a la temática de intervención psicológica en personas del colectivo en el País es el realizado por Paz Guarderas (2018), llamado “De las interpelaciones por transparencia u opacidad: La atención a las diversidades sexo genéricas en Quito”, analizó como comprenden la violencia de

género quienes laboran en los servicios de violencia intrafamiliar con respecto a las diversidades sexuales. Concluyó que hay una tendencia a comprender la violencia de género desde una lógica binaria y en base a estereotipos heteronormativos, identificando que las personas pertenecientes a esta comunidad no asisten comúnmente a estos servicios y en los reducidos casos en los que si acuden a denunciar hechos de violencia intrafamiliar se omite las especificidades propias de dicha diversidad sexual. Por otro lado, el abordaje de aspectos psicosociales, como la calidad de vida (Sislema, 2018) y la identidad de género y resiliencia (Villaroel, 2020) han sido tomados en cuenta desde el punto de vista del trabajo social. En cuanto a las investigaciones relacionadas al ámbito de la salud mental, se pueden destacar algunos estudios, por ejemplo, Juana Vicuña (2017) realizó una investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en una población no heterosexual del cantón Quito. Los resultados mostraron que existe una incidencia alta de dichas enfermedades en el grupo de estudio. De una muestra de 201 participantes, el 34,3% presentó ansiedad y 20,9% depresión. De la misma manera, en una investigación realizada por de Jennifer Garofalo (2019), se evaluaron las estrategias de afrontamiento y niveles de estrés en personas lesbianas, gays y bisexuales de la Fundación Ecuatoriana Equidad en la ciudad de Quito. Después de aplicar varios reactivos psicométricos a 60 personas LGB, se evidenció que el 19,7% de la población tenía un nivel de estrés bajo, el 73,8% estrés medio y el 4,9% estrés alto; por factores asociados a su inclinación sexual. Finalmente, en el estudio realizado por Erika Quinde (2019) se evaluó la relación del auto concepto con la ideación suicida en personas de la comunidad LGBTI. Tras la aplicación de test psicológicos a 150 personas, se encontró que un 9,3% de los encuestados presentaban niveles de ideación suicida alta y 30% un nivel medio.

Entre otras investigaciones relacionadas al tema, cabe mencionar dos estudios realizados en la ciudad de Cuenca, ambos dirigidos a conocer a la actitud frente a las personas homosexuales

de estudiantes universitarios respecto al grupo LGBTI. El primero realizado por Ester Ojeda (2015), quien evaluó las actitudes frente a la homosexualidad de 179 estudiantes de psicología clínica, en el cual los resultados arrojaron la existencia de una serie de prejuicios y niveles significativos de homofobia frente al colectivo, por ejemplo: un alto porcentaje de los encuestados cree que la homosexualidad es cuestión de elección personal, un grupo de ellos piensa que la homosexualidad “tiene cura” y finalmente un grupo no tan extenso afirmó que respetaría expresiones de afecto entre parejas del mismo sexo mientras se exprese en el ámbito privado. El segundo estudio fue realizado por Pablo Matute (2018), que investigó cuál era el índice de tolerancia a las diversidades sexuales en una muestra de 447 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, los resultados obtenidos demostraron que un 94,9% tenía rasgos de tolerancia siendo las mujeres quienes tienen actitudes de tolerancia más altas en comparación con los hombres. También se encontró que un 5,1% presentaba rasgos de homofobia, así como la prevalencia en cuanto a pensamientos irracionales referentes a supuestas actitudes de personas homosexuales y lesbianas. Si bien la comparación de ambos estudios podría sugerir que el nivel de tolerancia ha variado positivamente en los tres años de diferencia entre ambas investigaciones, la presencia de homofobia y de prejuicios persiste.

Finalmente, al hablar salud y lesbianismo en el país, resulta indispensable mencionar la polémica alrededor de la vigencia de las clínicas de rehabilitación, lugares de los cuales se tiene conocimiento de su existencia desde el año 2001. Estos sitios particulares que, camuflados de clínicas de adicción de alcohol y otras drogas, aplican terapias de “deshomosexualización” mediante el uso de tratamientos de reorientación sexual a fin de “curar” la homosexualidad. En estas instituciones se ofrece a las familias revertir este comportamiento y/o normalizar a mujeres lesbianas, resultando en que las víctimas sean secuestradas para que ingresen de manera forzada y

en la mayoría de los casos en complicidad de sus padres. Una vez privadas de su libertad, se recurre a actos de tortura, humillación abusos físicos y sexuales como mecanismos denormalización (Ortiz & Vallejo, 2020). Cordero (2008), relata en su investigación, cómo en Ecuador, las mujeres transexuales, travestis y lesbianas han sido víctimas recurrentes de las mencionadas clínicas de deshomosexualización, haciendo énfasis en que los derechos civiles no son suficientes para garantizar la protección de estas mujeres y que es necesario por ello reforzarlos, hacerlos cumplir y darles visibilidad e importancia en los medios.

Según reveló un análisis presentado por el Taller Comunicación Mujer (2009), si bien en ningún momento la ley ecuatoriana ampara la “rehabilitación del homosexualismo”, para ese entonces existían 205 clínicas de rehabilitación de alcoholismo y drogodependencia, de las cuales solo un 70% presentan información sobre su constitución legal y mecanismos de operación, documentación que tiene vacíos informativos e irregularidades. El documento señala que se desconoce cuáles son las condiciones en las que atienden 161 clínicas (78% del total), siendo un 54,15% (111 en total) que no presentan información alguna, un 11,71% no están calificadas y 5,85% se encuentra obteniendo licencia. Eso quiere decir que solo un 25,36% de estas instituciones cuenta con todos los permisos legales de funcionamiento (Varea,S & Cordero, T, 2018).

Considerando lo antes mencionado, si bien la lucha de los movimientos LGBTI ha contribuido enormemente a la aceptación por parte de la sociedad y, a pesar de que en la última década se ha visibilizado/naturalizado la homosexualidad en los medios de comunicación, esto no implica que al momento que estos grupos tratan de pasar de la igualdad aparente a la igualdad real, en la vida cotidiana se presenten escenarios que impliquen el riesgo de ser rechazados, apartados o incluso violentados por quienes están en su entorno. En la sociedad ecuatoriana siguen existiendo

ciertos sectores de la población donde el acto de reconocerse con una orientación sexual distinta a la heteronormativa es un hecho que para la persona homosexual conlleva reflexionar premeditadamente sobre las repercusiones que eso le traerá a su vida. La decisión de “salir del closet”, ya sea en espacios familiares, sociales o laborales, sigue presentándose como una decisión rodeada de temor a las reacciones del círculo más cercano, revelando que lejos de ser algo percibido como normal, mantiene ese halo de revelación íntima que debe ser anunciada y advertida al otro, hecho que no se requiere al identificarse con una orientación heterosexual.

El Manual Diagnóstico y Estadístico V (DSM V), menciona que las personas LGBTI tienen un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos como depresión o ansiedad, que están asociados a sus experiencias de vida, por esto, es necesario asegurar que puedan acceder a servicios de atención psicológica de calidad. Así, a fin de lograr una atención adecuada, es en los espacios de salud mental donde cabe preguntarse: ¿qué representaciones sociales tienen los y las psicólogas clínicas respecto a la homosexualidad?, ¿estos discursos son neutrales y objetivos?, ¿acaso las estrategias terapéuticas empleadas se adaptan a las características de la población atendida?

3.2. Fundamentos teóricos

3.2.1. Definición de representaciones sociales

Las representaciones sociales (RS) surgen como un concepto que se sitúa entre la psicología y la sociología, y aparece por primera vez en 1961, con el psicólogo Serge Moscovici, que deseaba investigar el impacto de la realidad social en las personas y se inspira en los aportes de varios autores para la construcción de la base teórica de las representaciones sociales (Velázquez et al., 2013). Entre ellos, parte de los postulados de las representaciones colectivas de Emile Durkheim (1951), quien habla de una conciencia colectiva compartida entre las personas, ellas la

incorporaban y reproducían en su vida cotidiana a partir del comportamiento de sus pares. Esa conciencia colectiva se expresaba en lo cotidiano como una forma de saber normativo común en los miembros de una comunidad.

En 1979, Moscovici se refiere a las RS para designar una forma particular de conocimiento y construcción social, también conocido como pensamiento del hombre común. Respecto a esto el autor propone un acercamiento al concepto de representación social como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios. (Moscovici, 1979, pp. 17-18)

Siguiendo la misma línea, Jodelet (1984) describe a las RS como sistemas de referencia que permiten analizar los sucesos cotidianos y la realidad, lo que, a su vez, es una herramienta para la comprensión del entorno y la comunicación. Por consiguiente, es la forma en que los sujetos sociales entienden los acontecimientos que ocurren en su entorno y la información que circula alrededor de este. Asimismo, su construcción se da a partir de las experiencias, la información y los modelos de pensamiento percibidos y transmitidos socialmente entre los miembros del grupo social al que pertenecen.

A modo de síntesis, se puede decir que las representaciones sociales aluden a una forma de pensamiento social, un tipo de conocimiento socialmente elaborado y compartido, un instrumento de lectura e interpretación de la realidad que orienta las acciones entorno a ella. Es un pensamiento constitutivo y constituyente. Las representaciones componen una formación subjetiva de

pensamiento natural (el sentido común) en oposición al pensamiento científico. Es un modelo de conocimiento caracterizado por su espontaneidad y sus elementos afectivos, cognitivos y simbólicos, que dotan de sentido a la realidad social, convirtiendo lo ajeno en algo próximo y lo abstracto en lenguaje (Velázquez et al., 2013).

Finalmente, entre las características a considerar de las RS, hay que recordar que, al ser productos socioculturales, acompañan las circunstancias y condiciones de su producción, por esta razón contienen los elementos descriptivos de la sociedad en la que se encuentran. La importancia del análisis de las RS es muy amplia, principalmente, porque permite generar una mayor comprensión de los significados y símbolos que se usan a diario para describir la realidad.

3.2.2. Estructura de las RS

Serge Moscovici (en Velázquez et al., 2013) divide a las representaciones sociales en tres dimensiones: la actitud hacia el objeto, la información y el campo de representación, es aquí donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos que colaboran en la unidad funcional y organizada de una RS, a fin de dar una idea de su contenido y de su sentido.

La actitud. Expresa una valoración positiva o negativa al objeto de representación social, dotando a la representación de reacciones de tipo favorable o desfavorable con diversos grados de intensidad y dirección. La actitud orienta la acción y conducta de la persona hacia el objeto (sujeto, hecho o situación), dinamizando las conductas, inclusive sin tener información previa del mismo. Según Araya (2002), al ser la dimensión más primitiva, es la más reticente al cambio, y la más fácil de detectar.

La información. Es la organización de conocimientos que se tiene acerca de un objeto social representado, el tipo de datos y evidencias que se tienen de la realidad. Dicha información puede variar en cantidad y calidad, dependiendo de la pertenencia grupal e inserción social del sujeto. El origen mismo de la información puede variar según las vías de acceso a la misma, pues son mediatizadas por el contacto social y la relación que la persona establece con el objeto representado. La influencia de estos factores socio estructurales reflejan el carácter estereotipado o prejuiciado de estos datos que derivan en la actitud de cercanía o distancia frente al objeto.

Campo de representación. Refiere al modelo social de la representación. Remite al ordenamiento jerárquico interno de los componentes que conforman el contenido de dicha representación en torno al núcleo o esquema figurativo, confiriéndole significación a los elementos, de manera individual en una estructura funcional determinada (Knapp et al., 2003). La RS otorga información para la interpretación de los datos de la experiencia cotidiana, mediando entre el individuo y su entorno. La influencia entre los nuevos datos que se incorporan y los sistemas de pensamiento instituidos, es recíproca.

Finalmente, Araya Umaña (2002), menciona, citando a Moscovici: que el conocer o establecer una representación social, implica determinar tres campos, el de la información, que muestra lo que se conoce; el de actitud, que acude al comportamiento de la persona sobre el objeto de la RS; y el campo de representación, que interpreta e integra toda la información previa.

3.2.3. Funciones de las RS

Para la autora Maricela Perera (citado en Pérez, 2007) las principales funciones de las RS son:

- Funciones de saber: permiten integrar nuevos conocimientos, entender y explicar la realidad. Esta función permite integrar nueva información en el pensamiento social, facilitando la comunicación y las relaciones sociales.
- Funciones identitarias: definen la identidad de los grupos y permiten preservar su especificidad. Esta función, dependiendo del significado que se le asigne a la RS y la forma de inserción en el pensamiento social, situará a los individuos y los grupos dentro del contexto social.
- Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas. Esta función interviene sobre comportamientos y prácticas sociales, orientando las posturas que se pueden tomar en referencia al objeto representado. Marca el propósito de ese momento.
- Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos. Esta función de justificación del comportamiento realizado hacia el otro grupo, también pueden ir evolucionando o modificándose y sirve de reforzamiento de la posición social de los grupos.

Finalmente podemos decir que otras de las funciones relevantes de las RS es que cumplen una función simbólica en la construcción de la realidad y cumplen un papel activo en el control y regulación social, por la cual permite que las personas acepten la realidad social instituida, en función de que el sujeto se integre en la condición social a la que pertenece (Ibáñez, 1988).

3.2.4. Organización de las RS

Según Abric (2001), las representaciones sociales están compuestas de un núcleo central que está rodeando de un sistema de ideas periféricas. El núcleo central corresponde a la idea más

estable a partir del cual nacen el resto de las ideas. Mientras que el sistema periférico está compuesto por elementos más variables que dan contexto al núcleo central. Las ideas periféricas son más flexibles y ayudan a sostener la idea central y brindan información adicional sobre eventos sociológicos o históricos de un colectivo (Vergara, 2018).

La primera característica de los elementos centrales, es su poder asociativo, es decir, tienen la característica de enlazarse con muchos otros que se disponen a su alrededor y también con otros elementos centrales. A las ideas centrales conectadas entre sí, se les conoce como sistema central. Otra característica importante es la consensualidad, que indica que los elementos centrales son pensados de la misma forma en que lo hace la población, es decir, se respetan las ideas que evoca un tema en la mayoría de personas. La consensualidad permite la cohesión del pensamiento colectivo. Finalmente, se puede mencionar a la estabilidad como característica inherente al núcleo central. Independientemente del contexto, los elementos centrales permanecerán iguales o serán concebidos de la misma forma por la población; esto marca una diferencia con el sistema periférico, que depende netamente de las circunstancias, es decir, cuando las situaciones son diferentes frente a un evento, las ideas periféricas se ven afectadas (Wolter, 2018). Además, sobre el sistema periférico, se debe enfatizar que no resulta secundario para las RS. Estos elementos permiten a las RS que exista flexibilidad y adaptabilidad del pensamiento a la singularidad de las diferentes situaciones. Solo la cohesión entre los dos sistemas, permite organizar a las ideas, metáforas, creencias y pensamientos que comprenden a las RS y que comprenden, a su vez, herramientas de comunicación entre comunidades (Wagner & Hayes, 2005).

3.2.5. Psicología crítica: la “neutralidad” de la psicología y su relación con la homosexualidad

Una de las características principales de los profesionales de la salud mental es la neutralidad, es decir, la capacidad de brindar atención psicológica libre de prejuicios, a cualquier individuo. Al hablar de un tema de salud, se considera necesario separar las creencias personales o valores morales del profesional. Este ejemplar de terapeuta requiere un esfuerzo consciente para no dejar que sus actitudes y valores influyeran el trato con el paciente. A pesar de esto, este ideal de trato profesional no siempre se cumple, existiendo sesgos de diferentes tipos durante la atención médica, aunque resulta difícil saber si dicho sesgo proviene de un pensamiento consciente o se da de manera involuntaria.

En un análisis realizado por Snowden (2003), acerca del sesgo en la evaluación e intervención de salud mental, se reveló la existencia de disparidades en el acceso, tratamiento y calidad de la atención psicológica. Entre los factores que provocaron dicha desigualdad en el trato al paciente, se mencionan a la raza, el estatus socioeconómico, la religión y la orientación sexual. Así, la intervención de los criterios personales de los psicólogos con sus pacientes resulta un ejercicio más común de lo que se aparenta y consecuentemente, esto genera deficiencia en la efectividad de la práctica terapéutica.

Es por este motivo que la rama de la psicología crítica ha tomado importancia en las últimas décadas. La psicología crítica pretende cuestionar a la psicología convencional y sus métodos, así, mientras la psicología históricamente ha estudiado a las personas, la psicología crítica pone su atención en el estudio de los mismos profesionales de la salud mental (Pavón-Cuéllar, 2011).

Rozental et al. (2016) mencionan que el tratamiento psicológico trae consigo múltiples beneficios para el paciente, sin embargo, es importante considerar que también puede ocasionar efectos negativos cuando no es utilizada apropiadamente. Entre los efectos adversos Arrimada

(2018) señala que pueden conllevar las malas prácticas psicológicas, se menciona a la dependencia y/o agotamiento emocional, el incremento de dificultades en cuanto a establecer relaciones interpersonales o la intensificación de los síntomas que, en primer lugar, llevaron al paciente a terapia, usualmente ansiedad o depresión. Para evitar esto, menciona el autor, es importante realizar un constante monitoreo del avance del paciente. La mala praxis en psicoterapia puede ocurrir por diferentes motivos entre los que se encuentran, la inexperiencia del profesional, el desconocimiento sobre algún tema en particular, el abuso de autoridad, el incumplimiento de los acuerdos con el paciente, etc. (Arrimada, 2018).

A pesar de que el modelo psiquiátrico considera hoy a la homosexualidad como una orientación normal, esta consideración no los libera de los prejuicios que todavía persisten. La psicología crítica juega un rol muy importante en la actualidad cuando se le relaciona con las diversidades sexuales. En el área de diversidad sexual, ha cuestionado principalmente cómo la psicología convencional minimiza la importancia de las diversas manifestaciones de sexualidad en la sociedad y cómo se oscurece el papel que tuvo el conocimiento psicológico en la producción de identidades sexuales. Por ejemplo, la producción de conocimiento psicológico sobre el lesbianismo se describía como una enfermedad producto de una infancia perturbada o de una falla genética (McGuire, 1995). La construcción del lesbianismo como una patología, permitió que las ciencias humanas, generen un medio para controlar y manejar esta orientación sexual (Kitzinger, 1987).

