



RECOMENDACIONES TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS CON POBLACIÓN LGBTIQ+

SEDA

ÁREA DE TRATAMIENTO

2025





PLAN DE ACCIÓN
2024 ▶ 30
ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS
POR UN CHILE QUE ACOMPAÑA E INTEGRA



PRESENTACIÓN

En Chile, el consumo problemático de alcohol y otras drogas constituye un desafío significativo en el ámbito de la salud pública, afectando de manera particular a grupos que enfrentan vulnerabilidades específicas, como la población LGBTIQ+. Diversos estudios han evidenciado que las personas de la diversidad sexual y de género están expuestas a factores de riesgo particulares que incrementan su propensión al consumo de sustancias. Entre estos factores se encuentran la discriminación, la exclusión social, la violencia y el estigma, los cuales no solo afectan su bienestar físico y emocional, sino que también limitan su acceso a servicios de tratamiento adaptados a sus necesidades.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SEDA), en su compromiso por abordar las desigualdades y promover la inclusión, reconoce la necesidad de diseñar e implementar programas de tratamiento que incorporen una perspectiva de diversidad sexual y de género. En este contexto, las orientaciones técnicas que se presentan en este documento tienen como objetivo principal guiar a los equipos profesionales en la coordinación y ejecución de intervenciones efectivas, sensibles e inclusivas para personas LGBTIQ+ que enfrentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

Estas orientaciones parten del reconocimiento de que las trayectorias de consumo y recuperación de las personas LGBTIQ+ están influenciadas por su entorno sociocultural y las experiencias particulares que atraviesan debido a su orientación sexual, identidad o expresión de género. Asimismo, se enfatiza la importancia de un enfoque integral que no solo considere el tratamiento del consumo, sino también la promoción de entornos preventivos, seguros y libres de discriminación.

El documento también destaca la necesidad de fortalecer las competencias de los equipos profesionales mediante la capacitación en diversidad sexual y de género, así como en el desarrollo de estrategias que promuevan relaciones vinculares saludables y habilidades de afrontamiento adaptativas en las personas atendidas. Adicionalmente, se busca fomentar la articulación con redes



comunitarias y organizaciones de la sociedad civil que trabajan con la población LGBTIQ+, asegurando una respuesta colaborativa y pertinente a las necesidades de este grupo.

En definitiva, estas orientaciones constituyen un marco de acción que busca transformar los servicios de tratamiento de drogas y alcohol en espacios verdaderamente inclusivos y eficaces, promoviendo la equidad en el acceso y la calidad de las intervenciones, y contribuyendo al bienestar integral de la población LGBTIQ+.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CONCEPTOS GENERALES..... | 11 |
| Sistema de creencias y exclusión | 11 |
| Sexualidad..... | 12 |
| Salud Sexual..... | 12 |
| Sexo..... | 13 |
| Orden de género | 13 |
| Género..... | 14 |
| Estereotipos de género..... | 15 |
| Discriminación por razones de género..... | 15 |
| Violencia de género..... | 15 |
| Mandatos de Género | 16 |
| Roles de Género..... | 17 |



| | |
|---|-----------|
| Estereotipos de Género..... | 17 |
| Heteronormatividad | 17 |
| Heterocisnormativo | 18 |
| Prejuicio sexual | 18 |
| Identidad sexual..... | 19 |
| Intersexual..... | 20 |
| Expresión de género..... | 21 |
| Identidad de género..... | 22 |
| Transgénero | 24 |
| Género fluido..... | 28 |
| Orientación sexual-afectiva | 29 |
| Diversidad sexual | 30 |
| ANTECEDENTES | 34 |
| Contexto general del consumo de drogas y alcohol en Chile | 35 |
| Especificidades de la población LGBTIQ+ | 36 |
| Mujeres LGBTIQ+ con niños/as a su cargo..... | 36 |
| Epidemiología del consumo en población LGBTIQ+ | 36 |
| Consideraciones culturales y de diversidad..... | 37 |
| Recomendaciones basadas en evidencia..... | 37 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE CONTEXTO..... | 38 |
| Discriminación estructural y estigmatización..... | 40 |



| | |
|--|-----------|
| Violencia y exclusión en entornos sociales | 41 |
| Falta de representación y modelos positivos..... | 41 |
| Espacios de socialización asociados al consumo | 41 |
| Problemas de salud mental subyacentes..... | 42 |
| Interseccionalidad y desigualdad..... | 42 |
| Barreras en el acceso a servicios de salud..... | 43 |
| Propuestas para enfrentar estas condiciones | 43 |
| 2.2. PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA..... | 44 |
| 2.3. SALUD MENTAL Y POBLACIONES LGBTIQ+ | 49 |
| Factores que afectan la salud mental en la población LGBTIQ+ | 50 |
| Factores protectores y estrategias para promover la salud mental | 51 |
| Desafíos persistentes..... | 52 |
| 2.4. SÍNTESIS | 53 |
| DERECHOS HUMANOS Y MARCO LEGISLATIVO | 55 |
| ENFOQUES Y MODELOS COMPRENSIVOS..... | 60 |
| 4.1. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS | 61 |
| 4.2. ENFOQUE DE GÉNERO | 63 |
| 4.3. DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD | 66 |
| 4.4. INTERSECCIONALIDAD..... | 69 |
| 4.5. MODELO DE KNIGHT | 70 |
| 4.6. ESTRÉS DE MINORÍAS (MODELO MEM) | 72 |
| 4.7. ENFOQUE INTEGRAL BIOPSIICOSOCIAL..... | 75 |



| | | |
|-------------|--|-----------|
| 4.8. | MODELO AFIRMATIVO | 78 |
| 4.9. | OTROS MODELOS Y ENFOQUES | 79 |
| | Terapias de Trauma Informadas | 79 |
| | Enfoque de Reducción de Daños | 80 |
| | Terapias Grupales Específicas | 80 |
| | Barreras a Superar en el tratamiento | 81 |
| | RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN | 82 |
| 5.1. | RECOMENDACIONES GENERALES | 83 |
| | Orientaciones generales para la intervención con población LGBTQ+ con consumo problemático de sustancias | 83 |
| | Enfoque afirmativo en el tratamiento integral de las personas usuarias | 85 |
| | Atención de personas Trans y Género no conforme | 88 |
| | Reconocimiento de sesgos y microagresiones en la relación terapéutica | 88 |
| | Promoción de la humildad y competencia intercultural al interior de los equipos de tratamiento | 90 |
| | Centros de tratamiento como zonas seguras y libres de discriminación | 92 |
| | Trabajo en red para favorecer la integración social de las personas usuarias | 94 |
| 5.2. | POR HITOS DE LA TRAYECTORIA DE LA ATENCIÓN | 95 |
| | Recepción | 96 |



| | |
|--|------------|
| Evaluación inicial | 97 |
| Ingreso a Tratamiento..... | 98 |
| Evaluación Integral..... | 99 |
| Plan de Tratamiento Individual (PTI)..... | 101 |
| Preparación para el egreso..... | 103 |
| 5.3. SOBRE EL USO DEL LENGUAJE | 104 |
| 5.4. PARA DESCRIBIR LOS PROBLEMAS DE USO DE SUSTANCIAS..... | 106 |
| 5.5. PARA REFERIRSE A PERSONAS CON USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS. | 108 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 110 |

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de sustancias impacta de formas distintas a mujeres, hombres y personas que se identifican con diversidades sexogenéricas, por lo que estas diferencias deben ser abordadas para que las políticas de drogas sean eficaces y efectivas, no obstante, todavía persiste la tendencia a tratar a las poblaciones que demandan servicios de tratamiento como un todo homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, la que es propiciada, en gran medida, por la socialización de género tradicional hegemónico de roles masculinos y femeninos, razón por la cual es importante incorporar el enfoque de género al momento de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas.



Entonces, es necesario adaptar las estrategias y las intervenciones a las necesidades específicas de cada género, considerando factores tales como los roles sociales, el estigma y el acceso a servicios de salud, considerando las desigualdades que pueden influir en el uso de sustancias, entre ellas, la presión social, la violencia de género y las diferencias en el acceso a recursos. Asimismo, es fundamental promover una comunicación inclusiva que reconozca y respete la diversidad de identidades de género. Al integrar el enfoque de género en la comunicación sobre drogas, podemos contribuir a una sociedad más justa, equitativa y saludable para todas las personas.

Por lo anterior, el **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y Drogas (SENDA)** ha venido desarrollando algunas líneas de acción orientadas a mejorar la accesibilidad y oportunidad de los servicios, considerando las características y necesidades específicas que presentan diferentes grupos de la población, con el interés en disminuir barreras y reforzar los facilitadores que inciden en el acceso a una atención resolutive que contribuya a la recuperación de las personas.

Este documento presenta recomendaciones para el tratamiento del consumo problemático de drogas con **poblaciones de la diversidad sexual LGBTIQ+** a partir del trabajo desarrollado por un equipo de profesionales del Área de Tratamiento compuesto por encargados y encargadas regionales en conjunto con asesores y asesoras del nivel central, basándose en los enfoques de determinantes sociales de la salud, interculturalidad, equidad de género y derechos humanos, en un esfuerzo de articulación que consideró la interseccionalidad y su vinculación con los procesos de acceso y atención en salud, relevando la necesidad de **promover servicios de tratamiento que respeten la dignidad humana y el derecho a la salud, considerando la diversidad sexual y de género de la población con consumo problemático de alcohol y otras drogas, además de reconocer las condiciones de inequidad y discriminación que pueden experimentar las personas LGBTIQ+ en su acceso a los servicios y el rol fundamental que desempeñan los equipos de tratamiento en amplificar o minimizar las barreras de acceso y condiciones de exclusión que afectan a esta población.**

El documento se compone de seis capítulos, a saber: el primero presenta una serie de conceptos generales con definiciones sobre diversos términos vinculados con la población LGBTIQ+. El segundo se centra en los antecedentes de contexto, epidemiológicos y características de la salud

mental en poblaciones LGBTIQ+. Por su parte, el tercer capítulo, entrega un marco referencial jurídico y de derechos humanos. El cuarto capítulo tiene como fin aportar a una mirada integral y actualizada del tratamiento de alcohol y otras drogas con poblaciones LGBTIQ+ a través de con una serie de enfoques y modelos comprensivos. Finalmente, el quinto capítulo desarrolla la propuesta metodológica, identificando estrategias claves a considerar a nivel de equipo, en la intervención con las personas usuarias y en la vinculación con la red y algunas recomendaciones para cada hito de la trayectoria de la atención en el tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.

En síntesis, este documento busca ser una guía con recomendaciones transversales para orientar a las y los profesionales, técnicos y no profesionales de los equipos tratantes de los diversos programas y centros en convenios con SENDA, dirigidos a población adulta e infantojuvenil.

Así, y en el marco del propósito de la División Programática de SENDA, este documento invita a **mirar la diversidad sexual como una temática que involucra a todas las personas, en tanto, seres humanos sexuados, sexuales y distintos, situándose desde el reconocimiento de la diversidad humana como un valor, que enriquece y aporta al desarrollo de las personas y de la sociedad en su conjunto.**

PROPÓSITO DIVISIÓN PROGRAMÁTICA

Contribuir a las trayectorias de recuperación de las mujeres usuarias de programas de tratamiento e integración social que tienen niños, niñas o adolescentes a su cargo, a través del fortalecimiento de habilidades parentales que fortalezcan sus relaciones vinculares con éstos, mejorando relaciones y ambientes



1. CONCEPTOS

11

GENERALES

A continuación, se revisan algunos términos y definiciones que pueden facilitar una comprensión básica de lo que se entenderá por poblaciones LGBTIQ+ en el desarrollo del presente documento¹.

Se debe considerar que estas definiciones no abarcan la globalidad de las manifestaciones de la sexualidad e identidad de género y podrían no reflejar a las diferentes culturas y comunidades o expresiones individuales. Por lo mismo, es necesario mantener abierta la posibilidad de incorporación de nuevos conceptos, validando también las propias definiciones que las personas usuarias puedan plantear a partir de sus experiencias y procesos identitarios.

Sistema de creencias y exclusión

La manera de ver la normalidad y anormalidad ha sido atravesada por creencias culturales y paradigmas científicos dominantes en las distintas épocas y sociedades. El sistema sexo-género impone una determinada manera de ser hombre y de ser mujer que se ajusta a los roles de género

¹ Las definiciones incorporadas en este apartado fueron extraídas principalmente de los documentos: "Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+" de Martínez et al (Universidad Diego Portales, 2018) y del "Manual de Formación Género y Salud COLMED, 2018 y "Curriculum: La Intersección entre el Uso de Sustancias. Orientación Sexual e Identidad de Género" (SOGI), INL, 2017.



socialmente asignados. A estos modelos impuestos de cómo ser hombre y cómo ser mujer se les llama «masculinidad hegemónica» y «feminidad hegemónica». Durante la socialización de género, se aprenden e internalizan roles y estereotipos de género. La socialización de género se realiza en el discurso cotidiano—«síéntate como señorita», «los niños no lloran», o en prácticas como asignar colores a mujeres y hombres o diferenciar regalos que serían propios para niños o niñas (Borisonik et al., 2017).

Sexualidad

La definición de sexualidad ha tenido diversas interpretaciones y definiciones, y está en constante construcción y transformación. De acuerdo con la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida y que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (OMS, 2006).

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. En su repercusión concreta, en la vida de las personas se vivencia y manifiesta a través de fantasías, deseos, placer, erotismo, atracción, necesidad de gustar y sentirse atractivo o atractiva e identificarse con algo y, también, en ocasiones, en el deseo de reproducirse. Si bien, puede incluir todas estas dimensiones, no siempre se vivencian o manifiestan todas ellas. Estas manifestaciones están condicionadas por lo que cada sociedad va definiendo como lo permitido y lo prohibido, lo público y lo privado, reglas que estructuran toda organización social (OMS, 2006).

Salud Sexual

La sexualidad, como “parte constitutiva de la personalidad”, está expuesta a todos los avatares de la subjetividad y puede ser fuente de placer y/o de angustia. No obstante, esta posible angustia no debería ser generada nunca por la ausencia de garantías para el ejercicio de derechos.



Según la OMS, “la salud sexual es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (OMS, 2002).

Sexo

El sexo se entiende, convencionalmente, como el conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas que diferencian a los organismos en función de su capacidad reproductiva. Estas características incluyen cromosomas, hormonas, genitales y órganos reproductivos, determinando la adscripción de los seres vivos dentro de la binaridad entre macho y hembra, no obstante, esta visión tradicional no refleja toda la diversidad biológica existente.

La comprensión del sexo ha evolucionado para incluir no solo las diferencias biológicas tradicionales, sino también las variaciones que desafían el sistema binario, reconociendo la diversidad en la naturaleza humana.

Orden de género

Es el conjunto de regulaciones por medio de las cuales la sociedad moldea el sexo biológico, el género social y la atracción sexual como producto de las relaciones sociales, expresándose, entre otros aspectos, a través de los estereotipos de género y de la obligatoriedad de la heterosexualidad. En este sentido, los modelos sociales dominantes del género y el sexo en la cultura occidental abarcan sólo dos categorías rígidas, masculino/hombre y femenino/mujer, excluyendo a aquellas personas que pueden no identificarse dentro de dicho binarismo, tales



como personas no binarias o personas intersex (Política Universitaria de Diversidades, Disidencias sexuales y de género, UCH, 2023).

El orden de género establece los roles, jerarquías y normas de género, entendiendo por el primero los comportamientos, actividades y responsabilidades se consideran apropiados para hombres, mujeres y otras identidades de género, mientras que el segundo concepto, generalmente, implica una relación de poder desigual donde ciertos géneros (a menudo los hombres en contextos patriarcales) tienen más privilegios o autoridad que otros. El último término hace referencia al establecimiento de estándares sociales sobre cómo "deberían" comportarse las personas según su género.

El orden de género interactúa con otros sistemas de opresión o privilegio, como la clase social, la raza, la orientación sexual y la etnicidad.

14

Género

El género corresponde al aspecto de las relaciones sociales que expresa la forma en que nos percibimos y valoramos mutuamente respecto de la masculinidad y feminidad, comprendidos como construcciones y/o representaciones sociales, e incluso estereotipos, que norman aquello que es apropiado para los hombres y mujeres, respectivamente. Históricamente, estos atributos han tenido una valoración diferenciada, situando lo femenino como subalterno y lo masculino como dominante, con el resultado de poner a las mujeres en una posición subordinada y de menoscabo frente a los hombres.

Pertenece a un constructo socio cultural, por tanto, de carácter dinámico y este puede ir variando a medida que va cambiando la cultura. Es parte de una categoría relacional que engloba a mujeres, hombres, personas con otras identidades, y cómo estas se relacionan entre sí (COPOLAD, 2023b).



Estereotipos de género

Es el conjunto de representaciones sociales relativas al comportamiento, actividades, sentimientos, ocupaciones y roles de género que se imponen como expectativa y norma que diferencia a hombres y mujeres. Son uno de los elementos incidentes en la alta desigualdad de género presente en las sociedades ya que son creencias generalizadas, simplistas y, a menudo, limitantes sobre cómo deberían comportarse, pensar o sentir las personas según su género. Estos estereotipos se basan en normas culturales y sociales que asocian ciertas características, roles y comportamientos con lo que se considera masculino o femenino.

15

Discriminación por razones de género

Toda distinción, exclusión o restricción injustificada y basada en el sexo, la orientación sexual o identidad de género de una persona que amenaza, perturba o anula el ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y/o civil, que puede manifestarse en diferentes contextos, como el laboral, educativo, social, político o familiar, afectando tanto a mujeres como a hombres, personas no binarias, transgénero u otras identidades de género.

Violencia de género

Cabe señalar que suele cometerse el error habitual de considerar la expresión "violencia de género" como sinónimo de "violencia contra la mujer", no obstante, la primera es más amplia e incluye diversas manifestaciones de violencia donde el género es el eje central (ONU mujeres, 2019).

Así, en este documento se entenderá por violencia de género a toda acción dañina dirigida contra una persona o grupo en razón de su género, y cuyas manifestaciones pueden ser múltiples, a saber: física, psicológica, económica, sexual, virtual, simbólica y estructural, entre otros; y sus



consecuencias son multidimensionales en la vida de las víctimas (Kilmartin, C. & Allison, J. (2007) en ONU mujeres, 2019).

El orden de género favorece diferencias estructurales de poder que ponen a niñas, mujeres y personas que se identifican con diversidades sexuales, así como quienes cuestionen el orden de género, en situación de particular riesgo.

En el caso de La [Violencia hacia la población LGBTIQ+](#) es considerada una forma de violencia de género, impulsada por el deseo de castigar a quienes se considera que desafían/desobedecen las normas de género (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).

Mandatos de Género

Son normas sociales y culturales que dictan cómo deben comportarse, actuar, pensar y sentir las personas según el género que se les asigna al nacer. Estos mandatos están profundamente arraigados en las estructuras sociales y funcionan como expectativas que refuerzan roles tradicionales y jerarquías de género.

Son mensajes explícitos e implícitos respecto a qué se espera de hombres y mujeres y qué significa ser cada uno. Estos mandatos van configurando la identidad de las personas a lo largo de toda la vida y determinan las formas de entenderse a sí mismo y de entender y enfrentar el mundo.

Al ser culturalmente contruidos son específicos de cada sociedad y época, aunque suelen compartir patrones comunes en muchas culturas y, al ser de carácter normativo no son sugerencias; se espera que las personas los sigan, a menudo bajo amenaza de sanción social o exclusión, por lo que limitan y restringen la libertad individual al imponer roles y comportamientos predefinidos.



Roles de Género

Son el conjunto de normas sociales y comportamentales percibidas, de manera general, como apropiadas para los hombres y las mujeres en una sociedad. Se basan en la construcción social que se tiene de la masculinidad y la feminidad. Históricamente estos roles han limitado las opciones y las oportunidades de hombres y mujeres, y niegan la diversidad de formas en que se puede ser hombre y ser mujer, o incluso niegan la posibilidad de elegir no ser ni lo uno ni lo otro.

17

Estereotipos de Género

Conjunto de representaciones sociales respecto de comportamientos y roles esperados según el género. Son ideas o imágenes exageradas, reduccionistas, generalizadas y preconcebidas, aceptadas socialmente como un modelo o patrón de cualidades o conductas sobre cómo deberían comportarse, actuar, sentir y ser las personas en función de su género.

Estos estereotipos suelen basarse en normas culturales y sociales que asignan roles específicos a cada género y pueden ser perjudiciales al limitar la libertad individual, perpetuar desigualdades y generar discriminación.

En síntesis, se utilizan para encasillar o catalogar a las personas, aun cuando se desconozca cómo son o si están de acuerdo con esos estereotipos.

Heteronormatividad

Es un sistema de normas sociales, culturales y políticas que impone y promueve la heterosexualidad como el único modelo válido de identidad de género y de relación sexo-afectiva y de parentesco. Asumiendo que es la orientación sexual natural, normal y deseable, además de establecer roles de género binarios (hombre y mujer) como los únicos válidos y complementarios.



Establece la suposición de que la heterosexualidad es universal y que cualquier manifestación diferente a esta no es natural, por lo que implica la idea de que cualquier otra orientación sexual o identidad de género es marginal, anormal o menos legítima (Clark et al., 2010).

Cabe destacar que cuestionar la heteronormatividad no significa rechazar la heterosexualidad o las relaciones tradicionales, sino abrir espacio para que todas las personas vivan sus identidades y relaciones de manera plena y auténtica, sin estar limitadas por normas impuestas.

18

Heterocisnormativo

Se refiere a un sistema social de creencias y cultural que, desde un paradigma binario hombre femenino/masculino, no solo asume que la heterosexualidad es la orientación sexual "normal" o deseable (heteronormatividad), sino que también presupone que todas las personas son cisgénero (es decir, que su identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer).

Este concepto combina las nociones de heteronormatividad y cisnormatividad y se utiliza para describir la imposición de estas normas como estándar en la sociedad, excluyendo a aquellas identidades que no se enmarcan en estas categorías, como las personas trans o intersex y a todas aquellas orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, como la homosexualidad, la bisexualidad, etc. entendiéndolas como "lo desviado" e incluso, para algunas posturas, "lo enfermo". Es un paradigma que oprime lo distinto, aquello que altera y amenaza su unicidad, predominio y protagonismo (Borisonik et al., 2017).

