

La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática

Affirmative Adaptation of Psychological Treatments for Sexual minorities: a Systematic Review

Antonio Bazán y María Mansilla
Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen: Desde la eliminación de la homosexualidad como trastorno mental y con la proliferación de la investigación sobre el estigma y sus resultados en la salud mental, se han publicado numerosas investigaciones que tienen como objetivo estudiar la respuesta al tratamiento psicológico de las minorías sexuales y determinar si es necesario llevar a cabo adaptaciones del mismo como se hace con otros grupos minoritarios. Esta revisión reúne la investigación disponible para analizar si las minorías sexuales responden de forma diferencial a los tratamientos habituales y si las intervenciones adaptadas o afirmativas ofrecen mejores resultados que el tratamiento habitual.

Algunos estudios han encontrado resultados diferenciales en los tratamientos *de elección como la terapia cognitivo conductual para problemas de ansiedad y depresión* cuando estos se llevan a cabo en contextos ambulatorios, especialmente en población bisexual y en mujeres de minorías sexuales, que parecen ser las menos beneficiadas del tratamiento habitual. En contexto hospitalario, los resultados no difieren entre minorías sexuales y heterosexuales. Se concluye que las adaptaciones pueden ser necesarias debido a la peor respuesta al tratamiento habitual, aunque se necesita más investigación, principalmente en los factores comunes del tratamiento que predicen buenos resultados en todas las poblaciones.

Palabras clave: Tratamiento afirmativo, intervención psicológica, minorías sexuales, eficacia, resultados

Antonio Bazán es Psicólogo Interno Residente.

María Mansilla es Docente en la Unidad Docente de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico I, Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Para citar este artículo: Bazán, A. y Mansilla, M. (2022). La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática. *Clínica Contemporánea*, 13(1), Artículo e1. <https://doi.org/10.5093/cc2022a1>

La correspondencia acerca de este artículo ha de enviarse a María Mansilla, e-mail: mmansi01@ucm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Abstract: Since the declassification of homosexuality as a mental disorder and the proliferation of research about stigma and its outcomes in mental health, a significant number of papers have been published to study how sexual minorities respond to psychological treatment and whether adapted treatment or affirmative interventions are necessary, as is done with other minority groups. The objective of this review of the available literature is to determine if sexual minorities have the same response to standard treatments as their heterosexual counterparts, and whether adapted or affirmative interventions offer them better outcomes than standard treatment.

Certain studies have identified differential outcomes in elective treatments, like cognitive behavioral therapy for anxiety and depression, when performed in ambulatory contexts, especially in the bisexual population and in female sexual minorities, who appear to benefit least from standard treatment. In the hospital context, outcomes did not differ between heterosexual and sexual minorities

It has been concluded that adaptations may be necessary due to the poor response to standard treatment, though further research is required, mainly regarding the common factors of the treatment that predict good outcomes in all populations.

Keywords: affirmative treatment, psychological intervention, sexual minorities, efficacy, outcomes.

Hasta mediados del siglo XIX se suponía la heterosexualidad de todas las personas. Los comportamientos homosexuales eran considerados violaciones de las leyes civiles y religiosas. El concepto de “homosexual” como una categoría de persona surge en la Europa Occidental del siglo XIX. Bajo una supuesta ciencia aséptica y libre de juicios, los investigadores y científicos promovieron la opinión de que la homosexualidad era patológica y necesitaba ser erradicada. La homosexualidad pasó de considerarse un pecado, a considerarse una patología, una desviación o una perversión.

En 1952, se formalizó el punto de visto patológico de la homosexualidad en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-I), en la que era clasificada como una “alteración sociopática de la personalidad”, junto con otras desviaciones sexuales. Años después, el desarrollo científico, protagonizado por las investigaciones de Hooker (1957), y las presiones sociales, como las revueltas de Stonewall en 1969 en Nueva York, marcaron el camino para lo que sería la despatologización de la homosexualidad. En 1973, la homosexualidad fue retirada del DSM en su tercera edición (DSM-III), sin embargo, fue reemplazada por el diagnóstico de homosexualidad distónica del ego, lo cual daba cobertura a los psicólogos para seguir “tratando” la homosexualidad (Haldeman, 1994). La Asociación Americana de la Psicología (APA) eliminó este diagnóstico en la revisión del DSM-III en 1987. No fue hasta mayo de 1990 que la homosexualidad fue retirada de la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades (CIE) por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los defensores de la llamada *terapia reparativa*, o *terapia de conversión* (Byrd y Nicolosi, 2002; Spitzer, 2003) justifican la cura de la conducta homosexual al entender que la causa de la misma podría encontrarse en vivencias de la primera infancia, carencias o heridas que buscan repararse en la adultez a través de comportamientos adictivos: sexuales y toxicomanías, entre otros. De esta manera, mediante los principios de condicionamiento, estas *tendencias* pueden modificarse. De hecho, la terapia suele seguir los principios de las terapias que se usan con pacientes toxicómanos. Se lucha contra la conducta, no contra la condición (Nicolosi, 1991).

No obstante, más que *curar*, estos tratamientos parece que han conseguido *enfermar* a las personas que han participado en los mismos. La APA emitió en 2009 un informe de trabajo revisando la eficacia y los

efectos perjudiciales de los esfuerzos terapéuticos de cambio de la orientación afectivo-sexual y concluyen que no hay evidencia de que estos esfuerzos resulten en un verdadero cambio de la misma. Además, reconocen una serie de consecuencias negativas derivadas de estos infructuosos esfuerzos: evitar la intimidad, disfunción sexual, confusión, culpa, aumento del odio a uno mismo, desesperanza, vergüenza, depresión y suicidio, entre otros (Beckstead y Morrow, 2004; Haldeman, 1994; Shidlo y Schroeder, 2002).

Las preocupaciones derivadas de las consecuencias de las terapias reparativas y el aumento de la investigación sobre el estigma de los grupos minoritarios llevaron a la APA a adoptar una resolución en 1997 sobre respuestas terapéuticas adecuadas a la orientación sexual (APA, 1998). En la resolución, la APA reafirmó su oposición a considerar a las minorías sexuales (El término minoría sexual se refiere en general a los individuos que tienen una orientación afectivo-sexual no heterosexual, Hatzenbuehler, 2009) como enfermos mentales, y definió las intervenciones apropiadas como aquellas que “contrarrestan los prejuicios basados en la ignorancia o en creencias infundadas sobre la orientación sexual” (APA, 1998, p. 934).

El cambio de siglo trajo consigo un cambio en el discurso popular y científico sobre la salud mental de la población lesbiana, gay y bisexual (LGB). El metaanálisis de Meyer (2003) y los artículos de Fergusson et al. (1999) y Herrel et al. (1999), sobre la prevalencia de psicopatología en esta población concluyen de forma convincente que esta es superior en esta población a la que se encuentra en los heterosexuales, y atribuyen esta disparidad a la homofobia, a las condiciones sociales adversas y a un exceso de estrés resultante que esta población carga por el hecho de pertenecer a una minoría estigmatizada (Meyer, 1995, 2003).

Este estrés único tiene su origen en las estructuras sociales y culturales relativamente estables, y se conceptualiza a lo largo de un continuo distal-proximal. Los factores distales, o estresores distales, se definen como acontecimientos objetivos, eventos y experiencias reales de victimización y discriminación. Los factores o estresores proximales son subjetivos y ocurren dentro del individuo: expectativas de prejuicio a consecuencia de las situaciones de victimización objetivas, interiorización de las actitudes sociales negativas y ocultación de la orientación sexual. El individuo, para hacer frente a estas situaciones de estrés, emplea estrategias de afrontamiento que pueden ser más o menos adaptativas dependiendo del contexto. Hatzenbuehler (2009), siguiendo el modelo de Meyer, propuso un marco mediador que vincula los estresores de las minorías con el desarrollo de psicopatología a través de la afectación de los procesos psicológicos generales (i.e., procesos cognitivos, afectivos e interpersonales). Estos procesos, que se han propuesto como mediadores de la psicopatología en población general, estarían sobrerepresentados en la población LGB en comparación con los heterosexuales, al ser alterados por el estrés de las minorías.

La teoría del estrés de las minorías y el modelo de mediación tienen un importante respaldo empírico. Las personas LGB tienen una probabilidad significativamente mayor de ser objeto de violencia que los heterosexuales en todos los ámbitos (Coker et al., 2010; Friedman et al., 2011) de discriminación y violencia para las personas LGB. Una investigación de carácter nacional llevada a cabo por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB, 2012) reunió una muestra de 653 jóvenes LGTB menores de 25 años que habían sido víctimas de *bullying* homofóbico, con el objetivo de explorar las condiciones bajo las que se produjo y sus consecuencias. Los resultados muestran que un 43% de los participantes que sufrieron el acoso llegó a desarrollar ideas de suicidio, el 22% intentó llevarlo a la práctica una vez y el 18% varias veces. En cifras, esto se traduce en que 232 adolescentes habían llevado a la práctica en algún momento la intención de suicidarse. En el País Vasco, Martxueta y Etxeberria (2014) encontraron que los adolescentes que sufrieron experiencias de victimización en el contexto escolar por motivo de su orientación sexual mostraron mayores niveles de depresión y ansiedad, y peor autoestima.

En relación a las estrategias de afrontamiento, la ocultación de la orientación sexual y la hipervigilancia se han considerado como adaptativas en función del contexto, pues protegen al individuo de la alta victimización en lugares de alto estigma estructural (i.e., lugares con políticas, leyes y actitudes que niegan o no promueven la igualdad de derechos para las minorías) (Pachankis y Bränström, 2018), pero pueden resultar contraproducentes debido al alto coste que acarrean en términos de estrés (Bry et al., 2017) y aislamiento (Bränström, 2017).

El factor de protección más estudiado para la población LGB ha sido el apoyo social y conexión con la comunidad. El apoyo del grupo minoritario permite reevaluar la condición estresante y afirmar la cultura y

los valores del grupo. Asimismo, el apoyo o aceptación familiar y de los pares actúan como fuertes factores de protección frente a la depresión, abuso de sustancias, ideación y conducta suicidas, y otros correlatos del estrés de minorías (Mustanski y Liu, 2013; Pearson y Wilkinson, 2013; Snapp et al., 2015).