Michel Foucault (1982), en su libro *El sujeto y el poder*, habla de la despolitización e individualización de la sexualidad por parte de la psicología. El autor enfatiza el impacto de las fuerzas económicas, sociales y políticas influyen en la manifestación de las sexualidades y cómo el entendimiento de estas puede verse afectado por el misticismo que existe alrededor del tema y

por la deformación de las representaciones que se les impone a las personas. De la misma manera, en el libro *Historia de la sexualidad*, Foucault (1977) expone cuatro discursos que pretenden brindar un entendimiento alternativo a la sexualidad de lo que la psicología convencional ofrecía hasta el momento. Estos trataban el reconocimiento del cuerpo femenino como “saturado de sexualidad” y, por tanto, propenso al trastorno psiquiátrico; el descubrimiento de una sexualidad inmadura en los niños que debe ser regulada; la problematización económica y política de la reproducción que hizo de la maternidad un problema para la sociedad y la opinión de que los instintos sexuales estaban separados de otros impulsos biológicos o psicológicos y sujetos a anomalías específicas. A través de estos discursos, Foucault exhibió críticamente la cultura opresiva y discriminatoria con la que la sexualidad estaba normada (Grow, 2018).

A través de estos antecedentes sobre la sexualidad a través de la historia, se puede develar que esta se encuentra sujeta a muchos factores sociales que determinan las normas que deciden lo que se considera “adecuado” o “inadecuado” en esta materia. La internalización de estos conceptos tiene como consecuencia la producción de prejuicios que, en el caso del ejercicio profesional de la psicología, puede traer consecuencias negativas sobre todo en los individuos que desafían la heterosexualidad. Por este motivo, las corrientes de la psicología crítica o de la psicología afirmativa, que ofrece conocimiento específico sobre la diversidad sexual y de género, resultan importantes. Estas corrientes tienen como factor en común, rechazar la visión estrictamente científica de la psicología convencional para explicar las sexualidades, y la necesidad de incluir conceptos sociales y culturales que estructuran el pensamiento colectivo y que son esenciales a tomar en cuenta en las luchas sociales en contra de la discriminación hacia la comunidad homosexual (Nell, 1996).

3.2.6. La patologización de la homosexualidad

En 1973, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) eliminó el diagnóstico de “homosexualidad” de la segunda edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM). La inclusión de la homosexualidad en la lista de enfermedades mentales significó un gran estigma para la comunidad homosexual y que desembocó en la lucha del movimiento gay para revocar esta decisión (Baughey-Gill, 2011). Así, la resolución de quitarla de la lista fue tomada después de comparar diversas teorías sobre las causas de la homosexualidad y llegar a aceptarla como otra orientación sexual normal (Drescher, 2015). Antes de esto, la homosexualidad era considerada una patología causada por algún defecto interno o externo que llevaba al individuo a desviarse de la heterosexualidad, considerada en ese entonces como la única orientación sana. Entre los factores que se creía podían desencadenar dicho “defecto” se encontraban el desbalance hormonal, la inadecuada paternidad/maternidad o los abusos sexuales (Drescher, 2009). Por otra parte, en 1990 la OMS (Organización Mundial de la Salud), empezó la tarea de excluir permanentemente a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud y expandir esta iniciativa a diversas organizaciones científicas del mundo (OMS, 1992).

Un enfoque importante para considerar cuando se habla de la patologización de la homosexualidad es el llamado modelo biomédico. El modelo biomédico plantea que cualquier enfermedad es un desorden de la naturaleza física humana y que, por lo tanto, es examinable. De acuerdo con este modelo, se considera la existencia del binarismo homosexualidad/heterosexualidad, al igual que considera el de salud/enfermedad (Menéndez, 2020).

En 1963 Michel Foucault, en su libro *El nacimiento de la clínica*, se adentró en el concepto del modelo biomédico, resaltando que, en la rigidez del discurso médico, existe una incapacidad de considerar interpretaciones sociales y culturales que están estrechamente relacionadas a los signos de enfermedad y dolencia. Respecto a esto, se referencia a la importancia de no reducir al sujeto a un conjunto de síntomas, ni tampoco el de maximizar la importancia de estos y olvidar el resto de los factores influyentes un individuo (Oña, 2018).

A finales del siglo XVIII, se dieron muchos cambios en las estructuras discursivas de la biomedicina occidental, así como también en sus prácticas. Esto significaba, que la biomedicina dejó de preocuparse solo por el conjunto de conocimientos y técnicas para tratar enfermedades, sino que también, había asumido una postura normativa, autorizada a dictar estándares de las relaciones físicas y morales de los individuos (Foucault, 1963 en Oña, 2018). Los círculos médico y jurídico forman la base de los derechos ciudadanos, la fusión entre los dos resultó importante en el siglo XIX ya que el conocimiento biomédico se convirtió en una autoridad social con el poder de determinar lo “correcto” en el área de la sexualidad, y a su vez, este criterio estaba sesgado por tendencias políticas que influyeron en el poder colonial y los movimientos fascistas en Europa. Así, es importante recordar que este prominente cambio en el discurso biomédico, asociado a la política, fue el que dio paso a catalogar a la homosexualidad como una patología (Spurlin, 2019).

El modelo biomédico ha sido muy criticado en las prácticas de salud mental. Mishler (1981), habla de “asunciones silenciosas”, refiriéndose a principios epistemológicos en los que se basa la biomedicina y que suponen ser objetivos e incuestionables. Sin embargo, estos conceptos no son totalmente aplicables cuando se trata de enfermedades mentales. La biomedicina asume que la enfermedad se presenta con los mismos síntomas indistintamente del contexto histórico o

cultural del individuo, lo que claramente no es real al considerar enfermedades psiquiátricas. También, este autor pone en duda la llamada neutralidad científica e introduce la idea de que más bien, la biomedicina tiene su propia interpretación de la realidad que es imprecisa porque no toma en cuenta aspectos sociales, educativos, económicos, culturales, etc. que sin duda tienen relación con el desarrollo de enfermedades mentales en la población.

Estos antecedentes demuestran que el modelo biomédico relacionado al entendimiento de la homosexualidad, lejos de eliminar sesgos y juicios, parece más bien haberlos reforzado, por lo que los pacientes LGBTI se muestran reacios a hablar con sus proveedores médicos por miedo a la discriminación lo que encarece el servicio de salud que recibe esta comunidad. A lo largo del tiempo, el modelo biomédico ha permitido recolectar múltiples conocimientos sobre diversas patologías, pero también ha patologizado sistemáticamente la homosexualidad, lo que ha llevado al desarrollo de tratamientos que atentan en contra de los derechos humanos, tales como las terapias de conversión y de manera más general, a la prevalencia de estigmas médicos y sociales que ponen en riesgo a la comunidad LGBTI (Eckstrand, 2014).

3.2.7. Homosexualidad y roles de género

Las teorías sobre la homosexualidad siempre han estado ligadas a los roles de género preconcebidos por la sociedad. Las ideas sobre cómo debe ser un hombre o una mujer son creencias muy poderosas en las personas. Así, la mayoría de las culturas permiten la existencia únicamente de dos sexos, hombres o mujeres y se espera que ellos cumplan los roles asignados durante toda su vida (Drescher, 2015). De esta manera, los hombres son percibidos como figuras protectoras, fuertes y proveedoras, mientras que las mujeres como individuos más débiles, con predisposición a cuidar de los demás y predeterminadas a ejercer la maternidad. Y por supuesto, una de las

creencias más comunes y arraigadas es que los dos sexos son complementarios. Las normas de género se encuentran presentes en casi todos los aspectos de la vida, la ropa que debe escoger un hombre o mujer, la carrera profesional más adecuada para cada sexo, el comportamiento frente a diversas situaciones, la capacidad de demostrar emociones o llorar, entre muchos otros. Y, a su vez, estas normas de género determinan las creencias sobre la sexualidad, donde se reivindica un sistema heteronormativo. En la mayoría de las culturas, se intenta preservar dicho sistema a través de conductas asociadas a los roles de género, por ejemplo, se entiende como una característica positiva la hipermasculinidad o hiperfeminidad (Nagoshi et al., 2008).

Estas creencias impactan directamente en la aceptación que tienen los hombres gays y mujeres lesbianas en la sociedad. En un estudio realizado por Laura Bettinsoli (2019) acerca de las actitudes hacia hombres y mujeres homosexuales, se descubrió que los hombres gays son más rechazados que las mujeres lesbianas en 23 países, entre los que se encontraban, representando a Latinoamérica, Argentina, México, Perú y Brasil. El estudio revela que las normas de género resultan más estrictas para los hombres, lo que acarrea consecuencias más severas en comparación con las mujeres (Bettinsoli, 2019). Otro estudio realizado en Estados Unidos (Herek, 2002) ratifica que los hombres son los más propensos a ser víctimas de prejuicios sexuales, pero también son los mayores perpetradores de dichos prejuicios.

A lo largo de varios estudios se ha investigado la influencia de diferentes factores tales como sexo, religión, ingresos salariales o seguridad social para correlacionarlos con el rechazo o aceptación de la homosexualidad. Adamczyk y Pitt (2009) encontraron en su estudio que la población autodenominada como religiosa en Estados Unidos tendía a tener más prejuicios sexuales. De la misma forma, se concluyó que los países con más inseguridad social también

tienden a ser más homofóbicos que los países más seguros y estables económicamente. A nivel de Latinoamérica, el estudio de Rincón (2020) realizado en Bogotá a un grupo de estudiantes de psicología, muestra resultados muy similares. En esta investigación, los individuos identificados como creyentes practicantes obtuvieron la menor puntuación de todas en cuanto a tolerancia de parejas homosexuales cuando se les comparó con no creyentes. En cuanto al sexo, las mujeres mostraron mayor aceptación a las parejas homosexuales, comparadas con los hombres.

Por otra parte, dentro de las parejas del mismo sexo, los roles de género juegan un papel diferente al de las parejas heterosexuales. En ellas se observa que existe menos influencia de los roles de género tradicionales. Esto se podría explicar debido a que la internalización de determinadas conductas asociadas al género, tiene como modelo a parejas heterosexuales, por lo que las parejas del mismo sexo son menos propensas a replicarlas en sus relaciones íntimas (Marecek et al., 1982). De la misma manera, un estudio realizado por Baxter (2017), sobre la calidad de las relaciones íntimas entre parejas del mismo sexo en Inglaterra y Australia, encontró que las parejas del mismo sexo reparten los trabajos domésticos de forma más equitativa, tienen roles de género menos definidos y tienen una alta calidad de relaciones en pareja, igual de buenas que en las parejas heterosexuales en el Reino Unido y aún mayor en Australia. Este estudio contribuyó a desmentir los prejuicios que existen sobre las parejas del mismo sexo, como una alta conflictividad, disfuncionalidad o incluso, infelicidad.

A pesar de que los roles de género resultan menos influyentes en las parejas homosexuales, existen todavía conductas que se adhieren a ellas. Así lo demuestra un estudio realizado por Luz María Galindo (2017). El objetivo de este estudio fue observar las creencias acerca de cómo las parejas dividen los quehaceres domésticos y el cuidado de los niños. En las parejas heterosexuales,

el 75% de las mujeres estudiadas, eran responsables de las tareas del hogar, tales como lavar la ropa, asear la casa y cuidar de los niños, mientras que, en parejas del mismo sexo, el 62% de estas tareas eran delegadas al compañero “más femenino”. Aunque la cifra reflejada es menor, aún se puede notar la influencia del modelo heterosexual en las parejas del mismo sexo. El estudio determinó que, en cierta medida, todavía se utiliza el mismo razonamiento heteronormado para determinar la asignación de quehaceres domésticos en parejas homosexuales. Cabe mencionar que la heteronormatividad es entendida como el privilegio del que gozan las personas heterosexuales porque culturalmente, esta orientación es percibida como lo natural o normal. Asimismo, la heteronormatividad, está estrechamente vinculada a actitudes y fenómenos sociales determinados por roles de género, donde los hombres se consideran el género dominante y a las mujeres como intrínsecamente sumisas (Ferrari, 2021).

3.2.8. Invisibilidad de las mujeres lesbianas

Es notable que, en muchas culturas, las mujeres no gocen de los mismos derechos y oportunidades que los hombres. Los roles de género determinan la asignación de las tareas asociadas a cada uno de ellos. A las mujeres, la mayoría de las veces, se les asigna los roles de cuidado de la casa y de maternidad, lo que limita sus oportunidades de crecimiento laboral y consecuentemente sus remuneraciones económicas. A pesar de que las mujeres representan no menos de la mitad de la población mundial y de que realizan el 53% de la carga total del trabajo del mundo, tienen muy escasa participación social, sobre todo en posiciones de liderazgo, medios de comunicación y política, además cargan con el estigma de muchos estereotipos que alimentan la desigualdad de género (Martínez, 2009). Todos estos factores conducen a la invisibilidad de las mujeres en la sociedad y que afectan negativamente todos los aspectos de su vida. Por ejemplo, en

un estudio sobre el androcentrismo en la ciencia, se contabilizaron los artículos científicos indexados a la base de datos Scopus, realizados por hombres y mujeres desde 1996 hasta 2020. El estudio reveló que, en la actualidad, existen más publicaciones asociadas a mujeres que con hombres y que el índice de publicaciones desde 1996 hasta 2020, se ha emparejado progresivamente entre los dos géneros. A pesar de esto, se menciona, los hombres se consideran más representativos en este campo, lo que se debe a un fenómeno de androcentrismo en la ciencia (Thelwall et al., 2022). La invisibilidad de las mujeres, sin duda, incrementa las situaciones de injusticia social lo que constituye un problema grave. Por otra parte, en adición a la invisibilidad de las mujeres, suscita otro problema de desigualdad en cuanto a las mujeres lesbianas, quienes sufren de una doble exclusión por su condición de mujeres y por su preferencia sexual.

Las lesbianas han existido por miles de años, no obstante, las representaciones de ellas en medios de comunicación han sido escasas o nulas. Adrienne Rich (1980), explica como la sexualidad femenina está estrechamente ligada a una orientación heterosexual. La autora menciona que la heterosexualidad ha sido impuesta y forzada a las mujeres, lo que trae como consecuencia que la homosexualidad femenina, sea considerada como antinatural y sea marginada. El lesbianismo se ha minimizado y ocultado por mucho tiempo por lo que las mujeres pertenecientes a este grupo resultan invisibles en todos los espacios que se puedan pensar, laborales, educativos, mediáticos, etc. Este fenómeno se puede deber a varias razones. A las mujeres lesbianas no se les identifica dentro de la categoría de mujeres. Esto está directamente ligado a que, bajo las normas heterosexistas de la sociedad, las mujeres están estrechamente vinculadas a una relación con un hombre o con sus hijos y el desapego a la idea del rol de una mujer en el núcleo familiar, deja a las lesbianas fuera de este grupo. Otra razón es que, a lo largo de la historia, ha existido una carencia de información sobre mujeres involucradas en relaciones del mismo sexo. Existen registros

policiales de hombres homosexuales y hombres transgénero, pero vagamente se menciona a las lesbianas (Wolfe, 1992). La dificultad que conlleva aceptar una preferencia sexual diferente a la heterosexualidad puede representar para las mujeres lesbianas una violación de su privacidad que les expone a múltiples prejuicios. Esta incomodidad o vergüenza, da frecuentemente como resultado la decisión por parte de las mujeres lesbianas a no compartir los eventos cotidianos de sus vidas y a permanecer en silencio, participando ellas mismas de su propia invisibilidad y aislamiento social (Saari, 2001).

Las consecuencias de esta invisibilidad son múltiples. Al no ser observadas, ni consideradas como parte de la sociedad, las secuelas se extienden a diversas áreas. Por ejemplo, a nivel de salud, las mujeres lesbianas no reciben la educación sexual necesaria para cuidar su bienestar físico y mental. Por esta carencia de información, entidades como la UNESCO, recomiendan la inclusión de programas de educación en diversidad sexual. A pesar de esto, en nuestra sociedad, resulta un dilema moral la inserción de este tipo de educación sexual, lo que limita y atenta en contra de los derechos LGBTI (Baruch, 2016). Además, Sáenz Buenaventura (1979) menciona que los conceptos de salud y enfermedad que se manejan en la sociedad están estrictamente normados por conceptos sexistas y clasistas, lo que ha llevado durante mucho tiempo a llamar “enferma” a una mujer que no cumple los aspectos sociales que se le asignan, como su feminidad, su capacidad reproductiva y por supuesto, su orientación sexual (Cabruja et al., 2005).

Por otra parte, el manejo de la violencia doméstica entre parejas de lesbianas resulta diferente y mucho menos eficiente en comparación con las parejas heterosexuales. Un estudio realizado por Messinger (2011) en Estados Unidos, reveló que las parejas homosexuales sufren de altos niveles de abuso y violencia íntima pero que denuncian en menor cantidad estos episodios.

El estudio, menciona, además, que la propiciación de esta violencia está estrechamente ligada a factores de estrés propios del colectivo LGB. De acuerdo con estos datos, otro estudio en parejas jóvenes del mismo sexo, realizada en Chile, muestran cifras altas de incidencia de episodios de violencia. El 80,5% de los encuestados, refirió sufrir de violencia psicológica; el 31,2% violencia física, y el un 48,8% violencia sexual (Mansilla et al., 2017). A pesar de estos datos alarmantes, las denuncias oficiales realizadas por parejas del mismo sexo son menores que las de parejas heterosexuales. Este fenómeno se puede deber a varios motivos, por ejemplo, la carencia de leyes protectoras para mujeres lesbianas víctimas de violencia doméstica y/o al miedo o incomodidad que conlleva aceptar una preferencia homosexual frente a autoridades legales (Moscati, 2016).

Las consecuencias que conlleva para las mujeres lesbianas aceptar públicamente su orientación sexual, se extiende a casi todas las áreas de sus vidas. Por este motivo, deciden invisibilizarse frente a sus familias, en sus trabajos o ámbitos educativos. Así, resulta indispensable realizar actividades inclusivas en la sociedad, tales como campañas educativas que derrumben estereotipos negativos para estas mujeres que empiecen a tener participación en la sociedad y que puedan ser representadas e introducidas en el medio donde se desenvuelven, volviéndolas individuos presentes y visibles (Asociación Transexualia, 2019).

3.2.9. Feminismo lésbico

El feminismo lésbico es una corriente del feminismo desarrollado durante las décadas de los 70 y 80 y que nació por la necesidad de visibilizar a las mujeres lesbianas en el marco de una sociedad heteropatriarcal que las castiga e invalida por su preferencia sexual. El feminismo lésbico se estructuró a partir de la inconformidad de las lesbianas frente al feminismo de la “segunda ola” y al movimiento gay.

