



Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBIQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico

Affirmative psychological services for LGTBIOA+ persons in Ecuador:
changes in psychological distress

Edgar Zúñiga-Salazar^{1,2}

0000-0003-4920-4242

edgar.zuniga@udla.edu.ec

Jorge Valdiviezo-Oña¹

0000-0002-9382-0512

jorge.valdiviezo.ona@udla.edu.ec

Omar Ruiz-Cordoba^{1,2}

0000-0002-8972-5299

omar.ruiz@udla.edu.ec

Daniela Baldus-Andrade^{1,2}

0000-0003-4710-7799

daniela.baldus@udla.edu.ec

Clara Paz¹

0000-0003-1106-9567

clara.paz@udla.edu.ec

¹ Universidad de Las Américas. Escuela de Psicología y Educación, Quito, Ecuador.

² Red Ecuatoriana de Psicología por la Diversidad LGBTI, Quito, Ecuador.

Resumen:

Antecedentes: Aunque en el mundo anglosajón la Terapia Afirmativa tiene un amplio recorrido con un respaldo empírico contundente, en Iberoamérica su desarrollo es reciente. **Objetivo:** Analizar la Evidencia Basada en la Práctica de una red de servicios de psicología afirmativa para personas LGTBIOA+ en Ecuador. **Método:** Estudio naturalístico en el que se analiza la Evidencia Basada en la Práctica generada usando el Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure como herramienta de evaluación rutinaria para monitorizar los resultados de 101 consultantes que recibieron Terapia Afirmativa entre 2018 y 2020 en una red de servicios de psicología afirmativa para personas LGTBIOA+. Se evaluó el cambio estadísticamente significativo y el cambio confiable y clínicamente significativo. **Resultados:** Lxs participantes tenían en promedio 27.14 años. La mediana de sesiones fue seis. Hubo cambios estadísticamente significativos para quienes completaron el cuestionario al menos dos veces. Se encontró un tamaño del efecto grande para el puntaje total y todas las dimensiones, a excepción de Riesgo. El 68% de los participantes presentaron mejoría. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que la Terapia Afirmativa minimiza el riesgo que trae consigo el estrés de minorías. Se invita a estudiantes, terapeutas y usuarios a aprender, adoptar y acudir a Terapia Afirmativa, respectivamente.

Palabras clave: diversidades sexo genéricas; evidencia basada en la práctica; CORE-OM; terapia afirmativa; estrés de minorías.

Abstract:

Background: Although in the Anglo-Saxon world Affirmative Therapy has a long history with strong empirical support, in Ibero-America its development is recent. **Objective:** To analyze the Practice-Based Evidence of a network of affirmative psychology services for LGTBIOA+ persons in Ecuador. **Methods:** This is a naturalistic study analyzing Practice-Based Evidence generated using the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure as a routine evaluation tool to monitor the outcomes of 101 clients who received Affirmative Therapy between 2018 and 2020 in a network of affirmative psychology services for LGTBIOA+ people. Statistically significant change and reliable, clinically meaningful change were assessed. **Results:** Participants were on average 27.14 years old. The median number of sessions was six. There were statistically significant changes for those who completed the questionnaire at least twice. A large effect size was found for the total score and all dimensions except for Risk. Sixty-eight percent participants showed improvement. **Conclusions:** The results suggest that Affirmative Therapy minimizes the risk brought on by minority stress. Students, therapists, and clients are encouraged to learn, adopt, and use Affirmative Therapy, respectively.

Keywords: sexual and gender diversity; practice-based evidence; CORE-OM; affirmative therapy; minority stress.

Recibido: 20 de octubre de 2021 - Aceptado: 24 de diciembre de 2021

Editado por: Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile.

Revisado por: Ricardo Espinoza, Universidad Católica del Norte.
Alvaro Quiñones, Universidad de Tarapacá.



© 2021 Terapia Psicológica

Introducción

Los seres humanos son seres sexuados desde su concepción, lo que tiene implicaciones a nivel biológico, psicológico y social. Socialmente, las construcciones sobre la sexualidad nacen de una normativa binaria y homogeneizante. Por tanto, las personas Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer y/o Asexuales (LGTBQIA+) son expuestas a diversas formas de violencia, que finalmente pueden afectar su bienestar (Paveltchuk & Callegaro, 2020). La mirada problematizadora de la diversidad sexual es relativamente moderna, desde que en 1886 Richard von Krafft-Ebing incluyó en su libro *Psychopathia Sexualis* la homosexualidad como una *perversión sexual*, asignándole una connotación patologizante. Recién en 1990, la Organización Mundial de la Salud se sumó a lo que años atrás ya propuso la Asociación Americana de Psicología (APA), retirando a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Las diversidades sexuales han sido históricamente penalizadas (Cáceres et al., 2008). Aún existen normas heterosexistas en muchos países donde se vulneran derechos de las personas LGTBQIA+; según The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) aún once países en el mundo mantienen la criminalización de las personas LGTBQIA+, seis de ellos con pena de muerte (Ramón et al., 2020). En Ecuador, la penalización se mantuvo hasta el 25 de noviembre de 1997.

Pese a la despenalización en Ecuador y a los esfuerzos globales por la despatologización, todavía muchas personas no conciben a la diversidad sexual como una expresión natural de la sexualidad humana, por lo que la relegan a la clandestinidad o al franco rechazo. Esta resistencia se manifiesta, por ejemplo, a través de expresiones de homonegatividad. Al hablar de homonegatividad, se hace referencia a las actitudes y creencias sociales negativas que podrían mostrar las personas frente a la homosexualidad, y que podrían ser internalizadas por personas sexo género diversas (Mayfield, 2001). La homonegatividad internalizada (HI) está relacionada con la integración de la estigmatización al mundo interno de las personas LGTBQIA+. Se utiliza el término homonegatividad internalizada en lugar de conceptos similares como homofobia u homofobia internalizada, dado que estos últimos han sido objeto de críticas con respecto, por ejemplo, a que son términos que, al emanar de un enfoque clínico e incluir el concepto fobia, podrían resultar patologizantes, individualizantes y potencialmente justificatorios de la estigmatización y la discriminación a personas sexo género diversas (Herek, 2004; Pineda-Roa et al., 2021). La HI acarrea problemas como conflictos identitarios, niveles altos de malestar psicológico y social, aislamiento, violencia, autoevaluaciones negativas, ansiedad, depresión, ideación suicida, entre otros (Andrinopoulos & Hembling, 2014; Lorenzi et al., 2015; Martin & Hetrick, 1988; Meyer, 2003). Estas manifestaciones representan los principales motivos de consulta de esta población al momento de acceder a un servicio de atención en salud mental.

Andrinopoulos & Hembling (2014) encontraron que, en el Salvador, las puntuaciones en un instrumento que mide el bienestar mental general tenían relaciones negativas con la HI. Asimismo, encontraron relaciones significativas entre bienestar psicológico, ideación suicida y HI. Adicionalmente señalan que, para los participantes de su estudio, la HI obstaculizaba la búsqueda de servicios de salud por miedo a ser estigmatizados o discriminados por los profesionales. Por su parte, Torres & Rodrigues (2021) realizaron un estudio comparativo en dos

países europeos y encontraron relaciones significativas entre creencias heteronormativas con mayores niveles de estigma identitario y malestar social; y encontraron que estas asociaciones se explicaban por la HI.

