

El CONSUMO de SUSTANCIAS en la comunidad LGBTQ+



"Si el sexo está reprimido, es decir, destinado a la prohibición, a la inexistencia y al mutismo, el solo hecho de hablar de él, y de hablar de su represión, posee como un aire de transgresión deliberada."

- Michel Foucault (1977, Pág. 13)



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration



Relevo de responsabilidad

Esta publicación fue preparada para el *Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center* (NeC ATTC) bajo el acuerdo cooperativo 5UR1TI082504-04 con la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U. (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Todo el material incluido en esta publicación, excepto el tomado de recursos con derechos de autor, es de dominio público y se puede reproducir y copiar sin el permiso de SAMHSA o los autores. Citar la fuente es apreciado. No reproduzca ni distribuya esta publicación por una tarifa sin aprobación específica y escrita del *Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center* (NeC ATTC). Para más información sobre cómo obtener copias de esta publicación, llame al (787) 785-4211.

Cita sugerida: *Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center*. (enero, 2022). El consumo de sustancias en la comunidad LGBTQ+. Instituto de Investigación, Educación y Servicios en Adicción, Universidad Central del Caribe, Bayamón, PR.

Al momento de esta publicación, la Dra. Miriam Delphin-Rittmon sirve como Secretaria Adjunta de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U. (SAMHSA); Michael Chaple, Ph.D. sirve como Director e Ibis S. Carrión-González, Psy.D. como Codirectora del Northeast and Caribbean ATTC para Puerto Rico e Islas Vírgenes Norteamericanas.

Las opiniones que se expresan en este documento son el punto de vista de los autores y no reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés), ni SAMHSA. No se pretende ni se debe inferir ningún apoyo o respaldo oficial del DHHS o SAMHSA, a las opiniones descritas en este documento.

Reconocimientos

Reconocemos por su contribución en el desarrollo de este producto:

Dr. Miguel Rivera Vázquez, Psicólogo Clínico

Información de Contacto

northeast@uccaribe.edu | Tel: 787.785.4211 | Fax: 787.785.4222

Índice

	Página
Resumen	04
Capítulo I: Introducción a conceptos básicos de la sexualidad	05
Conceptos generales	05
Categorías del sexo	06
Categorías del género	06
Categorías de orientación sexual	07
Siglas LGBTQ+	08
Capítulo II: Necesidades de la comunidad LGBTQ+	09
Regulación de la sexualidad	09
Técnicas para “curar” la homosexualidad	10
La bisexualidad	11
Necesidades de LGBTQ+ que se han desarrollado a través de la historia	12
Necesidades de la comunidad transgénero, cuir y no binarie	12
Personas cuir	13
Personas no binaries	14
Capítulo III :Estadísticas del uso problemático de sustancias en la comunidad LGBTQ+ en el mundo y Puerto Rico	13
Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales	15
Modelo de Estrés Minoritario	17
Estadísticas sobre uso problemático de sustancias y la comunidad LGBTQ+	18
Capítulo IV: Intervención para tratar el uso problemático de sustancias en la comunidad LGBTQ+	22
¿Cómo el heterosexismo y cissexismo contribuye al abuso de sustancias?	24
¿Qué pueden hacer lxs profesionales de la salud mental para ayudar a las personas LGBTQ+ con uso problemático de sustancias?	24
Principios de cuidado	25
Cernimiento de orientación sexual e identidad de género	26
Cuestionario: Historial General de Orientaciones Sexuales y Expresiones e Identidades de Género	27
Terapia Afirmativa para tratar uso de sustancias en la comunidad LGBTQ+	30
Conclusión	31
Referencias	32

Resumen

El estrés es un factor común en nuestra sociedad que nos afecta e impacta diariamente. En muchas ocasiones, esta es la causa de diversas condiciones de salud física y mental, y como consecuencia, crea dificultad en nuestro diario vivir. En el caso de las comunidades marginadas, el factor de estrés aumenta. Por décadas la población LGBTQ+ ha sido marginada y estigmatizada por parte del estado, incluyendo los servicios de salud. La atención médica hacia la comunidad ha sido invisibilizada y ha sufrido el atropello de una cultura machista, patriarcal y heteronormativa. Como consecuencia, se limitan los accesos a diversas áreas, tales como servicios de salud, espiritualidad, aspectos sociales, espacios seguros, proceso de salir del clóset, apoyo social y emocional, entre otros. Esto reduce las posibilidades de que las personas de la comunidad participen y colaboren en la vida social, limitando su autonomía, su capacidad de opinar y participar y su acceso al área de la salud. Es necesario que lxs profesionales de la salud presten servicios de consulta en medicina general a la comunidad LGBTQ+ con énfasis en más información y grado de comprensión, para evitar consecuencias negativas para la salud individual y pública” (Arenas García, 2018, Pág. 8).