El feminismo lésbico, se distingue del resto de corrientes porque intenta separarse de la política, cultura e instituciones de los hombres (Ellis, 2010). Las feministas lesbianas, además, luchan para que las relaciones entre personas del mismo sexo se consideren legítimas y utilizan su identidad sexual como base para la construcción de comunidades de apoyo y de acción colectiva. En la década de los 60, en Estados Unidos, las lesbianas se desenvolvían en una sociedad que las consideraba una amenaza para el bienestar de la familia tradicional, se creía que ellas padecían un trastorno mental, por lo que eran presionadas a mantener sus preocupaciones sociales, legales y económicas en privado. El feminismo lésbico representó para estas mujeres, la posibilidad de liberarse de la dominación masculina y heterosexista y abogar por la igualdad (Valk, 2018).

En 1980, la autora Adrienne Rich, en su artículo “La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana”, abordó a la heterosexualidad como una imposición de la sociedad sobre la que las mujeres no tienen una opción, sino que se les presenta como una demanda social, al igual que la maternidad. Rich (1980) pone énfasis en aclarar que la iglesia, familia y las costumbres ponen al deseo sexual y al afecto como procesos derivados estrictamente de las relaciones heterosexuales y que esta creencia es tan fuerte que ha sido representada siempre de la misma manera, excluyendo por completo a la homosexualidad. Al entender a la heterosexualidad como una institución política que es usada para ejercer poder en un sistema opresor para las mujeres y en especial para las mujeres lesbianas, la autora dio cabida para replantearse que la heterosexualidad no es la única orientación “natural” y que resultaba necesario dejar de entender al lesbianismo como una desviación o anomalía. En su trabajo “La mente recta”, Wittig (1992) explica que las mujeres solo existen en la sociedad a través de su relación con los hombres, consecuentemente, las lesbianas, al salirse de la norma heterosexual, no pertenecen a esta categoría. Al igual que Rich, Wittig también concebía la heterosexualidad como un régimen político, utilizado para ejercer poder

sobre las mujeres. Así, también considera que es necesario destruir el sistema heterosexual y junto con este las categorías de hombre y mujer para lograr la libre expresión de la identidad. Dentro del contexto geográfico de América Latina y el Caribe, destaca la activista feminista lesbiana Ochy Curiel (2007), quien describe a la heterosexualidad como una norma patriarcal que es utilizada para lograr la subordinación de las mujeres. La autora menciona que el feminismo radical pasado logró que algunas mujeres lleguen a posiciones de poder, sin embargo, se sigue la misma línea racista, sexista y clasista. Menciona, por ejemplo, que las supuestas políticas de género instauradas con la finalidad de lograr la igualdad entre hombres y mujeres, no ha generado cambios verdaderos. Así lo demuestra la creciente ola de feminicidios, el incremento del índice de pobreza de las mujeres en Latinoamérica y de la aceptación de las políticas de derecha. Curiel (2007) destaca la importancia del feminismo lésbico para cobrar importancia como un espacio político donde se generen debates, reflexiones y sobre todo divulgación. La autora reivindica la importancia de la autonomía de los diversos grupos dentro del feminismo porque esto permite evitar rangos de poder en unas y situaciones de explotación en otras y concentrarse en las necesidades específicas de las lesbianas, excluyendo al resto de grupos del colectivo LGBTI (Ramírez, 2012). Finalmente, es importante recalcar que el aporte del feminismo lésbico se centra en la crítica de la heterosexualidad instaurada en las mujeres lesbianas, que las lleva a vivir sus relaciones de una forma heteronormativa y desigual y cuestionar durante los efectos del patriarcado, capitalismo y colonialismo en la forma de vida de las mujeres homosexuales (Ellis, 2011).

4. METODOLOGÍA

4.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

El presente trabajo se desarrolló en el marco de la teoría de las representaciones sociales, a fin de analizar las representaciones sociales elaboradas por un grupo de psicólogos y psicólogas clínicas respecto a mujeres lesbianas que acuden a consulta psicológica en la ciudad de Ambato.

Se utilizó un enfoque cualitativo de investigación, por cuanto el propósito de la investigación pretende “la comprensión interpretativa de la experiencia humana” (Álvarez-Gayou et al., 2021, p. 117), es decir, entender el fenómeno de estudio en base a los significados que las personas involucradas le otorgan. Los fenómenos, los hechos y los sujetos, son rigurosamente examinados a fin de encontrar patrones narrativos explicativos entre las variables

Como parte de la metodología se construyó los ejes de análisis basado en la teoría de las representaciones sociales, este permite la búsqueda y análisis lógicos de información sobre la homosexualidad, con especial énfasis en las mujeres lesbianas, basados en el marco de referencia y la evidencia empírica investigada, que pretende entender y comprender el problema de investigación (Cuevas, 2016, p. 119).

Al ser un estudio cualitativo, el diseño de investigación es no experimental, sin intervención directa del investigador y se observan las situaciones ya existentes en su ambiente natural para analizarlas. No posee variables que puedan ser manipuladas deliberadamente.

En cuanto a este estudio, la aplicación de este diseño, permitió explorar, describir y comprender los posibles significados de las representaciones sociales sobre las mujeres lesbianas y el colectivo LGBTI.

El tipo de investigación es exploratoria por que le da atención a un tema que no se ha estudiado antes o muy escasamente y que permite, a través de sus resultados, recopilar nuevos

conocimientos para tener mejor entendimiento de un fenómeno, en este caso, las RS de los psicólogos y psicólogas sobre la homosexualidad y las lesbianas el cual se realiza a través de medios cualitativos (Galvis, 2006)

4.2. Producción de datos

A fin de que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista y criterios frente al tema, se optó como instrumento de recolección la entrevista semiestructurada conformada por 21 preguntas de base (anexo 2). Las preguntas utilizadas han sido elaboradas a partir de tres temáticas básicas:

- Datos de la experiencia profesional de los y las psicólogas clínicas con mujeres lesbianas y el grupo LGBTI.
- Representaciones sociales sobre las mujeres lesbianas y el grupo LGBTI.
- Conocimientos específicos y particularidades en el proceso psicoterapéutico con mujeres lesbianas y el grupo LGBTI.

Para la realización de las entrevistas se utilizó la plataforma Zoom para dialogar con los participantes. La grabación de audio fue la herramienta utilizada para registrar el testimonio de cada sujeto, mismo que fue previamente informado, firmado y autorizado por los diez sujetos de estudio.

4.3. Población y muestra

La población universo estuvo constituida por psicólogos y psicólogas clínicas en la ciudad de Ambato. Se usó una muestra no probabilística intencional, seleccionando un grupo focal de fácil

acceso y consecución, ya que se busca obtener información de cada participante a partir de las inferencias del contenido que emerge durante la entrevista (Hernández Sampieri, 2014). La muestra está conformada por cinco personas de género femenino y cinco de género masculino. La población oscila en una edad entre los 29 y los 59 años. Es importante señalar que, si bien existe un amplio número de profesionales en psicología clínica activos en la ciudad de Ambato, solo un cierto número de ellos brindan psicoterapia individual a miembros del colectivo LGBT.

4.4. Criterios de muestra

Los criterios de inclusión y exclusión que se usaron para seleccionar a los participantes en la investigación fueron los siguientes:

- Hombres y mujeres que tengan el perfil profesional de psicólogos/as clínicos/as.
- Profesionales que tengan más de cinco años de experiencia profesional brindando psicoterapia individual.
- Psicólogos/as clínicos/as que hayan trabajado con personas del colectivo LGBT.
- Que residan y brinden atención en la ciudad de Ambato.

Se eligió a diez participantes, intentando cubrir un amplio espectro de características profesionales y personales, para reducir el sesgo que pueda estar relacionado a alguna característica específica, por ejemplo, un grupo determinado de edad, entre otros. Así, entre estas consideraciones estuvieron las siguientes:

Tabla 1*Información personal de la muestra*

Participante	Lugar de trabajo	Género	Edad	Años de experiencia	Nivel de preparación académica	Corte psicológico
1	Sector privado	Femenino	36	8	Master	Cognitivo conductual
2	Sector privado	Femenino	33	11	Master	Psicoanálisis
3	Sector publico	Femenino	30	14	Master	Sistémico
4	Sector privado	Femenino	35	15	Master	Psicoanálisis
5	Sector privado	Femenino	54	29	Doctorado	Cognitivo conductual
6	Sector privado	Masculino	29	5	Master	Cognitivo conductual
7	Sector privado	Masculino	37	11	Doctorado	Cognitivo conductual
8	Sector privado	Masculino	58	35	Master	Cognitivo conductual
9	Sector privado	Masculino	45	18	Doctorado	Cognitivo conductual
10	Sector privado	Masculino	59	40	Master	Cognitivo conductual

4.5. Procedimiento

Después de realizar el análisis documental, de contenido y de información, se realizaron las entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos, el proceso de entrevista a los participantes se dio en diferentes días y de manera individual.

Tomando en cuenta los criterios de selección de la muestra, diez participantes fueron elegidos y se los contacto mediante llamada telefónica. Posteriormente, a través del consentimiento informado (anexo 3) se les comunico que la sesión sería registrada en audio con el fin de analizar de la información, manteniendo su identidad protegida a todo momento. Todas las personas quienes integran el grupo de estudio autorizaron su participación libre y voluntaria en la investigación. Posteriormente se acordó las fechas para las entrevistas individuales dando la posibilidad de que cada participante eligiera si deseaba realizarla de forma presencial o virtual. Esto último se planteó tomando en cuenta el contexto sanitario del país, siendo nueve de las entrevistas hechas a través de la plataforma Zoom y una de forma presencial. Los elementos de este diseño de las entrevistas se basaron en los ejes de análisis propuestos en las RS: campo de actitud, campo de información y campo de representación con preguntas semiestructuradas (anexo 1).

5. Análisis de resultados

Para el análisis de datos, se consideró a la teoría de las representaciones sociales. Piña (2004), menciona la importancia de las RS en investigación. El autor expresa que las RS pueden revelar mucha información en las investigaciones, para lo que deben ser usadas apropiadamente como metodología. Así, el autor refiere que primero se debe recolectar una buena cantidad de datos empíricamente, asegurándose de que se obtenga información sobre el objeto de estudio y su marco de referencia. En esta investigación se eligió la entrevista como instrumento para acceder al pensamiento de los psicólogos participantes. Después, las respuestas más frecuentes, fueron

catalogadas como ideas principales, que comprendieron el núcleo figurativo y que resultaron ser los elementos más centrales y estables de la investigación; o como ideas periféricas, que son los temas que giran alrededor del núcleo y que le dan contexto y estructura. En la figura 1 se observa que el núcleo figurativo está comprendido por los elementos de patologización y desconocimiento y alrededor de ellas, se establece el sistema periférico, constituido por cinco ideas: la vulnerabilidad del sujeto, las malas prácticas psicológicas, la invisibilidad de las mujeres lesbianas, el rechazo al sujeto y la heteronormatividad. A partir de cada una de ellas, se enlazan nuevos elementos que les dan más sentido y permiten mejor su entendimiento. También, se seleccionó el tipo de información que arrojó cada pregunta de la entrevista, algunos datos correspondieron al campo de información y otro al campo de actitudes. El campo de información expresa los conocimientos teóricos que tienen los sujetos participantes sobre diversos temas asociados a la terapia psicológica y homosexualidad, mientras que en el campo de actitud se describen respuestas más comportamentales que están vinculadas al sentir de la persona. Toda esta información fue expuesta de manera ordenada para generar las representaciones sociales que tienen los psicólogos sobre los pacientes homosexuales y a su vez para cuestionar la labor que realizan los profesionales de la salud mental respecto a la comunidad LGBTI.

5.1. Eje de análisis: campo de información

En este apartado se evaluaron los conocimientos específicos de los diez sujetos participantes, acerca de la comunidad homosexual y lésbica. Algunas de las preguntas realizadas durante las entrevistas, develaron el conocimiento de los participantes acerca de terapias de psicológicas más indicadas o específicas para pacientes homosexuales, a nivel individual y de pareja y si existen diferencias en el desarrollo de la terapia psicológica entre mujeres heterosexuales

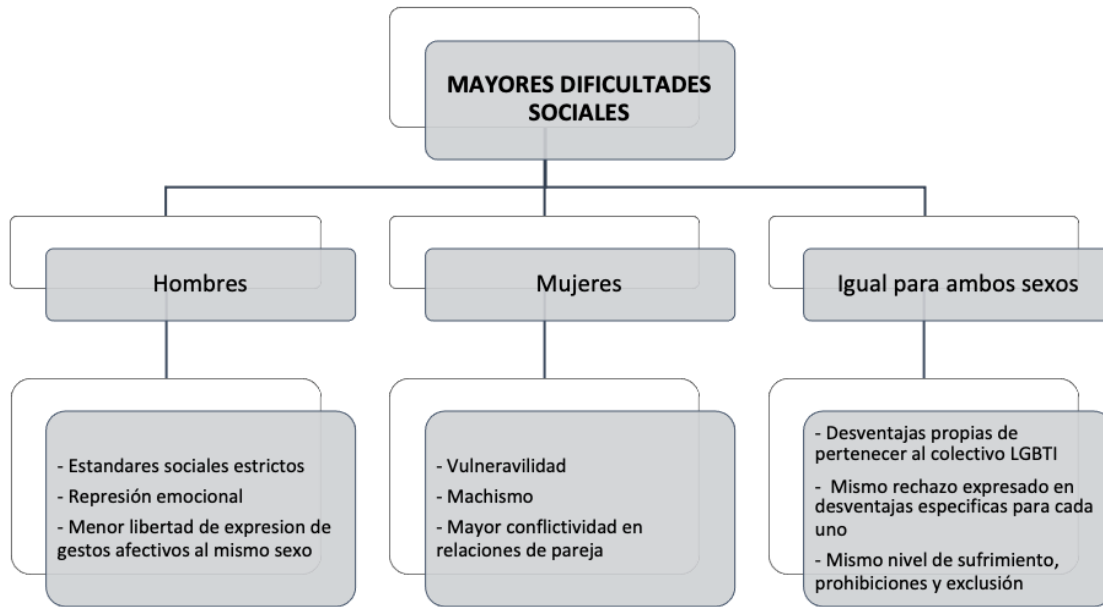
y mujeres lesbianas. También se indagaron las causas que los participantes consideran son las más influyentes para llevar a un paciente homosexual a terapia y cómo ellos abordan el despertar de la sexualidad en mujeres adolescentes. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

5.1.1. Percepción sobre las mujeres lesbianas y hombres gais

La percepción que tienen los psicólogos sobre las mujeres lesbianas y hombres gais fue observada mediante la información provista en la pregunta 9 de la entrevista. En esta, se tocó el tema de las dificultades que deben sortear los hombres y mujeres de orientación homosexual. Algunos participantes perciben a las mujeres como más vulnerables y consecuentemente, como los sujetos que deben enfrentar más problemas en la sociedad. Los criterios recogidos sobre esto expresan que las mujeres ya están en desventaja en la sociedad, por lo que tener una orientación sexual diferente a la heterosexual, solo aumentaría los contratiempos que ya viven.

Figura 1

Dificultades sociales de las personas homosexuales



Mira, si nos vamos primero al punto de ser mujer, estamos todavía en desigualdad en cualquier sentido [...] Por el hecho de ser mujer se sufre muchos rechazos, muchos conflictos, muchos contratiempos, y ser homosexual sería una añadidura más. (Participante 1)

Creo que sí. Puede ser que la mujer tenga un poco más de complicaciones. Hay una situación de mayor dificultad al integrarse socialmente, porque al menos, los hombres machistas tienen una gran dificultad de aceptar a las mujeres en general y peor a las mujeres lesbianas. (Participante 3)

Por otra parte, también se obtuvieron respuestas contrarias a esto. Otros participantes consideran que los hombres gais tienen más dificultades a nivel social que las mujeres lesbianas. Los participantes que describen esto, consideran que los estándares masculinos a cumplir son mucho más estrictos que los de las mujeres y que por eso, tienen menos libertad de vivir su sexualidad. Además, recalcan como una ventaja, que para las mujeres está socialmente bien visto

y aceptado que tengan demostraciones públicas de afecto y que esto genera simpatía en la sociedad, a diferencia de cuando ocurre en los hombres.

Muchas veces las personas homosexuales, por todo el contexto social y emocional que están viviendo, quieren y necesitan expresarse. Esto es más difícil para los hombres. Aún está muy mal visto que un hombre pueda expresar sus sentimientos, sobre todo cuando son emociones de vulnerabilidad. Hay muchos más juicios para los hombres. Para las mujeres es más fácil decir “sabes que, me voy a dormir donde mis amigas”, cuando para un hombre aún es extraño escuchar “me voy a dormir donde mi amigo”. (Participante 6)

Siento que la sociedad está más afecta, por ejemplo, a ver a una mujer lesbiana que a un hombre gay besándose o teniendo muestras de afecto en la calle, por lo menos dentro de este país, entonces, por ejemplo, dentro de mi experiencia, mis pacientes masculinos homosexuales sí han llegado a tener más problemas que afrontar la sociedad. (Participante 7)

Por último, algunos participantes consideran que los dos grupos de personas, hombres y mujeres homosexuales sufren las mismas dificultades sociales. Se menciona entre estas, la necesidad de aceptación social y el nivel de exclusión.

Yo creo que en los dos lugares tienen sus complicaciones a nivel social, he visto que en realidad sufren de la misma forma por la aceptación, para mí los miembros de la comunidad LGBTI tienen más complicaciones que la gente que no es miembro de la comunidad, yo diría que es igual el nivel de sufrimiento, el mismo nivel de prohibiciones y de exclusión. (Participante 2)

Siento que tienen el mismo nivel de problemática, problemas con el grupo de apoyo primario, problemas de aceptación social, problemas de exclusión, discriminación, etc., es lo mismo. (Participante 9)

5.1.2. Terapia psicológica para pacientes homosexuales

Figura 2

Homosexualidad como factor influyente para acudir a terapia



Las preguntas 4 y 7 tratan sobre la terapia psicológica en la población con orientación homosexual. A través de estas preguntas, se recopiló información para conocer si los participantes consideran que la condición de homosexualidad conduce a los pacientes a pedir mayor atención psicológica y las necesidades más frecuentes que ellos exponen durante la terapia. Así, el 80% de los participantes consideró que la condición de homosexualidad es un factor decisivo e influyente

para llevar a una persona a terapia psicológica. Estos psicólogos y psicólogas refieren, de una manera u otra, que la angustia y ansiedad social y familiar son el principal motivo para buscar ayuda profesional.