Toda esta violencia puede desencadenar estrés de minorías. Este concepto hace referencia a eventos o condiciones externas que resultan agobiantes, que sobrepasan las capacidades personales de afrontamiento e inciden en la constitución de trastornos mentales y manifestaciones somáticas (Dohrenwend, 2000). Las poblaciones sexo género diversas han sido históricamente invisibilizadas por la sociedad a causa del heteropatriarcado impuesto socialmente (Serrato Guzmán & Balbuena Bello, 2015). El heteropatriarcado se refiere a la estructura social, cultural y política que valida a la heterosexualidad como la única orientación sexual aceptada y normalizada en las prácticas sociales (Muñoz-León, 2016).

La estigmatización de las personas LGTBQIA+ por su identidad, orientación o expresión de género ocasiona una serie de conflictos personales, familiares, sociales, etc. Consecuentemente, pueden experimentar secuelas psicológicas y físicas (Barrientos et al., 2019; Paveltchuk et al., 2020). Un estudio de carácter cualitativo en Chile demostró que la violencia hacia la población LGTBQIA+ produce efectos en la salud mental como estados permanentes de temor, hipervigilancia y cautela al momento de interactuar con otros (Barrientos et al., 2019). En resumen, los prejuicios y la discriminación constante, entre otros factores que afectan a las personas LGTBQIA+, generan estrés excesivo que puede ser crónico e impedir su adaptación al entorno (Meyer, 2003).

Atención Psicológica para Personas Sexo Género Diversas

Desde 1990, el consenso científico sobre la despatologización de la diversidad sexo genérica es contundente; sin embargo, todavía muchxs¹ profesionales de la salud, incluidxs psicólogxs y psiquiatras creen que se puede curar. Así, se han desarrollado terapias reparativas o conversivas, que son iatrogénicas y suelen producir secuelas tales como depresión crónica, problemas de ansiedad, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades relacionales y conflictos de índole sexual (Astaíza, 2016; Taller de Comunicación Mujer, 2019). En respuesta, organizaciones como la APA reconocen que se debe reforzar la despatologización de las diversidades sexo genéricas y orientar a lxs profesionales para que brinden servicios psicológicos adecuados a las personas LGTBQIA+. Frente a las terapias reparativas, en los últimos años se han propuesto abordajes, modelos, técnicas y herramientas enfocados en la atención y el bienestar psicológico de las personas LGTBQIA+, que favorezcan su adaptación y el desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento (Brandelli et al., 2020).

En 1982 surgió la Terapia Afirmativa, que concibe a las diversidades sexuales como alternativas de vida válidas, aceptables y respetables (Ardila, 2007). El abordaje desde este modelo se centra en que las personas acepten su sexualidad, puedan experimentarla satisfactoriamente, y sean capaces de afrontar asertivamente posibles conflictos relacionados

¹El uso de la x como parte de lenguaje inclusivo nos permite recordar que no solamente hay un binario o/a, pero además visibiliza las identidades que han sido tachadas históricamente.

con presiones sociales y familiares (Brizuela et al., 2010; Martín, 2016). La responsabilidad ética y profesional de lxs terapeutas es un elemento clave de este modelo. Su práctica debe enmarcarse en el respeto por la dignidad, el valor y los derechos (Santiago & Toro-Alfonso, 2010).

Servicios Psicológicos Afirmativos para Personas LGTBQIA+ en Ecuador

En el mundo anglosajón la Terapia Afirmativa tiene un amplio recorrido con un respaldo empírico contundente según la revisión realizada por O'Shaughnessy & Speir (2018). Según lo revisado, varios ensayos clínicos controlados indican su eficacia (Pachankis et al., 2015; Reback & Shoptaw, 2014; Shoptaw et al., 2005) y algunos estudios sobre las preferencias de la población LGTBQIA+ resaltan que el uso de intervenciones afirmativas dentro de la terapia les ayudó a reducir los síntomas asociados a los efectos del estrés de minorías (O'Shaughnessy & Speir, 2018). En Iberoamérica el uso de la Terapia Afirmativa es reciente, algunos referentes regionales en España, Brasil, Chile y Uruguay han ido abriendo el camino (Borges, 2013; P. López et al., 2015; Martín, 2016; Martínez et al., 2018).

Cabe tener en cuenta que la terapia afirmativa no es un enfoque en sí (Kort, 2008), sino que puede ser integrada como parte de cualquier modelo psicológico siempre y cuando se consideren las particularidades referentes a la diversidad sexual, reconociendo a esta como una manifestación natural de la sexualidad humana, que sigue enfrentando estigma social con un impacto en el bienestar de los individuos. Uno de los principios básicos dentro de la terapia afirmativa es el conocimiento de la realidad que viven las personas LGTBQIA+, dado que existen algunas particularidades que conllevan a problemáticas específicas. Otro de los principios que se aborda en este tipo de terapia es el relacionado con el estigma sexual interiorizado/homonegatividad internalizada, debido a la presencia de pensamientos distorsionados sobre la realidad de las personas LGTBQIA+ (Kort, 2008). Por ello, es fundamental entender el contexto en el que se desenvuelve la persona, y considerar que el reconocimiento del carácter opresor del heterosexismo y binarismo de la sociedad (Kort, 2008), le permitirá afrontar las dificultades a las que pudiera enfrentarse.

En 2016, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2016), publicó el Manual de atención a personas LGBTI y reconoció los impactos del estrés de minorías sobre la salud. Paralelamente, un grupo de profesionales en salud mental conformaron la Red Ecuatoriana de Psicología por la Diversidad LGBTI (REPsiD) con el fin de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas sexo género diversas. Una de sus líneas estratégicas es la prestación de servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBQIA+ y sus familiares. Con la asesoría del servicio homólogo en Montevideo, Uruguay, el Centro de Referencia Amigable (CRÃm), se articuló un servicio y un espacio de entrenamiento en Terapia Afirmativa LGTBQIA+ para estudiantes de psicología. Gracias a ello actualmente, se logra brindar servicios gratuitos para salvar la brecha de exclusión de las personas LGTBQIA+ de los servicios de salud.

El equipo de prestadorxs de servicios se divide en dos subequipos. El primero, conformado por profesionales en formación que hacen sus prácticas pre-profesionales brindando atenciones directas en citas semanales de 40 a 60 minutos. El segundo, conformado por profesionales

experimentadxs en atención psicológica, específicamente en Terapia Afirmativa, y que asesoran y supervisan semanalmente a lxs practicantes. Además del espacio de supervisión de lxs practicantes, hay un espacio de supervisión para lxs supervisores a cargo de lxs coordinadores de la REPsiD, quienes son profesionales con un gran recorrido en el ámbito de los servicios psicológicos afirmativos y quienes capacitan constantemente al equipo para que exista una correcta articulación entre todas las personas que forman parte de la REPsiD. Desde su creación hasta marzo de 2021 se han agendado cerca de diez mil citas, atendiendo aproximadamente a quinientas personas LGTBQIA+ y sus familiares, con una oferta actual de 150 citas semanales.