Validado por múltiples investigaciones, la comunidad LGBTQ+ es más propensa, en relación con la comunidad heterosexual, a padecer de diferentes enfermedades de salud mental, como depresión, ansiedad, uso de sustancias, entre otros. Un ejemplo de lo antes establecido, son los resultados obtenidos por SAMHSA (2016) que reflejan que las minorías sexuales están más propensas a tener uso problemático de sustancias y de salud mental que las personas heterosexuales y cisgénero. Se encontró que lxs adultxs de minorías sexuales estaban más propensos a presentar trastornos por uso de sustancias: alcohol, drogas ilícitas, marihuana o mal uso de medicamentos para aliviar el dolor. Además, lxs adultxs de minorías sexuales eran más propensos a necesitar y recibir tratamiento.

***Se utiliza LGBTQ+ como un acrónimo sencillo y reconocible para la mayoría de la audiencia. Sin embargo, mediante la utilización del “+” queremos incluir a todas las personas diversas en sexo, género y orientación sexual.**

****Se utiliza el lenguaje inclusivo empleando una “x” en vez de una “o” o una “a” para lograr la inclusión de los géneros en el lenguaje escrito. La “x” se encuentra en lugares en donde se puede utilizar la “o”, la “a” y la “e” intercambiamente.**

Capítulo I

Introducción a conceptos básicos de la sexualidad

La desinformación es un arma letal para la comunidad, debido a que se presta para la utilización de pronombres inadecuados, nombre de nacimiento en vez del identificado, formulación de preguntas, escasez de prestación de servicios, error en diagnósticos, entre otros. Por esto, el propósito de esta sección es proveer definiciones básicas y específicas sobre los conceptos a tomar en consideración para utilizar el lenguaje apropiado sobre temas de género y sexualidad. A continuación, se presentan las definiciones básicas, según la Asociación Americana de Psicólogos (APA 2011):

Conceptos generales

Sexo:

Concepto puramente biológico, asignado al nacer y es una combinación de cromosomas, hormonas y órganos reproductores internos y externos.

Hombre, mujer, intersex, transexual.

Género:

Actitudes, sentimientos y conductas que son dadas a una persona por la cultura y que están asociadas al sexo biológico de la persona. Consta de dos estructuras: la identidad y la expresión.

Cisgénero (femenino/masculino), trans, andrógino, transformista, género expansivo o variante.

Identidad de género:

Cómo nos percibimos y nos hacemos llamar.

Expresión de género:

La manera en que las personas actúan para comunicar su identidad de género. Nombre, pronombres, comportamiento, ropa, etc.

Orientación sexual:

Término científico para la atracción física, romántica, emocional y/o espiritual duradera hacia las personas del mismo sexo/género y/o espiritual duradera hacia personas del mismo sexo/género y/u otro sexo/género, incluyendo la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad. Se define en base al sexo o género de la persona que le atrae, ya sea romántica o sexualmente.

Heterosexual, Lesbiana, Gay, Bisexual, etc.

Categorías del sexo

Hombre: Persona del sexo masculino, según el diccionario de la Real Academia Española.

Mujer: Persona del sexo femenino, según el diccionario de la Real Academia Española.

****Importante cuestionar las definiciones establecidas para hombre y mujer debido a que el ser humano no es únicamente sus órganos reproductores. Considerar la cultura, crianza, experiencias, ideales, religión, entre otros.**

Intersexual: Personas con un desarrollo atípico, usualmente ambiguo de su sexo biológico.

Transexual: Aquellas personas que nacieron con una anatomía sexual con la que no se sienten identificadas (total o parcialmente), por lo que poseen una identidad diferente a la que le fue asignada al nacer y, en ocasiones, deciden transformar su cuerpo para experimentar un sentido de congruencia entre la percepción de su género y sus características sexuales primarias y secundarias. Es importante tomar en cuenta que el deseo es de cambiar lo biológico. Es por esto por lo que se encuentran bajo la categoría del sexo y no del género.