Sin embargo, estos apoyos no siempre están disponibles. Generalmente, las personas LGB, además de enfrentarse a más adversidades, tienen menos recursos de apoyo que los heterosexuales para hacerles frente (Berghe et al., 2010; Doty et al., 2010).

En el centro de estas experiencias surge desde muy temprano el conflicto entre el sentido interno de uno mismo, la propia identidad, y la incongruencia de la misma con la cultura, las normas y expectativas sociales mayoritarias (Berghe et al., 2010). Junto a las experiencias de victimización y la falta de recursos para hacerles frente, los individuos crecen expuestos a mensajes y creencias que les llegan de las distintas instituciones de las que forman parte, actitudes relacionadas con el grado de estigma estructural presente en la cultura de origen; “*las chicas no juegan al fútbol*”, “*la homosexualidad atenta contra los valores de la familia tradicional*”. El individuo, poco a poco va interiorizando estas actitudes negativas hasta conformar lo que se denomina estigma interiorizado u homofobia/bifobia interiorizada. Herek (2009) define la interiorización como: “el proceso por el cual los individuos adoptan un valor social, creencia o prescripción sobre su propia conducta, y lo experimentan como propio” (p. 7). Así, la homofobia/bifobia interiorizada se entiende como las actitudes negativas que los individuos atraídos por el mismo sexo poseen hacia la homosexualidad y la bisexualidad “en general” y hacia los rasgos homosexuales y bisexuales “en ellos mismos” (Szymanski et al., 2008a, p. 60).

La homofobia interiorizada se ha asociado con más consumo de sustancias (Berg et al., 2016; Brubaker et al., 2009; Gibbs y Goldbach, 2015; Pineda Roa, 2013) y más conductas sexuales de riesgo (Newcomb y Mustanski, 2011). Esta parece ser más pronunciada en las personas bisexuales (Dodge et al., 2016) debido, además, a la invisibilidad y falta de apoyo afirmativo dentro del propio colectivo LGB (Ross et al., 2018).

Los avances en la comprensión de los factores explicativos de la psicopatología vienen acompañados del desarrollo de tratamientos psicológicos que inciden sobre estos factores. La APA sitúa estas intervenciones terapéuticas en el ámbito más amplio de la competencia cultural, en consonancia con los enfoques multiculturales (APA, 2012). Estos enfoques reconocen que los individuos, las familias y las comunidades existen en contextos sociales, políticos, históricos y económicos (APA, 2002) y que la diversidad humana es multifacética [...]. La comprensión e incorporación de estos aspectos de la diversidad son importantes para cualquier intervención (APA, 2012).

Este enfoque, también llamado “afirmativo”, surgió en los años 80 (Gonsiorek, 1982; Malyon, 1981), de la mano de las psicoterapias feministas y multiculturales, para abordar las problemáticas específicas con las que tienen que lidiar las personas pertenecientes a una minoría sexual por el hecho de vivir en una sociedad heterosexista. Pérez (2007) define la terapia afirmativa como “la integración del conocimiento y la conciencia por parte del terapeuta de los aspectos culturales y de desarrollo únicos de los individuos LGB, el propio autoconocimiento del terapeuta y la traducción de este conocimiento y conciencia en habilidades terapéuticas efectivas y útiles en todas las etapas del proceso terapéutico (p. 408).

Esta definición ha sido ampliamente utilizada, pero también criticada por las dificultades para ser operacionalizada, implementada y evaluada (O’Shaughnessy y Speir, 2018). Se ha propuesto que sería más correcto hablar de un enfoque afirmativo (Johnson, 2012), o una adaptación afirmativa (Craig et al., 2013) que se utiliza mejor para enriquecer y optimizar otros modelos de tratamiento existentes. En general, es un tipo de atención que valida y apoya expresamente las identidades y experiencias de sexo y género marginadas, y trabaja para reconocer y tratar el estrés relacionado con el estigma y la discriminación (Alessi, 2014; Chang y Singh, 2018).

La ausencia de una terapia inadecuada (i.e., reparativa) no equivale a la presencia de terapia afirmativa (Moradi y Budge, 2018). Tratar afirmativamente implica ir más allá de la aceptación, se trata de añadir una “afirmación positiva para mejorar directamente los efectos del heterosexismo (Langridge, 2007, p. 30). La aceptación implica que un grupo, “la mayoría” acepta a la minoría. El término “afirmar” se propone como más adecuado, pues a menudo aceptamos cosas que son desafortunadas, sin embargo, afirmamos aquello que consideramos válido o deseamos celebrar (Martell, 2014).

El requisito fundamental para llevar a cabo la práctica afirmativa es la adquisición de competencia multicultural en el ámbito LGB, que requiere, como punto de partida, el reconocimiento de (a) las fuerzas a nivel macro, particularmente el heterosexismo y la homofobia, en el bienestar; (b) la homosexualidad como una orientación igual de válida y positiva que la heterosexual; (c) los propios sentimientos, creencias y prejuicios del profesional con respecto a los individuos LGB; (d) realidades únicas de las personas LGB, como el desarrollo de la identidad y el proceso de salida del armario (APA, 2000; Pachankis y Goldfried, 2004).

Además de las mayores tasas de psicopatología registradas en la población LGB en comparación con los heterosexuales en distintos lugares del mundo (Espada et al., 2012; Saewyc, 2011; Semlyen et al., 2016; Sun et al., 2020), las personas LGB generalmente buscan más ayuda psicológica que los heterosexuales (Allen y Mowbray, 2016; Bränström et al., 2018; Cochran et al., 2017; McCabe et al., 2013; Spengler y Ægisdóttir, 2015). Al acudir a tratamiento, no siempre se encuentran con un profesional culturalmente competente. Se han descrito una serie de microagresiones entre los profesionales de la salud mental (Nadal et al., 2016) que son indicativas de una inadecuada competencia multicultural (APA, 2009) y pueden impedir o dificultar la alianza terapéutica y el adecuado desarrollo del tratamiento (Israel et al., 2008). Algunos ejemplos de microagresiones son: asumir que un paciente es heterosexual, minimizar la importancia de la orientación sexual o evitar tratar el tema (*color blind ideology*), creer, en el otro extremo, que la orientación sexual es la causa de todos sus problemas y no usar un lenguaje inclusivo.

La Asociación Americana de la Psicología (APA, 2012) ha elaborado directrices profesionales que subrayan la importancia de adaptar los tratamientos habituales para abordar la problemática específica que experimentan los individuos LGB, pues son aspectos que no suelen ser abordados en las intervenciones existentes para la población general.

Ahora bien, en primer lugar, no está del todo claro si los individuos LGB y los heterosexuales se benefician de manera equivalente de las intervenciones existentes basadas en la evidencia. Los análisis de los datos clínicos nacionales del servicio de terapias psicológicas del Reino Unido indican que los pacientes de minorías raciales/étnicas suelen tener peores resultados que los pacientes blancos en los tratamientos estándar (NHS Digital, 2017). Además, se ha demostrado que las adaptaciones producen mejores resultados terapéuticos en esta población (Smith et al., 2011). Sin embargo, en lo relativo a las minorías sexuales, la investigación no está tan avanzada. Una reciente revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados sobre intervenciones para la ansiedad y la depresión (Heck et al., 2017) sólo encontró un estudio que informó de la orientación sexual de los participantes, y ninguno de la identidad de género. Por tanto, al no saber si la aplicación de tratamientos generales tiene efectos diferenciales en distintas orientaciones sexuales, no se puede determinar si estos tratamientos necesitan adaptaciones específicas para estas poblaciones.

En segundo lugar, sería conveniente comprobar la eficacia de las intervenciones adaptadas y su superioridad sobre el tratamiento ya establecido. El acercamiento afirmativo (o psicoterapia afirmativa) ha sido propuesto como la mejor adaptación para trabajar con minorías sexuales. A día de hoy, se han identificado cinco revisiones sistemáticas que estudian las adaptaciones psicoterapéuticas con personas LGB; dos revisiones de los tratamientos afirmativos (Moradi y Budge, 2018; O'Shaughness et al., 2018), una revisión de tratamientos psicológicos con jóvenes LGB (Hobaica et al., 2018), una revisión sobre psicoterapia con pacientes LGB (King et al., 2008) y una revisión de la terapia familiar con jóvenes LGB (Woodward y Willoughby, 2014). King et al. (2008) no identificaron ningún ensayo controlado aleatorizado (ECA) sobre la eficacia de tratamientos generales o específicos en población LGTB, ni estudios con medidas de seguimiento. Además, no se utilizaron instrumentos psicométricos validados, y la metodología y los resultados de los estudios fueron muy diversos. Concluyen que la investigación cuantitativa sobre los beneficios de la psicoterapia en personas LGTB es pobre y, por tanto, no se puede recomendar en base a estos resultados el uso de la terapia afirmativa. La revisión de Moradi y Budge (2018) tampoco encontró ningún artículo de calidad. Concluye que es necesaria más investigación sobre el tema. La revisión sobre la terapia familiar (Woodward y Willoughby, 2014) sólo identificó un artículo cuantitativo de base empírica, que también fue incluido en la revisión de Hobaica et al. (2018). Esta última puso de manifiesto que las intervenciones con y sin modificaciones para jóvenes LGB reportan buenos resultados, por lo que no se puede asegurar que las adaptaciones sean necesarias.

O'Shaugnessy et al. (2018), aunque encontraron intervenciones adaptadas que reportan buenos resultados en estudios controlados aleatorizados (Lin e Israel, 2012; Pachankis et al., 2015; Reback y Shoptaw, 2014; Shoptaw et al., 2005, 2008), sólo los tres estudios llevados a cabo por el equipo de Shoptaw comparan el uso de distintas modalidades terapéuticas (i.e., terapia cognitivo-conductual (TCC), TCC adaptada, manejo de contingencias, terapia de apoyo social) solas o en combinación, para la reducción del uso de sustancias (i.e., alcohol y metanfetaminas). En las tres investigaciones, hubo una ligera ventaja para la TCC adaptada, aunque no fue significativa.