Prejuicio sexual

Se refiere a las actitudes negativas, irracionales o sesgadas hacia una persona o grupo debido a su orientación sexual, identidad de género o comportamiento relacionado con su sexualidad. Este tipo de prejuicio puede manifestarse en discriminación, estigmatización y exclusión social, y suele estar fundamentado en estereotipos y normas culturales restrictivas.

El prejuicio sexual casi siempre está dirigido hacia gays, lesbianas, bisexuales, personas



transgéneros o intersexuales. En particular, el prejuicio sexual orientado hacia las personas trans o género no conforme se combina y profundiza con una actitud de rechazo hacia los cuerpos y el aspecto de las personas transgénero. (Barrientos, 2016)

Estas actitudes se basan en generalizaciones, por lo que se sustentan en creencias infundadas o estereotipos sobre cómo "debería" ser o comportarse una persona según su orientación sexual o identidad de género. Son culturalmente aprendidas, surgiendo de valores, normas y creencias culturales que privilegian ciertas orientaciones sexuales (como la heterosexualidad) y roles de género sobre otras, por lo que están presentes tanto en actitudes individuales como en estructuras sociales, instituciones y leyes y pueden expresarse de manera directa (insultos, rechazo abierto) o indirecta (comentarios pasivo-agresivos, microagresiones, exclusión silenciosa).

Identidad sexual

En la bibliografía académica y científica, el concepto de "identidad sexual" se aborda desde diversas perspectivas, lo que ha llevado a múltiples definiciones. Una definición reconocida es la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que describe la identidad sexual como: "La manera como la persona se identifica como mujer o como hombre, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales".

Esta definición destaca la identidad sexual como un constructo multidimensional que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo al individuo desarrollar una autoimagen coherente en relación con su sexo y género. Es importante distinguir la identidad sexual de otros conceptos relacionados, como la identidad de género y la orientación sexual, ya que, mientras que la identidad sexual se refiere a la percepción y reconocimiento de uno mismo en función de su sexo biológico, la identidad de género alude al sentido interno de ser hombre, mujer o una combinación de ambos, independientemente del sexo asignado al nacer. Por otro lado, la



orientación sexual se refiere a la atracción afectiva, romántica o sexual hacia otras personas.

Intersexual

20

Es una condición biológica en la que una persona nace con características sexuales (como genitales, gónadas, cromosomas sexuales o niveles hormonales) que no encajan estrictamente en las categorías típicas de "masculino" o "femenino". La intersexualidad es una variación natural de la anatomía humana y no es una enfermedad ni un problema médico en sí mismo, aunque en algunos casos puede haber cuestiones de salud relacionadas (no es sinónimo de transgénero).

Existen muchas condiciones que pueden ser consideradas intersexuales, tales como:

- **Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC):** Afecta la producción de hormonas en las glándulas suprarrenales.
- **Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA):** El cuerpo no responde completamente a las hormonas masculinas.
- **Disgenesia gonadal:** Desarrollo atípico de las gónadas.
- **Klinefelter (XXY) o Turner (XO):** Variaciones cromosómicas sexuales.

A su vez, las personas intersexuales, al igual que todas las personas, tienen una identidad de género propia que puede ser masculina, femenina, no binaria o algo más. La intersexualidad no determina automáticamente cómo una persona se identifica en términos de género.

Ahora bien, históricamente, algunos niños y niñas intersexuales han sido sometidos a cirugías o tratamientos médicos para "normalizar" su anatomía, a menudo sin su consentimiento, lo cual ha sido objeto de críticas por parte de defensores de derechos humanos y personas intersexuales. Actualmente, se aboga por enfoques éticos que respeten la autonomía del individuo y permitan tomar decisiones informadas cuando sean mayores.

Las personas intersexuales enfrentan estigma y discriminación debido a la falta de comprensión sobre su condición, por lo que han surgido diversos grupos activistas intersexuales que promueven



el reconocimiento de sus derechos, incluida la protección contra intervenciones médicas innecesarias y el acceso a apoyo adecuado.

Por último, es importante usar un lenguaje respetuoso y centrado en la persona. Por ejemplo, evitar términos despectivos o patologizantes y escuchar cómo la persona intersexual prefiere definirse.

Expresión de género

Es la forma en que una persona comunica su género a través de aspectos externos, como la apariencia, el comportamiento, la forma de hablar y otros factores culturales. Es independiente de la identidad de género y de la orientación sexual, lo que significa que una persona puede expresar su género de maneras que no necesariamente coinciden con su identidad o con las expectativas sociales, por lo que es un elemento más que se involucra en la construcción de las identidades.

Algunos aspectos clave sobre la expresión de género son:

- **Elementos de la expresión de género:**
 - **Vestimenta:** Estilos de ropa asociados tradicionalmente con un género (como vestidos para mujeres o trajes para hombres) o elecciones más neutrales.
 - **Peinado:** Cortes y estilos de cabello que pueden estar culturalmente vinculados a lo masculino, femenino o andrógino.
 - **Lenguaje corporal:** Maneras de moverse, gesticular o comportarse que reflejan características culturales de género.
 - **Maquillaje y accesorios:** Uso de cosméticos, joyas u otros elementos que pueden estar relacionados con normas de género.
 - **Nombre y pronombres:** La manera en que una persona se presenta verbalmente también forma parte de su expresión de género.
- **Diversidad en la expresión de género:** Puede ser femenina, masculina, andrógina (mezcla de ambos), o no ajustarse a las categorías binarias (género neutral). Las personas pueden



cambiar su expresión de género según el contexto, la comodidad o la experimentación personal.

- **Independencia de la identidad de género:** La expresión de género no siempre refleja la identidad de género de una persona. Por ejemplo, una mujer cisgénero puede preferir una expresión masculina o andrógina, y una persona no binaria puede optar por una expresión tradicionalmente femenina.
- **Factores culturales:** Las normas de género varían según el lugar y la época. Lo que se considera "femenino" o "masculino" en una cultura puede ser diferente en otra.

22

A continuación, se presentan algunos ejemplos de expresiones de género:

- Una persona de género masculino podría usar maquillaje o vestidos como forma de autoexpresión.
- Una persona no binaria podría optar por un estilo andrógino que no se asocie con ningún género específico.
- Una mujer trans podría usar vestidos y maquillaje para alinear su expresión de género con su identidad femenina.

Identidad de género

La identidad de género es una construcción dinámica. En la legislación chilena la ley 21.120 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2023) se define como "la convicción personal e interna de ser hombre o mujer, tal como la persona se perciba a sí misma, la cual puede corresponder o no con el sexo y el nombre verificado en el acta de inscripción de nacimiento", mientras que el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) lo comprende como "la vivencia personal e interna de cada individuo, pudiendo corresponder o no con el sexo asignado al nacer; como la expresión de género, que refiere a la forma en que una persona se manifiesta, considerando su apariencia física, vestimenta, forma de hablar, lenguaje corporal, nombre social, etc." (Instituto Nacional de



Estadísticas, 2022).

Por su parte, según los Principios de Yogyakarta², la identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente (Principios de Yogyakarta, 2007). Históricamente, en las sociedades occidentales se han visibilizado y valorado exclusivamente dos géneros asociados al sexo biológico, mujer/femenino y hombre/masculino, cuando más bien hay una multiplicidad de identidades de género.

En síntesis, la identidad de género incluye la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal de éste); es la percepción interna y profundamente sentida que una persona tiene de su género, la cual puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer.

Las principales identidades incluyen:

- **Cisgénero:** Cuando la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, dentro del binario normativo hombre-masculino y mujer-femenino.
- **No binario:** Cuando una persona no se identifica exclusivamente como hombre o mujer. Es comprendido como un concepto “paraguas” que aglutina las diversas identidades de género que exceden los límites rígidos del binarismo identitario mujer-hombre.
- **Transgénero:** Cuando la identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer. Son personas trans aquellas que se autoperciben y expresan una identidad de género diferente al sexo que les fue asignado al nacer, la que puede corresponder todavía dentro del binario hombre-mujer, o de carácter no binario. Abarca la multiplicidad de variaciones de transición, sin distinguir el grado de intervención corporal.

² Los **Principios de Yogyakarta (2007)** son un conjunto de principios internacionales que buscan orientar la aplicación de los derechos humanos en relación con la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género. Fueron desarrollados por un grupo de expertos en derechos humanos reunidos en Yogyakarta, Indonesia, y constituyen un marco para promover la igualdad y combatir la discriminación hacia personas LGBTQ+.

Transgénero

Cómo transgénero es un término amplio que se utiliza para describir a las personas cuya identidad de género no coincide con el sexo que se les asignó al nacer. Este concepto engloba una diversidad de experiencias y expresiones relacionadas con el género, y es importante entenderlo desde una perspectiva inclusiva y respetuosa.

Una persona transgénero puede identificarse como hombre, mujer o con un género que no se ajuste a las categorías tradicionales. Algunas apreciaciones a considerar son las siguientes:

- **Hombre trans o persona trans masculina:** es alguien que fue asignado mujer al nacer (AFAB, por sus siglas en inglés: Assigned Female at Birth) pero cuya identidad de género es masculina. Este término incluye tanto a hombres transgénero como a personas transmasculinas que pueden identificarse en algún lugar del espectro masculino sin necesariamente verse como hombres en el sentido tradicional.

Cabe señalar que "Hombre trans" se refiere específicamente a alguien que se identifica como hombre, mientras que "Transmasculino" es un término más inclusivo que abarca a personas con identidades de género no binarias que sienten afinidad con lo masculino. Algunos aspectos clave sobre hombres trans y personas transmasculinas:

- Un hombre trans se identifica como hombre, independientemente de si realiza o no algún cambio físico o legal.
 - Una persona transmasculina puede no identificarse exclusivamente como hombre, pero sí con aspectos del género masculino.
 - Los hombres trans y las personas transmasculinas pueden expresar su género de muchas formas, incluyendo la vestimenta, la voz y otros aspectos de su apariencia.
 - La expresión de género no siempre coincide con las expectativas sociales sobre el género masculino.
- **Mujer trans o persona trans femenina:** Una mujer trans o una persona trans femenina es alguien que fue asignada hombre al nacer (AMAB, por sus siglas en inglés: *Assigned Male at Birth*) pero cuya identidad de género es femenina. Este término abarca tanto a mujeres



transgénero como a personas transfemeninas que se identifican con aspectos del género femenino sin necesariamente identificarse exclusivamente como mujeres.

Cabe destacar que "Mujer trans" se refiere específicamente a alguien que se identifica como mujer, mientras que "Transfemenina" es un término más inclusivo que abarca a personas no binarias o de género fluido que se sienten conectadas con lo femenino. Algunos aspectos clave son:

- Una mujer trans se identifica como mujer, independientemente de su anatomía o de si ha realizado cambios físicos o legales.
 - Una persona transfemenina puede no identificarse estrictamente como mujer, pero sí sentirse alineada con el género femenino.
 - Las mujeres trans y las personas transfemeninas pueden expresar su género de muchas maneras, incluyendo la forma de vestir, el comportamiento o el lenguaje.
 - La expresión de género no siempre refleja las normas sociales tradicionales asociadas con el género femenino, pero sigue siendo válida y auténtica.
- **Transición:** La transición de género en hombres trans y mujeres trans es un proceso profundamente personal que busca alinear la identidad de género de una persona con su experiencia interna de sí misma, y puede incluir un conjunto de acciones y procedimientos de índole social (como sería el cambio de nombre social, cambios de vestimenta y apariencia, entre otros); legal (Actualizar documentos oficiales como pasaportes, identificaciones y certificados de nacimiento); y de tipo médica (como sería terapia hormonal, adecuación corporal quirúrgica, entre otros), aun cuando este último es siempre de carácter opcional.

Aunque cada transición es única, existen algunos aspectos relevantes que pueden aplicarse tanto a hombres como a mujeres trans:

- **Disforia de género:** experimentada por muchas personas trans, es el malestar o la angustia que surge de la incongruencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género. La transición puede aliviar estos sentimientos, pero no todas las personas trans experimentan disforia.



- **Importancia del entorno de apoyo:** el respaldo emocional de las personas cercanas es crucial para el bienestar durante la transición. Asimismo, crear espacios inclusivos y respetuosos ayuda a las personas trans a vivir su vida auténtica sin discriminación.
- **Costos y acceso:** la transición médica puede ser costosa y, en muchos lugares, el acceso a servicios médicos especializados es limitado. Las barreras económicas y legales pueden ser un desafío significativo.
- **Salud mental:** la transición puede mejorar significativamente la salud mental de las personas trans, pero el proceso también puede ser estresante debido a la transfobia, la discriminación o las expectativas sociales. El acceso a consejería psicológica o terapia de afirmación de género puede ser útil.
- **Diversidad de experiencias:** No todas las personas trans eligen o pueden realizar una transición médica o legal. Su identidad sigue siendo válida independientemente de los pasos que tomen.

Por otra parte, y aunque las características generales de la transición son similares, también existen algunas diferencias entre hombres trans y mujeres trans:

- **Hombres trans:** Los efectos de la testosterona son más notables y rápidos (por ejemplo, cambio de voz y crecimiento de vello facial). Algunas cirugías, como la reconstrucción genital (faloplastia o metoidioplastia), son técnicamente complejas y menos comunes debido a factores como el costo y los riesgos.
- **Mujeres trans:** Los efectos del estrógeno son más graduales (como el desarrollo de senos y la redistribución de grasa corporal). Cirugías como la feminización facial suelen ser un enfoque importante para muchas mujeres trans.
- **Transexual:** Un término que algunas personas trans utilizan para referirse a quienes han realizado una transición médica. Este término puede considerarse anticuado o innecesario para muchas personas.
- **Nombre muerto:** El "nombre muerto" (en inglés *deadname*) se refiere al nombre que una persona transgénero o no binaria dejó de usar después de haber adoptado un nombre que coincide con su identidad de género. Este término se utiliza para describir el nombre



que les fue asignado al nacer y que ya no representa quiénes son. Su uso puede considerarse como una práctica de discriminación e invisibilización de la transición de una persona. Así, algunos aspectos clave sobre el nombre muerto son:

- **Evitar su uso:** Usar el nombre muerto de una persona, especialmente de forma intencional, puede considerarse irrespetuoso o dañino, ya que invalida su identidad y puede generar incomodidad o sufrimiento emocional.
- **Impacto emocional:** Para muchas personas trans, escuchar su nombre muerto puede evocar recuerdos de momentos difíciles, como la disforia de género o la falta de aceptación por parte de su entorno.
- **Respeto a la identidad:** Es fundamental referirse a las personas trans por el nombre que elijan usar, ya que este es un elemento importante de su afirmación personal y social.
- **Documentos legales y oficiales:** Algunas personas trans aún pueden aparecer con su nombre muerto en documentos oficiales debido a trámites pendientes de cambio legal. En estos casos, es importante mostrar empatía y sensibilidad.
- **Errores involuntarios:** Si por error alguien usa el nombre muerto de una persona, lo más adecuado es disculparse brevemente y continuar utilizando el nombre correcto, sin hacer énfasis en el error.

Para evitar el uso del **nombre muerto** se recomienda:

- Preguntar a la persona cómo desea ser llamada y cuáles son sus pronombres.
- Practicar el uso del nombre correcto, especialmente si conocías a la persona antes de su transición.
- Asegurarse de actualizar registros y listas en contextos profesionales o educativos
- **Transfobia:** se define generalmente como el miedo, rechazo, prejuicio o discriminación hacia las personas transgénero, no binarias o con expresiones de género que no se ajustan a las normas tradicionales. Este término engloba actitudes negativas, actos de violencia y sistemas de opresión que afectan a estas personas debido a su identidad de género.

Una definición ampliamente utilizada proviene de trabajos académicos y organismos de derechos humanos, como el Observatorio Europeo de Fenómenos de Racismo y Xenofobia y la Fundación para la Igualdad. Una definición adaptada de estos enfoques sería: *"La transfobia es una forma de opresión que se manifiesta a través de actitudes, prejuicios, comportamientos o estructuras sociales que deslegitiman, estigmatizan o excluyen a las personas transgénero o con expresiones de género diversas"*.

Género fluido

El género fluido es una identidad de género dentro del espectro no binario que describe a personas cuya identidad de género cambia con el tiempo o según las circunstancias. Estas variaciones pueden incluir identidades masculinas, femeninas, no binarias, o cualquier combinación de géneros. Así, una persona de género fluido puede sentirse más alineada con un género en ciertos momentos y con otro en otros, por ejemplo: un día puede identificarse como hombre, otro como mujer, y otro como no binaria.

Estos cambios no siguen un patrón específico y pueden ser rápidos, lentos o depender de factores internos y externos. La forma en que una persona de género fluido presenta su género (vestimenta, peinado, comportamiento) puede variar para reflejar su identidad en un momento dado, pero esto no siempre ocurre, por lo que pueden optar por usar diferentes pronombres en distintos momentos (él, ella, elle, o combinaciones). Es importante preguntar cómo prefieren ser referidas.

Es importante destacar que el género fluido se refiere únicamente a la identidad de género y no a la orientación sexual, por lo que pueden ser heterosexuales, homosexuales, bisexuales, asexuales, entre otras orientaciones. En síntesis, no hay una única forma de ser de género fluido. Cada persona define su experiencia de manera única. Algunas diferencias entre género fluido y otras identidades son:

- **Género no binario:** Incluye cualquier identidad de género que no encaje en la categoría binaria de hombre/mujer. El género fluido es una forma específica de identidad no binaria.



- **Género fluido versus género fijo:** Las personas con un género fijo mantienen una identidad constante a lo largo del tiempo, mientras que las personas de género fluido experimentan cambios.

Orientación sexual-afectiva

Se refiere a la atracción romántica, emocional, sexual y/o afectiva que una persona siente hacia otras. Es un concepto amplio que incluye tanto la dimensión sexual (atracción física o erótica) como la afectiva (vínculos románticos o emocionales). Este término refleja la complejidad y diversidad de las experiencias humanas en relación con las conexiones íntimas. El uso del término "sexual-afectiva" subraya que las relaciones humanas no solo se definen por la atracción sexual, sino también por los aspectos emocionales y románticos. Esto permite una comprensión más inclusiva y respetuosa de la diversidad en las relaciones humanas.

Según la definición del [Instituto Nacional de Estadísticas](#) (2022), se contemplan tres dimensiones conceptuales, a saber: **atracción sexual** (sexo o género de las personas hacia quienes se sienten atraídas), el **comportamiento sexual** (sexo o género de las parejas sexuales de la persona entrevista) y la **auto identificación** (la propia persona identifica su orientación sexual). Por su parte, los **Principios de Yogyakarta** establecen tres dimensiones principales: **atracción sexual** (Interés físico o erótico hacia una persona), **atracción romántica** (Deseo de establecer una conexión emocional o romántica) y **atracción emocional/afectiva** (Afinidad o vínculo profundo no necesariamente ligado al romance o la sexualidad).

De esta manera, es posible apreciar que existe una diversidad de orientaciones sexual-afectivas, las cuales abarcan una amplia gama de identidades, incluyendo:

- **Heterosexualidad:** Atracción hacia personas de un género diferente al propio.
- **Homosexualidad:** Atracción hacia personas del mismo género (gays y lesbianas).
- **Bisexualidad:** Atracción hacia más de un género (puede incluir atracción romántica o sexual).
- **Pansexualidad:** Atracción hacia personas independientemente de su género.



- **Asexualidad:** Ausencia de atracción sexual, aunque puede haber atracción romántica o afectiva.
- **Demisexualidad:** Atracción sexual solo después de establecer un fuerte vínculo emocional.
- **Arromanticismo:** Ausencia de atracción romántica, aunque puede haber atracción sexual o afectiva.

Cabe señalar que la orientación sexual-afectiva no siempre es fija, algunas personas experimentan cambios a lo largo de su vida. Así, los factores que influyen en la orientación sexual-afectiva son:

- **Biología y psicología:** Estudios sugieren que factores genéticos, hormonales y neurológicos pueden influir en la orientación sexual, aunque no existe una causa única.
- **Cultura y entorno social:** Las normas culturales y la aceptación social pueden influir en cómo una persona entiende y expresa su orientación sexual-afectiva.
- **Autopercepción y experiencia:** Muchas personas exploran y redefinen su orientación a lo largo del tiempo, especialmente en entornos que promueven la diversidad y la inclusión.

Por último, algunas diferencias clave con otros conceptos son:

- **Identidad de género:** La orientación sexual-afectiva se relaciona con hacia quién siente atracción una persona, mientras que la identidad de género trata de cómo una persona se percibe a sí misma en términos de género.
- **Expresión de género:** La manera en que alguien expresa su género no necesariamente está relacionada con su orientación sexual-afectiva.

Diversidad sexual

La diversidad sexual es un concepto que reconoce y valora la existencia de diferentes orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales. Este término



promueve el respeto y la igualdad de derechos para todas las personas, independientemente de cómo se identifiquen o a quiénes amen. Este término se utiliza habitualmente para referirse de manera general a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, queer y otros que no se identifican con la heterosexualidad ni con la identidad cisgénero.

El uso de este concepto promueve la inclusión y el respeto a las diferencias individuales, cuestiona los prejuicios y estereotipos basados en el género y la orientación sexual, reconoce la igualdad de derechos y la dignidad de todas las personas, sin importar su orientación sexual o identidad de género, constituyéndose en un pilar fundamental en la construcción de sociedades más justas e inclusivas y, su reconocimiento, es clave para garantizar que todas las personas puedan vivir sin discriminación y con plena libertad de expresar quiénes son.

Para efectos de este documento, se utilizará el término comunidad o personas de la diversidad sexual para referirse exclusivamente a población LGBTIQ+.

- **Heterosexualidad:** es una orientación sexual caracterizada por la atracción emocional, romántica y/o sexual hacia personas del sexo opuesto. Es una de las diversas orientaciones sexuales que existen, junto con la homosexualidad, la bisexualidad, la asexualidad, entre otras.

Desde una perspectiva biológica, psicológica y sociocultural, la heterosexualidad ha sido históricamente la orientación predominante y, en muchas culturas, la más normativizada. Sin embargo, en la actualidad se promueve una visión más inclusiva que respeta y celebra la diversidad de orientaciones sexuales.

- **Homosexualidad:** es una orientación sexual caracterizada por la atracción emocional, romántica y/o sexual hacia personas del mismo sexo. Por ejemplo, una mujer que siente atracción por otras mujeres o un hombre que siente atracción por otros hombres se considera homosexual. Algunos términos relacionados son:
 - **Gay:** Término usado comúnmente para describir a hombres homosexuales, aunque también puede aplicarse a mujeres en algunos contextos.
 - **Lesbiana:** Término específico para referirse a mujeres homosexuales.