Categorías del género

Cisgénero: Persona que se identifica con el género asociado al sexo que se le asignó al nacer.
Ejemplo: mujer-femenina, hombre-masculino

Transgénero: Término sombrilla para referirse a las personas que transgreden los constructos tradicionales de los binomios sociales del sexo y/o el género, incluyendo identidades, tales como: la transgénero, la transexual, la andrógina, el transformismo y el travestismo.

Andróginas:

Aquellas personas que combinan rasgos masculinos y femeninos, caracterizándose por la ambigüedad de su género.

Transformistas:

Personas que adoptan vestimentas de otro género para fines artísticos.

Travesti:

Personas que ocasionalmente utilizan ropa asociada a otro género (en ocasiones para excitarse o tener relaciones sexuales).

Categorías de la orientación sexual

Heterosexual: Personas cuya atracción física, romántica, emocional y/o espiritual es hacia otro sexo/género.

Homosexual: Personas cuya atracción física, romántica, emocional y/o espiritual es hacia el mismo sexo/género.

Lesbiana:

Mujeres atraídas hacia otras mujeres.

Gay:

Hombres atraídos hacia otros hombres.

Bisexual:

Término sombrilla. Se define por la atracción física, romántica, emocional y/o espiritual hacia más de un sexo/género.

Pansexual, polirománticx, birománticx, demisexual, hombre sexo con hombre, entre otros.

Asexual:

Persona que no experimenta atracción sexual o experimenta muy poca atracción sexual (APA, 2015).



Siglas LGBTQ+

Lesbiana Gay Bisexual Transexual Transgénero

Queer (Cuir)

Término sombrilla para describir a personas cuya orientación sexual, identidad de género o expresión de género no se conforma a las normas sociales dominantes o tradicionales.

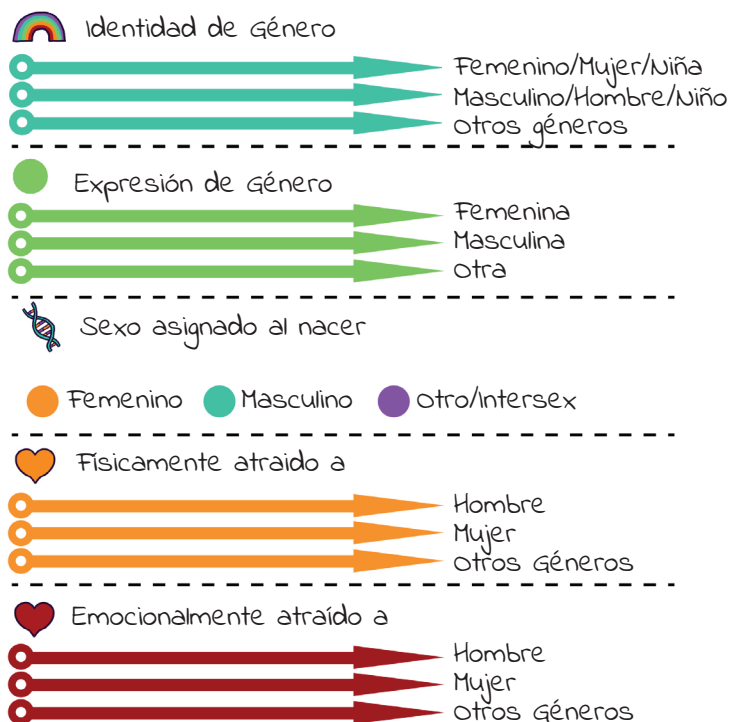
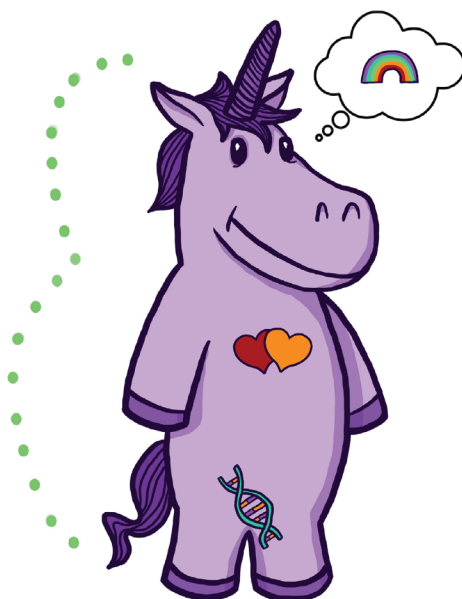
Questioning (Cuestionando)

Cuestionando, indeciséx, explorando. Personas que se encuentran inciertas sobre su orientación sexual y/o identidad de género.