La terapia psicológica en los pacientes homosexuales es una demanda. Esta población, lamentablemente todavía es muy rechazada socialmente y por eso es que buscan herramientas para poder defenderse y enfrentarse a la sociedad. (Participante 1)

La atención psicológica la pide cualquier persona que cree que lo necesita, pero lo que, lamentablemente ha pasado, es que la sociedad culturalmente todavía tiene muchos sesgos con el grupo LGBTI que violentan sus derechos humanos, sus derechos sexuales y es por eso que hay a veces una alta demanda de pacientes para atención por la vulnerabilidad de los mismos. (Participante 3)

En las relaciones homosexuales puede existir una connotación de culpa y si hay una connotación religiosa, de pecado. Es importante tratar estos pensamientos culposos y dirigir al paciente a decidir por sí mismo y no por novedad. Es diferente en las mujeres adultas que deciden tener una experiencia con otra mujer, porque ellas tienen el criterio formado, pero un adolescente no. (Participante 5)

Otros motivos para buscar atención psicológica mencionan, son la necesidad de aceptación propia acerca de su orientación sexual:

heter, reconocerse, identificarse, lograrse ver como una persona “normal” y eso enfrentarlo con la sociedad, enfrentarlo a la familia que es una cuestión muy importante para ellos. (Participante 1)

En nuestro medio [...] por nuestro nivel sociocultural, es una gran limitante para que las parejas homosexuales no hagan público su orientación y por eso buscan ayuda, no para mejorar, superar, o para poder entender su homosexualidad sino para saber cómo manejarla socialmente sin ser agredidos y sin generar sentimientos de culpa. (Participante 10)

Por el contrario, el 20% de los entrevistados, consideró que tener una orientación sexual diferente a la heterosexual, no es un motivo adicional para acudir a terapia psicológica. Esto se ve reflejado en los siguientes testimonios:

No creo que sea un motivo. Creo que estas personas acuden a consulta por las mismas razones que la mayoría de personas, problemas de ansiedad o depresión. (Participante 8)

Se suele ver necesidades de tipo emocional, como también los tienen las personas de orientación heterosexual, problemas emocionales, problemas para encontrar pareja, problemas para resolver conflictos de pareja, problemas para poder fomentar la comunicación, tal como sucede con una persona no homosexual. (Participante 7)

5.1.3. Información especializada para el trabajo terapéutico con pacientes homosexuales

A través de las preguntas 10 y 11 de la entrevista, se recopiló información acerca de la cantidad de conocimientos especializados que recibieron los participantes sobre la comunidad LGBTI durante su formación académica y cuál es esta. El 70% de los participantes refirió haber recibido algún tipo de conocimiento especializado, de este porcentaje, todos mencionaron haber estudiado el tema sin ahondarlo y por un lapso corto de tiempo. De igual manera, siete de los participantes que afirmaron haber tenido este tipo de instrucción, cinco de ellos indican que fue durante los estudios de postgrado, y dos durante el pregrado.

La escasez de conocimiento de los terapeutas sobre este tema se vio reflejada al indagar sobre las terapias psicológicas específicas existentes para pacientes LGBTI. Así, 90% de los participantes respondió no conocer ninguna. Algunos testimonios sobre este tema fueron los siguientes:

No conozco ninguna terapia especializada. Creo que etiquetarlo como “esta terapia es para grupos homosexuales” sería comenzar con exclusión o discriminación. (Participante 1)

De manera personal, no conozco. Sé que existen grupos terapéuticos, pero de lo que tengo entendido en este país no hay. Los pacientes que me han comunicado que han estado en ese estilo de terapias han estado con terapeutas del exterior, sea de Argentina, sea de España que tienen como un campo clínico un poquito más abierto dentro de esto. (Participante 6)

Por último, la única respuesta afirmativa respecto a tener conocimientos especializados fue la siguiente:

Sí, hay varios conocimientos y terapias específicas que hay que tomar en cuenta, sobre todo desde el modelo sistémico estructural. Se trabaja en la proyección de la propia persona y la reafirmación de la identidad para no descalificarse por tener una orientación sexual diferente. Esto puede generar mayores y mejores fortalezas en los pacientes. (Participante 10)

5.1.4. Terapia psicológica enfocada a mujeres lesbianas

Terapia individual

Las preguntas 12, 13 y 14 trataron sobre el proceso psicoterapéutico enfocado específicamente a mujeres lesbianas. Uno de los puntos de interés de esta investigación, es retratar

las diferencias en el enfoque terapéutico que le dan los participantes a las mujeres lesbianas y mujeres heterosexuales a nivel individual y de pareja. El 100% de los participantes destacó que no existen diferencias en el proceso psicoterapéutico individual que orientan a cualquier tipo de paciente, independiente de su orientación sexual. La mayoría de las terapeutas expresa que las mujeres lesbianas que llegan a consulta tienen por lo general, las mismas preocupaciones de cualquier persona, por lo que se manejan bajo los mismos protocolos. Algunas opiniones sobre este tema fueron:

Las diferencias nacen de la demanda personal de una persona. Una mujer homosexual sigue siendo un ser humano con sus demandas propias, que nosotros seguimos estigmatizando. Como son homosexuales van a tener otra terapia, otra forma, otra técnica y realmente siguen siendo personas neurotípicas con sus propias demandas que pueden ser las mismas que las mujeres heterosexuales. (Participante 1)

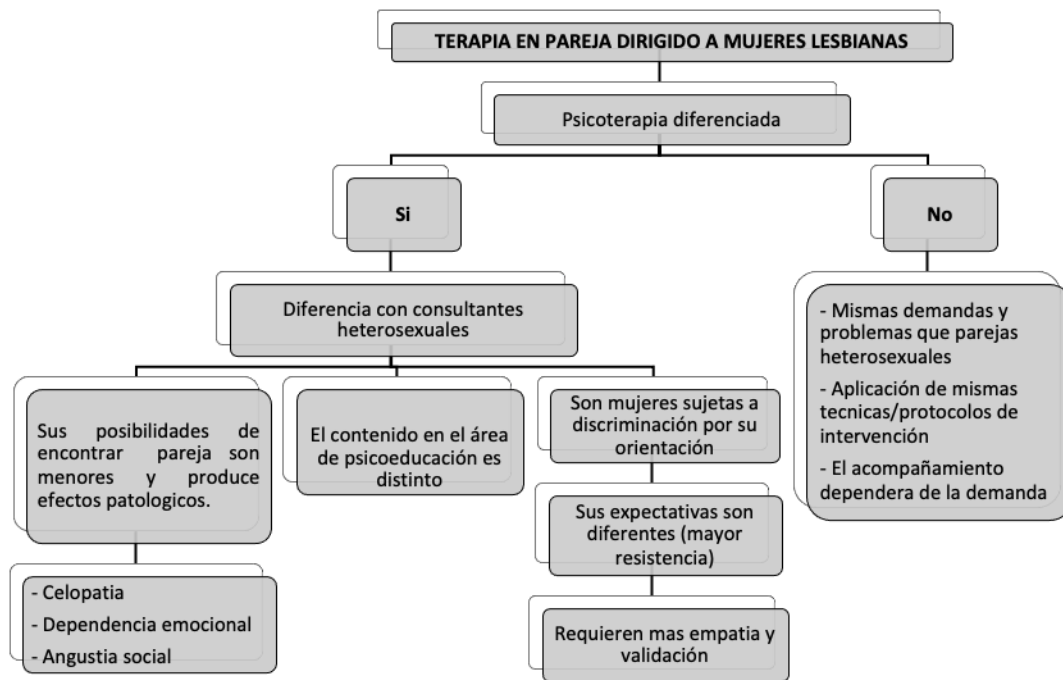
No puedo encontrar una diferencia que se pueda realizar en la terapia. Creo que a todas las mujeres nos aqueja lo mismo, temas de amor, de trabajo, de todo. (Participante 4)

Yo la verdad es que no encuentro mayor diferencia, en esta parte de la terapia individual. En mi experiencia, tienen problemáticas muy parecidas a la de las mujeres heterosexuales. Puede haber diferencia en la en la discriminación, pero pensemos que también las mujeres heterosexuales viven discriminación por parte de hombres, así que yo manejo las mismas herramientas en terapia. (Participante 8)

Terapia en pareja

Figura 3

Terapia en pareja dirigido a mujeres lesbianas



Al igual que las diferencias con la terapia individual, también se recopiló información acerca de las diferencias en el proceso terapéutico de pareja, hacia parejas heterosexuales y parejas de mujeres lesbianas. En consecuencia, con los resultados previos, se observó que el 70% de los terapeutas no consideran necesario realizar un proceso terapéutico diferenciado dependiendo de la orientación sexual de los pacientes. Al igual que en la terapia individual, los participantes expresan que las parejas del mismo sexo tienen los mismos problemas que otras parejas. Algunas de las opiniones sobre este tema se muestran a continuación:

Yo soy especialista en terapia en pareja, nunca se me habló de terapia en pareja para personas homosexuales o heterosexuales, o sea, el unir dos personas que quieren entablar una relación y un vínculo amoroso-sexual. En cuestiones de mujeres hay mucha comunicación, pero mal dirigida. En la cuestión de hombre-mujer, la mujer sigue hablando

y el hombre se calla, entonces, esta puede ser la diferencia entre estas parejas, pero de ahí siguen siendo los mismos conflictos, las mismas cuestiones por las que vas a terapia.

(Participante 1)

Desde mi experiencia, no veo ninguna diferencia con las personas heterosexuales. Por ejemplo, la angustia que sufren por el desapego durante una relación al separarse del otro, no hay diferencia, he visto los mismos dolores, los mismos problemas, las mismas angustias en relación con la mirada del otro, por eso la terapia se maneja de la misma manera.

(Participante 2)

Bueno, nosotros tenemos que considerar que ante todo sigue siendo una pareja por lo que vamos a seguir lo que nos propone la terapia cognitiva. Se sigue la misma línea de trabajo, se sigue el mismo esquema que una pareja heterosexual, cuando nosotros trabajamos con una pareja, cualquiera que sea, manejamos la misma línea de corriente. (Participante 5)

Por otra parte, el 30% de participantes que sí considera se debe tomar en cuenta la orientación sexual durante el proceso terapéutico en pareja, expresa lo siguiente:

Una diferencia clara que he notado, es que los heterosexuales tienen más posibilidades de elección de una pareja “porque existe más mercado”, con las parejas homosexuales, las posibilidades son muy reducidas y esto les genera efectos patológicos, como el querer aferrarse a una pareja. Este es uno de los problemas que a bordo de forma diferente a la de las parejas heterosexuales, trabajo más sobre la seguridad. (Participante 9)

Creo que es importante reforzar la seguridad de las parejas. He visto que las mujeres tienen mucha inseguridad y celopatía sobre sus parejas. (Participante 10)

Respecto a las diferencias en el proceso de intervención con parejas de mujeres lesbianas, las áreas específicas donde se señalan otras diferencias son en cuanto a los procesos de psicoeducación además de considerar que, al tener una orientación no heterosexual, estas mujeres vienen con antecedentes de discriminación o en ciertos casos en contra de su voluntad, es aconsejable que la posición del terapeuta sea de mayor empatía con la paciente. Estos puntos pueden encontrarse en los siguientes aportes:

Tal vez es la única diferencia es la psicoeducación que se pueda brindar, pero de ahí el trato es igual, sea lesbiana femenina o una lesbiana con rasgos más masculinos, el protocolo es exactamente el mismo. (Participante 3)

Yo creo que la diferencia estaría en la expectativa con la que viene. Por ejemplo; si la mujer lesbiana llega obligada por terceros, evidentemente va a entrar en resistencia, se va a dar el fenómeno de la relación de resistencia porque vienes obligado hablar con un profesional por tus padres que están escandalizados por tu inclinación sexual. Entonces lo primero lo que tocaría es vencer la resistencia y probablemente debido que han sido muy vulnerados, muy discriminados a través de su vida si es necesario tener un mayor nivel de empatía inicial y manejar todas las reglas de la psicoterapia centrada en la persona de: no juzgar, no criticar, no tener una postura evaluativa. (Participante 7)

5.1.5. Orientación psicológica en la sexualidad

Las preguntas 14, 15 y 17 ayudaron a obtener información acerca de la manera en que los participantes orientan la terapia psicológica sobre cuestiones sexuales. Cuando las mujeres lesbianas quieren revelar su identidad sexual por primera vez, los participantes contemplan que

existen diversos puntos críticos a tomar en cuenta para apoyarlas en este proceso. Todos los participantes mencionan repetidamente dos puntos críticos: la importancia de la aceptación de la identidad propia y también la necesidad de saber cómo manejar y qué esperar del núcleo familiar.

Algunas de las respuestas obtenidas dicen lo siguiente:

Yo trabajo con mi paciente para que ella tenga herramientas para enfrentarse a su familia, estrategias para aceptarse a sí misma, para que pueda explicar en casa lo que le pasa. También trabajo para que pueda afrontar posibles reacciones de rechazo, agresión o maltrato. (Participante 1)

Lo principal es que la paciente se sienta preparada para hacerlo, sin que exista una presión social o de la pareja o de amigos, que trabaje en su autoconfianza, para revelarlo a su familia que es el núcleo más difícil. (Participante 3)

5.1.6. Cuestionamiento de la sexualidad en la adolescencia

Dentro de la misma línea de la sexualidad, todos los participantes coinciden que para las mujeres adolescentes que se están cuestionando su orientación sexual, el punto más crítico a tratar durante la psicoterapia es la aceptación de los sentimientos y sensaciones que están viviendo durante esta experiencia.

Creo que lo más fundamental es trabajar la aceptación, el reconocimiento de ti, en el que si vas a ser homosexual no hay nada que hacer, está bien y debes tener herramientas para eso. Y si no eres homosexual, también está bien y también necesitas herramientas. Hay que tener en cuenta que, por edad de la persona, todavía está en construcción, en un descubrimiento

personal; entonces se debe manejar la situación muy despacio para no presionarla.
(Participante 1)

Es importante acompañar mientras se va revisando su historia de vida, hasta que la paciente pueda resolver la situación, hasta que se sienta cómoda con su propia elección de vida, es importante ir aceptando cada cambio que le ocurre frente a este tema. (Participante 4)

5.1.7. Inicio de la vida sexual en parejas del mismo sexo

En contraste con los resultados previos, donde los participantes en su mayoría expresaron que la terapia psicológica se maneja de la misma manera para pacientes homosexuales y heterosexuales, la recopilación de información sobre el enfoque terapéutico que se le da a las parejas del mismo sexo cuando empiezan su vida sexual, mostró resultados divididos. Así, el 50% de los participantes coincide en que la psicoterapia que brindan tiene los mismos lineamientos para todos los pacientes, mientras que el otro 50% destaca que hay diferencias significativas con las que se debe abordar el proceso terapéutico cuando son parejas del mismo sexo. Las diferencias que se mencionan son la educación sexual que se ofrece es diferente y es importante que se mencionen las particularidades en cada caso. Algunas de las respuestas recibidas a favor de realizar una terapia diferenciada son las siguientes:

El momento en que alguien está pensando una vida sexual con la pareja, es importante la educación sexual y entonces esto es lo que cambia. Existe mucha información diferente y que se desconoce sobre las relaciones sexuales homosexuales [...]. Es necesario que se abarque la información sexual de la que usualmente no se habla. (Participante 6)

Sí hay diferencia en la terapia cuando hablamos de relaciones homosexuales. Deben saber el funcionamiento fisiológico de cada uno, lo que no se aborda tanto con los pacientes heterosexuales porque la información se conoce más, es educación sexual que probablemente ya han recibido. (Participante 8)

Por otro lado, los participantes que consideraron que la terapia es igual para todos los pacientes, independientemente de la orientación sexual, exponen los siguientes criterios:

Los protocolos normados por el Ministerio de Salud, que son con los que últimamente se trabajan, se utilizan para todos los pacientes sin hacer distinción en la orientación sexual. (Participante 3)

5.1.8. Falencias en el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos

Las preguntas 16, 19 y 20 fueron formuladas para obtener información acerca de las falencias que los participantes encuentran en el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos en el medio. Se recopilieron criterios acerca de las carencias y errores que los participantes, según su criterio, pueden detectar. El 90% de los participantes considera que hay muchas equivocaciones que los psicólogos cometen a la hora de tratar a pacientes homosexuales, entre los motivos principales que mencionan, está la influencia de los sesgos personales y la falta de capacitación sobre este colectivo y las necesidades que requieren para un proceso terapéutico competente. Algunas respuestas se exponen a continuación:

Definitivamente he visto un mal manejo, maltrato, malas prácticas y negligencias en el ejercicio profesional, un ejemplo común que te puedo dar de esto, es cuando los psicólogos quieren cambiar la orientación sexual del paciente o pedirle explicaciones sobre la

orientación que tiene, es decir, tratan la homosexualidad como una anomalía o algo que se debe cambiar. (Participante 1)

Una de las falencias más grandes que veo es la falta de cuestionamiento de las bases que construyen la sociedad y el comportamiento que tenemos. También creo que la falta de preparación del psicólogo lleva muchas veces a “aconsejar” desde la experiencia personal y no desde la profesionalidad. (Participante 2)

5.1.9. Psicoterapia heteronormada

El 90% de los participantes considera que la atención que brindan los psicólogos clínicos en el medio está heteronormada de alguna forma. Se expresan opiniones acerca de cómo la heterosexualidad es la única orientación normalizada y cualquier orientación alternativa sufre las consecuencias de esto. Por otra parte, el discurso homofóbico en estos profesionales puede estar asociado a la formación académica de décadas anteriores, considerando que los psicólogos jóvenes tienen la tendencia a ser más tolerantes y los de mayor edad, no tanto. A continuación, se presentan algunas de las opiniones:

Creo que sí está heteronormado. Existe bastante homofobia, bastante sesgo, bastante falta de aceptación creo. Nos falta mucho como profesionales, nosotros podemos saber mucho de libros, pero [...] tendemos a seguir incrementando y aceptando los sesgos culturales con los que nos han criado, en muchos compañeros conocidos esto está muy marcado y no aceptan la homosexualidad. (Participante 3)

Yo pienso que sí está heteronormado. Lo que está normalizado en la sociedad, orienta el asesoramiento que nosotros hacemos, para que tenga la connotación de promover las

relaciones de pareja tradicionales, por decirlo de alguna manera, o la búsqueda de la estructuración de pareja heterosexual. (Participante 5)

5.1.10. Maltrato y/o discriminación

Al hablar con los participantes acerca de su experiencia detectando cualquier forma de maltrato o discriminación hacia pacientes homosexuales, el 80% de ellos refiere que, dentro de su experiencia profesional, recibieron, por lo menos una vez, un paciente homosexual que vivió alguna situación de maltrato o discriminación en su proceso terapéutico previo directamente asociado a su orientación sexual. Algunos de los testimonios recolectados expresan lo siguiente:

Tuve un paciente homosexual que estaba en proceso terapéutico en un sitio privado y que aparentemente funcionaban bien las cosas, un día luego de sesión, salió del lugar, se había olvidado de pedir una factura y se acordó abajo en la calle así que volvió a subir al edificio. Cuando llegó, de pronto, encontró a su terapeuta mofándose y hablando de él y de lo que habían hablado en terapia con la secretaria. (Participante 3)

He tenido es pacientes adultos que tuvieron confusiones acerca de su sexualidad en la adolescencia y que bueno, finalmente, se decidieron por la heterosexualidad. Ellos expresan que se han sentido maltratados, les han dicho o insistido que vayan, que prueben, que experimenten, como exigiéndoles que tomen una decisión. Ellos refieren esto como una experiencia traumática. El terapeuta les impuso algo y fue terrible para ellos. (Participante 4)

He tenido pacientes que me han dicho “hablé con tal profesional, pero cuando toqué el tema de mi homosexualidad, mi terapeuta decidió dejar de trabajar conmigo”. Yo creo que esto

ocurre por varias razones: primero porque el terapeuta no se siente bien, segundo, porque no está acostumbrado a trabajar con pacientes homosexuales y tercero porque conoce muy poco sobre abordaje terapéutico homosexual. (Participante 10)

5.2. Eje de análisis: campo de actitud

El campo de actitud evalúa las reacciones comportamentales de los participantes hacia los temas tratados durante el estudio y permite identificar las creencias de los sujetos de estudio más allá del discurso que puedan emitir. A partir de las preguntas formuladas, se pudo recopilar información relacionada con el nivel de conocimiento teórico y de experiencia que tienen los psicólogos participantes (campo de información), pero a su vez, las respuestas emitidas también brindaron información acerca de la manera en que fueron respondidas. Se muestra, en algunos casos, simpatía y en otros, desagrado y de igual manera, se pudo evidenciar actitudes de aceptación y de rechazo hacia los diferentes temas tratados durante la entrevista.