La homosexualidad ha sido entendida y tratada de diferentes maneras a lo largo de la historia. En algunas culturas antiguas, como la griega y la romana, era relativamente aceptada. Sin embargo, en otros momentos y lugares ha sido estigmatizada y criminalizada. En la actualidad, en muchas partes del mundo, se lucha por la igualdad de derechos y la erradicación de la discriminación hacia las personas homosexuales.

Desde una perspectiva científica, la homosexualidad es una variación natural de la sexualidad humana y no es una enfermedad. Esto ha sido respaldado por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psicología (APA).

- **Espectro bisexual:** es un concepto amplio que abarca diversas identidades y experiencias relacionadas con la atracción romántica, emocional y/o sexual hacia personas de más de un género o sexo. No se limita a una definición estricta, sino que incluye una diversidad de formas de sentir y expresar atracción.

Las personas en el espectro bisexual sienten atracción hacia dos o más géneros, pero no necesariamente en la misma intensidad, frecuencia o manera. Por ejemplo, algunos pueden sentirse atraídos por géneros diferentes en distintos momentos o contextos, mientras que otros pueden tener preferencias específicas, pero no exclusivas. Así, existen varios términos que pueden describir experiencias dentro de este espectro, como:

- **Bisexual:** Atracción hacia dos o más géneros.
- **Pansexual:** Atracción hacia personas sin importar su género o sexo.
- **Polisexual:** Atracción hacia múltiples géneros, pero no necesariamente todos.
- **Omnisexual:** Atracción hacia todos los géneros, con o sin consideración del género como factor.

El concepto de espectro reconoce que la sexualidad no es rígida, sino fluida y diversa. Muchas personas experimentan su atracción de maneras que no encajan en categorías binarias, y el espectro bisexual ofrece un marco para entender esa diversidad.

Cabe destacar que la bisexualidad no implica necesariamente atracción igualitaria hacia hombres y mujeres. La experiencia puede variar ampliamente entre individuos, por lo que



ser bisexual no es "una fase" ni una forma de indecisión, es una orientación válida y auténtica, la cual, a pesar de ser una orientación válida, a menudo enfrenta invisibilización o estigmatización, tanto dentro como fuera de la comunidad LGBTIQ+. Es importante fomentar la aceptación y la representación para combatir estos prejuicios.

- **Espectro asexual:** se refiere a un rango de experiencias y orientaciones relacionadas con la falta total o parcial de atracción sexual hacia otras personas. Este espectro incluye diversas identidades que reflejan cómo las personas experimentan la atracción sexual (o su ausencia) de diferentes maneras. Aunque todas las personas dentro de este espectro comparten una conexión con la asexualidad, sus experiencias pueden variar significativamente. Es considerado un espectro puesto que da cuenta de los diversos matices que puede tomar la atracción sexual, como podría ser no sentirla o sentirla en contextos específicos.
- **Queer:** es un término amplio y flexible que se usa para describir una identidad sexual, de género o romántica que no se ajusta a las normas convencionales de la heterosexualidad o de los géneros binarios (masculino y femenino). Aunque originalmente fue utilizado de manera peyorativa, hoy en día muchas personas dentro de la comunidad LGBTIQ+ han reclamado el término como una forma de empoderamiento y autoidentificación. Hoy en día, el término queer engloba la diversidad de identidades, corporalidades, orientaciones sexuales y afectivas y expresiones de género disidentes de las normas de género cis y heterosexuales. Como concepto teórico, prioriza la vivencia interna de la identidad, el deseo, la atracción y el cuerpo sin necesidad de coincidencia con las normas sociales, culturales, políticas y legales. A veces, este concepto se usa como una forma de rechazar las etiquetas fijas y las categorías predefinidas de sexualidad y género. En lugar de definir con exactitud una orientación sexual o de género, lo queer puede abarcar cualquier identidad que no se ajuste a las expectativas convencionales.



2. ANTECEDENTES

En el marco del propósito de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), a saber: [contribuir a las trayectorias de recuperación de las mujeres usuarias de programas de tratamiento e integración social que tienen niños, niñas o adolescentes a su cargo, a través del fortalecimiento de habilidades parentales que fortalezcan sus relaciones vinculares con éstos, proyectando relaciones y ambientes preventivos frente al consumo de alcohol y otras drogas](#), y del reconocimiento de la importancia de abordar las necesidades específicas de la población LGBTIQ+ en relación con el consumo de sustancias, se ha decidido actualizar la orientaciones para trabajar el consumo problemático de drogas y alcohol con población LGBTIQ+.

En 2017, SENDA, en colaboración con ACCIONGAY, realizó un estudio exploratorio que reveló elevados niveles de consumo de alcohol y otras drogas en personas de la diversidad sexual. El estudio indicó que el 86,6% de los encuestados consumió alcohol en el último mes, y el 48,7% consumió marihuana en el mismo período. Además, se identificaron conductas de riesgo asociadas al consumo, como despertar sin recordar lo sucedido la noche anterior, lo que podría aumentar la vulnerabilidad frente al contagio de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. A raíz de estos hallazgos, SENDA y ACCIONGAY firmaron un convenio de trabajo conjunto para facilitar el acceso de la población LGBTIQ+ a programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias. Este esfuerzo busca desarrollar políticas públicas inclusivas que consideren las particularidades de este grupo, promoviendo entornos seguros y libres de discriminación. Además, SENDA ha elaborado documentos que abordan la perspectiva de género y diversidad sexual en el contexto del consumo de sustancias. Por ejemplo, la publicación "Género, Sexualidades y Juventud" analiza cómo las construcciones socioculturales relacionadas con el género y la sexualidad pueden influir en los patrones de consumo de alcohol y otras drogas, destacando la necesidad de enfoques preventivos que consideren estas variables.



Es importante destacar que, aunque se han realizado avances en la inclusión de la perspectiva LGBTIQ+ en las políticas de SEDA, la información disponible públicamente sobre programas específicos dirigidos a esta población es limitada. Sin embargo, SEDA mantiene un compromiso con el respeto a la diversidad y la promoción de entornos inclusivos, como se refleja en sus comunicaciones oficiales.

En lo que respecta a drogas, en temas de investigación es necesario adecuarla a la perspectiva de género y su análisis, ya que permite la visibilidad de inequidades y especificaciones de género que pueden repercutir en los diferentes usos de tipos de drogas, además de la producción y tráfico de estas, ya que una adecuada adopción de una perspectiva de género en la investigación sobre drogas es un punto de partida necesario para el posterior diseño de políticas públicas en la materia, sensibles a las desigualdades y potencialmente más efectivas.

Para elaborar orientaciones técnicas dirigidas a los equipos profesionales que implementan políticas públicas en el ámbito del tratamiento para el consumo de drogas y alcohol en población LGBTIQ+ es clave abordar **antecedentes de contexto y epidemiológicos** que permitan diseñar intervenciones efectivas, inclusivas y culturalmente competentes. A continuación, se sugieren algunos elementos esenciales:

Contexto general del consumo de drogas y alcohol en Chile

- **Prevalencia del consumo:** Datos nacionales actualizados sobre patrones de consumo de alcohol y otras sustancias, desglosados por género, edad, y orientación sexual/identidad de género, evidenciando diferencias significativas entre grupos.
- **Tendencias históricas:** Cambios en los patrones de consumo durante la última década, incluyendo el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y el uso de sustancias.
- **Normativa vigente:** Principales leyes y políticas públicas que abordan el consumo de sustancias, con énfasis en perspectivas de género y diversidad sexual.



Especificidades de la población LGBTIQ+

- **Discriminación y exclusión social:** Factores como estigmatización, discriminación institucional, y exclusión social aumentan la vulnerabilidad al consumo problemático de sustancias en población LGBTIQ+.
- **Factores de riesgo asociados:** Altos niveles de estrés relacionado con la discriminación. Mayor prevalencia de problemas de salud mental como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Acceso limitado a servicios de salud culturalmente competentes.
- **Factores protectores:** Redes de apoyo, acceso a programas específicos y el fortalecimiento de la identidad positiva.

36

Mujeres LGBTIQ+ con niños/as a su cargo

- **Desafíos específicos:** Sobrecarga de responsabilidades parentales y falta de apoyo social. Experiencias de violencia intrafamiliar o de pareja. Doble estigmatización por ser mujeres madres y pertenecer a la comunidad LGBTIQ+.
- **Impacto del consumo en los vínculos parentales:** Efectos del consumo problemático en la capacidad de cuidado, relación madre-hijo/a, y desarrollo infantil.

Epidemiología del consumo en población LGBTIQ+

- **Estadísticas diferenciales:** Datos globales y regionales que muestren una mayor prevalencia del consumo en población LGBTIQ+ en comparación con población heterosexual cisgénero.
- **Sustancias más consumidas:** Identificación de las sustancias más utilizadas, como alcohol, cannabis, metanfetaminas y drogas sintéticas.



- **Barreras al acceso a tratamiento:** Temor al juicio o discriminación. Falta de servicios inclusivos y adaptados a las necesidades específicas.
- **Casos exitosos:** Ejemplos de programas inclusivos en otras jurisdicciones que hayan tenido éxito en reducir el consumo problemático y mejorar las habilidades parentales.

Consideraciones culturales y de diversidad

- **Interseccionalidad:** Importancia de abordar la diversidad de experiencias dentro de la población LGBTQ+, considerando variables como clase social, origen étnico, edad y situación migratoria.
- **Habilidades culturales:** Necesidad de sensibilizar y capacitar a los equipos técnicos para trabajar desde una perspectiva de respeto y afirmación de la diversidad.

Recomendaciones basadas en evidencia

- **Modelos efectivos de intervención:** Revisión de enfoques que hayan demostrado efectividad en población LGBTQ+ como el enfoque basado en fortalezas y el modelo de reducción de daños.
- **Indicadores de monitoreo:** Propuestas de indicadores para medir la efectividad de los programas, incluyendo indicadores específicos para población LGBTQ+.



2.1. ANTECEDENTES DE CONTEXTO

Para elaborar orientaciones técnicas dirigidas a los equipos profesionales responsables de implementar políticas públicas en el ámbito del tratamiento para el consumo de drogas y alcohol en población LGBTIQ+, resulta fundamental incluir antecedentes de contexto y epidemiológicos que permitan diseñar intervenciones efectivas, inclusivas y culturalmente competentes. Este enfoque debe sustentarse en datos precisos y en una comprensión integral de las dinámicas sociales y de salud que afectan a esta población.

En la encuesta casen 2017, el 1,54% de la población se declara gay o lesbiana, lo que equivale a 75 mil personas más que en la misma encuesta el año 2015. No obstante, estas cifras son muy inferiores a lo indicado por movimientos internacionales, basados en experiencias y sondeos que estiman que entre el 7% y el 10% de la población tiene una orientación sexual diferente a la heterosexual (Casen, 2017). Lo anterior podría dar cuenta de una subestimación de la magnitud de esta población presente en nuestro país. Si bien en las últimas décadas se ha evolucionado hacia una progresiva y creciente apertura social y reconocimiento de los derechos, estudios realizados tanto en Chile como a nivel internacional muestran que los índices de rechazo, de discriminación y de prejuicios contra la diversidad sexual y de género aún continúan siendo altos.

De acuerdo con el Registro de Violencia contra Personas LGBTIQ+ de la OEA 2014, destaca la prevalencia de actos de violencia en diferentes países miembro, considerando asesinatos y casos de violencia no letal, asumiendo también un subregistro, especialmente de actos de violencia no letales debido al temor de las personas ser identificadas como parte de estos colectivos y/o la inexistencia de mecanismos de denuncia (INL, 2017).

En nuestro país, desde el 2018 en adelante los casos y denuncias por discriminación vienen experimentando un aumento explosivo y el incremento no solo se relaciona con que las víctimas denuncian más que en el pasado y están más empoderadas en sus derechos, sino también porque hay un aumento de la discriminación, en particular cuando se registran avances pro-derechos de la diversidad sexual, contra los cuales los opositores a la igualdad se movilizan con fuerza (MOVILH, 2021). Por lo tanto, actualmente, existe una fuerte tensión entre una mayor apertura



política y social y las trabas culturales que mantienen aún y amenazan la vida cotidiana de las personas, generando importantes niveles de estrés (Barrientos, 2014).

Considerando algunos estudios en poblaciones específicas, se puede destacar que, a nivel escolar, en Chile cerca del 70% de estudiantes que se identifica con la diversidad sexual informa haberse sentido inseguro(a) debido a su orientación sexual y 94.8% informó haber escuchado comentarios homofóbicos en su entorno. (Infante, et al, 2016). Respecto a familias homoparentales, el 54.5% dice que ha sufrido discriminación para ejercer sus derechos como padres o madres solo por ser LGBTIQ+. De estos, el 10.9% ha sido discriminado solo una vez, el 25.5% "a veces" y el 18,1% "frecuentemente" (MOVILH, 2021).

Estudios en personas de la diversidad sexual migrantes, indican que el 80,3% de ellas declara haber sido discriminadas en su país de origen debido a su orientación sexual o identidad de género, mientras que, luego de su llegada a Chile, un 48.8% ha sido discriminado debido a ese mismo motivo, considerando un 11,2% de violencia física, el 50%, verbal; el 40.3% abuso psicológico y el 3.2%, sexual. A lo anterior, se suma que el 73,8% reporta que ha sido discriminado en Chile por su nacionalidad. (MOVILH, 2021)

En encuestas a población trans o género no conforme en nuestro país, el 93% ha sido discriminada al menos una vez en su vida en razón de su identidad de género. En tanto, el 46,5% sufrió exclusión en el último mes. La discriminación se ha traducido en violencia verbal (74.4%), psicológica (74,4%), física (34,9) y sexual (25,6%) (MOVILH, 2021).

La evidencia señala que los niveles de prejuicio sexual que sufren las personas trans o género no conforme son incluso más elevados que hacia gays, lesbianas o bisexuales (PAHO, 2017, Barrientos, 2016). Por ejemplo, las personas trans femeninas, es decir, aquellas que hacen el tránsito de género de lo masculino a lo femenino, son particularmente susceptibles de sufrir discriminación, en comparación a hombres gays. En nuestro país, el cuestionamiento y rechazo hacia las personas trans o género no conforme desencadena una escalada de violencia, que van desde la denostación, la ridiculización, la patologización y el castigo físico, hasta la expulsión del hogar, evidenciando efectos a nivel familiar, escolar, laboral y comunitario. (Barrientos et al., 2019).

Es esencial contextualizar el consumo de drogas y alcohol en Chile. Los datos nacionales disponibles revelan patrones de consumo que varían según género, edad y orientación sexual o



identidad de género. Estas diferencias subrayan la necesidad de segmentar las intervenciones para abordar las particularidades de cada grupo. Además, las tendencias históricas indican que el impacto de la pandemia de COVID-19 ha exacerbado problemas de salud mental y ha influido en el aumento del consumo de sustancias en ciertos sectores de la población. Este panorama se encuentra enmarcado por un conjunto de leyes y políticas públicas que abordan el consumo de sustancias, aunque no siempre desde perspectivas inclusivas de género y diversidad sexual.

La población LGBTIQ+ enfrenta condiciones específicas que aumentan su vulnerabilidad frente al consumo problemático de sustancias. Entre los principales factores se encuentran la discriminación y exclusión social, que generan altos niveles de estrés minoritario. A esto se suman la prevalencia de problemas de salud mental como ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático, que actúan como disparadores del consumo. Las dificultades para acceder a servicios de salud culturalmente competentes agravan este escenario. Sin embargo, también existen factores protectores, como las redes de apoyo y el fortalecimiento de una identidad positiva, que pueden ser potenciados mediante intervenciones adecuadas.

A continuación, se exploran los principales antecedentes de contexto que contribuyen a esta realidad:

Discriminación estructural y estigmatización

La discriminación hacia la población LGBTIQ+ sigue siendo un problema generalizado en muchas sociedades, incluyendo Chile. Esto se traduce en exclusión social, laboral, educativa y sanitaria, lo que genera altos niveles de estrés minoritario. Este tipo de estrés se define como la carga psicológica que experimentan las personas pertenecientes a grupos estigmatizados debido al rechazo, los prejuicios y las microagresiones constantes.

El temor al juicio social y a la discriminación puede llevar a la población LGBTIQ+ a buscar en el consumo de sustancias una forma de aliviar la ansiedad, la depresión o el aislamiento. Además, el rechazo familiar, que es particularmente común en comunidades conservadoras, incrementa significativamente esta vulnerabilidad, ya que despoja a las personas LGBTIQ+ de una red de apoyo esencial.



Violencia y exclusión en entornos sociales

La población LGBTIQ+ enfrenta tasas desproporcionadamente altas de violencia física, psicológica y sexual. En muchos casos, estas experiencias comienzan en la adolescencia, durante etapas formativas cruciales. La exclusión en entornos educativos y laborales también agrava esta situación, dejando a muchas personas LGBTIQ+ con recursos limitados para enfrentar los desafíos de la vida.

Esta combinación de violencia y exclusión promueve el uso de sustancias como un mecanismo de escape o autocuidado, exacerbando los problemas asociados al consumo. Además, el acceso desigual a servicios de salud mental y la falta de programas específicos para esta población perpetúan el problema.

Falta de representación y modelos positivos

La invisibilidad de las personas LGBTIQ+ en narrativas sociales positivas refuerza la percepción de aislamiento. Muchas personas LGBTIQ+ crecen sin modelos de rol que normalicen sus experiencias y aspiraciones, lo que puede conducir a sentimientos de inseguridad y auto-rechazo.

Esta falta de representación, sumada al rechazo social, puede fomentar el uso de drogas y alcohol como una forma de pertenencia en ciertos espacios o comunidades donde el consumo es frecuente, como en escenas nocturnas o círculos sociales que validan comportamientos de riesgo.

Espacios de socialización asociados al consumo

Históricamente, al igual que en la población heterosexual, los espacios de socialización LGBTIQ+ han estado vinculados a bares, discotecas, eventos deportivos y artísticos masivos y otras actividades nocturnas, donde el consumo de alcohol y drogas es común. Estos espacios, aunque



vitales para la construcción de identidad y comunidad, pueden normalizar prácticas de consumo problemático, especialmente entre jóvenes que buscan aceptación.

Si bien estos entornos cumplen un rol importante como refugio frente al rechazo social, también pueden perpetuar patrones de consumo que dificulten la búsqueda de apoyo o alternativas más saludables.

42

Problemas de salud mental subyacentes

La prevalencia de problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de la conducta alimentaria, es significativamente mayor en la población LGBTIQ+ en comparación con la población heterosexual cisgénero. Estos problemas están intrínsecamente ligados a experiencias de rechazo, discriminación y violencia.

El consumo de sustancias puede convertirse en un intento de automedicación para lidiar con estos problemas, creando un ciclo que combina salud mental deteriorada y consumo problemático. Además, la falta de acceso a tratamientos integrales y culturalmente competentes dificulta la recuperación.

Interseccionalidad y desigualdad

Es fundamental reconocer que no todas las personas LGBTIQ+ enfrentan las mismas barreras o desafíos. Factores como la clase social, el origen étnico, la edad y la situación migratoria interactúan para crear vulnerabilidades específicas. Por ejemplo, una persona trans de bajos recursos puede enfrentar mayores obstáculos para acceder a servicios de salud que una persona gay cisgénero de clase media.

Esta interseccionalidad también afecta la forma en que las personas experimentan y enfrentan el consumo de sustancias, subrayando la necesidad de enfoques integrales y adaptados a sus contextos específicos.

Barreras en el acceso a servicios de salud

Muchas personas LGBTIQ+ reportan experiencias negativas al intentar acceder a servicios de salud, incluyendo actitudes discriminatorias por parte del personal, falta de comprensión de sus necesidades específicas y ausencia de programas inclusivos. Estas barreras desalientan la búsqueda de ayuda, perpetuando problemas de consumo y salud mental no tratados.

Además, la falta de capacitación en diversidad sexual y de género en el sistema de salud contribuye a la exclusión, dejando a muchas personas sin acceso a tratamientos efectivos o personalizados.

Propuestas para enfrentar estas condiciones

Para abordar estas vulnerabilidades, es esencial implementar políticas públicas y programas de intervención que prioricen:

- La educación y sensibilización en diversidad sexual y de género para erradicar la discriminación en todos los niveles sociales.
- La creación de servicios de salud culturalmente competentes que incluyan terapias de salud mental y programas de reducción de daños adaptados a las necesidades LGBTIQ+.
- El fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo que promuevan espacios seguros y no vinculados al consumo de sustancias.

Estos antecedentes destacan la importancia de un enfoque interseccional, informado por los derechos humanos y orientado a reducir las desigualdades estructurales que afectan a la población LGBTIQ+.



2.2. PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

Desde una perspectiva epidemiológica, los datos globales y regionales indican que la prevalencia del consumo de sustancias es significativamente mayor en la población LGBTIQ+ en comparación con la población heterosexual y cisgénero. Entre las sustancias más consumidas destacan el alcohol, el cannabis, las metanfetaminas y las drogas sintéticas. Sin embargo, el acceso al tratamiento se ve limitado por múltiples barreras, como el temor al juicio o la discriminación por parte de los profesionales de salud, y la falta de servicios inclusivos adaptados a sus necesidades. Pese a estos obstáculos, existen casos exitosos a nivel internacional de programas que han demostrado efectividad al reducir el consumo problemático y mejorar las habilidades parentales en esta población, lo que proporciona un marco de referencia para las intervenciones en Chile.

La Comisión interamericana establece que la población LGTBQI+ tiene más probabilidad de reportar mala atención y maltrato en tratamiento (COPOLAD, 2023b). Las evidencias de varios organismos internacionales señalan que las personas LGBTIQ+ tienen más situaciones de discriminación, violencia y desigualdad (ONU, 2019) (Stang, 2019) (ACNUDH, 2016) donde podrían verse mediados por el componente salud mental generando cierta relación con depresión, angustia y consumo de sustancias (Guzmán-Gonzales & et al, 202), sin embargo, este estudio resulta ser limitante por su metodología.