Como se puede observar, la sexualidad es amplia y si se tiene una percepción binaria de la misma, se invisibiliza a muchas personas en el camino. A continuación, se comparten dos imágenes donde se exponen y explican los conceptos básicos y sus definiciones. De igual forma, ayuda a normalizar y ampliar los conceptos tradicionales y binarios de la sexualidad. El Unicornio del Género fue diseñado por Landyn Pan y Anna Moorea (2015).

El Unicornio del Género

Graphic by:
TSER
Trans Student Educational Resources



Para más información:
www.transstudent.org/gender

Design by Landyn Pan and Anna Moore

Capítulo II

Necesidades de la comunidad LGBTQ+

Como antes mencionado, la población LGBTQ+ ha sido una comunidad marginada a través de los siglos. Debido a los discursos limitados, heterosexistas y binarios, se ha intentado explicar la raíz de todo lo que transgrede el sexo y el género, partiendo de la premisa de lo "natural" y lo "normal". Como consecuencia, la homosexualidad fue considerada en algún momento como una enfermedad de salud mental. No fue hasta el 1973 que fue removida en la segunda edición del Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM) por la Asociación Americana de Psiquiatría (Drescher, 2015).

Regulación de la sexualidad

El terreno de la sexualidad ha sido uno de los espacios más regulados históricamente. La regulación de la sexualidad requirió el establecimiento de lugares, mecanismos de observación y registro de las prácticas y deseos sexuales como forma específica de control sobre los cuerpos. A partir de la década del 1870 surge la homosexualidad como categoría de identidad propia y, por ende, se convierte en algo que hay que eliminar porque se concibe como una aberración ante la norma heterosexual (Colina, 2009). En la tesis doctoral de Laura Bisbal-Vicéns (2017) se trabajan algunos conceptos de Michel Foucault, como el biopoder para explicar las prohibiciones o limitaciones que tienen los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) en el campo de la medicina. La sexualidad es uno de los objetivos principales de la gesta normalizadora que se manifestó en el campo de distintas disciplinas, como la psiquiatría, el derecho y la literatura (Foucault, 1977). Bisbal (2017) establece que la medicina comienza a ser una ciencia de mayor importancia con la llegada de la producción industrial, debido a que se le da un poder muy particular, el del saber. El estado utiliza la medicina como medio de control y verdad absoluta para mantener a las personas trabajando y produciendo de forma efectiva. Tanto así que en LGBT 101, Javier Laureano explica que para la Segunda Guerra Mundial, "en San Juan contaban con unos campos visuales donde era posible reconocer y reconocerse como homosexual" (Pág. 24). Laureano reporta que para el 1974, con la revisión del Código Penal, la ley se estableció aún más estricta hacia la población homosexual. En otras palabras, era un delito ser homosexual y/o lesbiana y su condena eran años de cárcel. A continuación, se hará una recapitulación de algunas tácticas fallidas para "curar" la homosexualidad.

Técnicas para “curar” la homosexualidad

La comunidad LGBTQ+ ha vivido experiencias traumáticas en diversas áreas, como en la salud. Kort (2018) establece que el trauma de la comunidad comienza cuando hay una represión de la orientación sexual, que precisamente es lo que hacen las llamadas Terapias Reparativas o de Conversión. Esta ha sido una de las prácticas que más ha reprimido la sexualidad. Esta técnica es una mezcla de aspectos religiosos e históricos. Se trata de modificar y cambiar la orientación sexual e identidad de género de una persona para que sea heterosexual y cisgénero. Su propósito es “curar” la homosexualidad o todo lo que va “contra la natura”, según los dogmas religiosos y conservadores, a través de espacios de poder, como algunas Iglesias, profesionales de la salud mental, entre otros.