Los estudios de caso único, por otra parte, reportan resultados positivos y a favor de la adaptación de la terapia cognitivo conductual para pacientes LGB (Duarte-Vélez et al., 2010; Hart et al., 2014; Satterfield y Crabb, 2010; Walsh y Hope, 2010; Willoughby y Doty, 2010; Zapor y Stuart, 2016). No obstante, sólo dos de estos estudios realizan análisis estadísticos del cambio entre las puntuaciones pre y post medidas con instrumentos estandarizados, y ninguna incluye medidas de seguimiento, por lo que la validez de estos artículos se ve severamente cuestionada.

Es esencial, en última instancia, describir qué variables del terapeuta, la terapia o el paciente influyen en los resultados positivos o negativos de los tratamientos. La relación terapéutica y la competencia multicultural del profesional han sido las más estudiadas con esta población (Alessi, 2014; Chaudoir et al. 2017).

La investigación en este ámbito es todavía joven y no se puede recomendar, basándose en los estudios disponibles, el uso de adaptaciones específicas sobre el tratamiento habitual. Ahora que los avances teóricos han dilucidado ciertos mecanismos que explican la alta prevalencia de psicopatología en la población LGB, se pueden establecer objetivos claros de tratamiento y técnicas concretas para lograrlos.

El avance hacia una práctica afirmativa basada en la evidencia requiere de una sistematización de este tratamiento, sus componentes y sus destinatarios; la determinación de bajo qué circunstancias es eficaz, la influencia que el contexto estructural puede tener en los resultados y las características del terapeuta que puedan influir en el mismo (i.e., competencia multicultural).

Los profesionales de la salud mental tenemos un deber ético hacia la población LGB, precisamente para *reparar* el daño hecho durante tantos años. Este deber incluye ofrecer una atención psicológica con las mayores garantías de calidad, que incluya tratamientos con apoyo empírico y prácticas basadas en la evidencia, dentro de un marco que considere la homofobia y el heterosexismo como parte del problema a erradicar y la orientación afectivo-sexual como una expresión saludable y positiva de la sexualidad, y no viceversa.

Puesto que el campo de evidencia empírica ha aumentado considerablemente en los últimos años, se hace necesaria una revisión sistemática que integre los hallazgos recientes con respecto a las cuestiones anteriormente planteadas. Este trabajo cubre un vacío de la literatura al incluir estudios de intervenciones habituales en los que se compara la respuesta al tratamiento de personas LGB y no LGB, cuestión no resuelta en las revisiones anteriores. El objetivo de esta revisión es, por tanto, integrar las investigaciones de los últimos seis años que estudien la respuesta al tratamiento psicológico en población LGB en cualquier contexto terapéutico, explorar si es necesario adaptar las intervenciones psicológicas para el trabajo psicoterapéutico con esta población, y en caso afirmativo, identificar qué intervenciones o adaptaciones han demostrado una mayor eficacia.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en febrero de 2020 en las bases de datos Proquest, Pubmed, Psicodoc, Psyke, Dialnet y Web of Science. Empleando la combinación de descriptores (“gay” or “lesbian” or “bisexual” or “homosexual” or “lgb”) and (“therapy” or “treatment” or “intervention”) and (“efficacy” or “effectiveness” or “impact” or “benefits” or “outcomes”) y limitando la búsqueda a resúmenes de textos completos, se obtuvo un total de 1.921 documentos publicados entre 2014 y la fecha actual.

Los criterios de inclusión considerados han sido: (a) artículos publicados en inglés o español;

(b) fecha de publicación entre enero de 2014 y febrero de 2020; (c) la población de estudio es lesbianas, gais o bisexuales autoidentificados en términos de identidad y (d) el objeto de estudio es el tratamiento psicológico.

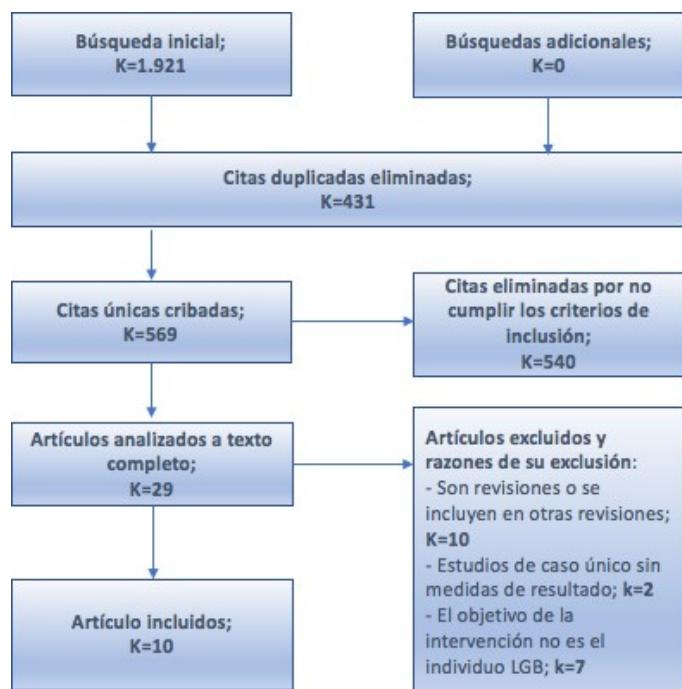
Los criterios de exclusión fueron: (a) la población de estudio exclusivamente minorías de género; (b) las intervenciones son no psicológicas (i.e., psicofármacos) o no son éticas (i.e., terapias reparativas) y (c) artículos teóricos y/o cualitativos.

De los 1.921 documentos encontrados, se descartaron 921 artículos de la base de datos Web of Science, mediante un filtro proporcionado por la web, por ser objeto de otras disciplinas diferentes a la psicología. De estos 1.000 artículos, 431 fueron eliminados mediante el programa Refwork por estar duplicados. De las 569 publicaciones únicas, se revisaron los títulos y resúmenes y se seleccionaron 29 artículos para evaluar el texto completo.

Tras la lectura crítica de cada uno de los artículos, se excluyeron diez artículos por ser revisiones sistemáticas o estar incluidas en otras revisiones, dos estudios de caso único por no ofrecer medidas de resultado, y siete por ser intervenciones dirigidas a formación de profesionales o a terapia de pareja.

Se utilizó en este momento el buscador Google Académico utilizando los mismos comandos de búsqueda para rastrear si existía algún artículo más que fuese de utilidad para la presente revisión. Asimismo, se rastrearon las páginas webs de investigadores destacados en el tema y las referencias bibliográficas de los artículos leídos. No se consideró ningún artículo de esta búsqueda para su inclusión. Finalmente, se seleccionaron 10 artículos para la presente revisión (véase Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la información (PRISMA, 2010)



Resultados

Los resultados muestran dos categorías principales de estudios (véase Tabla1): aquellos que analizan la respuesta de pacientes LGB a un tratamiento adaptado ($k=3$) o a componentes específicos de la terapia ($k=2$), y los que comparan la respuesta al tratamiento habitual entre pacientes LGB y no LGB ($k=5$). El total de pacientes LGB incluidos en los estudios es de 8.050 (728 de los cuales han participado en un tratamiento adaptado, y 7.322, en tratamientos estándar). La representación de mujeres y hombres es más o menos equivalente.

Tabla 1. Resumen de las investigaciones

Autor, año y lugar	Participantes	Variables	Instrumentos y Momentos de medida	Intervención	Formato	Resultados
Alessi et al., 2019 EEUU	N = 184 LGB = 87% (160) M = 65,8% H = 21,2% O = 13% Adultos	Práctica afirmativa. Relación terapéutica (alianza de trabajo y relación real). Bienestar psicológico.	GAP versión adaptada para pacientes. WAIS-RC SOS-10 Transversal (post)	Gt = TH (no especificado)	No especificado	- La relación entre el bienestar psicológico y la percepción del paciente sobre las prácticas afirmativas del terapeuta está mediada por la relación terapéutica (alianza de trabajo y relación real).
Beard et al., 2017 EEUU	N=441 LGB= 19% (84) Adultos	Conductas autolesivas. Ideación suicida. Deterioro social. Uso de sustancias. Síntomas de ansiedad. Síntomas depresivos. Percepción de la atención.	ISAS MSI-BPD BASIS-24 GAD-7 PHQ-9 CGIS POC Pre-post. No seguimiento.	Gt = TCC y TDC habitual en hospitalización parcial.	Intensivo diario; $M=11,7$ días $SD=4,8$. Individual y grupal.	- No diferencias en la respuesta al tratamiento entre LGB y no LGB. - Bisexuales más pensamientos suicidas al alta que el resto de grupos. Tamaño del efecto mediano.
Kelley, 2015 EEUU	N=116 LGB=100% (116) (alianza de trabajo y terapéutica) M=34,9 M=65,5% H=34,5% Adultos	Percepción del terapeuta. Relación terapéutica Relación real.	CRF-S RRI-C WAI-S Transversal (post).	Gt = TH (no especificado).	1-240 meses de terapia ($SD=40$). 1 sesión/semana (44%) 1 sesión cada dos semanas (28,4%).	- Relación real asociada significativamente con la relación - Las prácticas terapéuticas no añaden importancia a la percepción sobre la relación terapéutica.
Lefevor et al., 2017 EEUU	N=12.825 LGB=9,2% (1.180) M=67,1%. H=31,9%. Adultos	Depresión. Ansiedad. Malestar académico. Problemas alimenticios. Uso de alcohol. Hostilidad.	CCAPS Pre-post. No seguimiento.	Gt = TH (no especificado)	$M=10,58$ Sesiones $SD=7,65$.	- No hubo diferencias en la respuesta al tratamiento entre pacientes LGB y no LGB.
Millar et al., 2016 EEUU	N=54 LGB=100% (54) M=0% H=100% Adultos	HI. Depresión. Ansiedad. Conductas sexuales de riesgo. Consumo excesivo de alcohol.	IAT adaptada. IHS ODSIS OASIS TLFB Pre-post. No seguimiento.	Gt = Afirmativo. Gc = Lista de espera 3 meses.	10 sesiones/ 10 semanas. Individual.	- Mayor HI implícita predice mayores reducciones de la depresión, ansiedad y conductas sexuales de riesgo. - Mayor HI explícita modera los resultados en la reducción del consumo excesivo de alcohol.