En otro estudio exploratorio sobre el consumo de drogas de hombres gay en México acerca de la experiencia en los servicios de salud por motivos de consumo, estos resultados son negativos debido a la respuesta prohibicionista y estigmatizante por parte del Estado (Salud y Bienestar LGTB UNAM, Inspira Cambio AC, 2020). Se ha descubierto que las mujeres tienen más probabilidades de acceder al tratamiento debido a necesidades derivadas del embarazo o crianza o mayor disposición de las mujeres en buscar atención. Sin embargo, en otros estudios se ha encontrado que las mujeres tienen menos posibilidad de buscar servicios especializados debido al estigma (EMCDDA, 2023). Por su parte, las mujeres tienden a aumentar su ritmo de consumo y a desarrollar con mayores problemas de consumo que los hombres, teniendo mayores obstáculos en acceso a tratamiento (EMCDDA,2023; Copolad, 2023b).



Con respecto a datos epidemiológicos en salud mental, la literatura coincide en identificar peores indicadores de salud mental en las comunidades LGBTIQ+ en relación con la población heterosexual, considerando mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, conductas autolesivas y abuso de sustancias, entre otras problemáticas (Tomicic et al., 2016, Mongelli et al., 2019).

Respecto al uso de drogas y la prevalencia de consumo problemático de sustancias en esta población, la ausencia de datos es aún mayor, dado que, los estudios nacionales de alcohol y drogas desarrollados por SENDA tanto en población general como en escolares no incluyen variables de orientación sexual ni de identidad de género. Si bien, se cuenta con algunos indicadores de estudios en colectivos de personas LGBTIQ+ se trata de muestras pequeñas y muy focalizadas, por lo que resulta difícil poder asumir su representatividad en el marco de la población nacional.

Asimismo, desde el año 2020 se cuenta con el registro de algunas variables de orientación sexual y género en SISTRAT (Sistema de Información y Gestión de Tratamiento SENDA) los datos aun resultan muy preliminares y tienen el sesgo importante ya que corresponden, exclusivamente, a aquella población que accede efectivamente a los servicios de tratamiento en programas o centros en convenio con este Servicio.

A nivel internacional, la investigación desarrollada, principalmente en países de Norteamérica y Europa y en menor medida en Latinoamérica, muestra una mayor prevalencia de consumo de alcohol y drogas y mayor riesgo de abuso de dichas sustancias en población LGBTIQ+. Algunas investigaciones refieren que estas personas podrían llegar a tener el doble de probabilidades de cumplir criterios diagnósticos de trastornos por uso sustancias, en comparación a la población heterosexual (Mongelli et al., 2019).

Los estudios sobre los factores que inciden en la mayor prevalencia de uso y consumo problemático en esta población, respecto del alcohol, marihuana, tabaco y estimulantes, establecen una asociación significativa con experiencias de discriminación, victimización y aislamiento social experimentadas a lo largo de su vida. Esas vivencias también estarían relacionadas con mayores niveles de angustia psicológica, sintomatología ansiosa y depresiva, entre otros problemas de salud mental, que también pueden actuar como factores de riesgo para generar un trastorno por dependencia a drogas. En esa línea, algunas investigaciones muestran



que el consumo de sustancias puede presentarse como un recurso de afrontamiento desarrollado por las personas ante eventos negativos estresantes y situaciones de prejuicio, exclusión y discriminación (Barrientos, 2019, Mongelli et al., 2019).

Considerando lo anterior, los investigadores coinciden en destacar que tanto el consumo problemático de sustancias como otras enfermedades de salud mental observadas no son inherentes a la orientación sexual ni a la identidad LGBTIQ+ (Branstrom, 2017, Mongelli et al., 2019). Esto significa que la diversidad sexual y de género por sí misma no constituye un factor de riesgo para la salud mental, sino que la mayor prevalencia de trastornos en esta población, se presenta asociada a las reacciones sociales negativas que han enfrentado al asumir su orientación sexual o diversidad de género, incluyendo experiencias de victimización, violencia física, verbal y psicológica y el rechazo familiar y social. En ese sentido, los mayores problemas de salud mental que enfrentan las personas de la diversidad sexual y de género, en comparación a la población general, están vinculados a la discriminación y estigma a los que se ven expuestas en una cultura en la que predomina un modelo heteronormativo.

La literatura también indica que existirían diferencias significativas al interior de distintos grupos de la diversidad sexual, mostrando mayor presencia de problemáticas de salud mental en personas bisexuales, respecto de homosexuales y en población trans, en comparación a las personas LGBTIQ+ en general. Los hallazgos de estos estudios apoyan una fuerte correlación entre la mayor estigmatización y los problemas de salud mental asociados a variables de etnia, educación y otros determinantes de exclusión social, los que actuarían como mediadores del nivel de vulnerabilidad y de riesgos que afectan a estas poblaciones. En ese sentido, los autores relevan la importancia de considerar la interseccionalidad entre diversas variables de exclusión social, entendiendo que la orientación sexual y la identidad de género se relacionan y actúan siempre en interacción con otros determinantes sociales.

En Chile, la información específica sobre el consumo de drogas y alcohol en la población LGBTIQ+ es limitada. Sin embargo, un estudio exploratorio realizado en 2017 por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SEDA) y la Corporación Chilena de Prevención del SIDA-ACCIONGAY proporciona datos relevantes. Este estudio reveló que el 86,6% de las personas encuestadas de la diversidad sexual consumió alcohol al menos una vez en el último mes, posicionando al alcohol como la sustancia más consumida en este grupo. Además,



el 48,7% informó haber consumido marihuana en el mismo período, y aproximadamente el 3,4% reportó el uso de cocaína. Asimismo, el 11% de los encuestados indicó haber utilizado popper, una droga inhalante conocida por sus efectos vasodilatadores. En cuanto a las motivaciones para el consumo de estas sustancias, los participantes señalaron que les permitía divertirse más (80%), relajarse (70%) y aumentar las percepciones (50%).

En la [Primera Encuesta para Personas Trans y de Género no Conforme en Chile](#), realizada por la Asociación Organizando Trans Diversidades (OTD) el año 2017 se observa:

- **Violencia en la familia:** la violencia más recurrente es el cuestionamiento de la identidad, con un 97%, mientras que el ignorar corresponde al 42% y la agresión verbal a un 36%. Cuestionamiento de identidad que en un 39% sería por parte de la madre y un 29% por el padre.
- **Violencia y discriminación:** en el colegio; un 40% de los encuestados señala haber sufrido violencia en su lugar de estudio.
- **Grado de la discriminación:** un 34% declara haber sufrido una alta y muy alta discriminación durante 5° a 8° básico, mientras que en la educación media es donde más se da la discriminación en todos sus grados.
- **Tipo de violencia más frecuente:** un 50% declara que han cuestionado su identidad, mientras que un 39% señala haber sido ignorado o agredido verbalmente. Los compañeros y amigos son quienes más agreden verbalmente y los profesores y directivos son quienes más ignoran y cuestionan la identidad de las personas trans o género no conforme.

Específicamente, en el contexto sanitario, la atención recibida en los centros asistenciales primarios o secundarios, reportada por la población trans o género no conforme, tiende a reproducir dinámicas de hostilidad y discriminación, con un abordaje desde equipos de salud, incluyendo a administrativos y profesionales, caracterizado por el desconocimiento sobre esta población y un trato inadecuado y violento (Barrientos et al., 2019).

Es importante destacar que, aunque este estudio ofrece una visión inicial sobre el consumo de sustancias en la población LGBTIQ+ en Chile, la información disponible sigue siendo limitada. Se

requiere de más investigaciones para comprender plenamente las dinámicas y necesidades específicas de esta comunidad en relación con el consumo de drogas y alcohol.

Para garantizar que las orientaciones técnicas sean efectivas, es crucial considerar la diversidad de experiencias dentro de la población LGBTIQ+. Un enfoque interseccional permite abordar cómo variables como la clase social, el origen étnico, la edad y la situación migratoria interactúan para influir en los patrones de consumo y en las barreras al tratamiento. La capacitación de los equipos técnicos debe incluir habilidades culturales que fomenten el respeto y la afirmación de la diversidad, asegurando que las intervenciones sean culturalmente sensibles y efectivas.

Por otra parte, asociado a otros indicadores de salud mental negativos, la población LGBTIQ+ está considerada dentro de los grupos de riesgo de comportamiento suicida (Mongelli et al., 2019), aspecto de particular interés para las políticas públicas y prácticas de prevención e intervención oportuna. La investigación muestra prevalencias de entre 20% a 50% de comportamientos suicidas entre jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y personas trans o género no conforme y, en términos comparativos, la probabilidad de ideación e intentos de suicidio es hasta siete veces mayor en comparación a sus pares heterosexuales (Tomicic et al., 2016).

Entre los factores específicos que inciden en un mayor riesgo de suicidio en personas de la diversidad sexual, se señalan la victimización de género, la homofobia internalizada, la marginación de la familia y de la comunidad, mientras que entre los factores protectores y de resiliencia aparecen el apoyo familiar y del grupo de pares y contar con un ambiente social inclusivo (Tomicic et al., 2016.)

En la [Primera Encuesta para Personas Trans y de Género no Conforme en Chile](#), año 2017, un 56% de los encuestados, declara haber intentado suicidarse. Un 46% declara haber cometido los primeros intentos de suicidio entre los 11 y 15 años y un 26% entre los 16 y 18 años.

En este contexto, la adolescencia se reconoce como una etapa de alta complejidad para esta población, donde los intentos por negar o normalizar la identidad de género por parte de los adultos, provoca silenciamiento, aislamiento social y los primeros actos de violencia o rechazo por la identidad o expresión de género, siendo la familia, compañeros de colegio o profesores, los principales generadores de ello.



2.3.SALUD MENTAL Y POBLACIONES LGBTIQ+

La investigación ha mostrado de manera contundente que las diferencias en términos de salud mental entre las personas pertenecientes a la diversidad sexual y sus contrapartes heterosexuales y cisgénero pueden atribuirse a los efectos del estrés relacionado con la estigmatización basada en la identidad de género y la orientación sexual diversa.

A partir de los avances en investigación despatologizante y en virtud de los cambios sociales, legales y de estándares en derechos humanos que se han ido generando (impulsados desde el activismo LGBTIQ+), en los últimos años se han producido cambios importantes en materia de los sistemas de clasificación diagnóstica (UDP, 2019):

- En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) la homosexualidad fue progresivamente desclasificada como trastorno mental, siendo eliminada en el año 1987.
- Las identidades trans incluidas como trastorno de la identidad de género en 1973 en el DSM-III, han sido modificada y renombrada en la última versión de este manual (DSM-V), como disforia de género, en un intento de despatologizar a las personas trans, aun cuando permanece la discusión respecto de la conveniencia de mantener o no este diagnóstico.
- La OMS, en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-10), luego de mantener por décadas, una serie de diagnósticos asociados con la diversidad sexual y de género dentro de categorías de disfunciones sexuales, trastornos de identidad de género, de la preferencia sexual, y asociados con el desarrollo y la orientación sexual. Finalmente, a partir de mayo de 2018, establece la despatologización de la homosexualidad y la desclasificación como patología de las identidades transgénero.



Estas iniciativas, de alguna manera, dan cuenta de la posibilidad de conciliar el principio de la despatologización, con la consideración de los determinantes sociales de la salud y de los factores de riesgo generados por los contextos socioculturales en que viven las personas.

Uno de los resultados de estos procesos de despatologización y de consideración de las variables contextuales ha sido el surgimiento de los modelos de estrés social para comprender la alta prevalencia de problemas de salud mental entre las personas de la diversidad sexual (UDP, 2019).

La relación entre la salud mental y las poblaciones LGBTIQ+ está marcada por factores de vulnerabilidad derivados de la discriminación, el estigma social, la exclusión y la violencia. Estas condiciones generan un impacto significativo en el bienestar psicológico y emocional de estas personas, quienes enfrentan tasas más altas de problemas de salud mental en comparación con la población heterosexual y cisgénero. Entender esta relación es clave para diseñar estrategias de apoyo inclusivas y efectivas.

Factores que afectan la salud mental en la población LGBTIQ+

Estrés minoritario: El estrés minoritario es un concepto central para comprender los desafíos que enfrentan las personas LGBTIQ+. Se refiere al estrés crónico derivado de vivir en una sociedad donde su identidad es estigmatizada o marginalizada. Este estrés incluye experiencias como:

Rechazo social: Rechazo por parte de familiares, amistades y comunidades, lo que genera aislamiento y baja autoestima.

Microagresiones: Comentarios, actitudes y comportamientos sutiles pero hirientes que refuerzan la discriminación.

Violencia: Desde agresiones verbales hasta ataques físicos y sexuales, que son más frecuentes en personas LGBTIQ+.



Discriminación estructural: Las barreras estructurales limitan el acceso a servicios de salud mental culturalmente competentes. La falta de capacitación en diversidad sexual y de género por parte de los profesionales de la salud contribuye a la perpetuación de prejuicios, lo que desalienta a las personas LGBTIQ+ a buscar apoyo. Esto es especialmente problemático en contextos donde las políticas públicas no consideran explícitamente sus necesidades.

Rechazo familiar y exclusión social: La aceptación por parte de la familia es fundamental para el desarrollo emocional, pero muchas personas LGBTIQ+ enfrentan rechazo o expulsión del hogar. Este rechazo incrementa la incidencia de depresión, ansiedad y conductas de riesgo, como el abuso de sustancias.

Mayor prevalencia de problemas de salud mental: Estudios internacionales y regionales demuestran que las personas LGBTIQ+ son más propensas a sufrir: Depresión y ansiedad, Trastorno de estrés postraumático (TEPT), especialmente en quienes han sufrido violencia física o sexual, Riesgo suicida elevado, particularmente en adolescentes LGBTIQ+ rechazados por sus familias. Trastornos de la conducta alimentaria, asociados a la presión social y la búsqueda de aceptación en ciertos círculos.

Falta de representación positiva y modelos de rol: La ausencia de representaciones positivas en los medios de comunicación y la invisibilización de las experiencias LGBTIQ+ refuerzan sentimientos de inseguridad y auto-rechazo, especialmente en personas jóvenes que están en proceso de construcción de su identidad.

Factores protectores y estrategias para promover la salud mental

Redes de apoyo comunitario: Las redes de apoyo LGBTIQ+, ya sean formales (como organizaciones y grupos comunitarios) o informales (como amistades y círculos sociales), son fundamentales para contrarrestar el aislamiento. Estas redes proporcionan un espacio seguro donde las personas pueden expresar su identidad sin temor al juicio.

Aceptación familiar: El apoyo de la familia es uno de los mayores factores protectores para la salud mental de las personas LGBTIQ+. Campañas de sensibilización dirigidas a familiares pueden reducir el rechazo y fomentar entornos inclusivos.



Políticas públicas inclusivas: Las políticas públicas que protegen los derechos de las personas LGBTIQ+, como las leyes contra la discriminación y los programas de capacitación en diversidad, tienen un impacto positivo en su salud mental al reducir el estigma social.

Educación y sensibilización: La inclusión de temáticas LGBTIQ+ en currículos escolares y campañas públicas de sensibilización promueve una sociedad más respetuosa y reduce el bullying y la exclusión.

Acceso a servicios de salud mental inclusivos: Es esencial garantizar el acceso a profesionales capacitados en diversidad sexual y de género, que puedan ofrecer terapias sin prejuicios y adaptadas a las necesidades específicas de estas personas. Esto incluye enfoques afirmativos que validen y celebren las identidades LGBTIQ+.

Desafíos persistentes

A pesar de los avances, persisten desafíos importantes, como:

- La resistencia cultural y religiosa en ciertos sectores de la sociedad, que perpetúa la discriminación.
- La falta de recursos destinados específicamente a la salud mental de las personas LGBTIQ+.
- La escasez de datos locales y regionales que permitan desarrollar intervenciones basadas en evidencia.

La salud mental en poblaciones LGBTIQ+ requiere un enfoque interseccional que considere las múltiples dimensiones de discriminación y exclusión que estas personas enfrentan. Proveer entornos seguros, accesibles e inclusivos, junto con fortalecer los factores protectores, es esencial para garantizar su bienestar psicológico y emocional. Esto implica un compromiso tanto individual como colectivo para construir sociedades más justas y equitativas.



2.4. SÍNTESIS

Para implementar programas de tratamiento de drogas y alcohol específicamente adaptados a las personas LGBTIQ+, considerando el propósito organizacional de la División Programática de SEDA, se podrían diseñar políticas públicas que aborden las necesidades particulares de esta población. A continuación, se describen algunas posibles políticas públicas:

Diagnóstico y caracterización inclusiva: Investigación sobre patrones de consumo: Ampliar estudios sobre los factores específicos que llevan a las personas LGBTIQ+ al consumo de drogas y alcohol, incluyendo el impacto de la discriminación, la violencia y la exclusión social. Recopilación de datos desagregados: Generar información específica sobre el consumo y las necesidades de subgrupos LGBTIQ+ (por ejemplo, lesbianas, personas trans, etc.), permitiendo un enfoque diferenciado.

Diseño de programas inclusivos y diferenciados: Modelos de tratamiento culturalmente competentes: Diseñar programas que reconozcan las experiencias de discriminación, estigmatización y trauma que suelen enfrentar las personas LGBTIQ+. Atención sensible al género y la identidad: Crear ambientes libres de discriminación, con personal capacitado para trabajar con diversidad sexual y de género.

Enfoque familiar y vincular: Fortalecimiento de vínculos familiares: Implementar programas para mejorar las relaciones familiares, considerando que muchas personas LGBTIQ+ enfrentan rechazo familiar que puede estar asociado al consumo de sustancias. Formación en habilidades parentales inclusivas: Si las personas LGBTIQ+ tienen niños, niñas o adolescentes a su cargo, diseñar talleres específicos para fortalecer sus habilidades parentales y mejorar los entornos preventivos para sus hijos.

Capacitación y sensibilización: Capacitación a profesionales: Implementar formación continua para el personal que trabaja en prevención y tratamiento, enfatizando competencias en diversidad sexual y de género. Sensibilización a la comunidad: Promover campañas educativas que reduzcan



el estigma en torno a la orientación sexual y la identidad de género, lo que podría mejorar la accesibilidad y el uso de los servicios de tratamiento.

Acceso a servicios adaptados: Centros especializados o inclusivos: Crear espacios seguros para la atención de personas LGBTIQ+, que ofrezcan un entorno de confianza y respeto. Integración de servicios de salud mental: Dado que el consumo de sustancias suele estar relacionado con problemas de salud mental, incluir apoyo psicológico especializado en las intervenciones.

Promoción de redes de apoyo comunitario: **Grupos de apoyo LGBTIQ+:** Facilitar la creación de redes de pares para compartir experiencias y generar apoyo mutuo durante los procesos de tratamiento y recuperación. **Alianzas estratégicas:** Colaborar con organizaciones de la sociedad civil que trabajen con la población LGBTIQ+ para garantizar un enfoque inclusivo y accesible.

Evaluación y monitoreo inclusivo: Indicadores específicos: Desarrollar indicadores que permitan evaluar la efectividad de los programas diseñados para personas LGBTIQ+. Retroalimentación continua: Incorporar mecanismos de consulta con la comunidad LGBTIQ+ para ajustar las políticas y programas según sus necesidades cambiantes.

Al implementar estas políticas, se puede garantizar que las intervenciones sean efectivas, equitativas y respetuosas de la diversidad, contribuyendo no solo a la recuperación individual sino también a la generación de ambientes protectores y preventivos.



DERECHOS

3. HUMANOS Y MARCO LEGISLATIVO

Los [Principios de Yogyakarta](#) (ONU, 2006) tienen por finalidad orientar a las naciones sobre cómo aplicar las normas del derecho internacional de los derechos humanos a través de estándares básicos que buscan evitar los abusos y dar protección a los derechos humanos de las personas LGTBQ+. Estos Principios establecen recomendaciones en relación con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y la diversidad corporal. El Estado de Chile ha suscrito a estos instrumentos internacionales que, al ser vinculantes, comprometen a los gobiernos a dar cumplimiento a lo que allí se estipula.

Es importante señalar que los derechos de personas LGTBQ+ no son derechos distintos o especiales a los que tiene el resto de los seres humanos, sino que se trata de reconocer los derechos a todas las personas, sin distinción de su orientación sexual, identidad de género, expresión de género y diversidad corporal.

La [Comisión Interamericana de Derechos Humanos \(CIDH\)](#), ha recomendado que los Estados diseñen e implementen políticas públicas que garanticen los derechos de las personas a acceder a los servicios de salud, sin discriminación, violencia o malos tratos de cualquier tipo, protocolos de salud que atiendan a las especificidades de las personas LGTBQ+, y hacer cumplir medidas



efectivas para prevenir y sancionar la discriminación contra las personas LGBTIQ+, o aquellas percibidas como tales, en el sector de la salud. (CIDH,2018).

La CIDH insta a los Estados a adoptar medidas para garantizar efectivos procesos de control de prácticas orientadas a la modificación de la orientación sexual, estableciendo que éstas generan daño en la salud física, mental y social no deberían ser aceptadas como terapias médicas, debiendo ser prohibidas. Junto a esto, enfatiza su recomendación en orden a que los Estados adopten medidas comprensivas de sensibilización y concientización para eliminar la estigmatización, los estereotipos y la discriminación contra las personas LGBTIQ+, así como también respecto de su invisibilizar respecto de sus vulnerabilidades y necesidades de atención específicas.

Si bien, se pueden reconocer brechas y vacíos relevantes en la legislación nacional en esta materia, en la última década se ha avanzado en algunas leyes y normativas que resulta importante revisar y tener en consideración como marco regulatorio en el ámbito del tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.

El tratamiento de personas LGBTIQ+ con problemas de consumo de drogas y alcohol en Chile debe abordarse desde una [perspectiva de derechos humanos](#), que se articula con la legislación nacional y los compromisos internacionales asumidos por el país. Este enfoque [busca garantizar el acceso equitativo, respetuoso y no discriminatorio a servicios de salud, reconociendo la dignidad y la autonomía de cada persona](#).

En primer lugar, el enfoque de derechos humanos en el tratamiento se fundamenta en principios básicos como la no discriminación, la igualdad ante la ley y el derecho a la salud. Es fundamental asegurar que las personas LGBTIQ+ puedan acceder a servicios inclusivos y de calidad, libres de estigmas y juicios, y que sus decisiones sean respetadas en todo momento. Este enfoque también enfatiza la participación activa de la comunidad LGBTIQ+ en el diseño e implementación de políticas y programas que les afecten directamente.