5.2.1. Aceptación de la homosexualidad: aceptación hacia los pacientes homosexuales

La pregunta 5 de la entrevista trata acerca de la postura que mantienen los participantes frente a pacientes homosexuales. Todos afirmaron que es completamente necesario que el terapeuta mantenga una posición neutral frente a cualquier paciente, independientemente de cualquier condición que tenga. Se puede percibir una actitud de aceptación en las siguientes respuestas:

Dentro de la terapia, hay que ubicarse en una posición netamente neutral y siempre con aval teórico y científico. No con la opinión, eso lo puedes pensar después, afuera, como persona civil, pero no dentro de la terapia. Como terapeuta no interesa si la persona que está al frente

es hombre, mujer, homosexual, heterosexual, bisexual, pansexual, transexual...
(Participante 1)

No tengo ninguna posición, es irrelevante. Me corresponde como profesional asumir la condición, en el caso de la sexualidad, asumir tanto la condición de identificación de género como de preferencia. (Participante 7)

Sin embargo, frente a este tema, también existieron respuestas que, por un lado, intentan mostrar que están de acuerdo con la neutralidad en psicoterapia, pero que también denotan ideas contradictorias frente a ello. Por ejemplo, la siguiente opinión llama como “una moda” a la atención amigable hacia los pacientes homosexuales y describe que podría ser contraproducente dicho trato hacia el colectivo.

Yo trato de no tener una, es decir entiendo que actualmente está de moda para los psicólogos ser gay, “gay-friendly”, es decir ser amigable con la comunidad LGBT, yo creo que los psicólogos deberíamos ser “humano-friendly” ya que tenemos que ser amigables con las personas. Hay algo que se llama acción afirmativa, que es favorecer a un grupo que ha sido previamente marginado y es algo que se ha utilizado en aspectos raciales, no solamente de inclinación sexual o de identidad sexual y muchas de las personas que han participado de esto, terminan considerándolo un error porque se crea ya un nuevo sesgo. Yo no creo que sea apropiado un nuevo sesgo. (Participante 9)

5.2.2. Legalización del matrimonio entre parejas del mismo sexo en Ecuador

La pregunta 6, aborda uno de los temas más controvertidos acerca de la población LGBTI en Ecuador, el matrimonio entre parejas del mismo sexo. Se pidió a los participantes que expresen

su opinión sobre este tema, lo que, en la mayoría de los casos, llevó a dar opiniones de forma personal y no profesional. Las actitudes frente a este tema se mostraron en su mayoría, positivas, como se expresa en algunos ejemplos a continuación:

Considero que es bueno, para mi es bueno que todo esto suceda, esa si es mi opinión muy personal, cualquier cosa que tenga que ver con una forma de abrir la mente, de dar la bienvenida a las personas respetando la libertad de elección que tienen las personas de cómo quieren sentirse, de cómo quieren vivir su vida. (Participante 2)

El punto de la legalidad es algo muy valioso, es un punto a favor del respeto de la estructuración de la pareja, cuando las personas que quieren formalizar una relación. Creo que es bueno que sea un espacio de protección que debe tener el mismo respeto que un matrimonio heterosexual. (Participante 5)

Sin embargo, también existieron respuestas que, contrario a lo que su discurso expresa, muestran desagrado. En la siguiente opinión se expresa, desde una posición heteronormativa que la sociedad podría verse perjudicada por el matrimonio igualitario.

Desde mi opinión profesional como hombre, como psicólogo y no como una persona homosexual, porque soy heterosexual, pensaría que es una reforma que da un avance en la sociedad. Lamentablemente por la parte cultural y sobre todo religiosa, estas reformas se han estancado y esto perjudica a las personas que deciden tener una relación del mismo sexo, pero también perjudica a la sociedad, porque es un cambio abrupto que no se puede asimilar tan rápido. (Participante 10)

5.2.3. Terapias de deshomosexualización

Se conoce a nivel social que las terapias de conversión o deshomosexualización están legalmente prohibidas porque son torturas físicas y psicológicas hacia las personas. La pregunta 9 de la entrevista, abordó este tema para conocer la opinión de los participantes, así como para observar su reacción. La mayoría de las respuestas, 9 de 10 participantes, mostraron completo rechazo a dichas prácticas, mencionan la ilegalidad e inhumanidad que estas representan para una persona que no sufre una patología, sin embargo, también existió una respuesta, que a diferencia de la clara desaprobación de las demás, justifica, de cierta forma, la existencia de estas prácticas.

Bueno, eso es una violencia, es un acto de violencia extremo, muy ignorante, desde mi punto de vista, no veo para que pueda servir no. La homosexualidad no está considerada como una enfermedad, no veo para qué tendría que existir ese tipo de prácticas, no le veo ningún sentido y me parece que es una violencia innecesaria, una vergüenza la verdad. (Participante 2)

Rechazo total. Que no debería ni siquiera existir o considerarse de ninguna manera. Estoy en contra de que eso exista aún. (Participante 4)

Por otra parte, la siguiente opinión justifica en cierta forma la existencia de las terapias de conversión e intenta dar una explicación desde un enfoque biológico y evolutivo, aseverando que la homosexualidad se puede deber a un desbalance hormonal aunado a un evento traumático en la vida del paciente. Esta visión convierte a la homosexualidad en una condición producto de un hecho violento, dándole una connotación negativa y tácitamente negando su naturalidad como una orientación sexual más.

Depende, entiendo la razón por las que se crearon en principio, aunque no esté correcto hacerlo. Una percepción diferente de género puede ser por una confusión o realmente puede

haber una disfuncionalidad neurofisiológica, esto fue explicado por Brauer: todos los hombres masculinos tenemos una cierta cantidad de hormonas masculinas y femeninas, y se puede explicar la homosexualidad a través de esto. Cuando las personas preguntan “¿usted cree que el homosexual nace o se hace?”, mi respuesta sería las dos. Por ejemplo “Juan” nació con un poco más de hormonas femeninas, pero nunca tuvo ningún acontecimiento traumático que desencadenó esta percepción de género, entonces Juan hará una vida como hombre y nunca le pasará nada, pero si “Juan” nació con un poco más de hormonas femeninas y de pronto fue abusado sexualmente de niño, esto desencadenó en una confusión de género, y ahora siente que su cuerpo está atrapado en el de una mujer. (Participante 10)

Igual que la opinión anterior, se describe en la siguiente opinión, a la homosexualidad como una condición patológica que podría afectar la vida del paciente o de otras personas:

Aunque para algunos tal vez no sea lo mejor, mientras no afecte la vida de los terceros ni que esté en riesgo la vida de ellos mismos, pues no creo que se deba aplicar. (Participante 3)

Los participantes, en su mayoría, expresaron que la labor de los psicólogos es brindar apoyo terapéutico a cualquier paciente que lo necesite, sin importar ninguna condición y dejaron claro, en su mayoría, el profundo rechazo a las terapias de deshomosexualización o conversión. Por esto, en la entrevista, también se consideró importante conocer la opinión de los participantes acerca de cómo han abordado ellos o abordarían, de darse el caso, un pedido de cambiar la orientación sexual de un paciente. Las respuestas obtenidas presentan, por un lado, un claro límite de algunos terapeutas que respondieron cortantemente que no atenderían el pedido bajo ninguna condición y

por otro, respuestas donde sí se atendería el pedido, con la intención de explicar a los padres que la homosexualidad no es una patología o algo que se tenga que revertir. En las siguientes respuestas, se puede notar el claro rechazo a tal tipo de pedido:

Yo les escucho esto y directamente les digo que no, que primero esto no es un problema, no es un trastorno ni una problemática que haya que tratar, no es algo que se pueda cambiar. O sea que eso yo no voy a poder hacer. (Participante 4)

Me niego en base a que es ilegal ese pedido y no puedo hacer nada más por cuestiones éticas. No les atiendo, me niego a atenderles, personalmente. (Participante 6)

Otras opiniones de los participantes que sí realizarían este pedido se muestran a continuación. El participante 9, refiere que sí atendería el pedido con el fin de lograr la aceptación de los padres, sin embargo, se refiere a la homosexualidad como “un problema más” que se debe solucionar.

Yo diría que abordo este pedido estratégicamente, es decir, sabemos que no podemos condescender a esa petición, si nos dicen “vea mi hija es lesbiana quiero que se haga heterosexual”, sabemos que no le puedo decir “sabe que, no se preocupe, yo le cambio”, pero también sabemos que para propósitos de tratamiento es desaconsejado que le diga “no, usted está equivocada, yo jamás voy a hacer eso”. Primero, lo que hago es identificar los elementos conflictivos del hijo/hija, intento resolver eso como primeros objetivos del tratamiento. Vamos a arreglar los problemas alrededor de la orientación sexual. He visto que cuando se arregla el resto de los problemas, la posibilidad de aceptar la inclinación sexual del hijo o de la hija aumenta considerablemente, a tal punto que después los padres dirán “si, ella tiene esta inclinación sexual pero ya está graduándose. (Participante 9)

Mientras tanto, el participante 10, al referirse a que su labor es asegurarse de si el paciente es homosexual o no, frente al pedido de los padres, menciona una serie de estereotipos ligados a la homosexualidad como la manera de vestirse o formas de actuar.

Yo hago una valoración del paciente, porque una gran parte de consultantes no son los homosexuales como tal, son los padres que comienzan a ver algunas actitudes como “mi hijo dejó abierto el chat y le vi una conversación con un hombre” o “mi hija le gusta vestirse como hombre”, recuerdo que hace poco alguien me decía que la hija mujercita no se ponía calzones sino que exigía la mamá que le compre boxers, no se ponía brasier, sino que se ponía una faja para que le tape mucho sus pechos y normalmente andaba con blue jean y con camisa de cuadros. Hay que evaluar todo esto para ver si son homosexuales y si es así, se hace una terapia de aceptación con los padres, porque esto no va a cambiar. (Participante 10)

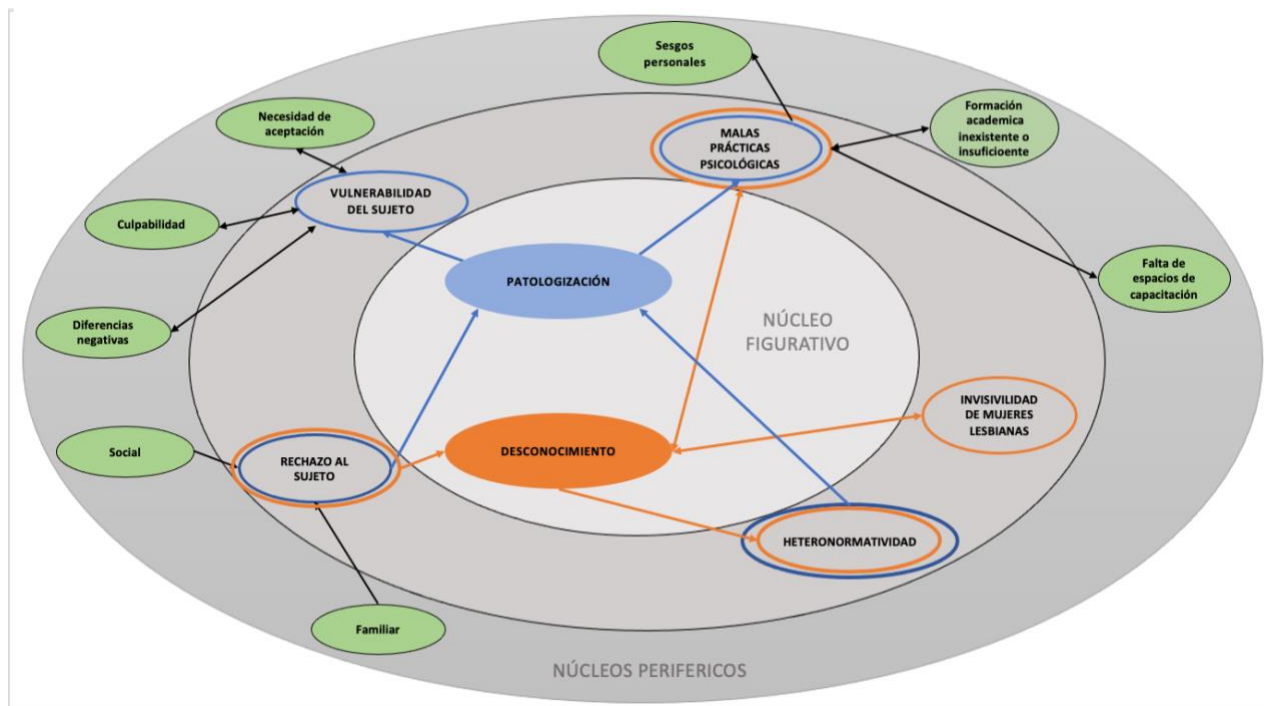
5.3. Eje de análisis: campo de representación

El campo de representación ha sido estructurado tomando en cuenta los elementos que se repiten con mayor frecuencia y de forma jerárquica. El núcleo figurativo comprende la idea central y la más sólida, alrededor de la cual se ubican los elementos periféricos que dan sentido a la representación. En el presente estudio se observaron varias ideas que se repiten en las opiniones emitidas por los participantes, así, el campo de representación será explicado en función a estas ideas centrales. En la figura 4 se diagrama el núcleo figurativo que está comprendido por la patologización de la homosexualidad y el desconocimiento de los participantes sobre la comunidad LGBT. Se consideró que estas ideas sostienen en gran parte, el discurso de los participantes recogidos en la entrevista. A su vez, alrededor del núcleo figurativo, se observan las ideas

periféricas que ayudan a explicar las representaciones sociales elaboradas por los psicólogos y psicólogas y que son desglosadas a detalle más adelante.

Figura 4

Estructura de las representaciones sociales



5.3.1. Patologización de la homosexualidad

Una de las ideas con mayor predominancia resultó ser la visión patologizante que se tiene sobre la homosexualidad, muchas opiniones sobre el comportamiento del paciente derivan en explicaciones asociadas a una enfermedad, por ejemplo, en cuanto a los problemas de pareja, los participantes refieren que los homosexuales tienen mayor tendencia a las relaciones inestables o no saludables. De la misma manera, algunas opiniones consideran a la homosexualidad como una

orientación fuera de la norma, por lo que, de forma sutil, se llega a abordar como un problema que enfrentan los pacientes. Las respuestas recolectadas de los participantes a lo largo de la entrevista develan en muchas ocasiones la asociación de la homosexualidad con actitudes patológicas en los pacientes. Se menciona, por ejemplo, actitudes de inseguridad, celos patológicos, dependencia a sus parejas y la representación de un peligro para sí mismos, como características ligadas estrechamente a su orientación sexual. Las respuestas recolectadas que expresan estos criterios se muestran a continuación:

Una diferencia clara que he notado, es que los heterosexuales tienen más posibilidades de elección de una pareja “porque existe más mercado”, con las parejas homosexuales, las posibilidades son muy reducidas y esto les genera efectos patológicos, como el querer aferrarse a una pareja. (Participante 7)

He visto que las mujeres tienen mucha inseguridad y celopatía sobre sus parejas. (Participante 10)

También se expone que los pacientes homosexuales pueden representar un peligro para sí mismos o para los demás:

[Sobre terapias de deshomosexualización] mientras no afecte la vida de los terceros, ni que esté en riesgo la vida de ellos mismos, pues no creo que se deba aplicar. (Participante 3)

5.3.2. Prácticas psicológicas

Los participantes a lo largo de la entrevista mencionan las diversas prácticas psicológicas que utilizan con sus pacientes homosexuales. En su mayoría, destacan que son las mismas prácticas y técnicas que utilizan con sus pacientes heterosexuales o de cualquier orientación sexual.

Recurrentemente en su discurso se hace énfasis en que no hay diferencias entre los unos y los otros.