Tabla 1. Resumen de las investigaciones (Continuación)

Autor, año y lugar	Participantes	Variables	Instrumentos y Momentos de medida	Intervención	Formato	Resultados
Plöderl et al., 2017 Austria	N=633 LGB=21% (133) M=51% H=49% Adultos	Ideación suicida. Desesperanza. Depresión. Expectativa de tratamiento. Alianza de trabajo. Diagnóstico CIE-10. Duración de la estancia.	BSS BHS BDI-II. WAI-SR. Pre-post. No seguimiento.	Gt = TH (Intervención en crisis).	3-14 días intensivo.	- LGB mejor respuesta al tratamiento que no LGB. - LGB mayor mejoría en síntomas depresivos que no LGB. - LGB más alianza de trabajo y expectativa de tratamiento que no LGB. - LGB más pensamientos suicidas en la admisión y el alta.
Rimes et al., 2018. RU	N=10.791 LGB= 10,5% (1.130) M=65,3% H=34,7% Adultos	Depresión. Ansiedad. Deterioro funcional	PHQ-9 GAD-7 WSAS ICF Pre-post. No seguimiento	Gt=TH (Guías NICE en servicio de AP.)	Mínimo 2 sesiones y tratamiento ya finalizado.	- Mujeres LB resultados significativamente peores en depresión y deterioro que mujeres no LB. No diferencias significativas en ansiedad. - Mujeres bisexuales probabilidad significativamente mayor de no recuperarse que mujeres no bisexuales. - Los hombres GB y no GB no tuvieron ninguna diferencia significativa en ninguna de las medidas.
Rimes et al., 2019 RU	N=132.923 LGB= 3,4% (4519) M=64,6% H=35,4% Adultos	Depresión. Ansiedad. Deterioro funcional.	PHQ-9 GAD-7 WSAS ICF Pre-post. No seguimiento.	Gt = TH (Guías NICE) en servicio de AP.	Mínimo 2 sesiones y tratamiento ya finalizado.	- Pacientes bisexuales resultados de tratamiento significativamente más pobres que los no bisexuales. Mujeres lesbianas resultados significativamente peores que mujeres heterosexuales. - Hombres gais no difirieron significativamente de hombres heterosexuales.
Smith et al., 2017 Canadá	N=33 LGB= 100% (33) M=0% H=100% Adultos jóvenes	Depresión. Ansiedad. Soledad. Autoestima. Homofobia interiorizada. Ocultación de la orientación sexual. Identidad sexual. Conductas sexuales de riesgo. Uso de alcohol y drogas.	CES-D. Inventario Estatal para la Ansiedad Cognitiva y Somática. Escala de Soledad de UCLA. RSE. NHAIR. LGBIS. Pre-post. Seguimiento tres meses.	Gt = Afirmativo.	8 sesiones. 2 veces a la semana. Grupal 12 participantes	- Reducciones significativas en soledad, HI y consumo de drogas, mantenidas en el seguimiento. Tamaño del efecto pequeño. - Aumento significativo de autoestima en el post-tratamiento y seguimiento. Tamaño del efecto grande. - Cambios significativos en las conductas sexuales de riesgo, pero no mantenidos en el seguimiento.

M: Mujer. **H:** Hombre. **O:** Otro. **TH:** Tratamiento habitual. **TCC:** Terapia Cognitivo-Conductual. **TDC:** Terapia Dialéctico Conductual. **AP:** Atención Primaria. **HI:** Homofobia Interiorizada. **GAP:** Escala de Práctica Afirmativa Gay. **WAI-SR:** Inventario de la Alianza de Trabajo- Forma abreviada revisada. **RRI-C:** Inventario de Relación Real-Cliente. **SOS-10:** Escala de Resultados de Schwartz. **ISAS:** Inventario de declaraciones sobre autolesiones. **MSI-BPD:** McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. **BASIS-24:** Escala de Identificación de Comportamiento y Síntomas. **GAD-7:** Escala de trastornos de ansiedad generalizada. **PHQ-9:** Cuestionario sobre la salud del paciente. **CGIS:** Escala de Mejora Clínica Global. **POC:** Percepciones de la atención. **BII:** Inventario de Identidad Bisexual. **PANAS:** Lista de Afectos Positivos y Negativos. **NOS-C:** Escala de Ocultación de Nebraska. **RSE:** Escala de Autoestima de Rosenberg. **CRF-S:** Counselor Rating Form-Short. **TP:** Therapist Practices. **CCAPS:** Evaluación de Síntomas Psicológicos del Centro de Asesoramiento. **IAT:** Test de Asociación Implícita. **IHS:** Escala de Homofobia Interiorizada. **ODSIS:** Escala de gravedad de la depresión y deterioro. **OASIS:** Escala de gravedad de la ansiedad y deterioro. **TLFB:** Time Line Follow Back. **BSS:** Beck's Suicide Scale. **BHS:** Beck's Hopelessness Scale. **BDI-II:** Beck's Depression Inventory- Versión II. **WSAS:** Escala de Ajuste Laboral y Social. **ICF:** Índice de Cambio Fiable. **CES-D:** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. **NHAIR:** Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory-Revised. **LGBIS:** Escala de Identidad de Lesbianas, Gais y Bisexuales.

Todos los estudios en los que se compara la respuesta al tratamiento entre pacientes LGB y no LGB se realizan en contexto natural. Son pacientes que utilizan los servicios de Salud Mental, públicos o privados, de la comunidad. Por su parte, los estudios que analizan la respuesta de pacientes LGB a un tratamiento adaptado o a componentes específicos de la terapia, siguen estrategias de reclutamiento a partir de foros o espacios de socialización LGB, excepto la investigación de Israel et al. (2019), que usó un servicio ofrecido por Amazon.

Seis de los estudios se han llevado a cabo en Estados Unidos, dos de ellos en Reino Unido, uno en Austria y uno en Canadá. En relación a las características sociodemográficas de los pacientes, todos ellos son adultos entre 18 y 80 años, mayoritariamente blancos (55%-90%).

Las principales variables estudiadas han sido los síntomas depresivos ($k=7$), de ansiedad ($k=6$), medidas de funcionamiento psicosocial y deterioro ($k=4$) y uso o abuso de alcohol y drogas ($k=4$). En los diseños con población exclusivamente LGB se ha estudiado principalmente la relación terapéutica y, en menor medida, la homofobia interiorizada y las conductas sexuales de riesgo. La medida de la orientación sexual utilizada en todos los estudios es la auto-identificación.

Con respecto a los instrumentos de evaluación más utilizados, no hay una tendencia clara. Existen diversos instrumentos diseñados específicamente para medir variables relacionadas con las minorías sexuales, como el *Measure of Gay-Related Stress – MOGS* (Lewis, Derlega, Griffin y Korwinski, 2003), que contiene 56 factores relacionados con el estrés de minorías. También se han utilizado instrumentos más específicos para medir la homofobia interiorizada como la Escala de Homofobia Interiorizada para Lesbianas (Szymanski y Chung, 2001), o para evaluar el grado en que una persona oculta su orientación sexual en diversos ámbitos, como la Escala de Ocultación de la Orientación Sexual – SOCS (Meyer, Rossano, Ellis y Bradford, 2002) y la Escala de Ocultación de Nebraska – NOS-C (Meidlinger y Hope, 2014). Por otra parte, aunque existen algunos instrumentos que se han diseñado para medir la orientación sexual, como la Escala de Identidad de Lesbianas, Gays y Bisexuales (LGBIS; Mohr y Fassinger, 2000) o el *Bisexual Identity Inventory* (BII; Paul et al., 2014), lo más común es simplemente preguntar cómo se identifica la persona. Asimismo, otras investigaciones han destacado el uso de instrumentos para medir la práctica afirmativa y/o las actitudes del terapeuta, como el *Sexual Orientation Counselor Competency Scale* (SOCCS; Bidell, 2005), el *Lesbian, Gay and Bisexual Affirmative Counseling Self-efficacy Inventory* (LGB-CSI; Dillon y Worthington, 2003). No obstante, no se han encontrado adaptaciones de estos instrumentos para población española. Por ahora parece que predomina el uso de medidas estándar utilizadas para la población general (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996; SCL-90-R, Derogatis y Savitz, 1999; RSE, Rosenberg, 1965).

Las principales modalidades terapéuticas han sido cara a cara e individual. El limitado número de investigaciones y los contextos de aplicación tan variados no permiten hacer generalizaciones sobre las modalidades terapéuticas más utilizadas.

En tres investigaciones se utilizó una intervención específicamente afirmativa: *Releasing Internalized Stigma for Empowerment* (RISE; Lin et al., 2019), cuyo objetivo era reducir el estigma interiorizado en población bisexual sin patología diagnosticada; *Effective Skills to Empower Effective Men* (ESTEEM; Millar et al., 2016) y *Promoting Resilience in Discriminatory Environments* (PRIDE; Smith et al., 2017), las dos dirigidas a re-

ducir las consecuencias del estrés de las minorías y a aumentar las estrategias de afrontamiento en hombres GB con malestar asociado a dicho estrés (principalmente síntomas depresivos y abuso de sustancias). Dos de ellas (Israel et al., 2019; Smith et al., 2017) no han demostrado una potencia suficiente como para recomendar su uso por encima de otras intervenciones. No obstante, sí pueden servir como parte de una intervención más amplia para abordar procesos específicos como la autoestima (Smith et al., 2017) o el estigma interiorizado (Israel et al., 2019). ESTEEM (Millar et al., 2016) sí presenta resultados prometedores en un conjunto de variables, principalmente para pacientes con un alto nivel de homofobia interiorizada en el pretratamiento. Este estudio pone de manifiesto que los hombres homosexuales y bisexuales con elevados niveles de HI podrían ser particularmente sensibles a la terapia afirmativa, aunque no se ha comprobado cómo responderían ante otras intervenciones no adaptadas.

Dos investigaciones evaluaron los efectos del tratamiento hospitalario con diversos componentes (i.e., tratamiento farmacológico, psicoterapia individual, terapia ocupacional y terapia grupal). Los resultados de ambas investigaciones ponen de manifiesto que en este contexto no es necesaria la adaptación de las intervenciones para las minorías sexuales. Los pacientes LGB y no LGB no difieren significativamente en la respuesta al tratamiento en todas las variables medidas y al controlar las posibles variables de confusión. De hecho, parece que los primeros se benefician más de la intervención que los segundos (Plöderl et al., 2017). En ambas investigaciones, no obstante, se encontraron más rasgos y/o diagnósticos de trastorno de personalidad e ideación suicida en población LGB en comparación con los heterosexuales, diferencia pronunciada en individuos bisexuales. La pertenencia al grupo bisexual predijo pensamientos suicidas y de autolesión más severos en la admisión y al alta, con un tamaño del efecto medio, además de una peor percepción de la atención en el estudio de Beard et al. (2017).