La [legislación chilena](#) vigente establece un marco para proteger los derechos de las personas LGBTIQ+ en el ámbito de la salud y el tratamiento de adicciones. La **Constitución Política de la República de Chile** garantiza la igualdad ante la ley y el derecho a la protección de la salud. La **Ley Antidiscriminación** (Ley Zamudio, N° 20.609) prohíbe la discriminación arbitraria por motivos de orientación sexual, identidad de género u otras características, asegurando el acceso igualitario



a servicios de salud y tratamiento. Por su parte, la **Ley de Identidad de Género** (Ley N° 21.120) protege el derecho de las personas trans a ser tratadas de acuerdo con su identidad de género, lo que incluye el respeto por sus nombres y pronombres en entornos clínicos. Además, la **Ley de Garantías y Derechos de la Niñez** (Ley N° 21.430) refuerza la protección de niños, niñas y adolescentes LGBTIQ+ contra la discriminación en todos los ámbitos, incluyendo programas de prevención y tratamiento de consumo de sustancias.

- **Constitución Política de la República de Chile:** Aunque no menciona explícitamente a las personas LGBTIQ+, la Constitución garantiza la igualdad ante la ley (artículo 19, numeral 2) y el derecho a la protección de la salud (artículo 19, numeral 9).
- **Ley Antidiscriminación (Ley Zamudio, Ley N° 20.609):** Prohíbe la discriminación arbitraria por razones de orientación sexual, identidad de género u otras características, lo que incluye el acceso igualitario a servicios de salud y tratamiento de consumo de sustancias.
- **Ley de Identidad de Género (Ley N° 21.120):** Reconoce y protege el derecho de las personas trans a modificar su nombre y género registral, garantizando su derecho al reconocimiento legal y el respeto de su identidad en todos los ámbitos, incluido el acceso a servicios de salud.
- **Ley de Garantías y Derechos de la Niñez (Ley N° 21.430):** Reconoce el derecho de niños, niñas y adolescentes LGBTIQ+ a recibir un trato igualitario y no discriminatorio, también aplicable en programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias.
- **Política Nacional de Salud Mental y Psiquiatría:** Incluye un enfoque de derechos humanos y promueve la inclusión de grupos vulnerables, como personas LGBTIQ+, en los servicios de salud mental, incluyendo el tratamiento de adicciones.

El enfoque de derechos humanos se integra con la legislación chilena para prohibir la discriminación en el acceso a servicios de salud, asegurando que estos espacios sean inclusivos y respeten la diversidad sexual y de género. Por ejemplo, la Ley Zamudio obliga a los servicios a eliminar barreras estructurales que dificulten el acceso de las personas LGBTIQ+, mientras que la Ley de Identidad de Género garantiza el trato adecuado y respetuoso hacia las personas trans.

Asimismo, este enfoque exige identificar y abordar factores subyacentes que contribuyen al consumo problemático de sustancias, como el estrés minoritario, la discriminación y el rechazo familiar, promoviendo un tratamiento integral y holístico.

No obstante, persisten desafíos importantes en la implementación efectiva de este enfoque. Entre ellos se encuentran la falta de sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud, la insuficiencia de regulaciones específicas para abordar las necesidades de las personas LGBTIQ+ y el estigma persistente en algunos servicios. Estas barreras pueden dificultar que las personas busquen o reciban tratamiento de manera adecuada.

Para superar estos desafíos, se recomienda implementar medidas como la capacitación obligatoria en diversidad sexual y de género para el personal de salud, la creación de protocolos específicos para el tratamiento de personas LGBTIQ+ y el establecimiento de mecanismos de supervisión que aseguren el cumplimiento de las leyes antidiscriminatorias. Además, es crucial diseñar espacios seguros y confidenciales que fomenten la confianza y la comodidad de los usuarios, así como involucrar activamente a organizaciones de la comunidad LGBTIQ+ en la evaluación y mejora de los programas de tratamiento.

En síntesis, la articulación entre el enfoque de derechos humanos y la legislación chilena vigente ofrece un marco sólido para abordar el tratamiento de personas LGBTIQ+ con problemas de consumo de drogas y alcohol. Sin embargo, su éxito depende de la voluntad política, la capacitación de los profesionales y la participación activa de la comunidad en la construcción de soluciones inclusivas y efectivas.

DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA

- **Falta de sensibilización y capacitación:** No todos los profesionales de la salud en Chile están capacitados para atender de manera inclusiva a personas LGBTIQ+.



- **Insuficiente regulación específica:** Aunque existen leyes generales, la legislación chilena no siempre aborda de manera específica las necesidades de salud y tratamiento de las personas LGBTIQ+.
- **Estigma persistente:** Las actitudes discriminatorias en servicios de salud pueden dificultar que las personas LGBTIQ+ busquen o reciban un tratamiento adecuado.

RECOMENDACIONES PARA UNA INTEGRACIÓN EFECTIVA

- **Capacitación obligatoria para el personal de salud:** Incluir temas de diversidad sexual y de género, derechos humanos y sensibilización cultural en la formación de profesionales de la salud.
- **Creación de protocolos específicos:** Diseñar guías claras para el tratamiento de personas LGBTIQ+ con problemas de consumo, basadas en derechos humanos y estándares internacionales.
- **Supervisión y monitoreo:** Implementar mecanismos que garanticen el cumplimiento de la Ley Zamudio y la Ley de Identidad de Género en los servicios de tratamiento.
- **Espacios seguros y confidenciales:** Asegurar que las personas LGBTIQ+ puedan acceder al tratamiento sin temor al rechazo o la discriminación.
- **Participación comunitaria:** Involucrar activamente a organizaciones LGBTIQ+ en el diseño y evaluación de programas de salud y tratamiento de adicciones.



ENFOQUES Y

4. MODELOS

COMPRENSIVOS

El tratamiento de drogas y alcohol en población LGBTIQ+ requiere enfoques integrales y culturalmente competentes que aborden las necesidades únicas de esta comunidad. Las tasas de consumo problemático suelen ser más altas en estas poblaciones debido a factores como el estigma, la discriminación, el rechazo social, la homofobia, la transfobia y el estrés minoritario, por lo que, para introducir la propuesta de recomendaciones técnicas dirigidas al tratamiento de consumo problemático en personas de la diversidad sexual y de género, resulta necesario señalar, en primer lugar, que, en términos globales, los enfoques y marcos conceptuales utilizados tanto con la población en general como en los diversos programas y convenios, son igualmente pertinentes en el tratamiento de esta población específica.

En ese sentido, el tratamiento se desarrolla desde el enfoque de la Recuperación, entendiendo la problemática de consumo como un trastorno de salud mental crónico tratable y desde un Enfoque Biopsicosocial y de Intervención integral, que reconoce la multifactorialidad en el origen y consecuencias del fenómeno. A su vez, se debe mantener el énfasis en la intervención y prevención de recaídas como parte del proceso de recuperación, considerando variables asociadas al curso de vida y aspectos motivacionales, entre otros.

En la intervención con población LGBTIQ+ adquieren especial relevancia algunos enfoques



considerados en tratamiento de adicciones y que contribuyen a la comprensión particular de las necesidades de intervención presentes en esta población. En ese sentido, se destaca la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, que permite reconocer el papel predominante que adquiere los contextos de discriminación y estigmatización en las condiciones de salud mental de esta población, comprendiendo el Género como un determinante social de la salud en sí mismo. Además, cobran importancia los modelos de barreras de acceso, que relevan la importancia de la interacción entre personas usuarias y sistemas de atención, en la medida que obstaculizan o favorecer el logro de la cobertura efectiva y que determinan particulares desafíos para los equipos tratantes en la búsqueda de la aceptabilidad de la atención brindada, por parte de la población LGBTIQ+.

Por otra parte, en la intervención con esta población deben incluirse enfoques conceptuales específicos, basados en los hallazgos de la investigación y que, junto con brindar un modelo explicativo respecto de la posible relación entre diversidad sexual, consumo de drogas y otros problemas de salud mental, también sirvan de base para la identificación de temáticas y estrategias de intervención específicas que puedan requerir las personas usuarias pertenecientes a las comunidades LGBTIQ+.

4.1. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Desde la formulación de los conceptos de adopción de género, se sostiene bajo un gran “paraguas” que permite su fundamentación; el enfoque basado en Derechos Humanos (DD. HH), desde la Declaración Universal de los DD. HH en 1948 por las Naciones Unidas. Bajo este se suscriben los “Derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición (Naciones Unidas, 1948)” permitiendo dar luces a un “marco conceptual que busca contribuir al proceso de desarrollo humano desde una perspectiva holística, orientando las acciones necesarias para dar



cumplimiento a los derechos de las personas” (COPOLAD, 2023a) que se adhiere al enfoque en el quehacer de las políticas públicas desde el diseño, implementación y evaluación.

El tratamiento de drogas y alcohol en población LGBTIQ+ requiere enfoques integrales y culturalmente competentes que aborden las necesidades únicas de esta comunidad. Las tasas de consumo problemático suelen ser más altas en estas poblaciones debido a factores como el estigma, la discriminación, el rechazo social, la homofobia, la transfobia y el estrés minoritario. A continuación, se presentan los principales enfoques o modelos comprensivos utilizados:

Al profundizar en las aplicabilidades resulta importante resaltar el enfoque Diferencial de Derechos que busca el cumplimiento de los DD. HH, en específico, en personas atribuidas a grupos vulnerables tomando en cuenta sus particularidades y su propia visualización. En lo práctico podría verse reflejado en las categorías de edad, género, etnia, etc. Por tanto, este último vendría a ser el objetivo operativo de cumplimiento de los derechos desde una guía del método y la acción facilitando un alcance más cercano a las políticas públicas.

La promoción del acceso a salud para personas de la diversidad sexual y de género constituye un asunto de derechos humanos, en la medida en que refiere al respeto de la dignidad humana y al derecho a la salud e implica el reconocimiento de condiciones sociales de inequidad que afectan a las personas. Se debe recordar que los derechos humanos corresponden a garantías jurídicas universales que buscan proteger a los individuos y a los grupos contra omisiones y acciones que interfieren con las libertades y derechos fundamentales, en definitiva, con la dignidad humana.

Al respecto, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su observación general N°18 define: “La no discriminación, junto con la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley sin ninguna discriminación constituye un principio básico y general relativo a la protección de los derechos humanos. Así, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece la obligación de cada Estado de respetar y garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, los derechos reconocidos en el Pacto, sin distinción alguna”.

El ejercicio efectivo de los derechos humanos pone en evidencia las diferencias y desigualdades existentes entre diversos grupos de la población y determina la necesidad de visibilizar a los grupos y colectivos en desventaja, con el objeto de asegurar condiciones de igualdad para todos



y todas. En ese marco, los movimientos de personas LGBTIQ+ han desempeñado un rol clave para el avance en general de los derechos y el reconocimiento de las condiciones de desigualdad y vulneración de derechos que les afectan.

4.2. ENFOQUE DE GÉNERO

Abordar el problema del consumo de drogas y alcohol en personas LGBTIQ+ desde el enfoque de género implica reconocer que las experiencias de consumo particulares están profundamente influenciadas por la construcción social de género y las desigualdades estructurales derivadas de esta. Este no sólo considera las diferencias entre hombres, mujeres y personas con identidades no binarias, sino que también analiza cómo interactúan otros factores como la orientación sexual, la identidad de género y el contexto social y cultural en el que viven estas personas.

Así, el enfoque de género no sólo enriquece la comprensión del problema, sino que también asegura que las intervenciones sean inclusivas, respetuosas y efectivas, promoviendo resultados sostenibles en el bienestar de las personas LGBTIQ+. A continuación, se describen algunas estrategias clave para abordar el problema desde esta perspectiva:

Reconocimiento de desigualdades y vulnerabilidades específicas

El enfoque de género reconoce que las personas LGBTIQ+ enfrentan vulnerabilidades únicas derivadas de la discriminación, el estigma y las normas de género restrictivas. Por ejemplo:

- **Mujeres lesbianas, bisexuales y trans:** pueden enfrentar mayor estigma en entornos tradicionales de tratamiento y tener menor acceso a redes de apoyo debido a roles de género impuestos.



- **Hombres gays y bisexuales:** pueden experimentar presiones relacionadas con el ideal de masculinidad y el consumo socialmente aceptado de sustancias en algunos espacios de la comunidad LGBTIQ+.
- **Personas trans y no binarias:** suelen enfrentar barreras adicionales, como la falta de validación de su identidad de género en los servicios de salud.

Diseño de programas diferenciados

Un enfoque de género exige la creación de programas que atiendan las necesidades específicas de cada grupo dentro de la comunidad LGBTIQ+, basándose en sus experiencias particulares.

- **Programas específicos para mujeres LGBTIQ+:** Incorporar dinámicas grupales que exploren el impacto del sexismo, la violencia de género y el doble estigma asociado a ser mujer y LGBTIQ+.
- **Programas para personas trans y no binarias:** Asegurar que los servicios sean respetuosos con la identidad de género, incluyendo personal capacitado en el uso de nombres y pronombres adecuados.
- **Espacios seguros para hombres LGBTIQ+:** Promover la discusión de cómo las normas de masculinidad influyen en el consumo de sustancias y ofrecer alternativas saludables para manejar el estrés y la ansiedad.

Inclusión de la perspectiva interseccional

El enfoque de género debe ser interseccional, considerando de qué manera factores como la raza, la clase social y el nivel educativo interactúan con la identidad de género y la orientación sexual para influir en el consumo de sustancias. Por ejemplo, una persona trans racializada puede enfrentar niveles más altos de exclusión y vulnerabilidad al consumo problemático debido a la discriminación interseccional.



Atención al impacto de la violencia de género

Muchas personas LGBTIQ+ han experimentado violencia de género, que puede ser un factor determinante en el consumo de sustancias, tales como proveer terapias de trauma informadas para abordar las secuelas de la violencia, incluyendo violencia intrafamiliar, violencia sexual y violencia social, o crear espacios confidenciales donde las personas puedan explorar estas experiencias sin temor a ser juzgadas.

65

Educación y sensibilización del personal de salud

Capacitar a los profesionales para que comprendan las relaciones entre el género, la orientación sexual, la identidad de género y el consumo de sustancias es fundamental para garantizar un tratamiento respetuoso y efectivo. La formación debe incluir temas como el uso de lenguaje inclusivo, el reconocimiento de microagresiones y estrategias para reducir el impacto del estigma.

Reducción de riesgos con enfoque de género

La reducción de daños desde esta perspectiva debe considerar las necesidades particulares de cada grupo, como proveer materiales educativos y recursos específicos para mujeres, hombres y personas no binarias e implementar estrategias de prevención en espacios sociales frecuentados por personas LGBTIQ+, adaptadas a las dinámicas de cada subgrupo.

Promoción de redes de apoyo comunitario

El fortalecimiento de redes de apoyo dentro de la comunidad LGBTIQ+ puede ser clave para prevenir y tratar el consumo problemático, fomentando grupos de apoyo específicos para



diferentes identidades de género y orientación sexual, e involucrando a organizaciones LGBTIQ+ en el desarrollo de programas de tratamiento y prevención.

Empoderamiento y autonomía

El enfoque de género debe centrarse en empoderar a las personas LGBTIQ+ para que ejerzan control sobre sus decisiones de tratamiento. Esto incluye promover la participación activa de las personas en el diseño de sus planes de tratamiento y fomentar la autoestima y la autoaceptación como herramientas clave en la recuperación.

4.3. DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD

En contraste a esta mirada convencional, y desde una perspectiva más amplia, el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud ha revelado como las condiciones sociales y económicas en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen tienen un impacto sustantivo en la salud de las personas (OMS, 2008).

Este conjunto amplio de condiciones genera ventajas de algunos colectivos por sobre otros, produciendo inequidades en el estado de salud, en el acceso a los servicios y en los resultados alcanzados, debido a determinantes externos innecesarios, evitables e injustos. Las relaciones sociales, las culturas, el lugar de residencia, la calidad y tipo de trabajo, así como la etnia y el género, entre otras, han sido variables estudiadas con alta influencia en salud (MINSAL, 2015).

Específicamente, los determinantes asociados al género y a la sexualidad, refieren a las normas,



expectativas y roles asignados culturalmente, y que generan condiciones de inequidad, que se reproducen a nivel social y que pueden aumentar la exposición y vulnerabilidad frente a riesgos para la salud (COLMED, 2018).

En ese marco, las políticas y programas de salud mental deben considerar en su diseño e implementación un análisis contextual, respecto de variables poblacionales y de las comunidades que permita situar las diferentes sintomatologías y diagnósticos en salud mental.

Como se ha señalado, existe abundante evidencia respecto a las serias disparidades en salud mental que afectan a las personas LGBTIQ+, tales como las altas prevalencias en trastornos del ánimo y ansiedad, de consumo problemático de alcohol y drogas y riesgo de suicidio (Tomicic et al., 2016, Mongelli et al., 2019). Los estudios muestran que las condiciones de exclusión y discriminación que afectan a estas personas, pueden actuar como determinantes sociales que inciden negativamente en su calidad de vida, aumentando la probabilidad de sufrir trastornos y problemáticas de salud mental.

El acceso en salud se concibe como un proceso de interacción entre los usuarios y los servicios, dirigido a permitir que las personas que sufren un problema puedan recibir el tratamiento requerido (Hirmas, 2013).

Esta perspectiva relacional del acceso a salud, adquiere especial relevancia en el ámbito de la salud mental, debido a variables culturales, educativas y procesos de exclusión y estigma social que inciden en la decisión de las personas para acudir a los servicios y para permanecer o abandonar tempranamente el tratamiento.

Las barreras de acceso están vinculadas con las habilidades de la población para identificar una necesidad de salud y solicitar atención, pero a su vez, ese comportamiento está determinado por las características del tratamiento, de las metodologías utilizadas y los equipos tratantes y, en definitiva, por la interacción entre todos esos factores. En ese sentido se habla de la aceptabilidad de los servicios por parte de la población usuaria, como el nivel de conformidad que las personas tienen respecto de las características de la atención ofrecida.

La investigación muestra que el estigma y la discriminación continúan siendo los principales obstáculos que enfrentan las personas LGBTIQ+ para acceder a los servicios de salud. Esto se debe, entre otros factores, a que la atención en salud ha sido concebida y centrada tradicionalmente



desde una perspectiva heterosexual y desde la “heteronormatividad”, no visibilizando las reales necesidades, barreras y demandas experimentadas por las personas LGBTIQ+ (Alencar Alburquenque et al, 2016)

Entre los factores de los servicios de salud que mental que inciden en este problema (UDP, 2019, Alencar Alburquenque et al. 2016) se destacan los siguientes:

- Prejuicios y explícita discriminación hacia las personas, limitando su acceso a los servicios y su adherencia a los procesos de atención.
- Barreras y procedimientos de atención no inclusivos, que no resultan sensibles hacia las necesidades específicas de los y las usuarios/as LGBTIQ+
- Intervenciones que implican patologización y estigmatización especialmente de la bisexualidad y de la población transgénero.
- Barreras técnicas, asociadas a la ausencia de formación y capacitación de los equipos en la materia
- La invisibilización de la diversidad sexual, dando por supuesto la heterosexualidad o bien desconociendo las particularidades y especial vulnerabilidad de las poblaciones LGBTIQ+

La categoría invisibilización de las particularidades y vulnerabilidad de la comunidad LGBTIQ+ adquiere un sentido transversal dentro del sistema público de salud mental (UDP, 2019). La invisibilización de las características y sensibilidades de estas poblaciones, así como la falta de reconocimiento sobre las particulares vulnerabilidades que enfrenta y que se encuentran a la base de las patologías de salud mental, aumenta significativamente sus condiciones de riesgo, al no poder identificar su demanda de atención y no contar con el diseño de políticas, programas y estrategias específicas (Alencar Alburquenque, 2016).



4.4. INTERSECCIONALIDAD

La interseccionalidad es una perspectiva teórica y metodológica que refiere a la intersección de diferentes identidades sociales y sus respectivos sistemas de dominación y discriminación. Nace de la reflexión política de mujeres afroamericanas en Estados Unidos, producto de la experiencia de racismo y sexismo en su sociedad y se propone de manera integrada los modos a través de los cuales diferentes sistemas de dominación se articulan y se materializan en relaciones concretas de poder en contextos históricos específicos.

La interseccionalidad es un concepto que trasciende el enfoque de género y se refiere a la manera en que diversas categorías de identidad (género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad, entre otras) se superponen y generan experiencias únicas de discriminación y privilegio.

Si bien el concepto tiene sus raíces en los estudios feministas y de género, particularmente en el trabajo de Kimberlé Crenshaw (1989), su aplicación no se limita solo a este campo. El enfoque de género es uno de los marcos más utilizados dentro de la interseccionalidad, pero esta última se extiende a cualquier análisis que busque comprender cómo múltiples ejes de desigualdad interactúan en distintos contextos sociales.

Desde una perspectiva aplicada, la interseccionalidad es clave para diseñar estrategias de intervención y políticas públicas más precisas y efectivas. En el tratamiento de problemas específicos, como el consumo problemático de sustancias en la población LGBTQ+, la interseccionalidad permite reconocer que no todas las personas LGBTQ+ enfrentan los mismos desafíos. Por ejemplo, una mujer trans racializada que consume drogas experimentará barreras diferentes a las de un hombre cisgénero gay de clase media.

En síntesis, la interseccionalidad no es exclusiva del enfoque de género, sino un marco analítico más amplio que ayuda a comprender desigualdades complejas. Su importancia radica tanto en la teoría (análisis de opresiones múltiples) como en la práctica (diseño de intervenciones adecuadas para diferentes grupos sociales). En ese sentido, la interseccionalidad permite reconocer que las



personas sufren, producto de la interconexión entre su condición de raza, de género, de nacionalidad, de clase y otras, de situaciones de opresión y privilegio de unos grupos sobre los otros, lo que en definitiva determinan contextos de exclusión social.

En la salud también resulta necesario un enfoque de interseccionalidad que permita relevar y comprender la interacción de distintos determinantes de exclusión social e inequidad, que afectan a determinados colectivos y grupos de la sociedad y que conllevan implicancias para su salud.