Mason Bracken (2020) establece que aproximadamente 700,000 americanxs han recibido Terapias de Conversión en algún momento de su vida. Explica que algunas personas lo pueden describir como una experiencia traumática debido a que algunas prácticas son: a) sesiones terapéuticas en las que: le expresan a sus pacientes que están solxs, que no es natural lo que sienten, que Dios los va a castigar; b) aplican hielo, calor o electricidad al paciente mientras le enseñan fotos de personas gays agarrándose las manos, abrazándose o teniendo relaciones sexuales con el propósito de que asocien esas conductas con dolor.

En una investigación realizada por Miguel Vázquez-Rivera, Caleb Esteban y José Toro-Alfonso (2018) indican que se han encontrado algunas actitudes negativas de los profesionales de salud mental hacia la comunidad LGBTQ+. Esto es de gran preocupación debido a que la ética profesional establece facilitar servicios libres de discriminación, prejuicios y estigmatización. Se le debe proveer un lugar seguro a cada persona que está participando en un proceso de terapia. No obstante, esto no siempre ocurre. El trauma que genera este tipo de intervenciones o prácticas es de gran preocupación para la comunidad, activistas, aliadxs y profesionales de la salud. La terapia reparativa hace más daño a la persona, debido a que no hay una aceptación ni una “cura” de su homosexualidad o identidad de género, si no, una represión de ésta. De hecho, este acercamiento es erróneo desde su origen, porque intenta reparar algo que no está dañado.

Según Kort (2018), el trauma de reprimir la sexualidad puede ocurrir en el proceso de salir del clóset, la manifestación sexual, la distorsión cognitiva y los trastornos de salud mental como: PTSD, uso de sustancias, autolesiones, desregulación emocional, entre otros. Ortiz-Hernández (2005) establece que las personas “bisexuales, lesbianas y homosexuales se enfrentan a diversas formas de exclusión social debido a que en la mayoría de las sociedades se valora de forma negativa su orientación sexual” (Pág. 50). De igual forma, indica que esto puede tener repercusiones negativas en la salud mental de estas personas en comparación con personas heterosexuales y cisgénero. La comunidad LGBTQ+, según Ortiz-Hernández (2005), presenta una prevalencia más alta en el consumo de alcohol y sustancias, la ideación e intento suicida y los trastornos mentales. Esto se debe a las exclusiones y vicisitudes que experimenta esta comunidad.

La bisexualidad

Las personas bisexuales han sido de igual forma víctimas del desconocimiento social. Algunos mitos, según Vázquez-Rivera y Esteban-Reyes (2016):

- ▶ Freud y algunos psicoanalistas indicaban que la bisexualidad era una etapa de inmadurez o infantil debido a que no se resolvió el Complejo de Edipo o Electra. Según Freud y seguidores, a medida que las personas pasan a la adultez se van definiendo como homosexuales o heterosexuales y reprimen los deseos bisexuales.
- ▶ Etapa de transición de heterosexualidad a homosexual.
- ▶ Es por moda, es una mentira o falacia.
- ▶ Las personas bisexuales son más promiscuas e infieles que otras personas.

Vázquez y Esteban (2016) indican que las personas bisexuales se ven más afectadas que las personas heterosexuales y homosexuales en el área de la salud física y mental. Existe una población invisible dentro de la misma comunidad y muchxs reportan sentirse estigmatizadx y marginadx. Algunas necesidades reportadas por esta comunidad según los autores antes mencionados son:

- 1) victimización;
- 2) barreras financieras para los servicios de salud;
- 3) obesidad;
- 4) actividad física limitada.

Esto hace que las personas bisexuales tengan una alta tasa de trastornos de salud mental y condiciones de salud física tales como: VIH+ y otras infecciones de transmisión sexual, hipertensión, uso de cigarrillo, entre otras. En cuanto a las mujeres bisexuales, según Vázquez y Esteban (2016), presentan mayor riesgo de cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares, obesidad, asma, diabetes y acceso limitado a servicios de salud. Esto puede estar asociado al desconocimiento de lxs profesionales de la salud, muchos desconocen sobre la diversidad sexual e identidad de género. Por lo tanto, no hacen las preguntas usuales y frecuentes que le hacen a otros pacientes heterosexuales. De igual forma, el sistema de salud ha sido construido en categorías binarias, como por ejemplo: hombre/mujer.