Las cinco investigaciones restantes evaluaron los resultados de tratamientos ambulatorios habituales. Lefevor et al. (2017) no encontraron cambios diferenciales en las medidas de depresión y ansiedad durante la terapia entre los pacientes LGB y no LGB en un estudio a gran escala que incluía pacientes de más de 400 clínicas universitarias de Estados Unidos. En los servicios de IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) de Reino Unido, Rimes et al. (2018) no encontraron diferencias entre hombres gais y bisexuales y hombres heterosexuales en la respuesta al tratamiento habitual en cuatro servicios de salud de Londres. Este hallazgo no fue replicado en la investigación publicada un año más tarde utilizando una cohorte nacional, en la que se aprecia que los hombres bisexuales obtienen de forma significativa una peor respuesta al tratamiento que los hombres gais y heterosexuales, que a su vez no difirieron entre ellos (Rimes et al., 2019). Con respecto a las mujeres, los resultados de ambas investigaciones coinciden: las mujeres lesbianas y bisexuales tienen resultados significativamente peores del tratamiento que las mujeres heterosexuales, y a su vez, las mujeres bisexuales tienen peores resultados que las lesbianas, después de ajustar las posibles variables moderadoras como la edad, etnia, situación laboral, intensidad de la intervención o niveles de sintomatología previos al tratamiento. El riesgo de no recuperarse es aproximadamente de un 30 a un 40% más alto para las mujeres LB, y de un 50 a 70% más alto para los hombres bisexuales, lo que indica importantes disparidades en los resultados del tratamiento en relación con los pacientes heterosexuales (Rimes et al., 2019). En conjunto, estos resultados manifiestan que hay efectos diferenciales, y negativos, del tratamiento habitual para las personas bisexuales y las mujeres lesbianas.

En relación a los componentes específicos, tres estudios evaluaron la alianza terapéutica (Alessi et al., 2019; Kelley, 2015; Plöderl et al., 2017). Concluyen que los dos componentes de la misma (relación real y alianza de trabajo) son esenciales para el trabajo con minorías sexuales (Kelley, 2015; Plöderl et al., 2017) y esta ha sido propuesta como variable mediadora entre la práctica afirmativa y el bienestar del paciente LGB (Alessi et al., 2019), una vez controladas las posibles variables de confundido. No obstante, no hay razones para creer que el desarrollo de la alianza terapéutica sea más relevante en población LGB que en población no LGB.

Sólo dos de los estudios incluidos (véase Tabla 2) siguen un diseño experimental con grupo control y aleatorización. Los puntos fuertes de las investigaciones incluidas son los elevados tamaños muestrales y la utilización de entornos naturales de tratamiento.

Tabla 2. Estudio de calidad de las investigaciones

Autor/año	Aleatorizado	Adecuadamente aleatorizado	Tasa abandonos	Tasa de rechazos	Grupo comparación	Tamaño efecto	Total
Alessi et al., 2019	0	0	0	0	0	0	0
Beard et al., 2017	0	0	1	1	1	1	4
Israel et al., 2019	1	1	1	1	1	1	6
Kelley, 2015	0	0	0	0	0	0	0
Lefevor et al., 2017	0	0	0	0	1	1	2
Millar et al., 2016	1	1	1	1	1	1	6
Plöderl et al., 2017	0	0	1	1	1	1	4
Rimes et al., 2018	0	0	1	1	1	1	4
Rimes et al., 2019	0	0	1	1	1	1	4
Smith et al., 2017	0	0	1	1	0	1	3

Discusión

Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto que la adaptación de los tratamientos puede resultar necesaria dependiendo del contexto terapéutico y del grupo minoritario concreto (i.e., lesbiana, gay o bisexual) al que se dirija el tratamiento.

En el contexto hospitalario, el tratamiento habitual produce los mismos resultados para pacientes LGB que para heterosexuales, por lo que no se consideran necesarias las adaptaciones. En contextos ambulatorios, sin embargo, sí se aprecia que las mujeres LB y los hombres bisexuales se benefician menos de los tratamientos habituales que las personas heterosexuales y los hombres gais, que no difieren entre sí, en estudios a gran escala realizados en el Reino Unido (Rimes et al., 2018, 2019). No obstante, un estudio con una muestra elevada en Estados Unidos (Lefevor et al., 2017) no encontró diferencias en la respuesta al tratamiento entre pacientes LGB y no LGB, por lo que sigue siendo necesaria más investigación al respecto. No se saben las razones de las disparidades, pero hasta que se sepan, los profesionales de la salud mental deben considerar la posibilidad de que las mujeres de minorías sexuales y los hombres bisexuales puedan requerir sesiones de tratamiento adicionales o intervenciones diferentes en el contexto de los tratamientos ambulatorios.

Sorprende que la mayoría de las adaptaciones realizadas hasta la fecha tienen como población objetivo los hombres gais y bisexuales, cuando al parecer las mujeres lesbianas y los/las bisexuales en general se benefician menos de los tratamientos estándar. Esto puede deberse a la invisibilidad lésbica y la discriminación institucional de la bisexualidad (Barker, 2015). Otra explicación podría ser el elevado riesgo de contagio del VIH y el consumo de sustancias en hombres gais y bisexuales, problemas que generan mayor alarma social.

Los hallazgos sobre la eficacia de los tratamientos habituales para las personas bisexuales, unido a las disparidades adicionales encontradas en depresión, ansiedad, suicidio y victimización en comparación con las lesbianas y los gais (Feinstein y Dyar, 2017; Plöderl y Tremblay, 2015; Ross et al., 2018) plantean la urgencia de investigar nuevas adaptaciones específicas para esta población. La directriz 5 (APA, 2012) reconoce explícitamente que los profesionales de la psicología se esfuerzan por reconocer las experiencias únicas de las personas bisexuales. La investigación cualitativa puede resultar muy útil para explorar la experiencia subjetiva de los pacientes bisexuales en terapia e identificar componentes del tratamiento que luego puedan ser puestos a prueba empíricamente. Se hace un llamamiento, asimismo, a investigar las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres lesbianas.

Las intervenciones adaptadas han demostrado ser eficaces, pero no han avalado su superioridad sobre el tratamiento estándar, por lo que no se puede recomendar, siguiendo criterios de eficiencia, la adaptación de los tratamientos. El equipo de investigación de Craig et al. (2019) está llevando a cabo un estudio para determinar la viabilidad de la implementación de un programa de intervención cognitivo conductual adaptado para jóvenes de minorías sexuales (AFFIRM) en los centros de salud comunitarios. Este estudio comparará la intervención con el tratamiento habitual y con un grupo control de lista de espera. Asimismo, el protocolo transdiagnóstico ESTEEM (Proujansky y Pachankis, 2014), que ya demostró ser eficaz en un amplio número de variables en hombres gais y bisexuales (Pachankis et al., 2015), está actualmente determinando si la eficacia de este protocolo es superior al tratamiento comunitario de salud mental en una amplia gama de resultados (Pachankis et al., 2019).

Otros desarrollos prometedores son las intervenciones adaptadas desde la teoría del apego (Diamond et al., 2012; Diamond y Shpigel, 2014; Medley, 2018), el *mindfulness* (Iacono, 2019), la psicología positiva (Bariola et al., 2017) y la psicoterapia analítica funcional (Skinta et al., 2018). Todos estos enfoques ofrecen recomendaciones teóricas interesantes, pero no van más allá en la investigación.

Una tercera línea de investigación está orientada al proceso, a estudiar los mecanismos de cambio terapéutico. De esta manera, una alternativa a adaptar los tratamientos indiscriminadamente o no adaptarlos en absoluto, es la identificación de procesos o variables específicas que predigan una buena respuesta al tratamiento adaptado. Por ejemplo, en el estudio de Millar et al. (2016), el tratamiento beneficia más a los que tienen niveles más altos de HI, por lo que una rigurosa evaluación puede facilitar la elección del tratamiento más adecuado. En este sentido, investigar el abordaje de las problemáticas que llevan a los pacientes a buscar *terapias reparativas* (i.e., estigma, falta de apoyo social, conflictos con la identidad religiosa) es fundamental. Se pueden desarrollar intervenciones o módulos específicos de intervención para determinadas problemáticas relacionadas con el estrés de las minorías. Así, se evita el tener que agendar un tratamiento completo, y se pueden aplicar determinados módulos diseñados para alcanzar unos objetivos concretos. Los tratamientos computarizados representan modalidades prometedoras a este respecto (Hobaica et al., 2018). Las investigaciones de Israel et al. (2019), Lin e Israel (2012) y Lin, et al. (2019) han demostrado la eficacia de intervenciones computarizadas breves en ensayos controlados aleatorizados para reducir el estigma interiorizado, un correlato clave de la psicopatología, la baja autoestima y los problemas de relación en las personas LGB. Estas intervenciones se pueden incluir como complemento dentro de un programa de tratamiento más amplio, pero nunca deben sustituir a las intervenciones cara a cara, pues sumado a la incertidumbre sobre la eficacia de las mismas, son menos adecuadas para detectar el empeoramiento del estado clínico de una persona (MacLeod et al. 2009).