Algunos ejemplos expresan:

Desde el psicoanálisis se ve a este sujeto [paciente homosexual] como cualquier otro. No hay una especificidad. (Participante 4)

No puedo encontrar una diferencia [entre pacientes homosexuales y heterosexuales] que se pueda realizar durante la terapia. (Participante 8)

La supuesta neutralidad que demuestran los testimonios de los participantes genera en ocasiones, contradicciones en su discurso sobre las prácticas terapéuticas. Es así, como se menciona que, durante el ejercicio terapéutico los profesionales se plantean como objetivo que el paciente descifre o revele su orientación sexual y asegurar que esta no signifique un problema para ellos mismos o para terceros, objetivos que no aparecen cuando se trata de un paciente heterosexual y que claramente marcan una diferencia en el trato terapéutico:

Yo creo que estoy más bien para escucharle y para determinar a donde le dirige su deseo y si es que eso no le va a afectar en su crecimiento, en su desarrollo. (Participante 2)

La terapia no estaría orientada al hijo homosexual, sino a los padres, claro, si ellos quieren. (Participante 3)

Una percepción generalizada de los entrevistados, es que la práctica terapéutica de los psicólogos clínicos está altamente influenciada por lineamientos heteronormativos y heteropatriarcales que rigen a la sociedad y que producen un déficit en la calidad de la atención que reciben los pacientes homosexuales. Los psicólogos participantes mantienen, durante todo su discurso, la idea de que no es necesario hacer ninguna distinción entre pacientes homosexuales y

heterosexuales, y que cualquier persona puede adaptarse a los mismos métodos. Respecto a esto, se encuentra una contradicción cuando los participantes asumen que existe un trato negligente hacia los pacientes homosexuales debido a los sesgos personales del terapeuta y/o a su falta de preparación en el área. Al reconocer que es necesario tener conocimiento acerca de la homosexualidad y de las repercusiones del trato social en los pacientes, implícitamente expresan que hay una diferencia con el resto de las pacientes de orientación heterosexual y, por tanto, se requiere que la terapia satisfaga sus necesidades particulares. Los criterios que expresan que el ejercicio de los psicólogos está heteronormado o no es el adecuado para pacientes homosexuales, se muestra a continuación:

En nuestra sociedad hay discriminación, maltrato y aislamiento a las personas que viven una sexualidad diferente a la estándar y eso afecta el juicio de muchos compañeros psicólogos que replican los mismos prejuicios de la sociedad. (Participante 5)

Creo que sí está heteronormado [el ejercicio terapéutico]. Existe bastante homofobia, bastante sesgo, bastante falta de aceptación creo. (Participante 3)

La negación de la existencia de diferencias entre pacientes de diferente orientación sexual, sumado con la falta de preparación del profesional y la influencia de sesgos personales, desemboca en el uso de malas prácticas psicológicas. Sobre esto, cabe mencionar a la iatrogenia, que se define como el daño no intencional ocasionado en una persona por una intervención terapéutica. En el campo de la Psicología, este daño, es de tipo emocional y puede causar severas consecuencias en el paciente; esto se puede deber a la inexperiencia del profesional o la selección equivocada de técnicas para tratar un problema (Gómez, 2020).

Los participantes mencionan que, dentro de su experiencia, han tenido pacientes que han salido de terapias negligentes y/o discriminatorias. De manera general, mencionan que es común el querer direccionar la orientación sexual del paciente, lo que puede tener un efecto contraproducente. Algunos testimonios que denotan malas prácticas psicológicas se muestran a continuación:

Sí, definitivamente. Me han llegado pacientes que han llegado a través de procesos psicoterapéuticos religiosos o muy conservadores. (Participante 6)

He visto malas prácticas [...] un ejemplo es cuando los psicólogos quieren cambiar la orientación sexual del paciente o pedirle explicaciones sobre la orientación que tiene, es decir, tratan la homosexualidad como una anormalidad o algo que se debe cambiar. (Participante 1)

Existen, además, actitudes de rechazo que provienen de los profesionales de la salud mental hacia sus pacientes. Aunque la mayoría de los participantes expresa que no tienen inconveniente en realizar un trabajo terapéutico con pacientes homosexuales, existen opiniones que denotan que el ejercicio terapéutico también puede convertirse en un espacio de rechazo o discriminación, como se expresa en las opiniones de abajo:

Sí he escuchado de algunos casos que no fueron mis pacientes, en los que, claro, el psicólogo se puso en un lugar de decirle “no, tal vez no has pensado en esto” o “estas confundido” o cosas así, pero bueno, tampoco cosas así, muy graves, solo como que queriendo ahí aconsejar, quizá ahí jugando los mismos prejuicios del psicólogo. (Participante 2)

He tenido pacientes que me han dicho “hablé con tal profesional, pero cuando toqué el tema de mi homosexualidad, mi terapeuta decidió dejar de trabajar conmigo. (Participante 10)

5.3.3. Factores culturales que llevan al rechazo

Los participantes perciben que sus pacientes homosexuales en general, viven situaciones de rechazo constante en diversas áreas donde se desenvuelven a diario. En las entrevistas se menciona constantemente que los problemas más recurrentes a tratar están vinculados con la relación problemática con el núcleo familiar y las consecuencias que esto conlleva:

Dentro de estas de estas parejas, lo que en realidad suele ser problemático es la relación familiar. (Participante 8)

También acuden a terapia [la población homosexual] por la no aceptación de los padres o por consecuencias del Síndrome de Estrés Post- Traumático, ataques de ira o ansiedad. (Participante 6)

De la misma manera, los psicólogos perciben a la comunidad LGBTI como un grupo de personas con derechos vulnerados en áreas sociales, laborales, educativas, entre muchos otros, lo que los lleva a enfrentar situaciones de injusticia:

La sociedad culturalmente todavía tiene muchos sesgos con el grupo LGBTI que violentan sus derechos humanos, sus derechos sexuales. (Participante 5)

Si tienes una inclinación sexual alternativa, siempre te toca estar con la guardia alta, porque hay muchas personas que van a partir del prejuicio contra ti. (Participante 9)

5.3.4. Invisibilidad de las mujeres lesbianas

Los participantes mencionan que todos los individuos homosexuales, sin duda, tienen muchos problemas que enfrentar debido a su orientación sexual. A pesar de esto, se hace una diferenciación entre las mujeres lesbianas y los hombres gays. Las opiniones expresan que los hombres homosexuales, sufren de más actitudes de rechazo porque están desafiando el rol de género que se espera de ellos socialmente.

Para las mujeres es más fácil decir “sabes que me voy a dormir donde mis amigas” [...] si un hombre dice “me voy a dormir donde mi amigo”, entonces si existen muchos más juicios en la actualidad, mucha más inaceptación hacia el sector masculino, en base a una observación de pacientes del sector femenino. (Participante 6)

A pesar de esto, los hombres homosexuales tienen más visibilidad y representación en la sociedad, ya que esto concuerda con la estructura social, donde el hombre tiene más importancia y hasta en la historia de la homosexualidad, se ha tomado siempre como referente a los hombres homosexuales. En contraste las mujeres lesbianas sufren de un fenómeno de invisibilización, precisamente por su condición de mujeres. En uno de los testimonios recolectados sobre el tema, se menciona que ser lesbiana es una dificultad más que su suma al hecho de ser mujer, y que las principales dificultades asociadas a actitudes de rechazo o violencia provienen de hombres heterosexuales.

Mira, si nos vamos primero al punto de ser mujer, como mujer estamos todavía en desigualdad en cualquier sentido [...] si ya de por sí ser mujer tiene muchos rechazos, muchos conflictos, muchos contratiempos, pues que seas homosexual tiene una añadidura más. (Participante 1)

Si hay una situación de que tienen un poco más de dificultad [mujeres lesbianas] y es el desenvolvimiento social [...] al menos los hombres machistas tienen más dificultad de aceptar a las mujeres. (Participante 3)

El notable rechazo social hacia la homosexualidad masculina hace que el rechazo hacia las lesbianas se perciba como menor o a su vez como un poco más aceptado, sin embargo, esta aparente tolerancia social frente a las relaciones románticas entre mujeres como, por ejemplo, aceptar con mayor naturalidad gestos de afecto públicos, podría ser consecuencia del fenómeno de invisibilidad forzada. Al no existir las lesbianas, se convierten en mujeres con cualquier otro rol en la sociedad, como se expresa a continuación:

Si tú ves ahora en la calle o vas por el parque y ves a dos chicas cogidas de las manos, lo primero que piensas es “son dos muy buenas amigas. (Participante 10)

5.3.5. Vulnerabilidad del sujeto y necesidad de aceptación

Los participantes presentan al paciente homosexual como un sujeto lleno de inseguridades, culpabilidad, baja autoestima.

[Los pacientes] buscan ayuda no para mejorar, superar, ni siquiera para poder entender su homosexualidad, sino para saber cómo manejarla socialmente sin ser agredidos y sin generar sentimientos de culpa. (Participante 10)

Desde mi experiencia con los chicos homosexuales [...] lo que noto es que la angustia social es más fuerte en las personas homosexuales y la culpabilidad de ser o estar viviendo su realidad. (Participante 2)

Además, mencionan que necesariamente los pacientes deben atravesar un proceso terapéutico para llegar a la aceptación, en primera instancia hacia sí mismos y después, la aceptación e inclusión del medio en el que se desenvuelven. Los psicólogos retratan que la identidad de la paciente es definida en gran parte por la orientación sexual que tiene, que se trata siempre como algo alternativo o fuera de la norma. También enuncian que los pacientes atraviesan un proceso de reconocimiento y de aceptación al identificarse a sí mismos como “diferentes”.

Creo que lo más fundamental es trabajar la aceptación, el reconocimiento de ti, en el que si vas a ser homosexual no hay nada que hacer. (Participante 1)

El principal rechazo primero se da por la misma persona, luego viene la familia que es un pilar importante y luego obviamente la sociedad. (Participante 9)

Algunos de ellos consideran que el trabajo del terapeuta es el de “acompañar” o “guiar” en este proceso de descubrimiento. En algunos casos, consideran necesario impulsar a sus pacientes a “revelar” su orientación sexual a sus familias o al medio en general.

Un punto crítico a considerar es el manejo emocional, la preparación emocional para ese momento y el manejo interpersonal, esto quiere decir ¿cómo lo vamos a hacer?, ¿qué es lo que vamos a hacer? [...] y obviamente regular emociones, para poder llegar a este objetivo de ser honestos con su familia. (Participante 6)

Lo principal es que la paciente se sienta preparada para hacerlo, sin que exista una presión social o de la pareja o de amigos, que trabaje en su autoconfianza, para revelarlo a su familia. (Participante 3)

Adicionalmente, en las opiniones de los participantes, también se menciona a la religión como un factor importante en la prevalencia de los sentimientos de culpa. Al igual que la heteronormatividad está arraigada en nuestra cultura, la religión cristiana también lo está, lo que genera una relación de tensión con las diversidades sexuales.

En las relaciones homosexuales puede existir una connotación de culpa y si hay una connotación religiosa, de pecado. Es importante tratar estos pensamientos culposos y dirigir al paciente a decidir por sí mismo y no por novedad. (Participante 5)

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las representaciones sociales elaboradas por los psicólogos y psicólogas participantes, acerca de los pacientes homosexuales y en especial sobre las mujeres lesbianas, tienen como característica en común, la visión patologizante sobre la homosexualidad. La psicología patologiza a la homosexualidad cuando esta la considera una enfermedad mental que afecta el desarrollo del individuo o de terceras personas. Desde que el DSM II retiró a la homosexualidad de la lista de trastornos psicológicos, es común ya no referirse a las diversidades sexuales de esta manera, sin embargo, en la práctica diaria, existen sutiles diferencias en el trato con pacientes homosexuales que tienen esta connotación patologizante. Un ejemplo de ello es cuando los psicólogos se refieren a la homosexualidad como un problema, un obstáculo que superar, una condición que entorpece la vida de los pacientes o un evento que es necesario revelar y/o aceptar porque se asume que hay rechazo desde la misma persona hacia su orientación. En la figura 1, se observa como las malas prácticas psicológicas derivan del enfoque patologizante de los terapeutas y al mismo tiempo, también son consecuencia de la falta de preparación académica del profesional y de los sesgos personales que influyen en el ejercicio terapéutico con los pacientes.

Dentro del ejercicio psicológico, se considera indispensable que el terapeuta mantenga una posición libre de prejuicios y que se abstenga de realizar juicios de tipo moral. Sin embargo, esto ocurre parcialmente, porque la posición del terapeuta está afectada a menudo por su educación y experiencias personales, culturales y sociales. El discurso de los participantes menciona que la misión del terapeuta es ofrecer ayuda psicológica sin hacer distinción de ninguna condición del paciente, tampoco de su orientación sexual. Las opiniones recolectadas exponen una postura donde aparentemente los psicólogos no consideran a la homosexualidad como una enfermedad, sin embargo, al examinar con detalle las respuestas emitidas (ver 5.2.1), se rescatan testimonios donde se asocia a la homosexualidad con patologías como los celos, mala comunicación en pareja, dependencia emocional, representación de un peligro para ellos mismos o para otras personas o directamente se le establece como un problema a resolver, mientras que múltiples autores reconocen la necesidad de tomar en cuenta factores cognitivos, lingüísticos, sociales, culturales e históricos para explicar la conducta humana y las emociones (Ovejero, 2000). Es importante señalar, que, en el presente estudio, las opiniones recolectadas, develan que la posición que tienen los psicólogos y psicólogas, es la de un observador que trata a todos los pacientes de la misma manera, sin tomar en cuenta las desigualdades sociales que le ocurren al sujeto. En este aspecto, la psicología crítica hace una gran contribución, como menciona Garza (2011) esta aproximación teórica toma en consideración las diferencias que existen entre grupos de poder, clases sociales y en general discrepancias entre colectivos y cómo estas pueden afectar de diferente manera a un individuo u otro. White (1997), menciona que cuando se habla de patologización, las descripciones que se da de las enfermedades mentales, no colaboran para poder ayudar a las personas, sino que usualmente estigmatizan sus vidas. Por el contrario, a partir de la década de los 80 se proponen terapias que tienen como prioridad localizar los problemas socioculturales y de relaciones de poder,

para tomar una acción terapéutica que parta desde la justicia social y desde el feminismo. Esta deconstrucción de conceptos tradicionales en psicología significa una ventaja para las minorías en la sociedad, como por ejemplo para la comunidad LGBTI. El tener en cuenta que existen marcadas diferencias en el trato que se les da, comparado con el resto de la sociedad, y las razones por las que ocurre esto, permite al profesional comprender y actuar de forma más adecuada para el paciente.

A lo largo de la historia, han existido diversas prácticas psicológicas para intentar modificar la orientación sexual de las personas y que han llevado a desarrollar prácticas para revertir este hecho. Un ejemplo de esto, son los tratamientos hormonales forzados, las terapias de conversión y las evaluaciones psiquiátricas hechas de manera coercitiva (CIDH, 2016). Particularmente, las terapias de conversión, popularizadas en la década de los 70, han traído como resultado, secuelas físicas y mentales en los pacientes sometidos a tales procedimientos. Se debe recordar que estas prácticas no tienen ningún aval científico. Un ejemplo de esto, se observa en el apartado sobre las terapias de conversión (ver 5.2.3), cuando el participante 10 explicó la existencia de la homosexualidad como un desbalance hormonal aunado a una experiencia traumática como una violación.

El desconocimiento sobre la comunidad LGBTI, constituye la segunda parte del núcleo figurativo en este estudio (figura 5). Las opiniones recolectadas explican que hay una deficiencia en el trato terapéutico hacia los pacientes homosexuales que se debe principalmente a la falta de información que tienen los profesionales de la salud mental sobre la comunidad LGBTI. Existe desconocimiento sobre los aspectos sociales que debe enfrentar esta comunidad, la marginalidad, las dificultades de acceso a servicios de salud óptimos, entre otros. Estas falencias también son

atribuidas a la falta de preparación a nivel académico y práctico, que les impide a los terapeutas el poder ofrecer una atención adecuada a estos pacientes. La mayoría de los participantes refirió que la preparación académica que recibieron a nivel de pregrado y postgrado sobre diversidades sexuales fue muy limitada o nula (ver 5.1.8). Muchos de los participantes, mencionan con seguridad, que las prácticas que se utilizan con pacientes homosexuales, cuando tratan sobre problemas derivados de su orientación, son las mismas que utilizarían con cualquier paciente y que no hace falta una diferenciación en la terapia; otros participantes, reconocen que existen mejores herramientas que podrían ser utilizadas, pero que no están al tanto de ellas. En la actualidad, existen prácticas psicológicas específicas para pacientes LGBTI, que han ido evolucionando con el tiempo. Un ejemplo de ello es la terapia afirmativa para hombres gays y mujeres lesbianas que representa un enfoque enriquecedor para el paciente (Weiss, 2014). La terapia afirmativa, contempla que la homosexualidad es tan válida como cualquier otra orientación, considerando que la sexualidad no es el único aspecto en la vida de una persona y consecuentemente, no todas sus decisiones se deben ver afectadas por este aspecto. Además, pretende dotar a los terapeutas de herramientas para ayudar y entender las necesidades del colectivo LGBTI. A pesar de que, en Europa y América del Norte, la terapia afirmativa tiene ya un largo tiempo, en América Latina es bastante reciente; en Ecuador, particularmente, fue introducida en el año 2016 por la Red Ecuatoriana de Psicología por la Diversidad LGBTI (REPsiD), con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas de diversidad sexual (Zúñiga, et al., 2021). Se considera importante, para una práctica psicológica efectiva, que el terapeuta conozca sus pensamientos y emociones hacia la homosexualidad y que cuestione su sistema de creencias (Ardila, 2007). En esta investigación, el 70% de los participantes refirió haber tenido alguna clase de información especializada sobre pacientes LGBTI, aunque reconocen que de forma muy breve. A pesar de esto, ninguno de ellos mencionó a la terapia

afirmativa dentro de sus conocimientos, lo que indica que la preparación profesional para dar psicoterapia especializada a este grupo es muy escasa.

Adicionalmente, el sistema heteronormativo, comprende parte del sistema periférico de las RS (figura 5). Esta idea se conecta directamente con las dos ideas del núcleo figurativo. De acuerdo al *Diccionario de psicología americano* (1991), la heteronormatividad se define como la suposición de que la heterosexualidad es la orientación estándar y que define el comportamiento sexual normal. Cabe destacar que, en la información recolectada en la entrevista, los participantes hacen referencia a este término de diferente manera, poniendo en evidencia su desconocimiento. Entienden a la heteronormatividad como la causa por la que existe rechazo hacia todo individuo que no sea de orientación heterosexual. Además, abordan este tema como un asunto que explícitamente afecta a la comunidad LGBTI, cuando en realidad, la heteronormatividad es un sistema que rige a la sociedad y por lo tanto genera un impacto en todos sus miembros. Wittig (1982) hace referencia a la heteronormatividad como un régimen político que es utilizado para marcar diferencias entre personas y es usada como una herramienta por parte de las personas que sostienen el poder y hegemonía social.