El modelo de atención de la REPsiD se compone de varios elementos, entre ellos, resaltan la preparación de lxs profesionales en temas relevantes para la comunidad LGTBQIA+, la destreza para manejar la entrevista con esta población, y las características y actitudes de lxs terapeutas durante el tratamiento. Dichos elementos se articulan a intervenciones integrales y se adaptan a las necesidades individuales, así como al trabajo multidisciplinario para garantizar la calidad del servicio. Respecto a la entrevista psicológica, esta es un instrumento complejo cuyo propósito es obtener información válida y pertinente que oriente la toma de decisiones sobre el curso de la terapia (Morga, 2012; Perpiñá, 2012). El encuadre como elemento inicial en la entrevista permite establecer ciertos acuerdos espaciales, temporales, técnicos y relacionales que generan compromiso y consciencia respecto al espacio terapéutico (A. López, 2019). Se explicita que se procurará construir un ambiente amigable para hablar libremente sobre las diversidades sexo genéricas. Adicionalmente, se trabaja bajo el principio de confidencialidad. La confidencialidad es una obligación ética del profesional que asegura el manejo responsable de la información entregada por lxs consultantes (Winkler et al., 2018). De esta manera, lxs terapeutas afirmativxs garantizarán su compromiso de resguardar la información recibida, generar condiciones de confianza, respetar las decisiones, y asegurar la intimidad de lxs consultantes al no revelar información respecto a su vida sin su consentimiento (MSP, 2016). Además, las características y actitudes de lxs terapeutas como la empatía, la escucha activa, la aceptación incondicional, la confianza y la seguridad son fundamentales para favorecer la alianza terapéutica, para que lxs consultantes perciban “que el terapeuta trabajará para ayudarlo y que no lo engañará o perjudicará de ningún modo” (Bados & García, 2011, p. 6; Martínez et al., 2018). La empatía y la escucha activa permiten comprender procesos emocionales, cognitivos y conductuales y sus implicaciones en la vida cotidiana (Bados & García, 2011; Hernández-Calderón & Lesmes-Silva, 2018). Muchas personas LGTBQIA+ tienden a asumir que les rechazarán y estigmatizarán debido a la hipervigilancia y ocultamiento al que se enfrentan (Martínez et al., 2018), por lo tanto, la aceptación incondicional, que consiste en el reconocimiento de lxs consultantes como sujetos de valor y dignidad (Bados & García, 2011) es fundamental en el proceso psicoterapéutico de estas personas.

Las intervenciones psicoterapéuticas que se realizan se plantean a través de la formulación del caso desde un enfoque sistémico-constructivista (Ortíz, 2014) que integra los principios de la terapia afirmativa, y que incluye necesariamente los siguientes pasos: consolidación del

vínculo terapéutico desde presentar al espacio como un espacio libre de homonegatividad, evaluación de factores de riesgo y protección frente a la homonegatividad y el diseño e implementación de estrategias para la resiliencia. La preparación de lxs profesionales en temas LGBTQIA+ es esencial para ejecutar un modelo de atención especializada. Borges (2013) menciona que lxs terapeutas que atienden a esta población deben prepararse teóricamente, reconociendo a las diversidades sexo genéricas como base fundamental de la terapia. Esto implica la comprensión de los desafíos que enfrenta la población LGBTQIA+ en una sociedad cisheterocentrada, los recursos comunitarios, estilos de vida, cultura, y sobre todo la consciencia de los propios prejuicios y creencias que puedan sesgar y entorpecer las intervenciones terapéuticas. Antes de la incorporación de una persona al equipo, esta recibe una inducción sobre temas de diversidad sexo genérica, servicios psicológicos afirmativos, homonegatividad y su impacto en la salud mental como el estrés de minorías que se reforzará constantemente mediante la práctica.

El modelo aplicado por la REPsiD atiende al principio 17 de Yogyakarta que señala que todas las personas tienen derecho a la salud física y mental sin discriminación por su orientación sexual o identidad de género (Comisión Internacional de Juristas, 2007). Ofrecer servicios de calidad asegura el cumplimiento de este derecho, por ello, es necesario generar evidencia de los impactos del modelo aplicado. Con esta necesidad en mente, la REPsiD ha adoptado el paradigma de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP), que implica el uso de procesos rutinarios de evaluación y resultados diseñados en torno a lxs consultantes. Los modelos de EBP consideran las experiencias subjetivas actuales de lxs consultantes y los cambios que se producen a lo largo y al final de la terapia en un servicio de atención habitual (Evans et al., 2003). En este artículo, desde la óptica de la EBP, se buscó investigar los cambios en el malestar psicológico de lxs consultantes que solicitaron atención psicológica en la REPsiD entre 2018 y 2020.

Metodología

Enfoque

Se utilizó un enfoque naturalístico para investigar la práctica psicoterapéutica rutinaria en la REPsiD y sus vínculos con los resultados y cambios. Este tipo de investigación se ejecuta en contextos clínicos de manera observacional y se recolecta, de manera rutinaria, datos de lxs consultantes y de tratamientos no manualizados. Cuando se lleva a cabo una investigación con enfoque naturalístico, no se aleatoriza, no se define una condición de control y los criterios de inclusión no son estrictos. En relación con estas características, las metodologías de EBP brindan alta validez ecológica y generalizabilidad al mundo real, en otras palabras, permiten estimar en qué medida la información recogida empata con las situaciones y dinámicas habituales de los entornos naturales (Barkham et al., 2010). Además, las investigaciones que recogen datos en contextos naturalísticos complementan los resultados de estudios con diseños controlados y aleatorizados (Mütze et al., 2020).

Participantes

Dado su enfoque naturalístico y atendiendo a los principios de la EBP, se incluyó a todxs lxs consultantes que solicitaron atención psicológica en la REPSiD entre 2018 y 2020, y que firmaron un consentimiento informado. No se propusieron criterios de exclusión con el fin de capturar la heterogeneidad de lxs consultantes que acuden al servicio.

En total, se incluyeron 101 adultxs que se definen como: gays, lesbianas, transfemeninas, transmasculinos, personas trans no binarias o personas queer, que acudían en búsqueda de atención psicológica a la REPSiD. La edad media de lxs participantes era de 27.14 años (DT = 8.20). Todas las personas incluidas eran mayores a 18 años. La mayoría eran solterxs (82%); el 59% de lxs consultantes alcanzó la educación superior como nivel máximo de formación; el 57% trabajaban; el 35% eran empleadxs privadxs; y el 80% no se encontraba consumiendo fármacos.