Los esfuerzos individuales tienen efectos limitados si no se promueven conjuntamente medidas a nivel estructural y social, las cuales juegan un papel fundamental en la reducción del heterosexismo. En los últimos años se han venido produciendo una serie de cambios que han supuesto una franca mejora en las condiciones de vida de las minorías sexuales. Por ejemplo, la legalización del matrimonio homosexual en varios estados de los Estados Unidos (i.e., Massachusetts) se ha asociado con una reducción significativa de las visitas a profesionales de la salud mental en los doce meses tras la aplicación de la ley (Hatzenbuehler et al., 2012), las políticas antibullying han reducido la tentativa suicida en adolescentes LGB (Hatzenbuehler y Keyes, 2013) y la protección jurídica contra la discriminación se traduce en más apoyo social, más revelación de la orientación sexual y menor prevalencia de trastornos psiquiátricos (Hatzenbuehler et al., 2009; Riggle et al., 2010). Es fundamental considerar también la incorporación de contenidos LGB en la agenda curricular de los programas de formación. La competencia multicultural es fundamental para llevar a cabo un tratamiento de calidad (APA, 2012). El 78% de los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid considera que los estudios de grado y la etapa de residencia les han resultado poco o nada útiles en la capacitación para la atención a población LGB (Fernández-Garrido y Romaní, 2017). Esta percepción de poca capacitación y baja autoeficacia se ha encontrado también en otras investigaciones (Anhalt, Morris, Scotti y Cohen, 2003; Graham, Carney y Kluck, 2012), y se ha relacionado con un peor rendimiento en el trabajo con esta población (O'Shaugnessy y Spokane, 2013). Los protocolos de capacitación y entrenamiento afirmativo son útiles para aumentar el conocimiento y la autoeficacia de los terapeutas para trabajar con población LGB (Bidell, 2013; Rock et al, 2010) y para disminuir sus actitudes homófobas (Pepping et al., 2018). Los principales organismos terapéuticos, por otro lado,

se han empezado a pronunciar en la última década en contra de las terapias reparativas (Consejo General de la Psicología, 2017; Consejo del Reino Unido para la Psicoterapia, 2017), pero estas se siguen ofertando con elevada frecuencia en países como Italia (Lingiardi et al., 2015). Son necesarias leyes que penalicen el uso de las mismas, sobre todo en menores de edad, debido a los efectos perjudiciales ya mencionados.

Los resultados aquí expuestos deben ser interpretados considerando las limitaciones de esta revisión. La primera limitación con la que nos encontramos es la falta de estudios de intervenciones adaptadas, especialmente aquellos que comparan las intervenciones adaptadas con el tratamiento habitual, y la falta de estudios en población española. Es cierto que no se ha revisado la literatura gris, de la cual se podrían haber obtenido más estudios. Se ha realizado una evaluación del riesgo de sesgo de los artículos incluidos y se encuentran en los mismos ciertas limitaciones que perjudican a la validez, entre ellas, la falta de medidas en el seguimiento y los diseños transversales. En relación a las muestras, destaca la poca representación étnica y los sesgos inherentes al proceso de reclutamiento con esta población, que suelen hacer difícil la representatividad. El reclutamiento de participantes LGB se hizo principalmente en lugares de socialización LGB y estos sitios no suelen ser frecuentados por todo el colectivo LGB. Típicamente, suelen ser adultos jóvenes con un alto nivel de educación y aceptación de su orientación sexual. En los estudios naturales, por otra parte, sólo se consideraron los participantes de los que se disponía información sobre su orientación sexual, quedando muchos participantes fuera por falta de información. Por ejemplo, en la investigación de Rimes et al. (2019), los participantes para los que no se disponía información sobre su orientación sexual tenían más probabilidades de pertenecer a una minoría étnica, de ser más mayores, de estar desempleados, de tener más problemas clínicos al inicio del estudio, y mostraron reducciones significativamente menores de la ansiedad, depresión y deterioro tras el tratamiento. Si las personas que se niegan a proporcionar información sobre su orientación sexual tienen más probabilidades de pertenecer a un grupo sexual minoritario, entonces los hallazgos de esta investigación podrían sobreestimar el grado en que las personas LGB se benefician de los tratamientos psicológicos estándar. Otra dificultad añadida en la investigación es que se disponen de pocas escalas validadas con minorías sexuales (Moradi et al., 2009). Además de lenguaje no inclusivo, las escalas tradicionales no suelen abordar las problemáticas específicas que pueden presentar la población LGB.

Las limitaciones de espacio, asimismo, han hecho imposible incluir a dos poblaciones altamente estigmatizadas y que, por su relación con las minorías sexuales es necesario, aunque sea, nombrar: las minorías de género y las personas que viven con el VIH. Las minorías de género presentan particularidades únicas en la intervención psicológica (APA, 2015; Ellis et al., 2015). Todavía predomina un discurso patologizador en el ámbito sanitario y muy pocos estudios han podido examinar las necesidades terapéuticas específicas de esta población (Puckett, 2019). Por otro lado, muchas personas que viven con el VIH siguen necesitando apoyo para hacer frente a los factores de estrés psicosocial y para lidiar con una enfermedad crónica y estigmatizante (El-Sadr et al., 2019). Los hombres que tienen sexo con hombres representan el 67% de los nuevos diagnósticos en 2017 y el 69% en 2018 (Centro de Control y Prevención de Enfermedades, 2019). Las intervenciones psicológicas diseñadas para la prevención del VIH en jóvenes estadounidenses han demostrado ser eficaces en la reducción de las conductas sexuales de riesgo, el aumento de las pruebas de VIH, una mejora de las actitudes hacia el sexo seguro y una mejora de la comunicación del estatus serológico con parejas sexuales (Hergenrather et al., 2016). No obstante, las revisiones y los metaanálisis parecen coincidir en que la reducción de las conductas sexuales de riesgo y el aumento del uso de preservativo no es suficiente para la prevención del VIH. Es necesario aumentar el conocimiento sobre las nuevas estrategias de prevención biomédicas, como la profilaxis posexposición (PEP) y la profilaxis preexposición (PrEP), y el desarrollo de los factores de protección, como el apoyo social y el aumento de las pruebas. Se estima que un 80% de las nuevas infecciones se deben a relaciones sexuales sin preservativo entre parejas que desconocen su estado (Li et al., 2019). Asimismo, las intervenciones psicológicas para la reducción del estigma pueden mejorar la adherencia al tratamiento y los síntomas psicológicos, aumentar la calidad de vida y, en última instancia, reducir la transmisión del virus (Baugher et al., 2017).

Por último, pero no menos importante, mencionar la problemática psicosocial de los refugiados LGTB. El número de refugiados está aumentando enormemente (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2018). En más de 80 países las personas LGTB son perseguidas, encarceladas y a veces

sentenciadas a muerte, por su orientación sexual o identidad de género (Itaborahy y Zhu, 2014). Estas personas requieren de una atención psicológica especializada que tenga en cuenta el TEPT complejo que pueden presentar, lo aborden desde una perspectiva interseccional y acompañen en todo el proceso psicosocial de adaptación al nuevo país de residencia (Alessi y Kahn, 2017). Para los pacientes con más de una identidad minoritaria, la APA (2012) recomienda un abordaje interseccional (Crenshaw, 1989), es decir, considerar las experiencias, significados y desafíos relacionados con normas, valores y creencias culturales múltiples y a veces contradictorias que enfrentan estos individuos, y considerar las formas en que los factores estructurales y sistémicos contribuyen a las diferencias de poder con respecto a los privilegios y la opresión (Moradi y Grzanka, 2017).

Como se hace evidente, queda mucho camino por recorrer. Un abordaje que tenga en cuenta las estructuras sociales, el estigma, las múltiples identidades minoritarias, y las vivencias únicas de las minorías derivadas de vivir en estos entornos se antoja fundamental para proporcionar una atención psicológica de calidad y culturalmente sensible. Se recomienda a los profesionales evaluar rutinariamente la orientación sexual como variable sociodemográfica y plantear la posibilidad de adaptación de las intervenciones. El hecho de que la orientación sexual no se evalúe en las organizaciones y estudios pone de relieve una forma de marginación institucional de las cuestiones relativas a las minorías sexuales que debería ser erradicada.

Conclusiones

Considerando la investigación disponible, se puede concluir que, en ciertos entornos de tratamiento, algunas minorías sexuales (i.e., mujeres lesbianas y bisexuales y hombres bisexuales) obtienen peores resultados del tratamiento habitual que las personas heterosexuales. Esto no ocurre siempre; en entornos hospitalarios, por ejemplo, no se han encontrado diferencias en la respuesta al tratamiento entre minorías sexuales y heterosexuales.

Las intervenciones adaptadas, aunque prometedoras, todavía no han demostrado su superioridad con respecto al tratamiento estándar, por lo que no se puede recomendar su uso único siguiendo criterios de eficiencia. No obstante, el uso de determinados módulos adaptados como complemento a una intervención más amplia puede ser de utilidad para intervenir sobre ciertos procesos específicos, como la homofobia o bifobia interiorizada.

Entre las minorías sexuales, la población bisexual presenta un elevado riesgo, por la mayor prevalencia de psicopatología e ideación suicida que presentan, y por la peor respuesta al tratamiento, en comparación con los gais y las lesbianas.

Parece haber un acuerdo generalizado en que es necesaria más investigación. Esta podría beneficiarse de estudiar los factores comunes del tratamiento que predicen buenos resultados en todas las poblaciones, como la relación terapéutica, las características del profesional asociadas con la buena competencia, o las características del paciente relacionadas con los resultados, como la homofobia interiorizada en el pretratamiento.