En cuanto al área de salud mental, las personas bisexuales son más propensas a padecer de depresión y ansiedad comparado con las personas homosexuales y heterosexuales, así como a presentar conductas autolesivas, delincuencia, uso de alcohol, cigarrillo o drogas, exposición a la violencia y trastornos alimenticios (Vázquez & Esteban, 2016). Según estos autores, en el área de investigación se identifican limitaciones y es importante recalcar que, dependiendo del estudio, los resultados se pueden analizar de diferentes maneras, dependiendo de las categorías utilizadas. Por ejemplo, hay investigadorxs que utilizan la categoría de bisexualidad sin hacer una distinción entre hombres y mujeres bisexuales. Otrxs hablan de conductas sexuales y no de orientación sexual, crean categorías de hombres sexo con hombre (HSH) y mujeres que tienen sexo con hombres y mujeres (MSHM).

Dentro de los factores de protección de la comunidad bisexual se encuentran (Vázquez & Esteban, 2016):

- 1) apoyo social;
- 2) tamaño del núcleo social.

Necesidades de las poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales que

se han desarrollado a través de la historia

John E. Pachankis y Marvin R. Goldfried (2013), en *Clinical Issues in Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*, establecen necesidades traídas por algunos clientes de las poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales (LGB), tales como: desarrollo de la identidad, relaciones románticas, relaciones familiares y paternidad. En cuanto al desarrollo de la identidad, los autores antes mencionados indican que las personas de las comunidades LGB tienden a esconder su orientación sexual debido a aspectos sociales como el estigma, la homofobia, las expectativas sociales (roles), entre otros. Como consecuencia, estas personas pueden manifestar homofobia internalizada, que no es otra cosa que el rechazo o vergüenza de su orientación sexual. La homofobia internalizada no solamente ocurre en la comunidad LGB, sino también en las personas de experiencia trans.

Necesidades de la comunidad transgénero, cuir y no binarias

Las personas trans, cuir y no binarias; al igual que las personas LGB, carecen de lugares seguros, apoyo, accesibilidad a tratamientos, entre otros. No obstante, se añade la dificultad de uso de pronombres adecuados, disforia de género, cambio de nombre, tratamientos en caso de transición corporal, dificultades económicas, entre otros.

En relación con las personas trans, según Rodríguez Madera, Ramos Pibernus, Padilla y Varas Díaz en el libro *LGBT 101* (2016), al igual que la homosexualidad, en la década de los 80's en el DSM III, la transexualidad estaba clasificada como un trastorno de salud mental llamado Trastorno de Identidad. Luego, en la cuarta edición del DSM, el Trastorno de Identidad fue sustituido por el Trastorno de Identidad de Género, el cual podía ser diagnosticado en la niñez, adolescencia o adultez. Por último, lxs autorxs explican que para evitar que las personas trans fueran patologizadas y estigmatizadas, la APA revisó el diagnóstico para el DSM 5 y lo sustituyó por Disforia de Género para referirse a la incomodidad de habitar en un cuerpo equivocado. Rodríguez Madera indicó “a pesar de que este nuevo diagnóstico representa un adelanto en la concepción de las identidades trans, continúa perpetuando el que se vea como un trastorno de salud mental al menos por las próximas décadas’ (Pág. 322). Al igual que la homosexualidad, las personas trans pasan por unas etapas hasta llegar a la aceptación de su identidad. Según *LGBT 101*, las etapas son las siguientes:

- ▶ **Despertar de Consciencia** - iniciar en el desarrollo de una identidad trans, donde comienzan a sentirse diferentes a lxs demás.
- ▶ **Búsqueda de Información**
- ▶ **Divulgación a Personas Significativas**
- ▶ **Exploración: Identidad y etiquetas autoimpuestas** - aceptación de la Disforia de Género
- ▶ **Exploración: Asuntos de transición y posibles modificaciones corpóreas** - “comienza a consolidar la presentación de género y a tomar decisiones sobre las posibilidades de realizar modificaciones corpóreas.” No todas las personas trans desean llevar a cabo una modificación corporal (Pág. 326).
- ▶ **Integración: Aceptación y asuntos luego de la transición**

A continuación, se presentan algunas dificultades en las áreas psicosociales y de salud de las personas trans según Rodríguez Madera, Ramos Pibernus, Padilla y Varas Díaz:

► **Mujeres trans:**

- 1) Alta prevalencia de VIH+
- 2) Uso problemático de alcohol y drogas
- 3) Actividades sexuales de alto riesgo
- 4) Falta de asistencia a servicios de salud con su debida frecuencia (Ej. PAP)

Dentro de los riesgos en cuanto al contagio de VIH, lxs autorxs reportan los siguientes:

- 1) Pensamientos suicidas
- 2) Falta de conocimiento sobre contagio
- 3) Sexo sin protección
- 4) Uso de inyecciones no seguras para modificar el cuerpo (Ej. automedicación de hormonas)

► **Hombre trans:**

- 1) Uso problemático de alcohol
- 2) Dificultades de acceso a servicios de salud

Una investigación realizada por Sen (2007) plantea que las comunidades trans son forzadas a sobrevivir en una sociedad donde les marginan; carecen de recursos materiales y experimentan una exclusión del mercado laboral, llevándolos a realizar trabajo sexual para sobrevivir.

Personas cuir

Respecto a las personas cuir, no hay literatura suficiente. Según Rafael Mérida Jiménez en Sexualidades Transgresoras (2002), los adolescentes cuir tienen dos a tres veces más probabilidad de presentar intentos suicidas y lograrlo, en comparación con otros jóvenes. Casi un 30% de los jóvenes que se suicidan son gays y lesbianas. Un tercio de los jóvenes gays y lesbianas indican haber intentado hacerse daño. Lxs jóvenes cuir pertenecientes a minorías étnicas presentan el porcentaje más alto de intentos suicidas.

Personas no binarias

En resumen, existen pocos estudios relacionados con las personas no binarias, aunque estos experimentan un alto riesgo suicida, altos niveles de distrés psicológico, ansiedad y depresión. Existe desconocimiento de lxs profesionales de salud mental sobre las particularidades de esta población. Singh y Dickey (2016) establecen que menos de un 30% de lxs psicólogxs reportan estar familiarizados con las necesidades de lxs pacientes transgéneros y géneros no conformes. Según Matsuno & Budge (2017), la dificultad mayor que tienen las personas no binarias es en formar parte de una sociedad estructurada alrededor de conceptos binarios (Ej. hombre/mujer, femenino/masculino).

A continuación, se enumeran algunas necesidades y experiencias de las personas no binarias y de la comunidad según Singh y Dickey:

- 1) Prevención para evitar contagio de VIH.
- 2) Poco acceso a tratamientos de salud preventivos, asociados a la preocupación de cómo lxs proveedores intervendrán con ellxs.
- 3) Cernimientos e historiales médicos que no representan a la comunidad y sus experiencias de trato hostil de proveedor a paciente.
- 4) Como resultado de la discriminación y el hostigamiento, algunas personas de la comunidad presentan altos niveles de diagnósticos comórbidos de salud mental, autolesiones e ideas suicidas.
- 5) Uso elevado de nicotina y síntomas de retirada de la misma, por lo tanto algunas condiciones como el cáncer.
- 6) En un estudio realizado por Reisner, White, Bradford, and Mimiaga (2014), citado en Singh y Dickey, las personas transgénero y género no conforme reportaron estresores sociales desproporcionados comparados con las personas cisgénero, lo que resulta en altos niveles de enfermedades de salud mental y física.

Factores de protección para esta población según Singh, Hays y Watson, citado en Singh y Dickey:

- 1) Autovalor
- 2) Consciencia de la opresión social
- 3) Conexión con una comunidad que le brinde apoyo
- 4) Cultivar esperanza para el futuro