Desde la perspectiva interseccional, el estatus de minoría sexual es sólo uno de tantos factores que influyen en la salud mental de las personas, por lo que resulta necesario comprender mejor las consecuencias y los efectos de diferentes características co-existentes asociadas como la etnia o la clase social. Así, por ejemplo, la investigación realizada con personas LGBTIQ+ en algunos países ha mostrado, que hombres gays y bisexuales afrodescendientes y latinos presentan mayores niveles de estigma internalizado en comparación a hombres gays y bisexuales caucásicos, siendo este un factor de riesgo muy relevante en la generación y curso de problemáticas sociales y de salud mental (Bränström, 2017).

4.5.MODELO DE KNIGHT

El modelo de Knight (Terrasa et al, 2011) intenta explicar las barreras de acceso que enfrenta esta población para acceder a los cuidados de la salud, dividiéndolos en 3 categorías: de la persona, de los equipos tratantes y del sistema de salud.

Desde las personas usuarias

Entre las condiciones que pueden explicar la ausencia de demanda de servicios de salud los estudios identifican barreras asociadas al estrés crónico y aversión dirigida hacia la propia persona,

resultante de experiencias de discriminación y estigma sufridas anteriormente y que generan la expectativa o miedo de ser rechazado por los equipos de salud, lo que lleva a las personas a recurrir en primera instancia a redes informales (farmacias, revistas, consejos de amistades o familiares) o bien a postergar su consulta hasta el momento en que el problema se ha agudizado o aumentado su severidad, con un alto riesgo para su condición de salud.

También se observan dificultades asociadas al ocultamiento de la orientación sexual o identidad de género, por temor a la discriminación o al uso no confidencial de la información por parte de los equipos. Como resultado de esto se generan barreras en la comunicación que afectan la confianza y el desarrollo de la alianza terapéutica, a la vez que, generan que las personas sean tratadas como heterosexuales, recibiendo una atención no acorde a sus necesidades. Además, se debe considerar la asociación entre las dificultades para revelar la orientación sexual con problemas de depresión y ansiedad, compulsión sexual y el uso de drogas que puede presentarse en esta población.

Desde los equipos

Los estudios identifican el abierto rechazo o incomodidad de los profesionales al abordar el tema, la falta de formación y entrenamiento en la temática, la minimización y desconocimiento de los factores de riesgo y estrategias requeridas, y el manejo inapropiado de la confidencialidad. Se destaca que el comportamiento de los profesionales de la salud, está influenciado por sus creencias y valores, pero también por estereotipos, tabúes sociales, mitos sobre la diversidad sexual y patologización.

Desde el sistema de salud

Las instituciones de salud, también operan bajo la premisa heteronormativa, pudiendo generar una violencia institucional en los servicios de salud, discriminando nuevamente a las personas. La investigación se refiere a la carencia de guías, orientaciones técnicas y desarrollo de formación en



la materia dirigidas a los profesionales de la salud, la invisibilización de las características y necesidades específicas de las diferentes poblaciones LGBTIQ+, ausencia de sistemas de registro y monitoreo que consideren categorías de identidad sexual y de género no binarias, barreras de acceso estructurales para las personas transgénero

4.6. ESTRÉS DE MINORÍAS (MODELO MEM)

El Modelo de Estrés de Minorías de Ian Meyer³ es una de las teorías más importantes para comprender los procesos sociales que subyacen a los indicadores de salud mental en las poblaciones LGBTIQ+. El autor plantea que, para comprender los efectos del estrés en las minorías sexuales y de género, se deben evaluar las múltiples fuentes de estrés social que afectan a dichos colectivos.

La teoría señala que las personas LGBTIQ+ experimentan factores estresantes que se agregan al estrés cotidiano que vive la generalidad de población y que tienen relación con las dinámicas de violencia y discriminación social que afectan a las comunidades de la diversidad sexual. (Meyer, 2004). De ese modo, las personas discriminadas requieren un esfuerzo de adaptación superior al requerido por otras personas que no sufren ese tipo de vivencias.

Se trata de un estrés crónico, ya que es relativamente estable en el tiempo y con efectos acumulativos y está socialmente enraizado, es decir, se deriva de procesos culturales e institucionales, arraigados en la estructura social y por tanto de difícil modificación (Meyer, 2003).

Estos factores externos, denominados distales, no determinan necesariamente problemáticas de salud mental para todas las personas, ya que el MEM también distingue otros factores, denominados proximales que entran en interacción con los factores de estrés distales. La

³ Meyer, I. H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence



intensidad y los efectos que pueden producirse a partir de dicha interacción, dependerán de las características de los contextos sociales y culturales en que las personas se desenvuelven, de sus particulares trayectorias de vida y de la constitución de su personalidad, entre otros aspectos (Mongelli, 2019).

Entre los estresores proximales se señalan: las expectativas negativas y la vigilancia añadida, el ocultamiento de la identidad de género y orientación sexual y la internalización del estigma sexual (Meyer, 2003, Mongelli, 2019).

Este enfoque destaca cómo el estrés crónico resultante de la discriminación, la homofobia, la transfobia y la exclusión social contribuye al uso de sustancias como una estrategia de afrontamiento.

Expectativas negativas

Las experiencias de discriminación no solo afectan a las personas desde su pasado, sino que también producen un malestar hacia el futuro, al generar una serie de expectativas negativas sobre lo que podría seguir ocurriendo. Se trata de una doble victimización, por una parte, el dolor de haber sido rechazados y, por otro lado, el temor de volver a vivir la experiencia de manera reiterada en un futuro, con todo el estrés que eso conlleva.

Esas expectativas negativas generan en las personas una actitud de permanente vigilancia, manteniendo especial atención ante cualquier actitud o comportamiento de su entorno que pueda implicar una nueva experiencia de rechazo.

Ocultamiento

Debido al temor de volver a sufrir discriminación en el futuro, las personas pueden tomar medidas para evitarlo y en muchas ocasiones, pueden elegir ocultar socialmente su identidad sexual o de género.



Esta estrategia resulta ambivalente y expone a las personas a una situación compleja, puesto que por un lado la persona está logrando evitar el malestar que le generan las críticas, prejuicios y estigmatizaciones, pero por otro está pagando un alto costo, al ocultar una parte muy importante de sí mismo. Renunciar a la expresión de la propia identidad de manera pública en definitiva resulta algo doloroso y estresante.

A lo anterior, se suma que ocultar la propia identidad no les evita ser testigo de situaciones de victimización hacia otras personas de las comunidades LGBTIQ+, en las que pueden sentirse afectados o afectadas y les restringe las posibilidades de defender a sus pares, por miedo a ser expuestos o expuestas.

Internalización del estigma

Los valores y creencias tradicionales que estuvieron presentes en la crianza de las personas y que forman parte del acervo cultural de sus familias y comunidades, tiene efectos sobre su vida, incluso si resultan inconsistentes con la propia orientación sexual o identidad de género.

En ese sentido, las personas de la diversidad sexual pueden también experimentar prejuicios sexuales o lo que el MEM ha denominado una *homofobia internalizada* que implica manifestaciones de rechazo y discriminación hacia su misma orientación sexual o identidad de género, generándose una disonancia cognitiva, debido a la contradicción y desequilibrio entre su actitud homófoba (ya sea un comentario, un pensamiento rápido o una conducta) y su propia identidad.

Por último, el modelo también distingue el malestar que pueden generar los procesos de afrontamiento ante las experiencias de discriminación. Si la persona afronta la situación de forma activa, se enfrenta al posible conflicto con las personas que han actuado como victimarios, quedando en una situación paradójica de ser victimizada tanto si se defienden, como si no lo hacen, dado que en cualquiera de los escenarios existe una incertidumbre acerca de sus posibles repercusiones. Por lo tanto, el mismo hecho de afrontar las situaciones de discriminación implican una fuente de estrés para las personas que sufren el prejuicio social.



Intervenciones clave

- Proveer terapia individual o grupal que explore el impacto del estrés minoritario.
- Crear un espacio seguro para hablar sobre la orientación sexual, identidad de género y experiencias de discriminación.
- Fomentar la resiliencia y el autocuidado en la población LGBTIQ+.

75

4.7. ENFOQUE INTEGRAL BIOPSIICOSOCIAL

El enfoque integral biopsicosocial representa una perspectiva sólida y efectiva para abordar de manera holística, adaptada e inclusiva el tratamiento del consumo de drogas y alcohol en personas LGBTIQ+. Este enfoque reconoce que los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan de forma compleja en la etiología, el mantenimiento y el tratamiento del consumo problemático de sustancias. La integración de esta perspectiva con las necesidades específicas de la población LGBTIQ+ permite desarrollar estrategias terapéuticas más inclusivas, respetuosas y eficaces. Esto no solo mejora los resultados terapéuticos, sino que también promueve el respeto y la validación de las identidades de las personas LGBTIQ+, contribuyendo a su bienestar general y fomentando una mayor equidad en salud.

Dimensión biológica

Desde el punto de vista biológico, es esencial considerar factores como los componentes genéticos y neuroquímicos. Aunque no se observan diferencias biológicas específicas en las personas LGBTIQ+ respecto al consumo de sustancias, el estrés sostenido asociado a la discriminación puede influir en la liberación de cortisol y otras sustancias que aumentan la vulnerabilidad al consumo problemático. En el caso de las personas trans que reciben terapia



hormonal, resulta fundamental evaluar cómo estas interacciones pueden afectar el metabolismo de las sustancias, los efectos secundarios y las posibles complicaciones médicas asociadas. Asimismo, las tasas más altas de problemas de salud en esta población, como VIH, enfermedades de transmisión sexual o afecciones cardiovasculares, requieren una atención integral en el tratamiento.

Dimensión psicológica

En el ámbito psicológico, las personas LGBTIQ+ suelen enfrentar un estrés minoritario significativo debido a la discriminación, el rechazo familiar, el estigma y la violencia. Estos factores incrementan el riesgo de desarrollar patrones problemáticos de consumo de sustancias. Además, condiciones como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático son más prevalentes en esta población y a menudo coexisten con el consumo de sustancias. También es importante abordar problemas relacionados con la autoaceptación y la identidad de género u orientación sexual, que pueden influir tanto en el inicio como en la perpetuación del consumo.

Dimensión social

En el ámbito social, las personas LGBTIQ+ enfrentan múltiples barreras, incluida la discriminación en el trabajo, la educación y el acceso a servicios de salud. Estas barreras pueden generar aislamiento y aumentar la dependencia de sustancias como mecanismo de afrontamiento. Por otro lado, algunos entornos de socialización LGBTIQ+ están asociados con el consumo de drogas o alcohol, lo que puede normalizar estos comportamientos. La falta de apoyo familiar o comunitario también contribuye al aislamiento y a patrones de consumo más problemáticos.

Abordaje integral



El enfoque biopsicosocial en el tratamiento del consumo de sustancias incorpora intervenciones específicas en las tres dimensiones. Desde una perspectiva biológica, se destacan la evaluación médica exhaustiva, la personalización de tratamientos farmacológicos y la promoción de hábitos saludables. En el ámbito psicológico, se priorizan intervenciones centradas en el trauma, terapias afirmativas, el manejo del estrés y la atención a comorbilidades. Por último, en la dimensión social, se fomenta la creación de espacios seguros, la reintegración social, el fortalecimiento de redes de apoyo y la implementación de campañas de sensibilización para combatir el estigma y la discriminación.

Ventajas del enfoque biopsicosocial

Este enfoque ofrece beneficios significativos, como la adaptabilidad para personalizar los tratamientos, la integralidad para abordar tanto las causas subyacentes como los efectos del consumo, y la inclusividad, que facilita la creación de espacios terapéuticos respetuosos y seguros. Al trabajar en todos los aspectos de la vida de la persona, se promueven cambios sostenibles y a largo plazo en su salud y bienestar.

Recomendaciones para su implementación

Para garantizar la efectividad del enfoque biopsicosocial, es fundamental capacitar al personal en diversidad sexual y de género, fomentar la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de distintas áreas, diseñar programas específicos adaptados a las necesidades únicas de las personas LGBTIQ+ e incluir enfoques culturales y afirmativos. Asimismo, se recomienda realizar un monitoreo y evaluación continua de las intervenciones, e involucrar activamente a organizaciones LGBTIQ+ en el desarrollo, implementación y evaluación de programas.



4.8. MODELO AFIRMATIVO

El modelo afirmativo constituye un enfoque terapéutico que valida, respeta y apoya las identidades y experiencias de las personas LGBTIQ+, brindando un marco inclusivo y respetuoso para abordar el consumo de drogas y alcohol en esta población. Este modelo permite crear un entorno terapéutico seguro, libre de prejuicios, en el que las personas puedan explorar su identidad sin temor al juicio o rechazo. En este contexto, se prioriza el uso del nombre, pronombres y términos elegidos por la persona, reafirmando y validando su identidad de género y orientación sexual.

Una de las principales aplicaciones del modelo afirmativo consiste en analizar cómo el estrés minoritario, derivado de la discriminación, el estigma y la violencia, puede haber contribuido al consumo problemático de sustancias. Este enfoque también facilita la exploración del impacto que tienen factores externos, como la homofobia, bifobia o transfobia, en el bienestar emocional de la persona y su relación con las drogas o el alcohol.

El modelo afirmativo se enfoca en fortalecer la autoestima y fomentar la autoaceptación de la persona, promoviendo una narrativa positiva en torno a su identidad. Además, busca reducir la disforia de género en aquellas personas que la experimentan, ayudándoles a sentirse más seguras y cómodas con su identidad. Este proceso se complementa con la integración de factores culturales y comunitarios, reconociendo las experiencias específicas de las personas LGBTIQ+ y facilitando la conexión con redes de apoyo inclusivas que disminuyan el aislamiento social.

Desde un punto de vista terapéutico, el modelo afirmativo incorpora intervenciones como la terapia cognitivo-conductual afirmativa, diseñada para abordar pensamientos y conductas relacionadas con el consumo problemático, mientras se valida la identidad de la persona. También se incluyen intervenciones centradas en el trauma que abordan las experiencias de rechazo, discriminación o violencia que la persona haya vivido.

El modelo promueve el desarrollo de mecanismos de afrontamiento saludables que no dependen del consumo de sustancias, tales como el uso de técnicas de mindfulness, el manejo de emociones



y la participación en actividades que favorezcan el bienestar. Asimismo, refuerza la capacidad de establecer límites y construir relaciones interpersonales saludables, contribuyendo a un fortalecimiento integral de la persona.

Otro elemento clave del modelo afirmativo es la promoción de la resiliencia y la agencia personal. Este enfoque reconoce la fortaleza que las personas LGBTIQ+ desarrollan al enfrentar la adversidad, ayudándolas a canalizar esta resiliencia hacia su proceso de recuperación. Al mismo tiempo, fomenta la toma de decisiones informadas sobre su salud y su relación con el consumo de sustancias.

Finalmente, el modelo afirmativo se apoya en la colaboración interdisciplinaria, trabajando con otros profesionales de la salud y redes de apoyo que tengan formación en diversidad sexual y de género. Esto garantiza que las necesidades de la persona sean atendidas de manera integral y respetuosa, contribuyendo a una mejor calidad de vida y a una recuperación sostenible.

4.9. OTROS MODELOS Y ENFOQUES

Terapias de Trauma Informadas

Muchas personas LGBTIQ+ han experimentado traumas, como rechazo familiar, violencia física o sexual, y discriminación. Este enfoque aborda el impacto del trauma en la salud mental y el consumo de sustancias.

Intervenciones clave

- Terapias como EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) para abordar el trauma.
- Capacitación en regulación emocional y habilidades de afrontamiento.



- Incorporar prácticas de mindfulness o meditación para reducir los síntomas de ansiedad y estrés postraumático.

Enfoque de Reducción de Daños

80

Este modelo es especialmente útil para personas que no están listas para dejar por completo el uso de sustancias. Busca minimizar los riesgos asociados al consumo mientras se trabaja hacia objetivos más saludables.

Intervenciones clave

- Educación sobre el uso seguro de sustancias.
- Provisión de recursos como programas de intercambio de jeringas y acceso a PrEP (profilaxis preexposición) para prevenir el VIH.
- Orientación hacia servicios de tratamiento más intensivos si es necesario.

Terapias Grupales Específicas

Las terapias grupales diseñadas específicamente para personas LGBTIQ+ proporcionan un entorno seguro y solidario donde los participantes pueden compartir experiencias comunes.

Beneficios

- Reducción del aislamiento social.
- Creación de redes de apoyo entre pares.
- Mayor comprensión de las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias y la identidad LGBTIQ+.



Barreras a Superar en el tratamiento

- **Estigma y discriminación en los servicios de salud:** Algunas personas LGBTIQ+ evitan buscar tratamiento por experiencias previas de discriminación o falta de sensibilidad cultural.
- **Escasez de recursos especializados:** No todos los servicios de tratamiento están capacitados para abordar las necesidades únicas de esta población.
- **Rechazo familiar:** La falta de apoyo familiar puede agravar los problemas de consumo y la exclusión social.



RECOMENDACIONES 5. PARA LA ATENCIÓN

A continuación, se presentan recomendaciones para los equipos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas divididas en dos ítems principales, a saber: el primer apartado que contiene **recomendaciones generales** para ser incorporadas de manera transversal durante todo el proceso de atención, en el trabajo interno de los equipos y programas, en la vinculación con las personas usuarias y en la coordinación en red. Un segundo ítem que incluye **sugerencias específicas**, concernientes a los diferentes hitos de la trayectoria de la atención.



5.1. RECOMENDACIONES GENERALES

Orientaciones generales para la intervención con población LGBTQ+ con consumo problemático de sustancias

83

Las siguientes orientaciones generales proporcionan un marco referencial para la intervención efectiva con personas LGBTQ+ en contextos de consumo problemático de sustancias, asegurando enfoques diferenciados y pertinentes para adolescentes y adultos⁴:

Principios Claves de la Intervención

- Enfoque basado en derechos humanos y respeto a la identidad de género y orientación sexual.
- Enfoque afirmativo y libre de discriminación, garantizando espacios seguros.
- Perspectiva interseccional considerando múltiples factores que afectan a la población LGBTQ+ (discriminación, salud mental, violencia, exclusión social).
- Sensibilización y capacitación permanente del equipo profesional en diversidad sexual y de género.
- Aplicación de un modelo de atención integral, que contemple factores biológicos, psicológicos y sociales.

Intervención con Adolescentes LGBTQ+ con Consumo Problemático de Sustancias

⁴ SAMHSA (2022); *El consumo de sustancias en la población LGBTQ+*. SAMHSA, EE.UU.; SEDA (2020); *Orientaciones Técnicas para el tratamiento de adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Santiago, Chile.; Rodríguez, E., Aragón, J. (2024); *Guía Técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de la población de la diversidad sexual*. COPOLAD. UNFPA (2019); *Lineamientos De Atención En Los Servicios De Salud Que Consideran El Enfoque Diferencial, De Género Y No Discriminación Para Personas LGBTI*. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.



- **Enfoque Diferenciado:** Adaptación de estrategias considerando el desarrollo evolutivo y la identidad emergente.
- **Participación Familiar:** Trabajo con familias y redes de apoyo para fomentar entornos protectores y reducir la discriminación en el hogar.
- **Espacios de Escucha Segura:** Creación de espacios de confianza donde puedan expresar su identidad sin temor a discriminación.
- **Prevención y Educación:** Incorporación de programas de prevención específicos que aborden factores de riesgo como bullying, rechazo familiar y violencia de género.
- **Acceso a Servicios de Salud Mental y Acompañamiento Psicosocial:** Detección y tratamiento de problemáticas asociadas como depresión, ansiedad o estrés postraumático.
- **Intervención Multidisciplinaria:** Trabajo en coordinación con equipos de salud, educación y justicia juvenil cuando corresponda.

Elementos Claves para Programas Dirigidos a Adolescentes

- Uso de lenguaje inclusivo y enfoque afirmativo en los materiales y metodologías de intervención.
- Desarrollo de protocolos específicos para adolescentes LGBTQ+ en centros de tratamiento.
- Creación de programas educativos sobre diversidad sexual y de género en espacios de prevención.
- Integración de redes comunitarias y apoyo interinstitucional.

Intervención con Personas Adultas LGBTQ+ con Consumo Problemático de Sustancias

- **Abordaje Centrado en la Persona:** Adaptación de planes de tratamiento considerando experiencias de discriminación y trauma.



- **Reducción de Riesgos y Daños:** Estrategias de reducción de daños considerando las particularidades de la comunidad LGBTQ+.
- **Espacios de Contención y Redes de Apoyo:** Implementación de grupos de apoyo específicos para personas LGBTQ+ en tratamiento por consumo problemático.
- **Capacitación del Personal Sanitario:** Formación en abordajes inclusivos y afirmativos para evitar barreras de acceso a los servicios.
- **Accesibilidad y Sensibilización:** Adecuación de los servicios de salud y centros de tratamiento para garantizar un entorno inclusivo.

Elementos Claves para Programas Dirigidos a Adultos

- Adaptación de modelos de tratamiento que reconozcan las experiencias de discriminación y violencia estructural.
- Implementación de estrategias de atención con enfoque interseccional.
- Inclusión de estrategias de autocuidado y bienestar integral.
- Fortalecimiento de redes de apoyo con comunidades LGBTQ+.

Enfoque afirmativo en el tratamiento integral de las personas usuarias

El modelo de atención afirmativo reconoce la diversidad sexual y de género como parte del desarrollo humano, enfatizando que no debe ser etiquetada como un problema ni como un trastorno. Desde una perspectiva positiva y no patologizante, releva las fortalezas de las personas, comprendiendo que las problemáticas y factores de riesgo que afectan su bienestar emocional, se generan como respuesta a factores externos de estigma y discriminación.

En el tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas, la utilización de un enfoque afirmativo se entenderá como la activa validación y afirmación de las personas y la integración de



sus experiencias como parte del proceso de construcción de su identidad. Desde este enfoque, los equipos de tratamiento deben brindar un cuidado apropiado acorde a la etapa del desarrollo y características individuales de cada persona, con la finalidad de ayudarlo a sentirse segura y cómoda en la interacción con los equipos, otras personas usuarias y comunidad del entorno cercano.