Instrumentos

Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al., 2000, 2002)

El CORE-OM es una medida de autoinforme que consta de 34 ítems que permiten evaluar cuatro dimensiones: Bienestar, Problemas, Funcionamiento y Riesgo. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Las puntuaciones más altas indican niveles más altos de malestar psicológico. El dominio de Bienestar se refiere a la sensación de bienestar subjetivo; Problemas tiene que ver con manifestaciones de depresión, ansiedad, problemas físicos y trauma; Funcionamiento se refiere a la capacidad de continuar realizando las actividades cotidianas a nivel general y social; y Riesgo comprende las posibles manifestaciones de riesgo hacia uno mismo y hacia otros (Lyne et al., 2006)

La versión original en inglés presenta propiedades psicométricas adecuadas (Evans et al., 2002). El CORE-OM fue traducido al español en España (Feixas et al., 2012) y en el estudio de Trujillo et al. (2016) presentó propiedades psicométricas similares a las de la versión original. Una exploración de las propiedades psicométricas del CORE-OM en una población no clínica de Ecuador (Paz et al., 2020) mostró que tienen similitud con las halladas en los estudios de Evans et al. (2002) y Trujillo et al. (2016). En el presente estudio el Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald fueron excelentes para la puntuación total ($\alpha = .93$ [.92, .95]; $\omega = .94$ [.92, .95]) y para la puntuación total sin los ítems de Riesgo ($\alpha = .93$ [.91, .94]; $\omega = .93$ [.91, .95]). Los resultados de consistencia interna de las subescalas son los siguientes: Bienestar ($\alpha = .72$ [.63, .80]; $\omega = .73$ [.65, .80]); Riesgo ($\alpha = .81$ [.76, .85]; $\omega = .84$ [.78, .90]); Problemas ($\alpha = .93$ [.92, .95]; $\omega = .93$ [.92, .95]); Funcionamiento ($\alpha = .94$ [.92, .95]; $\omega = .93$ [.92, .95]).

Datos Sociodemográficos

Se construyó un breve cuestionario para recopilar datos sociodemográficos de lxs consultantes, entre estos: edad, estado civil, nivel educativo, empleo y consumo de fármacos.

Procedimiento

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador (ref.2017-113E). Todxs lxs consultantes fueron informadxs sobre la investigación y firmaron un consentimiento informado.

Lxs consultantes fueron atendidxs semanalmente por profesionales en formación en psicología que hacen sus prácticas pre-profesionales en la REPsiD. Los procesos psicoterapéuticos fueron asesorados y supervisados semanalmente por profesionales experimentadxs en atención psicológica, y especializados en Terapia Afirmativa.

Se usó el CORE-OM, una herramienta de evaluación rutinaria para monitorear el cambio y los resultados de lxs consultantes. Esta herramienta fue completada por lxs consultantes antes de cada sesión desde la primera sesión. Las respuestas fueron recogidas usando la versión de papel y lápiz del CORE-OM.

A nivel metodológico, se consideraron una serie de criterios planteados por Shadish et al. (1997) para las investigaciones sobre EBP: a) llevarlo a cabo en un centro de salud mental, b) las personas que participen deben ser remitidas por las vías habituales, c) disponer de profesionales experimentadxs y d) que haya heterogeneidad con respecto a las características y los tipos de problemas de lxs participantes.

La recolección de datos se realizó entre el 7 de agosto de 2018 y el 12 de marzo de 2020.

Análisis de Datos

Los análisis consistieron en la evaluación a) del cambio estadísticamente significativo y b) del cambio confiable y clínicamente significativo. El cambio estadísticamente significativo se evaluó a través de la diferencia de medias entre la primera y la última aplicación disponible del cuestionario. También se calculó el tamaño del efecto a través de la d_z de Cohen. La d_z de Cohen es el cambio medio dividido por la desviación estándar de los valores de cambio. Para evaluar el cambio confiable y clínicamente significativo (RCSC) se utilizaron los métodos propuestos por Jacobson & Truax (1991).

Según Evans et al. (1998) el concepto de cambio confiable y clínicamente significativo se basa en dos preguntas: 1) ¿han cambiado lxs consultantes lo suficiente como para tener seguridad de que el cambio va más allá de lo que podría atribuirse a un error de medición?; 2) ¿cómo se compara el estado final de lxs consultantes con las puntuaciones observadas en los grupos de comparación social y clínicamente significativos? Para Evans et al. (1998) el cambio confiable

se refiere a la medida en que el cambio mostrado por una persona cae más allá del rango que podría atribuirse a la variabilidad de medición del propio instrumento. La variabilidad de la medición se denomina índice de cambio confiable (ICC) y se evalúa mediante una variación del error estándar entre dos mediciones (antes y después del tratamiento).

Por otra parte, según Jacobson et al. (1984) el cambio clínicamente significativo está representado por el movimiento de la puntuación de una persona del grupo de *población disfuncional* al de *población funcional*. Para definir a la población funcional, se usaron los datos ($M = .93$, $DT = .52$, $\alpha = .93$) del estudio sobre la exploración de las propiedades psicométricas del CORE-OM en Ecuador de Paz et al. (2020). Tras realizar los análisis de cambio confiable y clínicamente significativo los consultantes son clasificados en las siguientes categorías, como las han descrito Jacobson & Truax (1991) y da Mata et al. (2018): 1) deterioro: quienes han empeorado de manera confiable; 2) no hay cambio: quienes no muestran un cambio confiable; 3) mejoría: hay un cambio confiable, pero permanecen en la población disfuncional; 4) cambio clínicamente significativo: quienes, de manera confiable, pasan de ser población clínica a no clínica. Todos los análisis se realizaron con la versión 4.0.3 de R (R Core Team, 2021). Para el cálculo de las medias y los intervalos de confianza con el método de bootstrapping se usó el paquete CECPfuns (Evans, 2021), para crear el gráfico y la clasificación del RCSC se usó el paquete JTRCI (Kruijt, 2021), y para crear el gráfico de categorías de cambio por número de aplicaciones del instrumento se usó el paquete CGPfunctions (Powell, 2020).

Resultados

Número de Sesiones y de Veces que se Completó el CORE-OM

A continuación, en la Tabla 1, se observa el número de sesiones y de veces que los consultantes completaron el CORE-OM. El número de sesiones y de veces que los consultantes completaron el CORE-OM coinciden, puesto que se completaba el instrumento cada sesión. El mínimo de veces fue uno y el máximo fue 19.

Tabla 1. Número de sesiones y de veces que se completó el CORE-OM

<i>n</i> = 101	
Número de sesiones/CORE-OM	Número de participantes (%)
Una sesión	20 (19.80%)
Dos sesiones	15 (14.85%)
Tres sesiones	16 (15.84%)
Cuatro sesiones	3 (2.97%)
Cinco sesiones	6 (5.95%)
Seis sesiones	5 (4.95%)
Siete sesiones	11 (10.89%)
Ocho sesiones	6 (5.94%)
Nueve sesiones	2 (1.98%)
Diez sesiones	4 (3.96%)
Once sesiones	5 (4.95%)
Doce sesiones	5 (4.95%)
Trece sesiones	1 (0.99%)
Catorce sesiones	1 (0.99%)
Diecinueve sesiones	1 (0.99%)

En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones de línea base para el total de consultantes

Tabla 2. Puntuaciones de línea base del CORE-OM total y por dimensiones

<i>n</i> = 101	<i>M</i>	95% IC ^a	<i>DT</i>
Bienestar	2.27	2.12, 2.41	0.76
Problemas	2.26	2.12, 2.41	0.75
Funcionamiento	1.81	1.69, 1.94	0.63
Riesgo	0.94	0.78, 1.10	0.85
Sin Riesgo	2.07	1.94, 2.20	0.65
Total	1.87	1.75, 1.99	0.64

^a Intervalos de confianza al 95% usando el método de bootstrapping

Cambio Estadísticamente Significativo

En total, 81 consultantes completaron al menos dos veces el instrumento, lo que permitió analizar el cambio en las puntuaciones. La mediana de sesiones fue seis y la media 6.05 (DT = 3.67).