Un ejemplo de esto se muestra en el apartado (ver 5.1.9), donde la participante 3, hablando acerca del ejercicio profesional del psicólogo, menciona: “Creo que sí está heteronormado. Existe bastante homofobia, bastante sesgo, bastante falta de aceptación”. Esta cita claramente muestra que la percepción de la heteronormatividad está vinculada a la idea del rechazo hacia el paciente homosexual. Al igual que este testimonio, la mayoría de participantes, mencionan también, que creen que la heteronormatividad influencia el ejercicio de los psicólogos clínicos. Dentro de una sociedad heteronormativa, se produce un profundo rechazo a las diversidades sexuales porque lo

permitido y correcto, según la norma, es el hombre heterosexual, que se define como el sujeto que no posee características femeninas ni homosexuales. Así, todas las sexualidades que aparecen fuera del patrón se convierten en una amenaza para el sistema heterosexual por lo que deben ser rechazadas. A pesar de esto, en las sociedades actuales, se han implementado mecanismos que permiten, de alguna forma, integrar a estos colectivos marginales., por ejemplo, políticas como la legalización del matrimonio en algunos países de Latinoamérica pretenden esto (Poblete, 2018). Los participantes en este estudio opinaron en su mayoría, que la legalización del matrimonio en Ecuador ha resultado un avance innegable en materia de derechos, que permite a la sociedad replantearse las bases sobre las que se asienta. Contrario a esto, también existieron opiniones que definieron al matrimonio igualitario como un evento que afecta a una sociedad que todavía es incapaz de aceptarlo, como menciona el participante 10 también “[el matrimonio igualitario] perjudica a la sociedad, porque es un cambio abrupto que no se puede asimilar tan rápido”

La heteronormatividad está presente principalmente al hablar de monogamia, roles de género, identidad sexual o reproducción, conceptos que necesitan ser cuestionados por parte del profesional antes de establecer un criterio que pueda afectar o influir negativamente al paciente (Moon, 2010). La heteronormatividad, se encuentra arraigada en la cultura y por ello, a pesar de las reformas elaboradas para garantizar la protección de todos los individuos por igual, no se observan cambios sustanciales que llevan a continuar el trato discriminatorio hacia los homosexuales (Henríquez, 2019). En el apartado 5.1.9, los participantes expresaron en su mayoría que creen que el ejercicio de los psicólogos clínicos sí está heteronormado y que, a partir de ahí, se estructura una terapia que puede no ser la mejor para el paciente.

Se menciona, por ejemplo, en un caso en particular, como un terapeuta dejó de trabajar con un paciente al enterarse de su orientación sexual (ver 5.1.10). Otros casos mencionan frontalmente como han observado que las posturas personales de los terapeutas quieren direccionar las decisiones del paciente, conforme las reglas tradicionales de la sociedad.

De igual manera, el rechazo al sujeto, se dispone dentro de las RS como una idea periférica ligada a la patologización. Los participantes mencionan constantemente en las entrevistas que uno de los problemas más comunes a tratar durante la terapia, es la problemática que tienen los pacientes para revelar su orientación sexual, principalmente a los padres, por miedo al rechazo (ver 5.1.2). Dempsey (1994), menciona que las actitudes homofóbicas, representan un fenómeno agresivo que deben afrontar los homosexuales y que les genera miedo y ansiedad. Las actitudes de rechazo provienen en muchos de los casos, de los propios núcleos familiares. La familia es un espacio esencial para el desarrollo de un individuo, porque representa una red de apoyo directa para el sujeto. En un estudio realizado por Riesenfeld (2000) acerca de cómo las familias asimilan la homosexualidad de sus hijos, se menciona la existencia de diversas reacciones que dependen de la relación establecida en el núcleo familiar, que van desde la aceptación inmediata, hasta el rechazo absoluto o el ocultamiento permanente de la preferencia sexual del paciente hacia su familia. Otros estudios refieren que, en culturas machistas, la revelación de la orientación sexual resulta en un shock emocional que desencadena sensaciones de vergüenza y angustia porque la homosexualidad es percibida como una debilidad (Marenco, 2010). Por otro lado, las reacciones negativas que reciben los hijos de sus padres traen consecuencias dramáticas, por ejemplo, el incremento de la posibilidad de desarrollar enfermedades físicas y mentales, entre las que se pueden citar a trastornos alimenticios, depresión, ansiedad o abuso de sustancias (Hinostroza et al., 2018).

Otro elemento periférico de las RS (figura 5) fue la invisibilidad de las mujeres lesbianas en la sociedad. Este fenómeno se explica como la tendencia que existe a borrar cualquier evidencia de mujeres lesbianas de todos los espacios (Barrett, 2016). Sobre esto, se puede mencionar a un estudio realizado por Gómez (2016) que menciona que la sexualidad de las mujeres lesbianas es constantemente cuestionada y debatida en la sociedad, afirmando que estas mujeres también podrían mantener relaciones heterosexuales, ajustándose de esa manera mejor a la norma establecida socialmente. De la misma manera, la investigación menciona que la información que se difunde sobre las mujeres lesbianas es muy escasa en comparación a la de los hombres homosexuales y que, en el caso particular de la atención de psicólogos, el número de pacientes hombres atendidos es muy superior al de las mujeres; como consecuencia de todo esto, las lesbianas se vuelven no identificables e invisibles por lo que no representan ningún riesgo de alterar la estructura heteronormativa de la sociedad. Así, este ocultamiento forzado es consistente con algunas respuestas recolectadas, como un ejemplo notable, se muestra la opinión del participante 10, que menciona que la primera asociación al ver a dos mujeres tomadas de las manos es pensar que son buenas amigas (ver 5.3.4), negando e invisibilizando la posibilidad de una relación lésbica.

Las opiniones de los participantes sobre este tema, convergieron en un punto en común: las mujeres lesbianas son percibidas con menor desagrado en la sociedad, lo que da la impresión de mayor aceptación en comparación con su contraparte. Los participantes consideran que esta “aceptación” es una característica positiva asociada a las lesbianas y no lo ven como un efecto que deriva de su invisibilidad. Las mujeres son solo socialmente aceptadas cuando cumplen con los roles de género y las expectativas que son demandadas por otros. En muchas ocasiones, cuando esta norma no es cumplida, se considera que la mujer necesita ayuda terapéutica que está enfocada erróneamente a la “adaptación” o “regulación social”. Es decir, cuando algún comportamiento del

individuo se encuentra fuera de la “normalidad”, en este caso, que una mujer tenga una orientación homosexual, genera incomodidad, por lo que se intenta forzosamente “curarla” o devolverla al “camino correcto”. Otras opiniones minoritarias recolectadas en este estudio ponen de manifiesto que la homosexualidad en las mujeres es una dificultad más frente al hecho de ser mujeres. Con esto, se pretendía expresar que ser mujer en una sociedad androcéntrica, implica múltiples desventajas. Por todo esto, se considera que el aporte del feminismo lésbico es enriquecedor para el objetivo de dar importancia y notoriedad a las mujeres lesbianas, ya que dicha corriente permite examinar críticamente el rol de las mujeres homosexuales dentro de la sociedad patriarcal, desafiando el dominio masculino, el sexismo y la homofobia (Bolin & Whelehan, 2015).

El sistema patriarcal que rige a la sociedad descalifica a las mujeres que requieren ayuda psicológica como consecuencia de los efectos secundarios que produce cumplir con sus roles de género. Así, el tener varios hijos a su cargo o la responsabilidad de llevar un hogar y un matrimonio sin ayuda, se considera una tarea obligatoria que deben ejecutar, y cualquier trastorno derivado de estas obligaciones, como problemas de ansiedad o depresión, son entendidas socialmente como simples expresiones de incomodidad o inconformidad. Chester (1979), menciona que la incapacidad de una mujer de adaptarse a los roles de género asignados, se considera una desviación de su “naturaleza”. A partir de esta interpretación machista, se patologiza a la mujer que presenta problemas psicológicos. Usualmente se considera que las mujeres son más “histéricas” o “locas” que los hombres y que esta conducta resulta destructiva para sí misma y para su entorno. Así, resulta en muchas ocasiones, que la psicoterapia impulsa a estas mujeres a sentir culpa por no realizar el papel que se espera de ellas y a buscar una solución validada usualmente por una autoridad masculina.

Todas las desventajas y actitudes discriminatorias que se han mencionado con anterioridad resultan en extremo difíciles de enfrentar para el sujeto homosexual, exponiéndolo como un ser vulnerable. Los psicólogos perciben a sus pacientes homosexuales como individuos llenos de culpa y miedo por la orientación sexual que tienen. Un ejemplo de esto, es el criterio del participante 10: “[Los pacientes] buscan ayuda no para mejorar, superar, ni siquiera para poder entender su homosexualidad, sino para saber cómo manejarla socialmente sin ser agredidos y sin generar sentimientos de culpa”. Judith Butler (2002), menciona que el homosexual es el sujeto que se niega a sí mismo, porque está prohibido describirse a sí mismo. El señalamiento de su orientación sexual proviene del exterior, y la autonegación se convierte en una herramienta para su sobrevivencia. Sobre esto, se puede citar el testimonio del participante 9, a través del cual se evidencia la creencia de que los pacientes homosexuales se caracterizan por sentir rechazo hacia sí mismos: “El principal rechazo primero se da por la misma persona, luego viene la familia que es un pilar importante y luego obviamente la sociedad”.

Butler (1990) considera que la autopercepción de la homosexualidad tiene una connotación ofensiva y no descriptiva. De la misma manera, Butler afirma que socialmente, el sujeto homosexual es controlado y castigado por no cumplir la norma heterosexual a través de sentimientos de culpabilidad y de miedo. El sujeto homosexual debe enfrentarse a la censura social, el rechazo de los padres o familia y a la exclusión o aislamiento. Finalmente, dentro de nuestra sociedad, es importante mencionar que la religión juega un rol decisivo en la percepción y aceptación de los homosexuales. Algunos de los participantes, hacen alusión al impacto que tiene la religión en la sociedad y mencionan que esta solo aumenta la sensación de culpabilidad en forma de pecado (ver 5.3.3). Es claro que la posición de la religión católica frente a los homosexuales es prejuiciosa y trata de catalogar como una patología o perversión a cualquier inclinación fuera de la

norma. La moral restrictiva que presenta la religión, visibiliza de forma positiva únicamente a la relación hombre-mujer y descalifica a la homosexualidad por completo, etiquetándola como una aberración (Cornejo, 2018).

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las entrevistas realizadas a los psicólogos clínicos, develaron las representaciones sociales que estos tienen frente a la homosexualidad. Los campos de información y actitud, permitieron conocer las RS que manejan los psicólogos sobre los hombres gays y las mujeres lesbianas. En general, la percepción sobre ellos, es la de ser sujetos vulnerables, expuestos al rechazo social y familiar, que tienen una gran necesidad de aceptación y que sienten culpabilidad por su orientación. En el caso de las mujeres lesbianas, se les percibe como socialmente más aceptadas que los hombres, aunque esto se deba, no a una mayor simpatía hacia ellas, sino a una consecuencia de su invisibilidad; al no tener notoriedad en ningún ámbito social, pueden pasar desapercibidas, sin generar reacciones negativas, como sí lo hacen otros grupos del colectivo LGBTI. Las mujeres lesbianas no existen para la sociedad porque están ocultas, y esto es producto del heteropatriarcado, que pone al hombre como el sujeto más importante y el que tiene mayor notoriedad. Además, los profesionales, intentan mantener un discurso de aceptación y neutralidad frente al paciente, pero al observar en detalle sus opiniones, se descubrió que muchos de ellos ejercen su profesión desde la influencia heteronormativa de la sociedad y desde una visión patologizante porque, aunque los psicólogos reafirman que no existen diferencias con los pacientes heterosexuales, hay una clara contradicción porque constantemente marcan diferencias entre los unos y los otros, diferencias negativas cuando se trata de gays y lesbianas. Sin duda, la formación profesional de los psicólogos está influenciada por el pensamiento tradicional que dicta que la homosexualidad es una

orientación fuera de la norma y a partir de este pensamiento, manejan su atención terapéutica. En muchos casos, los psicólogos orientan la psicoterapia erróneamente, tratando a la homosexualidad como un problema a resolver o como un suceso que revelar a la sociedad. Así, la influencia del pensamiento heteronormativo, aunado a la falta de conocimientos o capacitación profesional específica sobre terapias para pacientes LGBTI, desemboca en la mala praxis. Los mismos participantes reconocen que existen múltiples falencias en el ejercicio profesional cuando se trata de pacientes homosexuales. En conclusión, se puede notar como la psicología clínica, al igual que el resto de aspectos de la sociedad, se ve afectada por los parámetros sociales establecidos y que perjudican a las minorías sociales, como la comunidad LGBTI.

Los psicólogos son considerados como figuras neutrales en la sociedad que tienen el poder de cuestionamiento sobre los fenómenos sociales. Por esto, resulta necesario, que los terapeutas sean críticos consigo mismos y que conozcan sus sesgos personales para que no interfieran negativamente con el paciente. De la misma manera, es indispensable que el trato psicológico a la población LGBTI sea tomada con tanta seriedad como cualquier otro aspecto que requiera atención psicológica, para lo que se necesita mayor estudio y entendimiento de cómo funciona nuestra sociedad, cuál es el impacto que tiene en las personas homosexuales y qué conocimientos técnicos son los más adecuados para ellos. La negación de la existencia de diferencias entre pacientes homosexuales y heterosexuales, lejos de mostrar una posición de neutralidad o de justicia por parte del profesional, niega las necesidades obvias que tienen los pacientes LGBTI, que, al experimentar situaciones diferentes al resto, requieren también técnicas diferentes para abordar problemas derivados de su orientación sexual.

Se recomienda replicar esta investigación en otras ciudades del país, para contrastar los resultados obtenidos en la ciudad de Ambato con los de otros lugares y así fortalecer el estudio.

También se recomienda, en futuras investigaciones, incluir a psicólogos clínicos que trabajen en el área de salud pública y no solo en consulta privada, debido a que la mayoría de la población tiene acceso solamente a servicios de salud públicos. Esto permitiría cotejar con la información recolectada de los pacientes y profesionales en consulta privada.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán; Preese Universitaires de France. <https://bit.ly/3sNoZu1>

Adamczyk, A. & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, (38), 338-351. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.01.002>

Álvarez, S. (2014). *Diagnóstico participativo sobre la situación de los derechos humanos de la población LGBTI en Ecuador*. Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas. <https://bit.ly/3I5rX36>

Álvarez-Gayou, J., Camacho, S., Maldonado, G., Átala, C. Olguín, A. & Pérez, M. (2007). La investigación cualitativa. Xikua. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 2(3). <https://bit.ly/34WFY4E>

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, (127). FLACSO. <https://bit.ly/3JwPzOI>

- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 27(1), 67-77. <https://bit.ly/3gOgXLH>
- Asociación Transexualia. (2019). *Estudio sobre las causas de invisibilidad y la doble discriminación que sufre el colectivo de lesbianas en la comunidad de Madrid*. <https://bit.ly/3HW8YYR>
- Bachs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales, Análisis comparativos. *Revista Costarricense de Psicología*, (89), 27-40.
- Barrett, R. (2016). *Female Erasure: What You Need to Know About Gender Politics' War on Women, the Female Sex and Human Rights*. Tidal Time Publishing.
- Baruch-Domínguez, R. (2016). Educación en diversidad sexual, necesaria para la salud y el bienestar social. *Salud UIS*, 48(4). <https://bit.ly/3HVv79B>
- Baughey-Gill, S. (2011) When Gay Was Not Okay with the APA: A Historical Overview of Homosexuality and its Status as Mental Disorder. *Occam's Razor*, 1(2). <https://bit.ly/36m18dn>
- Bettinsoli, M., Suppes, A. & Napier, J. (2019). Predictors of Attitudes Toward Gay Men and Lesbian Women in 23 Countries. *Social Psychological and Personality Science*, Doi: 10.1177/1948550619887785
- Bolin, A. & Whelehan, P. (2015). Lesbian feminism. *The International Encyclopedia of Human Sexuality* (pp. 649-719), Doi: 10.1002/9781118896877.wbiehs267
- Bonamigo, G. (2018). *Sexual and Gender Diversity in Clinical Practice in Psychology*. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2827>

- Botello, H., Guerrero, I., (2017). Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 18(35): 129-138. <https://bit.ly/3oRBhjJ>
- Butler, J. (2002). Críticamente subversiva. En Rafael Mérida Jiménez, *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Icaria.
- Cornejo, J. (2018). Homosexualidad y cristianismo en tensión: la percepción de los homosexuales a través de los documentos oficiales de la Iglesia católica. *Revista Bagoas*, (2), 33-69. <https://bit.ly/3HVeACC>
- Cuellar, M. (2011). *Homofobia internalizada: una revisión desde la teoría de género y la psicología social*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://bit.ly/34NjeUV>
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y Representaciones Sociales*, 11(21), 109-140. <https://bit.ly/3JBXHxi>
- Curiel, O. (2007). El lesbianismo feminista: una propuesta política transformadora. *América Latina en Movimiento*. <https://bit.ly/3BAevC6>
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460. Doi: 10.1007/s10508-009-9531-5
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Durkheim, E. (1951). Representaciones individuales y colectivas. *Sociología y Filosofía*. Santiago de Chile: Zig Zag.