Un objetivo importante de la intervención clínica es apoyar una visión positiva de la propia identidad y/u orientación sexual, que contribuya a afirmarla en vez de reprimirla o invisibilizarla, reforzando la idea de que no existe nada negativo en ser o definirse como tal y que las dificultades provienen de la experiencia de vivir en contextos sociales de exclusión y discriminación.

| Componentes claves del modelo de atención afirmativa | |
|--|--|
| No patologizante | La sexualidad y las distintas expresiones de género no son trastornos mentales. Estas variaciones se consideran parte del desarrollo y de la diversidad humana. |
| Sensibilidad cultural | Las expresiones de género varían según las culturas, por lo tanto, la diversidad de género debe entenderse a través de una comprensión del contexto cultural. |
| Fluido y no binario | Las definiciones binarias de género no reflejan identidades de género emergentes, las cuales se pueden mover en un espectro de identidad y expresión de género de forma dinámica. |
| Multifacético | La identidad de género surge a partir de la interacción entre aspectos biológicos, del desarrollo, de socialización y de la cultura. |
| Concepción de salud mental | Si existen problemas de salud mental, generalmente son una respuesta a factores externos, como el estigma y la victimización. Es importante prevenir experiencias negativas que puedan desencadenar problemas de salud mental. |

Extraído de Recomendaciones para la Implementación del Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme, MINSAL, 2021

La incorporación de un enfoque afirmativo implica:



- Revisión y ajuste periódico del programa terapéutico, manual de procedimientos, y otros documentos técnicos que orientan el trabajo de los equipos clínicos, para responder de mejor manera a las necesidades de intervención de las distintas poblaciones.
- Elaboración de protocolos de atención para favorecer el acceso a personas LBGTQI+ con especial atención de población transgénero, con énfasis en garantizar sus derechos.
- Favorecer el vínculo con las personas usuarias para facilitar la exploración de emociones complejas y expresiones de género y sexuales diversas.
- Generar un ambiente seguro para expresar dudas y preocupaciones en relación con su sexualidad y proceso de construcción de identidad.
- Explorar el trauma, la vergüenza y el aislamiento, derivados de situaciones de discriminación y presión social, brindando experiencias de apoyo que modulen o alivien sus consecuencias.
- Potenciar recursos personales y colectivos para ayudar a las personas a protegerse del estigma social y superar los problemas psicológicos derivados de experiencias sociales negativas.
- Promover activamente el ejercicio de derechos y ciudadanía en las personas usuarias.
- Tener conciencia y utilizar un lenguaje afirmativo en todas las formas de comunicación del programa, incluyendo registros clínicos, comunicación presencial, telefónica y escrita con usuarios, familias, redes y comunicad en general.



Atención de personas Trans y Género no conforme⁵

Para proporcionar una atención centrada en brindar un trato digno y no discriminatorio hacia las personas trans y género no conforme, los equipos de salud deben cumplir con las siguientes medidas:

1. Utilizar siempre un lenguaje formal e inclusivo de género. Usar siempre el pronombre elegido por la persona (el, ella, elle) y evitar asumirlo previamente.
2. Se debe llamar a todas las personas por el nombre social o identitario con el cual se sienten identificadas, evitando de esta forma llamar a la persona trans y género no conforme por el nombre registral que no corresponda a su identidad de género. Ante la duda, llamar por el apellido y consultar por cómo prefiere ser llamado o llamada.
3. Consignar en el sistema de admisión, ficha clínica y otros sistemas de registro, el nombre social de la persona, con el propósito de disminuir las posibilidades de que sea llamada por su nombre registral.
4. Siempre preguntar a la persona como quiere ser llamada (nombre registral o social), si el nombre entregado no coincide con el nombre de su cédula de identidad o el registrado en la ficha clínica, box de atención o en cualquier otro espacio, debe primar siempre el nombre entregado por la persona.

Reconocimiento de sesgos y microagresiones en la relación terapéutica

Reconocer y validar a las personas en su integralidad implica una disposición de los equipos terapéuticos basada en la apertura, respeto y genuina aceptación de las personas y de la comunidad LGBTIQ+, no como una minoría, sino como activos participantes de una construcción

⁵ Elaboración de SEDA, en base a Recomendaciones para la Implementación del Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme, MINSAL, 2021

social. Lo anterior también conlleva el reconocimiento de la existencia de desequilibrios en el poder y de sesgos implícitos en la relación terapéutica.

Dado que en la cultura predominante se mantiene la estigmatización hacia la diversidad sexual y de género, el personal de salud no está libre de tener creencias erróneas y prejuicios, que se manifiestan en su práctica clínica o en la comunicación cotidiana con las personas usuarias, a través de diferentes microagresiones y actitudes negativas y que muchas veces se expresan sin intención, de manera implícita o deslizadas a través de acciones sutiles.

Las microagresiones están pueden presentarse incluso entre terapeutas integrantes de colectivos LGBTIQ+ y/o personas que se manifiestan en desacuerdo con las prácticas heteronormativas y apoyan causas por los derechos de la diversidad sexual y de género. Estas acciones que, en apariencia, pueden parecer inofensivas o sin sentido, inciden negativamente en la calidad del vínculo terapéutico y en la confianza de la persona en el proceso, disminuyendo la adherencia y participación en el tratamiento.

Sumado a lo anterior, algunas de estas situaciones pueden exacerbar en las personas el estigma internalizado, profundizando la desesperanza y otros sentimientos depresivos, pudiendo generar un daño psicológico incluso mayor al producido por otros eventos externos, debido a

que provienen de equipos terapéuticos con quienes las personas han establecido una relación de confianza y a quienes han acudido en busca de ayuda en un momento de particular vulnerabilidad.

En ese sentido, es importante reconocer la asimetría en el poder que implica toda relación terapéutica como instancia de cuidado y que adquiere especial relevancia en la interacción de las

Algunos ejemplos de Microagresiones en terapia:

- ✓ *Presuposición de que la orientación sexual e identidad de género es la causa de todos los síntomas y conflictos que presenta la persona.*
- ✓ *Comentarios y actitudes basadas en supuestos estereotipados*
- ✓ *Evitar hablar o minimizar la orientación sexual como un área clínica relevante.*
- ✓ *Expresiones con sesgo heteronormativo referentes a las formas de ser pareja, la sexualidad o el deseo de tener hijos.*
- ✓ *La suposición de que todas las personas*



personas usuarias con los servicios de tratamiento de adicciones, debido a las condiciones de sufrimiento y exclusión social que afectan a las personas con consumo problemático de sustancias y que pueden verse intensificadas en virtud de determinantes sociales relacionados con la edad, la orientación sexual y la identidad de género, entre otros factores.

El reconocimiento de estas inequidades invita a los y las terapeutas a asumir la enorme responsabilidad que involucra el ejercicio de su rol, a la vez que, les motiva a desarrollar una capacidad reflexiva para explorar cómo su propio marco sociocultural, sus valores y creencias religiosas y su historia personal y familiar pueden estar influyendo en su relación con las personas usuarias.

Para favorecer la identificación de sesgos y microagresiones en el trabajo terapéutico, es recomendable:

- Auto-observación y registro de aspectos transferenciales en el vínculo con las personas usuarias.
- Análisis de casos clínicos, en instancias de equipo, con énfasis en el trabajo colaborativo y un clima acogedor que facilite la expresión de creencias y sentimientos.
- Uso de espacios de asesoría y/o de supervisión clínica para explorar estas temáticas
- Disponer del propio proceso terapéutico o de otras instancias de desarrollo personal que faciliten los procesos de autoconocimiento y construcción de identidad.

Promoción de la humildad y competencia intercultural al interior de los equipos de tratamiento

En el ámbito clínico, es importante considerar la dimensión intercultural de la relación terapéutica, en tanto que ésta siempre conlleva el encuentro entre personas diferentes, (terapeutas, personas usuarias y sus familiares), con diversos acervos de creencias, valores y normas sociales.

El enfoque de Humildad Cultural se caracteriza por los principios de aprendizaje mutuo y autorreflexión crítica e implica que los equipos asuman el propio desconocimiento y reconozcan

que, si bien la experiencia cultural de las otras personas no se puede analizar ni comprender del todo, si se puede apreciar y respetar.

Se recomienda generar espacios reflexivos dirigidos al conocimiento entre profesionales, personal administrativo, personas usuarias, familiares y otros agentes claves de la red, desde una mirada del aprendizaje mutuo y basado en la valoración de las distintas experiencias y realidades que conviven en un mismo espacio.

Se sugiere identificar necesidades de asesoría y capacitación y propiciar instancias de formación en temáticas tales como:

- Conceptos y sus actualizaciones en sexualidad y la diversidad de género,
- Cambios socioculturales y legales en el ámbito de la promoción de derechos y políticas públicas relacionadas con este tema.
- Investigación y evidencia científica respecto a enfoques de intervención y desarrollo de competencias clínicas en el abordaje de estigma internalizado y otras problemáticas de salud que puedan afectar a algunas poblaciones y colectivos en específico.

Además, con la finalidad de propiciar una mayor sensibilidad hacia las personas de la diversidad sexual y de género, se recomienda a los equipos ampliar su contacto con estos colectivos a nivel social, a través de la participación en grupos de discusión, eventos del orgullo y actividades similares y también favorecer un acercamiento cultural, mediante la búsqueda de literatura, cine, música y otras expresiones artísticas que aborden temáticas relacionadas.



Algunas actitudes de Humildad Cultural en la vinculación con personas LGBTQI+

- ✓ *Reconocer ante las personas usuarias el propio desconocimiento sobre la vivencia de diversidad sexual, manifestando la disposición para explorar la temática en el tratamiento*
- ✓ *Evitar hacer suposiciones sobre la experiencia de la persona usuaria o sobre sus preferencias respecto al tratamiento, favoreciendo el dialogo y la consideración de sus opiniones*
- ✓ *Mantenerse disponibles para aprender de la experiencia subjetiva de las personas y de la variedad de caminos posibles para vivenciar la sexualidad y definir una identidad de género.*
- ✓ *Identificar e integrar aportes culturales de las personas usuarias y sus colectivos como*

Centros de tratamiento como zonas seguras y libres de discriminación

Debido a que el tratamiento de consumo problemático de sustancias considera la participación de las personas usuarias en intervenciones grupales y familiares y en diferentes instancias de convivencia en comunidad, resulta muy necesario definir algunas estrategias que permitan asegurar que el tratamiento se desarrolle en entornos seguros, amigables y con perspectiva de derechos, desde un enfoque afirmativo que promueva el respeto a la diversidad y repruebe explícitamente cualquier acto de discriminación.

Para lo anterior, junto con propiciar un clima de reconocimiento y aceptación de las diferencias, es importante abordar con las personas usuarias y sus familiares temáticas de estigma y discriminación desde una perspectiva amplia y de interseccionalidad, que integre las experiencias de exclusión social que afectan a personas que consumen drogas, a quienes presentan trastornos

de salud mental, se encuentran en situación de discapacidad, en condiciones de pobreza y/o en procesos de migración, entre otros factores.

Desde esa perspectiva, es posible comprender que las dinámicas de estigmatización afectan a distintos colectivos, en mayor o menor medida, reconociendo las condiciones de inequidad que existen en nuestra sociedad y las consecuencias negativas y sufrimiento que esto genera a nivel individual y colectivo.

Respecto a la población LGBTIQ+, más específicamente, se recomiendan la ejecución de talleres y actividades psicoeducativas en temáticas de sexualidad y género que brinden información veraz y certera sobre el tema, que permitan abordar las creencias y valores imperantes y conocer las implicancias del estigma, las micro agresiones, la vulnerabilidad y otros conceptos afines.

Por otra parte, la temática de no discriminación debe ser incorporada en los reglamentos internos y en las normas de convivencia de los programas de tratamiento, involucrando activamente a los equipos y a las personas usuarias en la elaboración de estas directrices y en la comprensión de su sentido y relevancia, dirigida a resguardar las condiciones del trato no discriminatorio y libre de todo tipo de violencia.

Otras recomendaciones en esta materia incluyen acciones tales como:

- Fomentar espacios de sensibilización que permitan hablar sobre diversidad sexual integrándolo como un tema cotidiano.
- Promover en lo cotidiano la valoración de las diferencias (de edad, género, nacionalidad, etnia u otras) como un aspecto positivo de los seres humanos.
- Incorporar box de atención, salas de espera u otros lugares visibles gráficas, afiches, pro-diversidad, que expliciten el compromiso institucional con la atención "igualitaria y sin discriminación a todas las personas".
- Disponer de material educativo de apoyo relacionado con la sexualidad saludable, diversidad sexual y no discriminación, dirigidas tanto a las personas usuarias y sus familias.
- Mostrar abiertamente la postura afirmativa del equipo terapéutico, a través de una declaración de principios por escrito, incorporada en la misión y visión institucional o en otras instancias públicas.

Trabajo en red para favorecer la integración social de las personas usuarias

94

Como se ha señalado, las experiencias derivadas del estigma social y de las situaciones de violencia y discriminación que suelen enfrentar las personas del colectivo LGBTIQ+, pueden incidir negativamente en su integración social, profundizando aún más las condiciones de exclusión social en las que viven, habitualmente, las personas que presentan un consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Por esta razón, el proceso de tratamiento debe contemplar estrategias para facilitar y promover la vinculación con los servicios de salud, educación, vivienda, trabajo, recreación y otros que se requieran, buscando generar experiencias positivas de inclusión y participación orientadas al ejercicio de derechos y de ciudadanía.

En ese contexto, la atención individual en el box o en el espacio grupal de cada centro de tratamiento no resulta suficiente para responder a las necesidades de integración social que presentan de las personas usuarias y, el trabajo en red posiciona como una herramienta fundamental para crear y consolidar espacios de participación social abiertos y seguros para la exploración de habilidades e intereses y el adecuado cuidado de sí mismos/as en un ambiente de sana convivencia con las demás personas.

El enfoque afirmativo y culturalmente competente invita de los equipos de tratamiento a desplegar acciones en el territorio, acompañando activamente a las personas usuarias en los distintos espacios en los que se desenvuelven con el objetivo contribuir a eliminar derribar barreras institucionales que alejan a la población de las atenciones en salud, educación y en otros dispositivos a nivel comunitario.

En este contexto, se recomienda a los equipos:

- Identificar, dentro de los servicios de salud, de educación y otras instituciones públicas a aquellas personas claves que estén familiarizadas con la temática y con quienes se pueda propiciar una alianza de trabajo



- Identificar fundaciones, organizaciones no gubernamentales y colectivos que refuercen el valor y aporte social de la diversidad sexual y que contribuyan a visibilizar las temáticas.
- Realizar, cuando resulte pertinente, acciones de abogacía de las personas usuarias LGBTIQ+ y sensibilización de las redes de salud y comunitarias en favor de los DDHH

Ahora bien, específicamente, respecto de la red LGBTIQ+ de su comunidad:

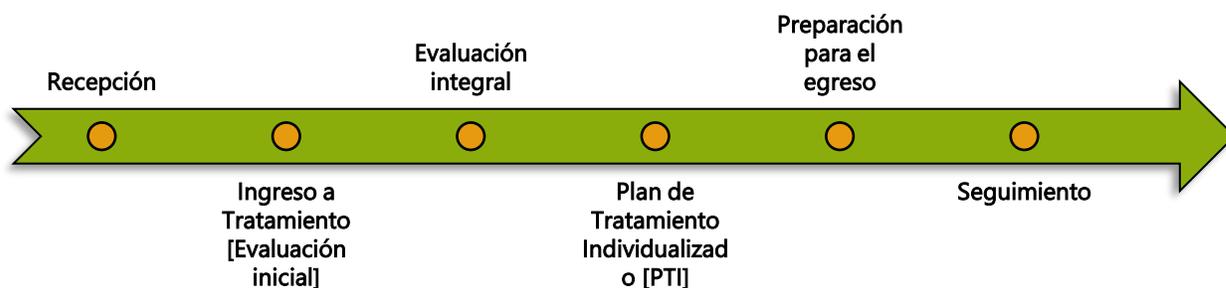
- Incorporar a instituciones y asociaciones de la diversidad sexual y de género como parte de la red de trabajo permanente, disponiendo de los datos actualizados sobre las organizaciones locales y sus referentes de contacto.
- Promover instancias de mutua capacitación con instituciones de la red en temáticas de salud mental, drogas y diversidad sexual.
- Tener disponible una red de derivación, asegurando que los y las profesionales que la componen adhieren a una práctica afirmativa; estar en conocimiento de centros comunitarios, agrupaciones e instancias de encuentro de la comunidad LGBTIQ+ para favorecer la referencia de personas usuarias que así lo requieran.

5.2. POR HITOS DE LA TRAYECTORIA DE LA ATENCIÓN

La estructura general del modelo de intervención en los programas de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas considera un proceso denominado “Trayectoria de Atención”, que da cuenta de una serie de hitos claves que van desde el momento en que la persona (o su red de apoyo) solicita la atención en un centro o programa, hasta el seguimiento post egreso.



A continuación, se presentan algunas orientaciones para el proceso de atención en cada hito de la trayectoria de atención.



Recepción

El contacto inicial es central para asegurar una adecuada entrega de información y orientación a la persona consultante, y facilitar que ella continúe con las siguientes etapas del proceso. Una buena recepción contribuye a disminuir las barreras de acceso a tratamiento.

Para favorecer el acceso a tratamiento para personas de la diversidad sexual y de género resulta fundamental:

- Brindar especial atención a la acogida inicial de las personas consultantes, sus familiares y redes derivadoras.
- Asegurar que los equipos terapéuticos y personal administrativo de los programas mantenga siempre una actitud de respeto y escucha abierta, libre de actos de discriminación, cuidando especialmente el lenguaje no verbal.
- Definir procedimientos de recepción que contribuyan a la generación de un espacio seguro.
- Integrar al personal encargado de llevar a cabo los procesos de recepción en instancias de capacitación y asesoría.



Evaluación inicial

A través de una entrevista con la persona consultante se recoge información que permita confirmar o descartar el trastorno por consumo problemático de sustancias y, cuando corresponda, también determinar el nivel de severidad y/o urgencia del problema y la modalidad de tratamiento requerida.

Es imprescindible, en todo proceso de evaluación, evitar presuponer la orientación sexual o cuestionar la expresión de género al momento de la realización de la entrevista.

Por lo anterior, se recomienda preguntar abiertamente y registrar los datos referidos a la identidad de género y orientación sexual. Realizar esas consultas e incluir su registro en los procesos de evaluación es importante ya que se trata de un ámbito relevante de la vida de las personas y conocer la orientación sexual e identidad de género permitirá incorporar ajustes en la intervención, de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Además, el registro de datos contribuye a disminuir el silenciamiento e invisibilización de la población y al aumentar la información existente facilita la elaboración de políticas públicas dirigidas a diferentes grupos de población.

Recomendaciones prácticas para la entrevista⁶:

- Lo ideal es comenzar con preguntas generales de respuesta abierta e información más general (lugar de nacimiento, ocupación, formación) para luego consultar por datos más personales.
- Estas preguntas pueden hacerse junto con aspectos vinculados a las relaciones sociales, preguntando si la persona tiene pareja o alguna relación importante

⁶ Elaboración de SEDA, en base a Recomendaciones para la Implementación del Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme, MINSAL, 2021

- En todo el proceso deben evitarse preguntas cerradas o que presupongan la respuesta (por ejemplo, evitar presuponer el género de la pareja preguntando a los hombres si tienen novia, consultando de manera neutra por pareja)
- Estar alerta y evitar también prejuicios en torno a la edad (adolescentes y adultos mayores especialmente), el estado civil (presuponer monogamia de los casados).
- Antes de comenzar con estas preguntas se puede explicar el objetivo de reunir esos datos con frases como "A todas las personas que consultan les preguntamos sobre sus familias y figuras de apoyo".
- Es fundamental que la persona que entrevista se sienta cómoda con las preguntas y evitar gesticulaciones al realizar la pregunta o recibir la respuesta. Los nervios o incomodidad de las personas entrevistadoras van desapareciendo con la práctica.
- De ser necesario, solicitar a la persona que clarifique términos que no se hayan comprendido, y que puedan ser de uso corriente de la comunidad LGBTIQ+, para evitar problemas de comunicación.
- En el caso de personas trans género no conforme, al momento de registrar es importante consignar el nombre social o identitario con el cual se sienten identificadas.

Ingreso a Tratamiento

Incorporación formal de la persona al programa de tratamiento, marcado por el consentimiento informado, que consiste en la entrega de información a la persona respecto de las características y condiciones del tratamiento, para asegurar que ella tome una decisión responsable respecto de su ingreso.

En el encuadre inicial realizado con todas las personas usuarias se recomienda explicitar el enfoque afirmativo del equipo/ programa de tratamiento y relevar la importancia de disponer de un espacio terapéutico seguro y acogedor que permita hablar e integrar todo tipo de diversidad.



En el caso de dispositivos que cuenten con distintas opciones de tratamiento, como, por ejemplo, un programa de población general y otro específico para mujeres, no se debe presuponer el programa donde preferirá incorporarse la persona, sino que se recomienda describirle las alternativas y consultar su preferencia.

En la modalidad residencial, es fundamental consultar a la persona si se siente cómoda en el sector designado según su identidad de género o si prefiere otra opción. Siempre se deberá resguardar su derecho a la elección de una alternativa de tratamiento que le resulte más amigable y segura.

Evaluación Integral

Durante esta etapa se realiza una evaluación, estableciéndose un diagnóstico integral que considera las siguientes áreas: Uso de sustancias, Salud mental y física, Situación familiar, Funcionamiento social, Tránsito a la norma, Motivación para el cambio y Fortalezas y recursos de la persona. Estos ámbitos permitirán orientar las acciones e intervenciones en el Plan de Tratamiento Individualizado que favorecerán la realización de un proceso integral.

En el ámbito de la Salud mental y física, resulta fundamental poder explorar el posible estigma internalizado de las personas usuarias.

Una de las primeras guías que puede tener el clínico para explorar el estigma o fobia internalizada es a través de los efectos que esta ha tenido sobre la persona: Por ejemplo, uno de los principales efectos que se ha observado es sobre el desarrollo de la identidad en gays, lesbianas y bisexuales, lo que se manifiesta en sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima.

En ese sentido se recomienda:

- Identificar actitudes y lenguaje negativos hacia otras personas LGBTIQ+.
- Reconocer imágenes estereotipadas y descalificadoras de la diversidad sexual y de género.
- Consultar sobre autoexclusión y desconexión con otras personas de la comunidad
- Indagar en escenas fantaseadas en las que el amor no es posible en la diversidad sexual y de género.



- Indagar en posible malestar con la actividad sexual del mismo sexo.
- Explorar sentimientos de culpa por la propia identidad de género y/u orientación sexual.