En la Tabla 3 se muestran las puntuaciones de la primera y última aplicación del CORE-OM, las pruebas de diferencia de medias y tamaño del efecto.

Tabla 3. Puntuaciones de la primera y última aplicación del CORE-OM total y por dimensiones de quienes completaron el cuestionario al menos dos veces

n = 81	Primera aplicación	95% IC ^a	Última aplicación	95% IC ^a	Diferencia de medias	95% IC ^a	d _z	95% IC ^a
	M		M					
Bienestar	2.37	2.21, 2.53	1.59	1.40, 1.81	0.76	0.55, 0.96	0.81	0.57, 1.11
Problemas	2.37	2.22, 2.55	1.47	1.26, 1.65	0.90	0.73, 1.09	1.12	0.88, 1.42
Funcionamiento	1.87	1.73, 2.01	1.32	1.16, 1.47	0.55	0.43, 0.66	0.94	0.70, 1.26
Riesgo	1.02	0.84, 1.21	0.47	0.34, 0.63	0.55	0.40, 0.72	0.76	0.56, 0.99
Sin Riesgo	2.15	2.01, 2.31	1.42	1.25, 1.59	0.73	0.59, 0.87	1.12	0.88, 1.43
Total	1.95	1.82, 2.08	1.25	1.10, 1.42	0.70	0.57, 0.83	1.14	0.90, 1.45

^aIntervalos de confianza al 95% usando el método de bootstrapping

Las diferencias entre los valores de la primera y última aplicación de quienes completaron el cuestionario al menos dos veces sugieren un cambio estadísticamente significativo tras las intervenciones psicológicas. Además, para aquellos consultantes que completaron el cuestionario al menos dos veces, el valor de tamaño del efecto de la d_z de Cohen sugiere un efecto alto para todas las dimensiones y el puntaje total, a excepción de la puntuación de Riesgo, para la cual el efecto es medio. Asimismo, para los consultantes que completaron el instrumento en seis o más ocasiones (número de ocasiones promedio), hay un tamaño del efecto grande ($d_z = 1.46 [1.00, 2.18]$) para el puntaje total.

Cambio Clínicamente Significativo

A continuación, en la Figura 1 se observan las categorías de cambio, según el ICC, para quienes completaron el CORE-OM en al menos dos ocasiones, tanto quienes al completarlo por primera vez tenían una puntuación correspondiente a *población disfuncional* ($n = 66$; 81%), como aquellos que tenían una puntuación de *población funcional* ($n = 15$; 19%). Como se puede observar, en conjunto, el 68% de los consultantes presentaron mejoría.

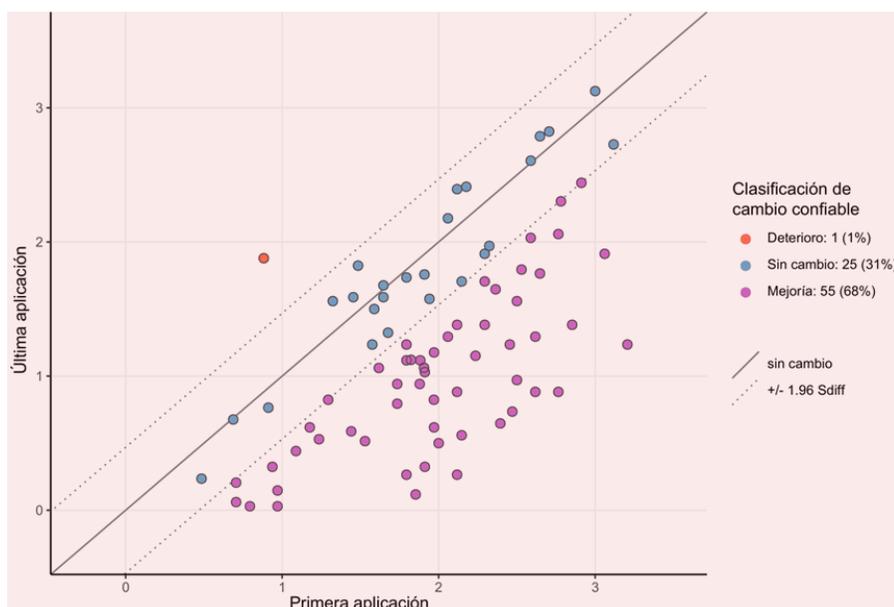


Figura 1. Categorías de cambio para los consultantes que completaron el CORE-OM al menos dos veces

Ahora bien, de manera más específica, con respecto al cambio clínicamente significativo – pertinente solamente para lxs consultantes que comenzaron la terapia con puntuaciones correspondientes a población disfuncional– en la Tabla 4 se observa que el 53% se ubica en esa categoría de cambio tras contrastar sus puntuaciones entre la primera y la última aplicación disponible del instrumento. En cuanto a la población funcional, se evidencia que la mayoría (67%) muestra mejoría significativa tras contrastar sus puntuaciones entre la primera y la última aplicación disponible del instrumento.

Tabla 4. Categorías de cambio según la clasificación de las puntuaciones antes de comenzar la terapia

Categoría de cambio	Disfuncional (n = 66)	Funcional (n = 15)
Cambio clínicamente significativo	35 (53%)	No aplica
Mejoría	10 (15%)	10 (67%)
Sin cambio	21 (32%)	4 (27%)
Deterioro	0 (0%)	1 (6%)

En la Figura 2, que se presenta a continuación, se puede observar el porcentaje de consultantes por categorías de cambio en función del número de sesiones a que asistieron y CORE-OM que completaron. La distribución difiere significativamente, puesto que $\chi^2(1, N=81) = 34.34, V = 0.46, p = 0.045$.