Referencias

- Alessi, E. J. (2014). A framework for incorporating minority stress theory into treatment with sexual minority clients. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 18*, 47–66. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.789811>
- Alessi, E. J. y Kahn, S. (2017). A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. *Psychology of sexual orientation and gender diversity, 4*(4). 383-391. <https://doi.org/10.1037/sgd0000244>
- Alessi, E. J., Dillon, F. R. y Van Den Horn, R. (2019). The therapeutic relationship mediates the association between affirmative practice and psychological well-being among lesbian, gay, bisexual and queer clients. *Psychotherapy, 56*(2), 229-240. <https://doi.org/10.1037/pst0000210>
- Allen, J. L. y Mowbray, O. (2016). Sexual orientation, treatment utilization, and barriers for alcohol related problems: Findings from a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence, 161*, 323–330. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.025>

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Refugiados (2018). Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2018. Recuperado de <https://www.acnur.org/5d09c37c4.pdf>
- American Psychological Association (1998). Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. *American Psychologist*, 43, 934-935.
- American Psychological Association (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55, 1440-1451.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. American Psychological Association.
- American Psychological Association (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Anhalt, K., Morris, T., Scotti, J. y Cohen, S. (2003). Student perspectives on training in gay, lesbian, and bisexual issues: A survey of behavioral clinical psychology programs. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 255-263. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80038-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80038-X)
- Bariola, E., Lyons, A. y Lucke, J. (2017). Flourishing among sexual minority individuals: application of the dual continuum model of mental health in a sample of lesbians and gay men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 4(1), 43-53. <https://doi.org/10.1037/sgd0000210>
- Barker, M. (2015). Depression and/or oppression? Bisexuality and mental health. *Journal of Bisexuality*, 15, 369-384. <https://doi.org/10.1080/15299716.2014.995853>
- Baugher, A. R., Beer, L., Fagan, J. L., Mattson, C. L., Freedman, M., Skarbinski, J. y Shouse, R.L. (2017). Prevalence of internalized HIV-related stigma among HIV-infected adults in care, United States, 2011– 2013. *AIDS Behavior*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1712-y>
- Beard, C., Kirakosian, N., Silverman, A. L., Winer, J. P., Wadsworth, L. P. y Björgvinsson, T. (2017). Comparing treatment response between LGBQ and heterosexual individuals attending a CBT- and DBT-skills-based partial hospital. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 1171–1181. <https://doi.org/10.1037/ccp0000251>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck depression Inventory Second Edition manual (BDI-II)*. The Psychological Corporation.
- Beckstead, A. y Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32, 651-690. <https://doi.org/10.1177/0011000004267555>
- Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. y Ross, M. W. (2016). Internalized homonegativity: A systematic mapping review of empirical research. *Journal of Homosexuality*, 63, 541–558. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>
- Berghe, W., Dewaele, A., Cox, N. y Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 153–166. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00567.x>
- Bidell, M. P. (2013). Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counselling course. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 300–307. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.741139>
- Bidell, M. P. (2005). The sexual orientation counselor competency scale: Assessing attitudes, skills, and knowledge of counselors working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Counselor Education and Supervision*, 44(4), 267-279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2005.tb01755.x>
- Bränström, R. (2017). Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: A longitudinal population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, 446–452. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207943>

- Bränström, R., Hatzenbuehler, M. L., Tinghög, P. y Pachankis, J. E. (2018). Sexual orientation differences in outpatient psychiatric treatment and antidepressant usage: Evidence from a population-based study of siblings. *European Journal of Epidemiology*, 33, 591–599. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0411-y>
- Brubaker, M. D., Garrett, M. T. y Dew, B. J. (2009). Examining the relationship between internalized heterosexism and substance abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals: A critical review. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3(1), 62–89. <https://doi.org/10.1080/15538600902754494>
- Bry, L. J., Mustanski, B., Garofalo, R. y Burns, M. N. (2017). Resilience to discrimination and rejection among young sexual minority males and transgender females: A qualitative study on coping with minority stress. *Journal of Homosexuality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1375367>
- Byrd, A. D. y Nicolosi, J. (2002). A meta-analytic review of treatment of homosexuality. *Psychological Reports*, 90, 1139–1152. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.3c.1139>
- Chang, S. C. y Singh, A. A. (2018). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender nonconforming clients*. New Harbinger.
- Chaudoir, S. R., Wang, K. y Pachankis, J. E. (2017). What reduces sexual minority stress? A review of the intervention “toolkit.” *Journal of Social Issues*, 73, 586–617. <https://doi.org/10.1111/josi.12233>
- Cochran, S. D., Björkenstam, C. y Mays, V. M. (2017). Sexual orientation differences in functional limitations, disability, and mental health services use: Results from the 2013–2014 National Health Interview Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 1111–1121. <https://doi.org/10.1037/ccp0000243>
- Coker, T. R., Austin, S. B. y Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*, 31, 457–477. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103636>
- Consejo General de la Psicología de España. (2017). Comunicado del COP sobre las “terapias de conversión” de la homosexualidad. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6660
- Consejo General de la Psicología del Reino Unido. (2017). Memorandum of Understanding on Conversion Therapy in the U.K. <https://www.bacp.co.uk/media/2274/memorandum-of-understanding-v2-oct17.pdf>
- Craig, S. L., Austin, A. y Alessi, E. (2013). Gay affirmative cognitive behavioral therapy for sexual minority youth: A clinical adaptation. *Clinical Social Work Journal*, 41, 258–266. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0427-9>
- Craig, S. L., McInroy, L. B., Eaton, A. D., Iacono, G., Leung, V. W., Austin, A. y Dobinson, C. (2019). An Affirmative Coping Skills Intervention to Improve the Mental and Sexual Health of Sexual and Gender Minority Youth (Project Youth AFFIRM): Protocol for an Implementation Study. *Journal of Medical Internet Research research protocols*, 8(6). <https://doi.org/10.2196/13462>
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 140, 139–167.
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T. y Siqueland, L. (2012). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy*, 49, 62–71. <https://doi.org/10.1037/a0026247>
- Diamond, G. M. y Shpigel, S. (2014). Attachment-based family therapy for lesbian and gay young adults and their persistently nonaccepting parents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(4), 258–268. <https://doi.org/10.1037/a0035394>
- Dillon, F. y Worthington, R. L. (2003). The Lesbian, Gay and Bisexual Affirmative Counseling Self-Efficacy Inventory (LGB-CSI): Development, validation, and training implications. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 235–251. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.2.235>
- Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M. R., Schick, V., Fu, T. J., Bostwick, W., Bartelt, E., Muñoz-Laboy, M., Pletta, D., Reece, M. y Sandfort, T. G. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally

- representative probability sample of adults in the United States. *PLoS ONE*, 11, Artículo e0164430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430>
- Doty, N., Willoughby, B., Lindahl, K. y Malik, N. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1134–1147. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9566-x>
- Duarté-Vélez, Y., Bernal, G. y Bonilla, K. (2010). Culturally adapted cognitive-behavior therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 895–906. <https://doi.org/10.1002/jclp.20710>
- El-Sadr, W. M., Mayer, K. H., Rabkin, M. y Hodder, S. L. (2019). AIDS in America-Back in the headlines at long last. *The New England Journal of Medicine*, 380, 1985-1987. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1904113>
- Ellis, S. J., Bailey, L. y McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 19, 4-20. <https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad Y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Feinstein, B. A. y Dyar, C. (2017). Bisexuality, minority stress, and health. *Current Sexual Health Reports*, 9, 42–49. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0096-3>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876>
- Fernández-Garrido, S. y Romaní, O. (2017). Diagnóstico participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad en el municipio de Madrid. *Medical Anthropology Research Center*.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. y Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101, 1481–1494. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>
- Gibbs, J. J. y Goldbach, J. (2015). Religious Conflict, Sexual Identity, and Suicidal Behaviors among LGBT Young Adults. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 472-488. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004476>
- Gonsiorek, J. C. (1982). *Homosexuality & psychotherapy: A practitioner's handbook of affirmative models*. Haworth Press.
- Graham, S. R., Carney, J. S. y Kluck, A. S. (2012). Perceived competency in working with LGB clients: Where are we now? *Counselor Education and Supervision*, 51(1), 2-16. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2012.00001.x>
- Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 221-227.
- Hart, T. A., Tulloch, T. G. y O' Cleirigh, C. (2014). Integrated cognitive behavioral therapy for social anxiety and HIV prevention for gay and bisexual men. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 149-160. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.07.001>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M. L., O' Cleirigh, C., Grasso, C., Mayer, K., Safren, S., Bradford, J. (2012). Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men. A quasi-natural experiment. *American journal of public health*, 102(2), 285-291. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300382>
- Hatzenbuehler, M. L. Y Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *Journal of adolescent health*, 53(1), S21-S26. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.010>
- Heck, N. C., Mirabito, L. A., LeMaire, K., Livingston, N. A. y Flentje, A. (2017). Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: a systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 72–76. <https://doi.org/10.1037/ccp0000123>

- Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of interpersonal violence*, 24(1), 54-74. <https://doi.org/10.1177/0886260508316477>
- Hergenrather, K. C., Emmanuel, D., Durant, S. y Rhodes, S. D. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: A systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, 28, 252–271. <https://doi.org/10.1521/aeap.2016.28.3.252>
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnam, V., Lyons, M., Eisen, S. y Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality: A co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56, 867–874. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867>
- Hobaica, S., Alman, A., Jackowich, S. y Kwon, P. (2018). Empirically based psychological interventions with sexual minority youth: a systematic review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(3), 313. <https://doi.org/10.1037/sgd0000275>
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18–31. <https://doi.org/10.1080/08853126.1957.10380742>
- Iacono, G. (2019). An affirmative mindfulness approach for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth mental health. *Clinical social work journal*, 47, 156-166. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0656-7>
- Israel, T., Choi, A. Y., Goodman, J. A., Matsuno, E., Lin, Y. J., Kary, K. G. y Merrill, C. R. (2019). Reducing internalized binegativity: Development and efficacy of an online intervention. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 6(2), 149. :10 <http://dx.doi.org/1080/15538605.2019.1662358>
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R. y Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18(3), 294-305. <https://doi.org/10.1080/10503300701506920>
- Itaborahy, P. L. y Zhu, J. (2014). State-sponsored homophobia: A world survey of laws: Criminalisation, protection and recognition of same-sex love. Brussels: International Lesbian, Gay, Bisexual. *Trans and Intersex Association*.
- Johnson, S. D. (2012). Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: Implications for contemporary psychotherapy research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 516– 522. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01180.x>
- Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy*, 52, 113–118. <http://doi.org/10.1037/a0037958>
- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I. y Osborn, D. (2007). A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual and transgender people. London, UK: British Association for Counselling & Psychotherapy.
- Langridge, D. (2007). Gay affirmative therapy: A theoretical framework and defence. *British Lesbian, Gay, and Bisexual Psychologies*, 11, 27-43. http://doi.org/10.1300/J236v11n01_03
- Lefevor, G. T., Janis, R. A., y Park, S. Y. (2017). Religious and sexual identities: An intersectional, longitudinal examination of change in therapy. *The Counseling Psychologist*, 45, 387-413. <http://doi.org/10.1177/00111000017702721>
- Lewis, R. J., Derlaga, V. J., Griffin, J. L. y Korwinski, A. C. (2003). Stressors for gay men and lesbians: Life stress, gay-related stress, stigma consciousness, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 716–729. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.6.716.22932>
- Li, Z., Purcell, D. W., Sansom, S. L., Hayes, D. y Hall, H. I. (2019). Vital signs: HIV transmission along the continuum of care—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(11), 267. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6811e1>
- Lin, Y. J. e Israel, T. (2012). A computer-based intervention to reduce internalized heterosexism in men. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 458-464. <http://doi.org/10.1037/a0028282>
- Lin, Y. J., Israel, T. y Ryan, W. S. (2019). Releasing internalized stigma for empowerment: development of theory-driven interventions for sexual and gender minorities. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(4), 276-292. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662358>
- Lingiardi, V., Nardelli, N. y Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(2), 132-139. <https://doi.org/10.1037/pro0000016>