- Echeverría, G. (2005). Apuntes Docentes de Metodología de Investigación: Análisis cualitativo por categorías. <https://bit.ly/3GZOHQR>
- Eckstrand, K. & Sciolla, A. (2014). History of Health Disparities Among Individuals Who Are or May Be LGBT, Gender Nonconforming, and/or Born with DSD. *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD* (pp. 10-21). Washington, DC: Association of American Medical Colleges.
- Ellis, S. J. & Peel, E. (2011). Lesbian feminisms: Historical and present possibilities. *Feminism & Psychology, 21*(2), 198-204. Doi: 10.1177/0959353510370178
- Farr, R. (1983). Escuelas europeas de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología, 55*. UNAM. 641-657.
- Ferrari, F., Imperato, C. & Mancini, T. (2021). Heteronormativity and the Justification of Gender Hierarchy: Investigating the Archival Data From 16 European Countries. *Frontiers in psychology: Personality and Social Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686974>
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry, 8*(4), 777-795.
- Galindo, L. M. (2018). Los roles de género en la distribución de trabajo en familias homosexuales y homoparentales de hombres en la Ciudad de México. *Revista de Estudios de Género La Ventana, 6*(48), 48-91. <https://bit.ly/3BFjC45>
- Garrido, R. (2017). La despenalización de la homosexualidad en Ecuador: el legado de la acción colectiva LGBTI (tesis de maestría). Universidad Simón Bolívar. <https://bit.ly/36vEzTD>

- Garza Talavera, Rafael. (2011). Las teorías de los movimientos sociales y el enfoque multidimensional. *Estudios Políticos*, (22), 107-138. <https://bit.ly/3p11jkE>
- Gómez, (2016). *Representaciones sociales elaboradas por psicólogos y psicólogas sobre personas gays y lesbianas: un análisis desde los aportes de los estudios de género* (tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://bit.ly/3I3dvsI>
- Gómez, Y., Freire, J., Querts, O. & Columbie, J. (2020). Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. *MEDISAN*, 24(5), 906-924. <https://bit.ly/3h60jXT>
- Grow, A. (2018). *The Meaning of Sexuality: A Critique of Foucault's History of Sexuality Volume 1. All Thesis and Dissertations*. 6744.
- Guarderas, P. (2018). De las interpelaciones por transparencia u opacidad: La atención a las diversidades sexo-genéricas en Quito. *Psicoperspectivas*, 17(1), 28-39.
- Henríquez, C. & Díaz, J. (2019). *Percepción y representación de la comunidad LGBTI en la sociedad* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Bucaramanga. <https://bit.ly/3s2bhnJ>
- Herek, G. (2002). Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men. *Public Opinion Quarterly*, 66, 40-66
- Hernández, G. (2007). La neutralidad terapéutica del psicólogo. *Persona y Bioética*, 11(2), 126-137. <https://bit.ly/3JCTtWf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

- Hinostroza, M., Javier, E. & Arotoma, R. (2018). Actitudes de los padres hacia la homosexualidad de sus hijos. *Horizonte de la Ciencia*, 8(15), 71-81. <https://bit.ly/3s3co6F>
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales, teoría y método. En T. Ibáñez (ed.), *Ideologías de la vida cotidiana* (pp. 13-90). Sendai.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (ed.), *Psicología social: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494).
- Kitzinger, C. (1999) Lesbian and gay psychology: is it critical? *Annual Review of Critical Psychology*, 1, 50-66.
- Knapp, E., Suárez, M. & Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1), 23-34.
- Levounis, P., Drescher, J. & Barber, M. (2012). *The LGBT casebook*. American Psychiatric Association.
- López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 65-75.
- López, E. (2019). Los derechos humanos para las personas LGBT y sus limitantes frente al modelo de la ciudadanía normativa. *Revista Rupturas*, 9(2), 1-22. <https://dx.doi.org/10.22458/rr.v9i2.2520>
- Lytle, M. C., Vaughan, M. D., Rodríguez, E. M. & Shmerler, D. L. (2014). Working with LGBT Individuals: Incorporating Positive Psychology into Training and Practice. *Psychology of*

Sexual Orientation and Gender Diversity, 1(4), 335-347.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000064>

Marecek, J., Finn, S. & Cardell, M. (1982). Gender Roles in the Relationships of Lesbians and Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 8(2), 45-49. Doi: 10.1300/J082v08n02_06

Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. & Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+, una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales.

Martínez-Lirola, M. (2010). Explorando la invisibilidad de mujeres de diferentes culturas en la sociedad y en los medios de comunicación. *Palabra Clave*, 13(1), 161-173.

Matute, P. (2018). *Índice de tolerancia a las diversidades sexuales en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca* (tesis de pregrado). Universidad del Azuay.

McGuire TR. Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *J Homosex*. 1995;28(1-2):115-45. Doi: 10.1300/J082v28n01_08. PMID: 7560918.

Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Educativa*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

Moon, L. (2010). *Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*. Routledge Ashgate. <https://bit.ly/3s12fXX>

Moscato, M. F. (2016). *Italia, in La violenza domestica e di appuntamento verso donne LBT nell'Unione Europea*. Wildy, Simmonds and Hill Publishing.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

- Movimiento de Liberación Homosexual. (2007). *VI informe anual: derechos humanos, minorías sexuales chilenas*. <https://bit.ly/3I6wL8q>
- MSP. (2015). *Atención en salud a personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI): manual*. Dirección Nacional de Normatización; Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. <https://bit.ly/3sawonR>
- Nell, V. (1996). Critical psychology and the problem of mental health. *J Prim Prev.*, 17(1), 117-32. Doi: 10.1007/BF02262741. PMID: 24254924/
- Nagoshi, J. L., Adams, K. A., Terrell, H. K., Hill, E. D., Brzuzy, S. & Nagoshi, C. T. (2008). Gender differences in correlates of homophobia and transphobia. *Sex Roles*, 59, 521-531. Doi: 10.1007/s11199-008-9458-7
- Ojeda, E., (2015). *Estudio de las actitudes hacia la homosexualidad en estudiantes de psicología clínica de la universidad de Azuay* (tesis de pregrado). Universidad del Azuay.
- Oña, E. (2018). *Modelo biomédico en salud mental: un paradigma a superar*. <https://bit.ly/3I3eHMI>
- Ortiz, B. & Vallejo, S. (2020). *Revista informativa sobre el mal uso de las clínicas de deshomosexualización en Quito* (tesis de pregrado). Universidad Politécnica Salesiana de Quito.
- Parker, I. (2007). Critical Psychology: What It Is and What It Is Not. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 1-15. <https://bit.ly/3v09npF>

- Pavón Cuellar, D. (2011). La psicología crítica de Ian Parker: análisis de discurso, marxismo trotskista y psicoanálisis lacaniano. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 56-82. <https://bit.ly/3p41A6j>
- Peidro, S. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 221-235. <https://bit.ly/3sZJML0>
- Perales, F. & Baxter, J. (2017). Sexual Identity and Relationship Quality in Australia and the United Kingdom. *Family Relations*, 67(1), 55-69. <https://bit.ly/3BwFwGB>
- Perera, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *Caudales*, 1-35. <https://bit.ly/3s1WYiS>
- Piña O., Cuevas, J. & Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, 26(105-106), 102-124. <https://bit.ly/3I45Ytr>
- Poblete, N. (2018). *¿Ruptura o continuidad? Reflexión en torno al heteropatriarcado a partir de los relatos de un grupo de jóvenes infractores/as de ley* (tesis de maestría). Universidad de Chile. <https://bit.ly/3JzBrUE>
- Quintana, Y. & Pimentel, J. (2014). *Balance y perspectiva de los derechos humanos de las personas LGBTI en el Ecuador a partir de la despenalización de la homosexualidad*. IAEN. <https://bit.ly/3s2zjz3>
- Ramírez, A. (2012). *Autorizar una voz para desautorizar un cuerpo: producción discursiva del lesbianismo feminista oficial*. <https://bit.ly/33yboho>

- Rich, A. (1980). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, 10, 15-41. <https://bit.ly/3v3fUj9>
- Riesenfeld, R. (2000). *Papá, mamá, soy gay: una guía para comprender las orientaciones y preferencias sexuales de los hijos*. Grijalbo.
- Rincón, M. A. (2020). Actitudes de homofobia en estudiantes de psicología en Bogotá. *Horizontes Pedagógicos*, 22(1), 25-36. <https://doi.org/10.33881/0123-8264.hop.22102>
- Rosser, S. V. (1993). Ignored, Overlooked, or Subsumed: Research on Lesbian Health and Health Care. *NWSA Journal*, 5(2), 183-203. <https://bit.ly/33G7lQ7>
- Saari, C. (2001). Counteracting the Effects of Invisibility in Work with Lesbian Patients. *J. Clin. Psychol.*, 57(5), 645-54. Doi: 10.1002/jclp.1034
- Sesti, S. (4 de abril de 2017). *Mujeres en ciencia: la investigación invisible*. <https://bit.ly/34OAeue>
- Sislema, N. (2018). *La comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales (LGBTI) y su calidad de vida en la Fundación Silueta X en el cantón Ambato* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. <https://bit.ly/3v2TGy0>
- Snowden, L. (2003). Bias in mental health assessment and intervention: theory and evidence. *American Journal of Public Health*, 93(2), 239-243. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.2.239>
- Spurlin W. J. (2019). Queer Theory and Biomedical Practice: The Biomedicalization of Sexuality/The Cultural Politics of Biomedicine. *The Journal of Medical Humanities*, 40(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9526-0>

- Taller Comunicación Mujer (2009). *Terapias de deshomosexualización en Ecuador*. Astrea Lesbian Foundation for Justice. <https://bit.ly/3JJGKBf>
- Taller Comunicación Mujer. (2009). *Situación de mujeres lesbianas en Ecuador: informe sobre los derechos humanos Ecuador*. UASB.
- Thelwall, M., Abdullah, A. & Fairclough, R. (2022). Researching women and men 1996-2020: Is androcentrism still dominant? *Quantitative Science Studies*. Doi: https://doi.org/10.1162/qss_a_00173
- Valk, M. (2018). Lesbian feminism. *Encyclopedia Britannica*, 21. <https://bit.ly/3p29qxd>
- Varea, S., & Cordero, T. (2008). Situación de las mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales, transegénero e intersex en Ecuador en relación a la discriminación Informe Sombra septiembre 2008-Taller de Comunicación Mujer.
- Velázquez, A, Gutiérrez, J. & Quijano, M. (2013). Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de psicología y de biología: un estudio descriptivo. *Teoría y crítica de la Psicología*, 3, 40-62.
- Vicuña, J. (2017). *Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito 2016* (tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador.
- Villaroel, C. (2020). *Identidad de género y resiliencia de las personas LGBTI+ privadas de libertad en la sección de varones del centro de rehabilitación social regional sierra centro norte Cotopaxi*, (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. <https://bit.ly/3LFJNMB>
- Wagner, W. & Hayes, N. (2005). *Everyday Discourse and Common-Sense: The Theory of Social Representation*. Palgrave Macmillan.

Weiss, R. (2014). (1 de febrero de 2022) Understanding LGBTQ-Affirmative Psychotherapy. *Psych Central*. <https://bit.ly/3JHMawi>

WHO. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. <https://bit.ly/34TM0Dw>

Wittig, M. (1992). *The straight mind and other essays* (pp. 103-111). Beacon Press.

Wolfe, M. (1992). Invisible Women in Invisible Places: Lesbians, Lesbian Bars, and the Social Production of People/ Environment Relationships. *Arch. & Comport. / Arch. & Behav.*, 8(2), 137-158.

Wolter, R. (2018). El abordaje estructural de las representaciones sociales: puentes entre teoría y método. *Psico-USF*, 23(4), 621-631. <https://bit.ly/3H2DfEi>

World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>

Zúñiga-Salazar, E., Valdiviezo-Oña, J., Ruiz-Cordoba, O., Baldus-Andrade, D., & Paz, C. (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico. *Terapia Psicológica*, 353-374.

ANEXOS

Anexo 1. Ejes de análisis en el contenido de las preguntas

EJES DE ANÁLISIS	PREGUNTAS
------------------	-----------

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Datos sociodemográficos de los participantes	<p>1) ¿Cuánto tiempo lleva brindando psicoterapia?</p> <p>2) ¿Qué tipo de corriente u enfoque psicológico utiliza en la atención de sus pacientes?</p> <p>3) ¿Tiene usted experiencia profesional trabajando con pacientes homosexuales?</p>
EJE DE INFORMACIÓN	<p>4) ¿Cree que la condición de homosexualidad es un factor influyente para que las personas acudan/pidan atención psicológica?</p>
	<p>7) ¿Considera que, en general, existe homofobia en nuestro entorno?</p> <p>9) ¿Cuál es su opinión frente a la aplicación de “terapias de conversión o deshomosexualización”?</p> <p>10) Desde su experiencia con el colectivo LGBT, ¿considera que las mujeres lesbianas tienen más dificultades que sortear (nivel familiar, profesional, social) que los hombres gays? ¿Es igual?</p> <p>11) En su formación académica, ¿Recibió algún tipo de información especializada para el</p>

	<p>trabajo con personas homosexuales?</p> <p>12) ¿Conoce usted de algún tipo de terapia especializada para el trabajo con personas LGBT?</p> <p>13) ¿Existen diferencias entre el proceso psicoterapéutico que brinda a mujeres lesbianas en comparación con mujeres heterosexuales?</p> <p>14) ¿Existen diferencias en el proceso psicoterapéutico de pareja que se brinda a mujeres lesbianas en comparación de parejas heterosexuales?</p> <p>15) ¿Existen diferencias en el proceso psicoterapéutico de pareja que se brinda a mujeres lesbianas en comparación de parejas heterosexuales?</p> <p>16) ¿Cuál es el área que usted considera más crítico de atender para mujeres adolescentes que se están cuestionado sus preferencias sexuales?</p> <p>17) ¿Considera que el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos está hetero-normado?</p>
--	--

	<p>19) ¿Atendería un caso en el que el pedido de los padres/representantes legales, es cambiar la orientación sexual de su hija adolescente?</p> <p>20) Según su experiencia con pacientes homosexuales, ¿conoce si es que alguno de ellos ha tenido un trato homofóbico en su proceso psicoterapéutico previo?</p> <p>21) ¿Cree usted que existen falencias por parte de los psicólogos clínicos, en el ejercicio psicoterapéutico en pacientes homosexuales? En caso afirmativo ¿cuáles serían dichas falencias?</p>
EJE DE ACTITUD	
	<p>5) Como profesional de la salud mental, ¿cuál es su posición frente los pacientes con orientación homosexual?</p> <p>6) Desde su opinión profesional, ¿cómo cree que ha repercutido la legalización del matrimonio igualitario en Ecuador?</p> <p>8) ¿Cuáles cree que son las necesidades de atención psicológica más frecuentes de miembros de la comunidad LGBT?</p> <p>9) ¿Cuál es su opinión frente a la aplicación de</p>

	<p>“terapias de conversión o deshomosexualización”?</p> <p>18) ¿Cree usted que la psicoterapia tiene características diferentes entre pacientes heterosexuales y homosexuales cuando empiezan su vida sexual?</p>
--	---

Anexo 2. Guía de preguntas para entrevistas a los psicólogos y psicólogas participantes

Preguntas

Parte 1

1. ¿Cuánto tiempo lleva brindando psicoterapia?
2. ¿Qué tipo de corriente u enfoque psicológico utiliza en la atención de sus pacientes?
3. ¿Tiene usted experiencia profesional trabajando con pacientes homosexuales?
Particularmente ¿con mujeres lesbianas?
4. ¿Cree que la condición de homosexualidad es un factor influyente para que las personas acudan/pidan atención psicológica?

Parte 2

5. ¿Cómo profesional de la salud mental, cuál es su posición frente los pacientes con orientación homosexual?
6. Desde su opinión profesional, ¿cómo cree que ha repercutido la legalización del matrimonio igualitario en Ecuador?

7. ¿Cree usted que existen falencias por parte de los psicólogos clínicos, en el ejercicio psicoterapéutico en pacientes homosexuales? ¿En caso afirmativo cuáles serían dichas falencias?
8. ¿Cuáles cree que son las necesidades de atención psicológica más frecuentes de miembros de la comunidad LGBT?
9. ¿Cuál es su opinión frente a la aplicación de “terapias de conversión o deshomosexualización”?
10. Desde su experiencia con el colectivo LGBT, ¿considera que las mujeres lesbianas tienen más dificultades que sortear (nivel familiar, profesional, social) que los hombres gais? ¿Es igual?

Parte 3

11. En su formación académica, ¿Recibió algún tipo de información especializada para el trabajo con personas homosexuales?
12. ¿Conoce usted de algún tipo de terapia especializada para el trabajo con personas LGBT?
13. ¿Existen diferencias entre el proceso psicoterapéutico que brinda a mujeres lesbianas en comparación con mujeres heterosexuales?
14. ¿Existen diferencias en el proceso psicoterapéutico de pareja que se brinda a mujeres lesbianas en comparación de parejas heterosexuales?
15. ¿Cuál es el área que usted considera más crítico de atender cuando una paciente quiere revelar su identidad sexual a su núcleo familiar?

Parte 4

16. ¿Cuál es el área que usted considera más crítico de atender para mujeres adolescentes que se están cuestionado sus preferencias sexuales?
17. ¿Considera que el ejercicio profesional de los psicólogos clínicos está hetero-normado?
18. ¿Cree usted que la psicoterapia tiene características diferentes entre pacientes heterosexuales y homosexuales cuando empiezan su vida sexual?
19. ¿Atendería un caso en el que el pedido de los padres/representantes legales, es cambiar la orientación sexual de su hija adolescente?
20. Según su experiencia con pacientes homosexuales, ¿conoce si es que alguno de ellos ha tenido un trato homofóbico en su proceso psicoterapéutico previo?
21. ¿Cree usted que existen falencias por parte de los psicólogos clínicos, en el ejercicio psicoterapéutico en pacientes homosexuales? En caso afirmativo ¿cuáles serían dichas falencias?

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Consentimiento informado

En el marco del proceso de titulación de la Maestría en Psicología, mención Intervención Psicosocial y Comunitaria de la Universidad Politécnica Salesiana; yo, Valeria Paulina Ballesteros Lara con documento de identidad No. 0202333290, me encuentro realizando mi trabajo de titulación: “Análisis de las representaciones sociales elaboradas por un grupo de psicólogos y psicólogas clínicas respecto a mujeres lesbianas que acuden a consulta psicológica en la ciudad de Ambato” cuyo propósito es indagar sobre la información, conocimientos y creencias de los

profesionales de la salud mental acerca de la homosexualidad y lesbianismo en pacientes que acuden a consulta psicológica en la ciudad de Ambato, Ecuador.

Considerando que su experiencia es importante para este estudio, solicitamos comedidamente, su autorización, a través de la suscripción de este documento, para que la información que usted brindó en la entrevista virtual sea transcrita en su totalidad, a fin de ser utilizada para fines académicos y en publicaciones científicas, tomando todos los recaudos éticos necesarios para proteger su identidad y de todas las personas participantes en el estudio.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer las preguntas que usted requiera, en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación cuando usted lo desee, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Agradecemos mucho su interés y apoyo a este proceso.

Atentamente,

Psc. Cl. Valeria Ballesteros

Estudiante-Investigador

ACEPTO PARTICIPAR:

FECHA:/..../.....

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____