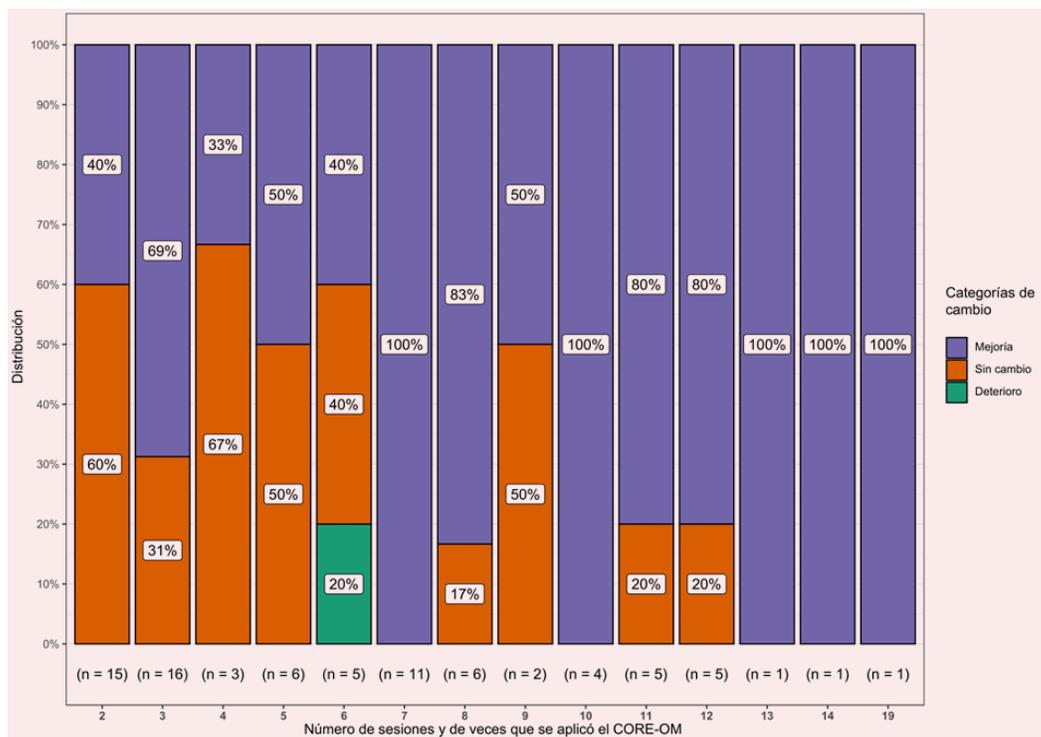


Figura 2. Categorías de cambio por número de veces que se aplicó el CORE-OM

Discusión

Este es el primer estudio en que se utiliza el CORE-OM para analizar la Evidencia Basada en la Práctica de un servicio de atención a diversidades sexo genéricas donde se aplica un modelo de Terapia Afirmativa, y el primer estudio en el que se reporta los resultados de la monitorización rutinaria en un servicio de este tipo. No existen investigaciones previas en que se use el CORE-OM para evaluar el malestar psicológico ni para realizar monitorización rutinaria de resultados con población LGTBQIA+. Solamente hay dos investigaciones transversales (António et al., 2012; António & Moleiro, 2015) en las que se ha utilizado el Young Person's Clinical Outcomes in Routine Evaluation (YP-CORE) —cuestionario para adolescentes de la familia de medidas a la que pertenece el CORE-OM— para evaluar el malestar y las consecuencias psicológicas del *bullying* homofóbico en estudiantes de colegio.

Se eligió el CORE-OM como herramienta de evaluación porque recoge información sobre dimensiones que se podrían relacionar con manifestaciones sintomáticas del estrés de minorías, como ansiedad, depresión, conductas de riesgo incluido el riesgo suicida, a su vez conectadas con el alejamiento de las normas y las instituciones sociales heteronormativas. Además, es una herramienta que trata de capturar el malestar psicológico de manera global en lugar de centrarse en síntomas específicos, por lo que tiene utilidad transdiagnóstica y transteórica.

Al considerar las puntuaciones obtenidas en la línea base y compararlas con la muestra clínica del estudio original del CORE-OM en Inglaterra, realizado por Evans et al. (2002), los valores de la media obtenidos en el presente estudio fueron inferiores para cada dimensión, excepto para Riesgo, en la cual los participantes del presente estudio reportaron puntajes más altos en promedio, además, la media de la puntuación total en el presente estudio es ligeramente superior. En contraste con la muestra clínica del estudio español de Trujillo et al. (2016), los puntajes de la línea base hallados en el presente estudio fueron inferiores para el dominio de Bienestar, y superiores para Problemas, Funcionamiento, Riesgo, la puntuación total Sin Riesgo y la puntuación total. Estas diferencias dan cuenta de las especificidades de la población atendida en comparación con poblaciones de otros contextos. Así pues, se muestra la necesidad de generar evidencia propia que permita comprender las particularidades poblacionales para abordar los casos de forma adecuada y personalizada.

Se evaluó el cambio estadísticamente significativo entre la puntuación del CORE-OM en la primera y la última aplicación disponible. Los resultados indican que hubo un cambio estadísticamente significativo para los consultantes que completaron dos o más veces el CORE-OM. Se analizó el tamaño del efecto para quienes completaron dos o más veces el CORE-OM y para aquellos que completaron seis o más veces el CORE-OM, y se obtuvieron tamaños del efecto grandes en ambos casos. Al comparar la puntuación de riesgo de la primera aplicación del instrumento ($M = 1.02$) frente a la última ($M = 0.47$), hay un cambio estadísticamente significativo, lo que sugiere que la Terapia Afirmativa podría minimizar considerablemente el riesgo, manifestado mediante conductas autolesivas, consumo problemático de sustancias, riesgo suicida, etc., que pueden resultar de la experiencia de estrés de minorías. Esto se podría

explicar considerando que la Terapia Afirmativa favorecería la estabilidad psicológica y emocional, reforzando un autoconcepto positivo y naturalizando la expresión de la diversidad humana, lo cual permite el autoreconocimiento y desarrollo de habilidades de afrontamiento frente al malestar.

De manera general, se encontró que las intervenciones psicológicas tuvieron impactos positivos sobre el 68% de lxs consultantes que completaron el instrumento al menos en dos ocasiones. Los resultados sugieren la presencia de un punto de inflexión en cuanto a la mejoría hacia la séptima sesión.

De aquellxs consultantes que acudieron solamente a dos sesiones ($n = 15$), 12 fueron clasificados como *población disfuncional* y 3 como *población funcional* con base en sus puntuaciones en la primera aplicación del instrumento. Los datos indican que con un mínimo de una sesión ya se evidencia mejoría en el 40% ($n = 6$; disfuncional = 4, funcional = 2) de esxs 15 consultantes. En cuanto a lxs 9 consultantes que no mostraron cambio, 8 fueron clasificados en la línea base como disfuncionales y 1 como funcional. Ahora bien, ¿cómo podría explicarse que lxs consultantes que mostraron mejoría tras una sola sesión, abandonaran el proceso? Para ello, cabe considerar que el cambio en procesos psicoterapéuticos no suele ocurrir de manera lineal. De hecho, para muchxs consultantes, la mejoría incluye disminuciones sintomatológicas dramáticas entre sesiones subsecuentes (Shalom & Aderka, 2020). Aquellas disminuciones estadísticamente excepcionales, dramáticas y rápidas se denominan ganancias repentinas. La dimensión de estas reducciones entre sesiones es significativamente mayor que aquella esperable en promedio (Tang & DeRubeis, 1999). En el presente estudio, el abandono de aquellxs consultantes que mostraron mejoría podría explicarse por la posible ocurrencia de ganancias repentinas. En este caso, lxs consultantes que dejaron de asistir a terapia después de la segunda sesión, mostraron mejoras dramáticas con sólo una sesión, comparables a las reducciones totales en el malestar que obtuvieron otrxs consultantes después de procesos más largos, de hasta 19 sesiones. Por tanto, puede ser que el abandono de estxs consultantes se explique por haber recibido los beneficios esperados de la terapia.

A partir de estos resultados se puede hipotetizar que la Terapia Afirmativa y el modelo de atención en la REPSiD contribuyen a la reducción del malestar psicológico en las personas sexo género diversas. Probablemente esto esté relacionado con encontrar un espacio sexo-género sensible que ofrece servicios especializados e integrales para atender las necesidades específicas de esta población. De esta manera, se resalta la importancia de la atención y promoción de la salud mental para la comunidad LGTBQIA+.