Buena parte de los efectos del estigma internalizado que se han descrito anteriormente son bastante visibles y explícitos, por lo que los equipos pueden trabajar más directamente sobre ellos, buscando que las personas logren reconocer las asociaciones entre sus síntomas o conductas y sus pensamientos y afectos negativos hacia su propia identidad y orientación sexual.

Sin embargo, lo más complejo es identificar lo que algunos investigadores han denominado estigma internalizado implícito, que se expresa de maneras más sutiles, con menos conciencia de parte de las mismas personas (Martínez et al., 2018). Por tanto, el desafío para los terapeutas es explorar aspectos menos evidentes, como comportamientos pseudoadaptativos (por ejemplo, excesivo orden y control en la vida doméstica, o síntomas más aislados (rituales o ideas obsesivas, por ejemplo) y aparentemente no conectados con la orientación sexual o la identidad de género. También es importante atender a comentarios despectivos, actitudes negativas o prejuicios hacia la comunidad LGBT+ en general.

Otra de las formas habituales en que el estigma internalizado se presenta es a través del abuso de sustancias. Aquí, las drogas y el alcohol parecen jugar un papel en el manejo desadaptativo de la ansiedad frente al rechazo social y el estigma percibido presentándose, además, como un medio para vehicular la agresión hacia sí mismo). Si existe una asociación negativa entre el consumo de alcohol u otras sustancias se recomienda formular preguntas en forma neutra; evitando asumir que la persona se ajusta a ese estereotipo. (Martínez et al., 2018)

Por otra parte, en el marco de la evaluación integral, es indispensable prestar atención a los factores de riesgo frente a un intento suicida o frente a la gestación de un proceso suicida. Los factores de riesgo son los que incrementan la probabilidad de un intento de suicidio, la que a su vez aumenta en proporción con la cantidad de factores de riesgo presentes en un individuo.

Es por esto que es fundamental conocer los factores de riesgo específicos de las personas de la diversidad sexual dado que epidemiológicamente hablando es una población con alto riesgo de suicidio (Tomicic et al., 2016). Los factores deberán ser agregados a los factores de riesgo suicida generales de la población, tales como la edad, sexo, enfermedad mental, indigencia, historia o



señales de depresión, enfermedad física crónica, historia previa de suicidio, duelo, crisis familiar, crisis económica. (Martínez et al., 2018)

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

101

Un aspecto central en el proceso terapéutico está relacionado con el plan de tratamiento individualizado (PTI), el cual se elabora a partir de la información recogida en la evaluación integral, se co-construye entre el equipo terapéutico y la persona de acuerdo a sus necesidades y recursos. El PTI es la hoja de ruta e implica la traducción de las necesidades a objetivos terapéuticos que deberán ser relevantes para la persona, específicos, mensurables, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo. (Objetivos SMART). Este proceso implica estar continuamente monitoreando, en conjunto con la persona el cumplimiento de estos objetivos, pudiendo reformularlos.

La incorporación en el PTI de aspectos específicos relacionados con la población LGBTIQ+ dependerá de las necesidades y recursos de cada persona usuaria, por lo que su pertinencia deberá ajustarse en virtud de los resultados de la evaluación integral y síntesis diagnóstica.

Junto a lo anterior, se debe considerar que los objetivos y estrategias del PTI deben establecerse en acuerdo con la persona usuaria, siendo posible que algunos aspectos identificados como ámbitos de intervención relevantes en el proceso de evaluación integral, finalmente, no sean considerados en la elaboración del PTI debido a que la persona usuaria no los prioriza o abiertamente se opone a abordarlos durante su proceso de tratamiento.

En ese sentido, si bien existen algunos tópicos que suelen ser importantes en algunas personas de la diversidad sexual y de género, es fundamental mantener el énfasis en la personalización del tratamiento y evitar generalizaciones que pudiesen contribuir a la estigmatización de la población.

Es importante propiciar un equilibrio para evitar por una parte una invisibilización del tema y por otro lado una excesiva focalización. El equipo debe manifestar su disposición y apertura a abordar las temáticas relacionadas, pero siendo la persona usuaria quien va definiendo el nivel de profundidad y los tiempos más adecuados para abordarlo.



Desde la personalización del tratamiento, resulta necesario considerar la interseccionalidad con otros factores y determinantes sociales que puedan estar a la base de las situaciones de sufrimiento y exclusión social que viven las personas, con un enfoque integral que evite utilizar la orientación sexual e identidad de género como la variable que explique todas las problemáticas que enfrenta la persona.

Abordar estigmatización internalizada

En la medida en que las personas aprenden de su propio proceso de estigmatización, la psicoterapia los puede ayudar a descubrir cómo su comportamiento puede influenciar otros contextos y crear un clima de mayor seguridad y resistencia frente a la discriminación externa. Esto va empoderando al paciente, cambiando su posición de víctima al verse a sí mismo como capaz de influir en otros y de participar en su comunidad, lo que, a su vez, lo lleva a estar menos aislado, entrando en un círculo virtuoso de crecimiento personal.

Acompañamiento en el proceso de develación

Apoyar el proceso de aceptación de la orientación sexual o identidad de género, asumiéndose personal y públicamente como hombre gay, mujer lesbiana, bisexual, hombre o mujer trans o intersexual). Además, la develación ocurre en un continuo que considera la disminución del ocultamiento de la identidad sexual diversa y la progresiva divulgación activa de la misma (Martínez et al., 2018). Para algunas personas, la develación de su identidad sexual diversa ocurre naturalmente y sin mayores conflictos y, por lo tanto, no requiere de acompañamiento psicoterapéutico. Para otras, en cambio, resulta un proceso con contradicciones y tensiones que pueden llevar a sufrimiento psicológico, especialmente si el entorno social presenta un alto nivel de estigma y discriminación.

Algunas temáticas que suelen ser relevantes para el tratamiento de esta población

- ✓ *Trabajar los efectos traumáticos de la discriminación por la orientación sexual.*
- ✓ *Abordar el estigma internalizado como respuesta a vivir en un contexto social excluyente.*
- ✓ *Acompañar y reforzar el proceso de aceptación de la propia identidad, identificando los rasgos y aspectos positivos de ésta.*
- ✓ *Desarrollar recursos personales y colectivos para enfrentar la*



Acompañamiento en el tránsito de la identidad de género

Un tránsito significa ejecutar un movimiento de un punto a otro, el cual es proyectado hacia el futuro. Cada persona puede transitar en diferentes aspectos, bien sea en características de los roles de género, de la expresión de género o en alguna de sus características biológicas relacionadas con el sexo. Es importante aclarar que cada tránsito tiene su singularidad, constituyendo un proceso único con su trayectoria, sus etapas y pasos que se dan según la aceptación propia de la identidad o la aceptación que brinde el contexto social, familiar y legal. Además, no en todos los tránsitos la persona quiere intervenir quirúrgicamente. Por lo tanto, los tránsitos serán diferentes según cada etapa del desarrollo del ciclo vital y hay que tener en cuenta estas particularidades a la hora de ser necesario un acompañamiento en la psicoterapia. (MINSAL, 2021)

Preparación para el egreso

Consolidación de logros del tratamiento, fortalecimiento de un proyecto de vida satisfactorio y saludable, junto al fortalecimiento de redes de apoyo.

En esta fase se espera avanzar en el proceso de Proyecto de vida, con la integración de sexualidad como un aspecto positivo de sí mismo, fomentando la conexión con redes y ejercicio de ciudadanía.

Dentro de los procesos de tratamiento, se espera mejorar las condiciones de vida de las personas, permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra. Utilizar un enfoque de atención integral, basado en la visibilización de las diversas problemáticas asociadas al consumo abusivo de sustancias en intersección con la población LGBTIQ+, implica potenciar los capitales de recuperación enfocados en una atención centrada en la persona y sus recursos, que promuevan la adquisición de experiencias validantes en la aceptación personal desde una perspectiva saludable y afirmativa en el ejercicio de la ciudadanía y derechos.



En este sentido también se espera construir relaciones y comunidades que entreguen apoyo: redes seguras que les ayuden a superar el aislamiento y la depresión y a desarrollar habilidades de comunicación autoafirmativas (Martínez et al., 2018)

5.3.SOBRE EL USO DEL LENGUAJE

El lenguaje juega un papel crucial en cómo se percibe y comprende el consumo problemático de alcohol y otras drogas. Un lenguaje preciso, no estigmatizante, inclusivo y sin sesgos de género, contribuye a promover la empatía y el respeto hacia quienes presentan esta condición de salud.

Promover la dignidad y el respeto

Un lenguaje inclusivo, libre de estereotipos y sesgos de género, posibilita contrarrestar la representación social negativa sobre la población y promover el respeto y la no discriminación.

Enfatizar la capacidad de cambio de la persona

Un lenguaje centrado en la persona —y no en la sustancia— reconoce que quienes tienen consumo problemático tienen capacidad de cambiar y recuperarse. Por ejemplo, decir “una persona con un problema de consumo de alcohol” en lugar de “un alcohólico” releva que es solo un ámbito de la experiencia de la persona y no su identidad completa.



Usar un lenguaje no estigmatizante

Un lenguaje libre de estereotipos y prejuicios contribuye a reducir el estigma asociado con el consumo problemático de alcohol y otras drogas. El estigma es un gran obstáculo para que las personas busquen ayuda, por lo que reducirlo contribuye a mejorar la salud y el bienestar de estas personas.

Mejorar la precisión de datos e información

Un lenguaje preciso ayuda a entender integralmente los factores y las variables que explican el uso problemático de alcohol y otras drogas relativas a la persona, el contexto y las sustancias. Por ejemplo, diferenciar entre uso, abuso y dependencia; observar a una persona que consume sustancias respecto a las variables de género, el territorio que habita, su origen étnico, su acceso a recursos, trabajo remunerado u oportunidades de desarrollo, entre otras.

Considerar el alcohol como una droga

El alcohol es una droga, aunque sea legal. Se trata del principal problema de salud pública en cuanto a problemas de consumo de sustancias en Chile. Es la sustancia psicoactiva más consumida en el país, y lidera la morbilidad y mortalidad asociadas a su uso. Dado que el alcohol tiene una representación social asociada a la diversión, es crucial no naturalizar o banalizar su consumo.

Evitar escenarios bélicos



Muchas veces se habla del “flagelo de la droga” o de “la lucha contra las drogas” como algo a combatir. Estos discursos conllevan reduccionismos que ponen el foco solo en la relación de la sustancia con la persona, generan estereotipos de algunas prácticas de consumo y estigmatiza.

Evitar categorizar las drogas

Se sugiere no utilizar las calificaciones de “drogas blandas” o “drogas duras”, “drogas livianas” o “drogas pesadas” o “drogas adictivas”.

5.4. PARA DESCRIBIR LOS PROBLEMAS DE USO DE SUSTANCIAS

El trastorno por uso de sustancias no es una elección personal o un signo de debilidad moral, sino más bien un asunto complejo de salud que puede estar influenciado por una variedad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Proponemos las siguientes recomendaciones para describir los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas en medios de comunicación.

Sitarlo en un contexto de salud

Proporcionar un contexto de salud puede ayudar al público a comprender que el consumo problemático de alcohol y otras drogas es una cuestión de salud que puede requerir tratamiento,



que no es falta de voluntad o una elección personal. Esta percepción contribuye a empatizar y a apoyar a personas que enfrentan estos problemas.

Evitar estigmatizar territorios

Se recomienda no estigmatizar un territorio o un grupo específico, sino comunicar siempre respecto a otras edades, lugares y situación socioeconómica. Por ejemplo, es recomendable precisar que no toda la juventud consume sustancias psicoactivas, ni que se trata de un asunto solo de sectores de menores ingresos.

Informar sobre alternativas de tratamiento

Al abordar las consecuencias en la salud como una de las implicancias del consumo problemático de alcohol y otras drogas, los medios pueden informar al público sobre las diversas opciones de tratamiento disponibles y promover la idea de que la recuperación es posible.

Resaltar los factores subyacentes

Muchas personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas también pueden enfrentando otros problemas sociosanitarios. Al proporcionar este contexto, los medios pueden ayudar a destacar la necesidad de un enfoque integral para el tratamiento.

Desvincularlo de la violencia

Se recomienda desvincular la cobertura de hechos de violencia (peleas callejeras, agresiones, lesiones, abusos, violaciones, homicidios, femicidio, etc.) del consumo de sustancias, y analizar las causas de la violencia, considerando que el uso de sustancias no es una causa. Los efectos del uso



de alcohol y otras drogas son un factor de riesgo que desinhiben algunas conductas y facilitan que estas violencias tengan otra magnitud.

5.5. PARA REFERIRSE A PERSONAS CON USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Centrarse en la persona, no en la sustancia

Utilizar un lenguaje centrado en la persona que la separe de su relación con el consumo de sustancias. Por ejemplo, en lugar de decir “es un alcohólico”, decir “es una persona con consumo problemático de alcohol”.

Evitar el lenguaje que culpa o juzga

El consumo problemático de alcohol u otras drogas es un problema de salud, no una elección moral. Evitar el lenguaje que culpa o juzga a la persona por su consumo.

Ser precisos y específicos

En lugar de utilizar términos amplios y vagos, se debe entregar información precisa y específica sobre el tipo de consumo, la sustancia utilizada y el impacto en la vida de la persona.

Incluir la posibilidad de recuperación



El trastorno por consumo de alcohol y otras drogas es un problema de salud que puede ser tratado y del cual las personas pueden recuperarse. Se sugiere indicar la posibilidad de recuperación al describir personas y situaciones asociadas al uso de sustancias. También se sugiere mencionar que los resultados de estos procesos no son inmediatos y que pueden incluir retrocesos.

Incluir perspectivas de género

Se sugiere en las historias dar voz a las experiencias de hombres y mujeres, así como a las diversidades sexogenéricas, para reflejar las diferencias sobre cómo abordan el consumo problemático de sustancias y el proceso de recuperación.



6. REFERENCIAS

110

BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia de la Unión Europea sobre Drogas – EMCDDA, (2023); *Women and drugs: health and social responses*. Revisado en octubre de 2024 en <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses> en
2. Alarcón A., Vidal A., Neira J. (2003); *Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista Médica, Chile Vol.131 n.9.
3. Alencar Alburquerque G. et. alt. (2016); *Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review*. BMC International Health and Human Rights.
4. American Psychological Association (2008); *Answers to your questions for a better understanding of sexual orientation & homosexuality*. Washington, DC. Revisado en noviembre de 2024 en <http://apa.org/topics/sexuality/orientation.pdf>
5. Barrientos J. (2014). *Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas*. Cad. Saúde Pública, 30 (6).
6. Barrientos, J., Cárdenas, M., Gómez, F., & Guzmán, M. (2016); *Gay men and male-to-female transgender persons in Chile: an exploratory study*.



7. Barrientos J. (2019); *Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, Vol. 37, No 3.
8. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, (2023); *Ley 21.120*. Revisado en noviembre de 2024 en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480>
9. Borisonik D., Bocca L. (2017); *Hablar de diversidad sexual y derechos humanos. Guía informativa y práctica*.
10. Branstrom R. (2017); *Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study*. *J Epidemiol Community Health*.
11. Clarke, V., Ellis, S., Peel, E., Riggs, D. (2010); *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: An introduction*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
12. Cochran S. D. y otros, (2003); *Prevalence of Psychiatric Disorders, Psychological Distress, and Treatment Utilization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in a Sample of the U. S. Population*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71.
13. Colegio Médico - COLMED. (2018); *Manual de Formación, Género y Salud del Colegio Médico de Chile*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Reconocimiento de derechos de personas LGBTIQ+, OAS Ser.L,V II.170. Santiago, Chile.
14. Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH, (2015); *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. OAS Cataloging-in-Publication Data. OEA/Ser.L/V/II. Rev.2.Doc. 36
15. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes - CONACE, (2009); *Orientaciones para la intervención en sexualidad en personas con consumo problemático de drogas*, Orientaciones técnicas para la acción. Ministerio del Interior, Santiago, Chile.
16. COPOLAD (2023.a); *Guía para la incorporación del enfoque diferencial de derechos en el sistema de investigación sobre drogas*. Madrid, España. Revisado en noviembre de 2024 en <https://copolad.eu/es/incorporacion-del-enfoque-diferencialde-derechos/>.



17. COPOLAD (2023.b); *Guía para incorporar la perspectiva de género en los sistemas de información de los observatorios de drogas*. Madrid, España. Revisado en noviembre de 2024 en <https://copolad.eu/es/guia-para-incorporar-la-perspectivade-genero-en-los-sistemas-de-informacion-de-los-observatorios-de-drogas/>
18. Dullius, W. R., Martins, L. B., & Cesnik, V. M. (2019); *Systematic review on health care professional's competencies in the care of LGBT+ individuals*. Estudios de psicología (Campinas), 36, e180171. Revisado en octubre de 2024 desde <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275201936e180171>.
19. Estadísticas de Género - SEG. (2023); *Estadísticas de Género*. Revisado en noviembre de 2024 en <https://www.estadisticasdegenero.cl/indicadores/salud-y-estilo-de-vida/>
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA (2019); *Lineamientos De Atención En Los Servicios De Salud Que Consideran El Enfoque Diferencial, De Género Y No Discriminación Para Personas LGBTI*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
21. Guzmán-Gonzales, M., & et al. (2022); *Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile*. Revista. Médica Chile, pp.1113-1120.
22. Infante A., Berger C., Dantas J., Sandoval F., (2016); *Encuesta Nacional de Clima Escolar en Chile 2016*, Fundación Todo Mejora. Revisado en octubre de 2024 desde <https://todomejora.org/wp-content/uploads/2016/08/Encuesta-de-Clima-Escolar-2016-Fundacion-TODO-MEJORA.pdf>
23. Instituto Nacional de Estadísticas - INE (2022); *Estandarización de preguntas para la medición de sexo, género y orientación sexual (SGOS)*, dirigido a encuestas de hogares. Revido en noviembre de 2024 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00
24. Logie, C. (2012); *The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation*. American Journal of Public Health, 102 (7).
25. 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, Santiago, Chile.
26. Meyer, I. H. (2003); *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychological Bulletin, 129: 674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.
 27. Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013); *Minority stress and the health of sexual minorities*. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), Handbook of psychology and sexual orientation (p. 252–266). Oxford University Press.
 28. Ministerio de Salud – MINSAL, (2011); *Circular N°31: Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia del Hospital Amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial*. Ministerio de Salud Chile, Santiago, Chile.
 29. Ministerio de Salud – MINSAL, (2012); *Circular N°21: Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencia*. Santiago. Ministerio de Salud Chile, Santiago, Chile.
 30. Ministerio de Salud – MINSAL, (2015); *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Ministerio de Salud Chile, Santiago, Chile.
 31. Ministerio de Salud – MINSAL, (2021); *Recomendaciones para la Implementación del Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme*. Ministerio de Salud Chile, Santiago, Chile.
 32. Mongelli F., Perroni D., Balducci J., Sacchetti A., Ferrari A., Mattei G., Galeazzi G. (2019); *Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence*. Minerva Psichiatrica, March; 60(1):27-50.
 33. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos - ACNUDH (2016); *Vivir libres e iguales: qué están haciendo los Estados para abordar la violencia y discriminación contra las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex*. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra.
 34. Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Cumplimiento de la Ley del Departamento de Estado – INL, (2017); *Currículum: La Intersección entre el Uso de Sustancias. Orientación Sexual e Identidad de Género (SOGI)*. COLOMBO PLAN.



35. Organización de Naciones Unidas – ONU, (1948); *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Revisado en octubre de 2024 en https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
36. Organización de Naciones Unidas – ONU, (2015); *Integración de una perspectiva de género en las estadísticas*. Organización de Naciones Unidas, Nueva York, EE.UU.
37. Organización de Naciones Unidas – ONU, (2019). *Recopilación y gestión de datos como medio para fomentar la sensibilización acerca de la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género*. Asamblea General de las Naciones Unidas: Consejo de Derechos Humanos. A/HRC/41/45.
38. Organización de Naciones Unidas – ONU, (2019); *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
39. Organización Panamericana de la Salud – OPS, (2017); *Addressing the Causes of Disparities in Health Service Access and Utilization for Lesbian, Gay, Bisexual, and Trans (LGBT) Persons: Progress Report*. 29th PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE, 69th Session of The Regional Committee of Who for the Americas, 2017.
40. Ranjbar N., Erb M., Mohammad O., Moreno F. (2020); *Trauma-Informed Care and Cultural Humility in the Mental Health Care of People From Minoritized Communities*.
41. Rodríguez, E., Aragón, J. (2024); *Guía Técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de la población de la diversidad sexual*. COPOLAD.
42. Salud y Bienestar LGTB UNAM, Inspira Cambio AC. (2020). *Estudio exploratorio sobre el consumo de drogas en poblaciones de hombres gays de México*. Revisado en noviembre de 2024 en https://issuu.com/inspiracambioac/docs/estudiochemsex_2022inspira
43. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - SENDA (2020); *Orientaciones Técnicas para el tratamiento de adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Santiago, Chile.



44. Snapp, S. D., Watson, R. J., Russell, S. T., Diaz, R. M., & Ryan, C. (2015); *Social support networks for LGBT young adults: Low-cost strategies for positive adjustment*. Family Relations. 64(3), 420–430. doi:10.1111/fare.12124. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
45. Stang, F. (2019); *La invisibilidad estadística de la diversidad sexual y de género en los censos latinoamericanos: experiencias y algunas recomendaciones frente a la ronda censal 2020*. CEPAL, Santiago, Chile.
46. Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA (2022); El consumo de sustancias en la población LGBTQ+. SAMHSA, EE.UU.
47. Terrasa S., Mackintosh R., Piñero A. (2011); *Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero, primera parte*. Evid Act Pract Ambul. 14(2).57-62.
48. Tomicic A., Gálvez C., Quiroz C., Martínez C., Fontbona J. Rodríguez J., Aguayo F., Rosenbaum C., Leyton F. Lagazzi I. (2016); *Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación*. Revista Médica Chile, vol.144.
49. Universidad de Chile, (2013); *Circular N°1.001, Instructivo relativo a la utilización del nombre social y trato no discriminatoria las personas por su identidad de género*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
50. Universidad Diego Portales, (2019); *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile. Disparidades y Barreras de Acceso a la Salud Mental en Personas LGBTIQ+: El Derecho a una Atención Culturalmente Competente*. Santiago, Chile.
51. WHO, UNDP, UNHCHR, UNAIDS, HRDP. (2019). *Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas*.