- MacLeod, M., Martinez, R. y Williams, C. (2009). Cognitive Behaviour Therapy self-help: Who does it help and what are its drawbacks? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 61–72. <http://doi.org/10.1017/S1352465808005031>
- Malyon A. K. (1981). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of homosexuality*, 7(2-3), 59-69. https://doi.org/10.1300/j082v07n02_08
- Martell, C. R. (2014). The hybrid case study of “Adam”: Perspectives from behavioral activation and the influence of heteronormativity on LGB-affirmative therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), 11.
- Martxueta, A. y Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 23-35. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12980>
- McCabe, S. E., West, B. T., Hughes, T. L. y Boyd, C. J. (2013). Sexual orientation and substance abuse treatment utilization in the United States: results from a national survey. *Journal of substance abuse treatment*, 44(1), 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.01.007>
- Medley, B. (2018). Recovering the True Self: Affirmative Therapy, Attachment, and AEDP in Psychotherapy with Gay Men. *Journal of Psychotherapy Integration*. (Advance online publication). <http://doi.org/10.1037/int0000132>
- Meidlinger, P. C. y Hope, D. A. (2014). Differentiating disclosure and concealment in measurement of outness for sexual minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 489–497. <https://doi.org/10.1037/sgd0000080>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., Rossano, L., Ellis, J. M. y Bradford, J. (2002). A brief telephone interview to identify lesbian and bisexual women in random digit dialing sampling. *Journal of Sex Research*, 39(2), 139-144. <https://doi.org/10.1080/00224490209552133>
- Millar, B. M., Wang, K. y Pachankis, J. E. (2016). The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 565–570. <https://doi.org/10.1037/ccp0000113>
- Mohr, J. y Fassinger, R. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 33(2), 66-90. <https://doi.org/10.1080/07481756.2000.12068999>
- Moradi, B. y Budge, S. L. (2018). Engaging in LGBQ+ affirmative psychotherapies with all clients: Defining themes and practices. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 2028-2042. <https://doi.org/10.1002/jclp.22687>
- Moradi, B. y Grzanka, P. R. (2017). Using intersectionality responsibly: Toward critical epistemology, structural analysis, and social justice activism. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 500– 513. <https://doi.org/10.1037/cou000020>
- Moradi, B., Mohr, J. J., Worthington, R. L. y Fassinger, R. E. (2009). Counseling psychology research on sexual (orientation) minority issues: Conceptual and methodological challenges and opportunities. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 5–22. <https://doi.org/10.1037/a0014572>
- Mustanski, B. y Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of sexual behavior*, 42(3), 437-448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T. y Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Newcomb, M. E. y Mustanski, B. (2011). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: a meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 40(1), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9573-8>

- National Health Survey Digital. (2017). *Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services—England, 2015–16*. Recuperado de https://files.digital.nhs.uk/pdf/1/0/psyc-ther-ann-rep-2015-16_v2.pdf
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality: a new clinical approach*. Jason Aronson, Inc.
- O'Shaughnessy, T. y Spokane, A. R. (2013). Lesbian and gay affirmative therapy competency, self-efficacy, and personality in psychology trainees. *The Counseling Psychologist*, 41(6), 825–856. <https://doi.org/10.1177/0011000012459364>
- O'Shaughnessy, T. y Speir, Z. (2018). The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Pachankis, J. E., Cochran, S. D. y Mays, V. M. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 890–901. <http://doi.org/10.1037/ccp0000047>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A. y 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, 875–889. <http://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pachankis, J. E., McConochia, E. M., Reynolds, J. S., Winston, R., Adeyinka, O., Harkness, A., Burton, C. L., Behari, K., Sullivan, T. J., Eldahan, A. I., Esserman, D. A., Hatzenbuehler, M. L., y Safren, S. A. (2019). Project ESTEEM protocol: a randomized controlled trial of an LGBTQ-affirmative treatment for young adult sexual minority men's mental and sexual health. *BMC public health*, 19(1), 1086. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7346-4>
- Pachankis, J. E. y Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 403–415. <http://doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pachankis, J. E. y Goldfried, M. R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 227–246. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.227>
- Paul, R., Smith, N. G., Mohr, J. J. y Ross, L. E. (2014). Measuring dimensions of bisexual identity: Initial development of the Bisexual Identity Inventory. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 452–460. <https://doi.org/10.1037/sgd0000069>
- Pearson, J. y Wilkinson, L. (2013). Family relationships and adolescent well-being: Are families equally protective for same-sex attracted youth? *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 376–393. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9865-5>
- Pepping, C. A., Lyons, A. y Morris, E. M. J. (2018). Affirmative LGBT psychotherapy: Outcomes of a therapist training protocol. *Psychotherapy*, 55(1), 52–62. <https://doi.org/10.1037/pst0000149>
- Perez, R. M. (2007). The “boring” state of research and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients: Revisiting Barón (1991). In K. J. Bieschke, R. M. Perez y K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 399–418). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/11482-017>
- Pineda Roa, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), pp. 333–349.
- Plöderl, M., Kunrath, S., Cramer, R. J., Wang, J., Hauer, L. y Fartacek, C. (2017). Sexual orientation differences in treatment expectation, alliance, and outcome among patients at risk for suicide in a public psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, 17, 184. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1337-8>
- Plöderl, M. y Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27, 367–385. <http://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Proujansky, R. A. y Pachankis, J. E. (2014). Toward Formulating Evidence-Based Principles of LGB-Affirmative Psychotherapy. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 10(2), 117–131.

- Puckett, J. A. (2019). An Ecological Approach to Therapy with Gender Minorities. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 647-655. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.08.002>
- Reback, C. J. y 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>
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S. y Horne, S. G. (2010). Psychological distress, well-being, and legal recognition in same-sex couple relationships. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 82-86. <https://doi.org/10.1037/a0017942>
- Rimes, K. A., Broadbent, M., Holden, R., Rahman, Q., Hambrook, D., Hatch, S. L., y Wingrove, J. (2018). Comparison of treatment outcomes between lesbian, gay, bisexual and heterosexual individuals receiving a primary care psychological intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46, 332-349. <http://doi.org/10.1017/S1352465817000583>
- Rimes, K. A., Ion, D., Wingrove, J. y Carter, B. (2019). Sexual orientation differences in psychological treatment outcomes for depression and anxiety: National cohort study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 577-589. <https://doi.org/10.1037/ccp0000416>
- Rock, M., Carlson, T. S. y McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of marital and family therapy*, 36(2), 171-184. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00172.x>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61(52), 18.
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W. y Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 55, 435-456. <http://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Saewyc, E. M. (2011). Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma, and resilience. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 256-272. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00727.x>
- Satterfield, J. M. y Crabb, R. (2010). Cognitive-behavioral therapy for depression in an older gay man: A clinical case study. *Cognitive and behavioral practice*, 17(1), 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.008>
- Semlyen, J., King, M., Varney, J. y Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC psychiatry*, 16, 67. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z>
- Shidlo, A. y Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 249-259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>
- Shoptaw, S., Reback, C. J., Peck, J. A., Yang, X., Rotheram-Fuller, E., Larkins, S. y 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, 125-134. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.10.004>
- Shoptaw, S., Reback, C. J., Larkins, S., Wang, P. C., Rotheram-Fuller, E., Dang, J. y Yang, X. (2008). Outcomes using two tailored behavioral treatments for substance abuse in urban gay and bisexual men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 285-293. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.11.004>
- Skinta, M. D., Hoeflein, B., Muñoz-Martínez, A. M. y Rincón, C. L. (2018). Responding to gender and sexual minority stress with functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 63. <https://doi.org/10.1037/pst0000157>
- Smith, N. G., Hart, T. A., Kidwai, A., Vernon, J. R., Blais, M. y Adam, B. (2017). Results of a pilot study to ameliorate psychological and behavioral outcomes of minority stress among young gay and bisexual men. *Behavior therapy*, 48(5), 664-677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.03.005>
- Smith, T. B., Rodríguez, M. M. D. y Bernal, G. (2011). Culture. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 316-335). Oxford University Press.

- Snapp, S. D., Watson, R. J., Russell, S. T., Diaz, R. M. y Ryan, C. (2015). Social support networks for LGBT young adults: Low cost strategies for positive adjustment. *Family Relations*, 64(3), 420-430. <https://doi.org/10.1111/fare.12124>
- Spengler, E. S. y Ægisdóttir, S. (2015). Psychological help-seeking attitudes and intentions of lesbian, gay, and bisexual individuals: The role of sexual minority identity and perceived counselor sexual prejudice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 482-491. <http://doi.org/10.1037/sgd0000141>
- Spitzer, R. (2003). Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-417. <https://doi.org/10.1023/A:1025647527010>
- Sun, S., Pachankis, J. E., Li, X. y Operario, D. (2020). Addressing minority stress and mental health among men who have sex with men (MSM) in China. *Current Hiv/aids Reports*, 17(1), 35-62. <https://doi.org/10.1007/s11904-019-00479-w>
- Szymanski M. y Chung B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale, *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37-52. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_03
- Szymanski, D. M., Kashubeck-West, S. y Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism: A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 510-524.
- Urrutia, J y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Walsh, K. y Hope, D. A. (2010). LGB-affirmative cognitive behavioral treatment for social anxiety: A case study applying evidence-based practice principles. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.007>
- Willoughby, B. L. y Doty, N. D. (2010). Brief cognitive behavioral family therapy following a child's coming out: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.006>
- Woodward, E. N. y Willoughby, B. (2014). Family therapy with sexual minority youths: A systematic review. *Journal of GLBT Family Studies*, 10, 380-403. <http://doi.org/10.1080/1550428X.2013.828248>
- Zapor, H. y Stuart, G. L. (2016). Affirmative cognitive behavioral therapy for a male with depression following sexual orientation discrimination. *Clinical Case Studies*, 15(2), 143-15

Artículo recibido: 09/01/2021
Artículo aceptado: 21/02/2022