Acorde a las recomendaciones internacionales, los Estados deberían favorecer el acceso a los servicios de salud integral para las personas LGTBQIA+, quienes, debido a la homonegatividad estructural, suelen experimentar barreras de acceso a estos servicios, lo cual afecta su calidad de vida. La implementación de servicios sexo género sensibles no requiere una gran inversión de recursos, como demuestra la REPSiD, sino que implica cambios que conviertan al servicio de salud en un espacio amigable, que facilite la adherencia y, por tanto, mejore la calidad de vida de las personas.

Estos cambios implican reflexionar sobre los prejuicios propios, herencia del sistema heterocentrado y en el cual se hace evidente la homonegatividad. En este aspecto, hay una deuda en la formación académica, lo que conduce a cuestionar las oportunidades que las universidades brindan a sus estudiantes para acercarse a las diversidades sexo genéricas. Replantear las mallas curriculares es una invitación explícita fruto de este trabajo. Adicionalmente, para las personas que se encuentran en ejercicio profesional, el compromiso de autoformación es una obligación deontológica.

Contar con los datos de efectividad de los servicios psicológicos afirmativos, reportados en este estudio, respalda el trabajo realizado, estimula a continuar con él e intentar expandirlo. La evidencia se enriquece al considerar la percepción subjetiva de mejora en el bienestar de lxs consultantes y los resultados hallados mediante herramientas objetivas de evaluación como el CORE-OM. La inclusión de esta medida como apoyo de los reportes subjetivos de los consultantes se podría considerar una buena práctica en cualquier modelo de atención en salud mental.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe señalar que no se conceptualizaron, operacionalizaron ni definieron criterios para reportar el abandono del proceso de atención psicológica, en consecuencia, no se cuenta con un registro de cuando lxs consultantes desertaban del proceso. Sin embargo, se cuenta con el número de sesiones que cada consultante tuvo y en las que completó el CORE-OM, por lo que los resultados hacen referencia a los cambios reportados en el CORE-OM y no a que se haya completado o no la terapia. Para futuros estudios, se sugiere considerar el abandono como una variable a reportar e incluir en los análisis. En la recolección de datos no se registró la identidad de género y orientación sexual de lxs consultantes, lo que limita el análisis detallado de los resultados con respecto a estas variables. No obstante, en un primer momento, para ser atendidxs en la REPSiD lxs consultantes debían identificarse como personas LGBTIQ+ o personas sexo género diversas. Adicionalmente, cabe señalar que varixs consultantes que acuden a la REPSiD reportan conflictos con respecto a su identidad de género y/o su orientación sexual, por lo que les resulta problemático (e imposible, en algunos casos) definir de manera estricta su orientación sexual y/o identidad de género. En el futuro se procurará recolectar esta información en favor de alcanzar conclusiones más precisas y ajustadas.

Además, se usó solamente un cuestionario como medio para medir los niveles de malestar psicológico de los participantes, por lo que no se cuenta con información de otros instrumentos con los cuales brindar más información sobre la sintomatología mencionada. Para futuros estudios, se sugiere incluir más instrumentos para contrastar los resultados con la medida primaria, siempre y cuando esto no suponga una carga significativa para lxs consultantes y lxs terapeutas. Adicionalmente, en este estudio se utilizaron únicamente herramientas cuantitativas de recolección de datos, creemos conveniente contrastar lo reportado por estas herramientas con reportes de lxs terapeutas de manera cualitativa. En el futuro, esperamos implementar la recolección de información cualitativa para complementar aquella obtenida mediante instrumentos estandarizados como el CORE-OM.

Se espera que este estudio sirva de invitación a estudiantes, terapeutas y usuarios para aprender, adoptar y acudir a Terapia Afirmativa, respectivamente. Asimismo, se busca que despierte reflexiones en lxs profesionales de la salud mental sobre el desarrollo de sus labores con respecto a la población LGBTQIA+. Que la construcción de espacios sexo género sensibles y la investigación científica en este ámbito contribuyan a la reparación de la deuda histórica con las personas LGBTQIA+.

Reconocimientos

Una parte del estudio fue financiada por la Dirección General de Investigación y Vinculación de la Universidad de Las Américas [PSI.CPE.17.06]

Lxs autores agradecen a todxs lxs consultantes de los servicios psicológicos afirmativos para personas LGBTQIA+ que han inspirado este trabajo. Adicionalmente, se agradece a los revisores del artículo, puesto que sus comentarios han aportado de manera significativa al manuscrito.

Referencias

- Andrinopoulos, K., & Hembling, J. (2014). *Homonegatividad Internalizada y sus Consecuencias Relacionadas con la Salud para los HSH en San Salvador*. MEASURE Evaluation. <https://tinyurl.com/2p95eaba>
- António, R., & Moleiro, C. (2015). Social and parental support as moderators of the effects of homophobic bullying on psychological distress in youth. *Psychology in the Schools*, 52(8), 729-742. <https://doi.org/10.1002/pits.21856>
- António, R., Pinto, T., Pereira, C., Farcas, D., & Moleiro, C. (2012). Bullying homofóbico no contexto escolar em Portugal. *Psicologia*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i1.260>
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 67-77. <https://tinyurl.com/bdenófdt>
- Astaíza, A. (2016). Situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 8(2), 173-194. <https://tinyurl.com/5n8xru3w>
- Bados, A., & García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universitat de Barcelona.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (Eds.). (2010). *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470687994>

- Barrientos, J., Espinoza-Tapia, R., Meza Opazo, P., Saiz, J. L., Cárdenas Castro, M., Guzmán-González, M., Gómez Ojeda, F., Bahamondes Correa, J., & Lovera Saavedra, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*, 37(3), 181-197. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000300181>
- Borges, K. (2013). *Terapia afirmativa: Uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a lésbicas e bissexuais*. GLS.
- Brandelli, A., Paveltchuk, F., Lawrenz, P., Vilanova, F., Juliane, Figueiredo, B., Habigzang, L. F., Caetano, H., & Dunn, T. (2020). Protocolo para Avaliar o Estresse de Minoria em Lésbicas, Gays e Bissexuais. *Psico-USF*, 25(2), 207-222. <https://doi.org/hcgt>
- Brizuela, A., Brenes, M. P., Villegas, M., & Zúñiga, B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Wimb Lu*, 5(1), 9-35. <https://tinyurl.com/mswndkkk>
- Cáceres, C. F., Pecheny, M., Frasca, T., Rios, R. R., & Pocahy, F. (2008). *Review of Legal Frameworks and the Situation of Human Rights related to Sexual Diversity in Low and Middle Income Countries*. UNAIDS. <https://tinyurl.com/4bv7s9t2>
- Comisión Internacional de Juristas. (2007). *Principios de Yogyakarta*. <https://tinyurl.com/bdz6ef7e>
- Dohrenwend, B. P. (2000). The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Some Evidence and Its Implications for Theory and Research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1-19. <https://doi.org/10.2307/2676357>
- Evans, C. (2021). *CECPfuncs: Package of Utility Functions for Psychological Therapies, Mental Health and Well-being work (Created by Chris Evans and Clara Paz)*. R package version 0.0.0.9041. <https://github.com/cpsyctc/CECPfuncs>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(01), 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 374-388. <https://doi.org/10.1002/cpp.384>
- Evans, C., Margison, F., & Barkham, M. (1998). The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 1(3), 70-72. <https://doi.org/10.1136/ebmh.1.3.70>

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Conell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health, 9*(3), 247-255. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Ángel, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E., & López-Gonzalez, M. A. (2012). La versión española del CORE-om: Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia, 23*(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Herek, G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy, 1*(2), 6-24. <https://doi.org/bs9d7g>
- Hernández-Calderón, K. A., & Lesmes-Silva, A. K. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Revista convicciones, 9*(1), 83-87. <https://tinyurl.com/bdd78d56>
- Jacobson, N., Follete, W., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*(4), 336-352. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80002-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80002-7)
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kort, J. (2008). *Gay affirmative therapy for the straight clinician: The essential guide*. W. W. Norton & Company. <https://tinyurl.com/3hfbtam9>
- Kruijt, A.-W. (2021). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices. R package version 0.1.0*. <https://rdr.io/github/AWKruijt/JT-RCI/>
- López, A. (2019). Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM). *Revista Brasileira de Musicoterapia, 21*(26), 84-105. <https://tinyurl.com/4ar6em53>
- López, P., Forrisi, F., & Gelpi, G. (Eds.). (2015). *Salud y diversidad sexual: Guía para profesionales de la salud*. UNFPA. <https://tinyurl.com/bjpf2k4m>
- Lorenzi, G., Miscioscia, M., Ronconi, L., Pasquali, C., & Simonelli, A. (2015). Internalized Stigma and Psychological Well-Being in Gay Men and Lesbians in Italy and Belgium. *Social Sciences, 4*(4), 1229-1242. <https://doi.org/10.3390/socsci4041229>
- Lyne, K. J., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(2), 185-203. <https://doi.org/bckz77>

- Martin, A. D., & Hetrick, E. S. (1988). The Stigmatization of the Gay and Lesbian Adolescent. *Journal of Homosexuality*, 15(1-2), 163-183. https://doi.org/10.1300/J082v15n01_12
- Martín, G. J. (2016). *Quiérete mucho, maricón: Manual de éxito psicoemocional para hombres homosexuales*. Roca Editorial. <https://tinyurl.com/4arnmrzx>
- Martínez, C., Tomicic, A., Rosenbaum, C., Gálvez, C., Rodríguez, J., & 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 (CEPPS-UDP). <https://tinyurl.com/yckpx9mh>
- da Mata, L. R., Bernardes, M. F., Azevedo, C., Chianca, T. C., Pereira, M., & de Carvalho, E. (2018). Jacobson and Truax Method: Evaluation of the clinical effectiveness of a home care program after prostatectomy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2249.3003>
- Mayfield, W. (2001). The Development of an Internalized Homonegativity Inventory for Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53-76. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_04
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Manual. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. <https://tinyurl.com/4ct4jjxn>
- Morga, L. E. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Red Tercer Milenio. <https://tinyurl.com/2p8p7end>
- Muñoz-León, F. (2016). Cisnormatividad y transnormatividad como ideologías que articulan el tratamiento jurídico de la condición trans. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, 161-181. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2016.n30-08>
- Mütze, K., Witthöft, M., & Bräscher, A.-K. (2020). Prediction of Therapeutic Outcome in a Naturalistic Setting Using Pretreatment Psychological Distress Indicators. *Verhaltenstherapie*, 1-9. <https://doi.org/10.1159/000510272>
- Ortiz, D. (2014). Bases para la construcción de una psicología sistémica. *Sophía*, 16(1), 84-98. <https://doi.org/10.17163/soph.n16.2014.04>

- O'Shaughnessy, T., & Speir, Z. (2018). The state of LGBTQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(1), 82-98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 875-889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Paveltchuk, F., & Callegaro, J. (2020). A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Revista da SPAGESP, 21*(2), 41-54. <https://tinyurl.com/bp528de2>
- Paveltchuk, F., Callegaro, J., & Figueiredo, B. (2020). Apoio Social, Resiliência, Estresse de Minorias e Saúde Mental de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Psico-USF, 25*(3), 403-414. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250301>
- Paz, C., Mascialino, G., & Evans, C. (2020). Exploration of the psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure in Ecuador. *BMC Psychology, 10*. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00443-z>
- Perpiñá, C. (Ed.). (2012). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar*. Pirámide. <https://tinyurl.com/2p9xysrv>
- Pineda-Roa, C. A., Navarro-Segura, M. C., & Moreno, A. (2021). Homonegatividad Internalizada en una Muestra Colombiana: Asociación con el Grado de Identificación con la Homosexualidad y las Variables Sociodemográficas. *Revista Colombiana de Psicología, 30*(2), 99-114. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n2.80919>
- Powell, C. (2020). *CGPfunctions: Powell Miscellaneous Functions for Teaching and Learning Statistics. R package version 0.6.3*. <https://tinyurl.com/5n8eczbu>
- R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Ramón, L., Botha, K., Carrano, R., López, E., Savelev, I., & Tan, D. (2020). *Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación*. Ilga World. <https://tinyurl.com/5yvu44js>
- Reback, C. J., & Shoptaw, S. (2014). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addictive Behaviors, 39*(8), 1286-1291. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.029>

- Santiago, M., & Toro-Alfonso, J. (2010). La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Salud & Sociedad, 1*(2), 136-144. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0002.00007>
- Serrato Guzmán, A. N., & Balbuena Bello, R. (2015). Calladito y en la oscuridad. Heteronormatividad y clóset, los recursos de la biopolítica. *Culturales, 3*(2), 151-180. <https://tinyurl.com/yc6nzcmb>
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Robinson, L., Prout, H. T., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 355-365. <https://doi.org/fjp5s8>
- Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review, 76*, 101827. <https://doi.org/ggkhz7>
- Shoptaw, S., Reback, C. J., Peck, J. A., Yang, X., Rotheram-Fuller, E., Larkins, S., Veniegas, R. C., Freese, T. E., & Hucks-Ortiz, C. (2005). Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug and Alcohol Dependence, 78*(2), 125-134. <https://doi.org/bkdpqf>
- Taller de Comunicación Mujer. (2019). *Terapias de deshomosexualización en Ecuador: El patrón de impunidad por motivos de orientación sexual e identidad de género*. Corporación Promoción de la Mujer/Taller de Comunicación Mujer. <https://tinyurl.com/yxnkr9kb>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894-904. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.894>
- Torres, C. A., & Rodrigues, D. L. (2021). Heteronormative Beliefs and Internalized Homonegativity in the Coming Out Process of Portuguese and Turkish Sexual Minority Men. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00582-x>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Canete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., & Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical Outcomes in routine evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1457. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Winkler, M. I., Villarroel, R., & Pasmanik, D. (2018). La promesa de confidencialidad: Nuevas luces para la investigación científica y la práctica profesional en salud mental. *Acta Bioethica, 24*(1), 127-136. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100127>

Para citar en APA

Zúñiga-Salazar, E., Valdiviezo-Oña, J., Ruiz-Cordoba, O., Baldus-Andrade, D. & Paz, C. (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBQA+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico. *Terapia Psicológica (En línea)*, 39(3), 353-374. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300353>