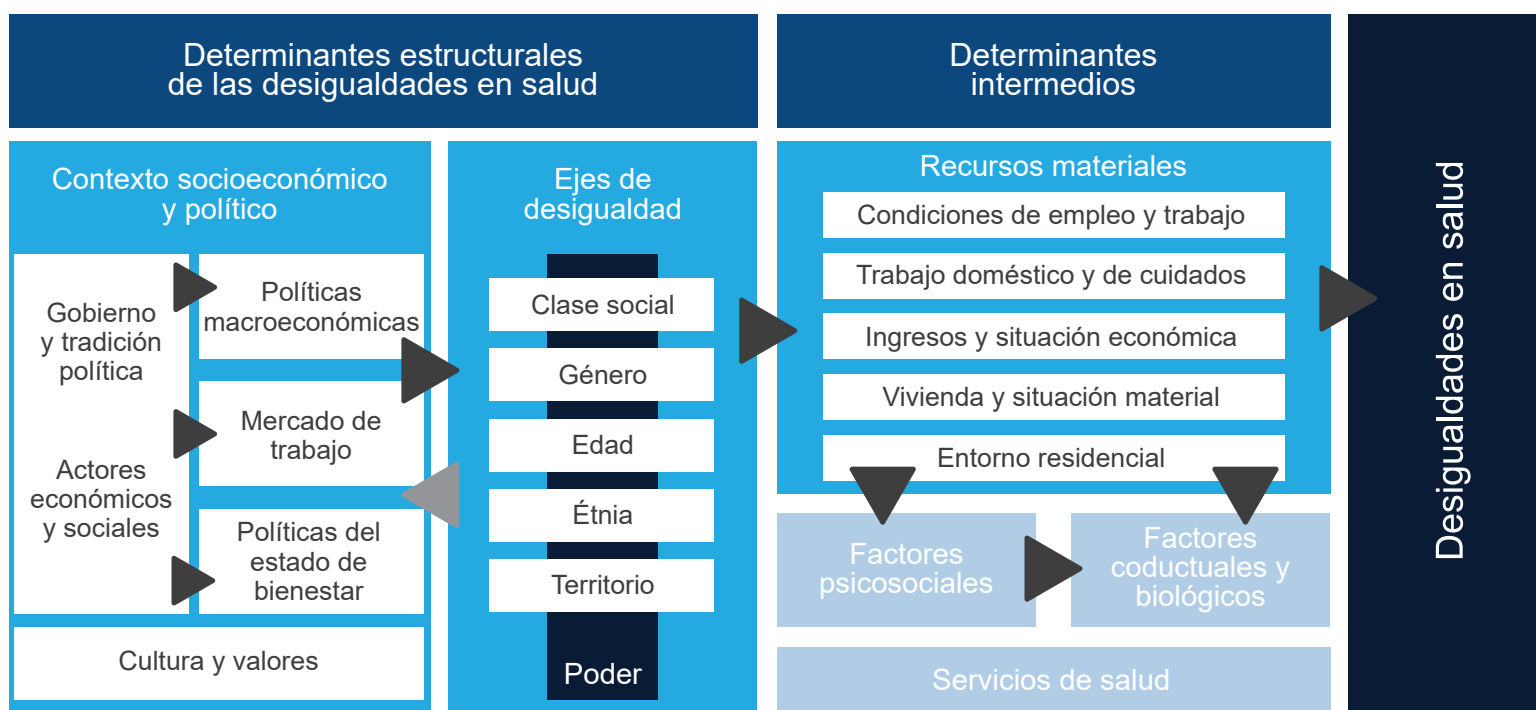
Capítulo III

Estadísticas del uso problemático de sustancias en la comunidad LGBTQ+ en el mundo y Puerto Rico

Existen diferentes modelos para explicar las desigualdades y disparidades en el área de salud de las comunidades LGBTQ+, entre estos el Modelo de Estrés Minoritario y el Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales. A continuación, se presentan y su impacto en la población LGBTQ+.

Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales

Alfaro-Alfaro (2014) indica que los determinantes sociales de la salud (DSS) se refieren a las circunstancias de vida en las que nacen las personas, cómo crecen, viven, trabajan, envejecen, entre otros. A su vez, estos determinantes son provocados por fuerzas políticas, sociales y económicas (CSDH, 2008). Ramos-Pibernus (2014) establece que no todas las comunidades gozan de un trato igualitario en las diversas áreas de la salud. De igual forma, explica que los sectores más vulnerables, estigmatizados y olvidados tienen una alta prevalencia de enfermedades y muertes prematuras, comparado con los sectores que cuentan con el poder adquisitivo o privilegio social. La siguiente imagen es el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud presentado por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.



Cuando se habla del género como DSS, se hace referencia a las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan la vulnerabilidad frente a los riesgos de la salud (OMS, 2018). Teich (2012) define la identidad de género como una mirada subjetiva que hace una persona de sí misma con relación a su identificación como mujer, hombre, ambos, ninguno o fluido. No obstante, el concepto de identidad de género puede tener diversas definiciones y miradas. Según Hawkesworth (1977), este término cuenta con al menos 25 usos o definiciones diferentes. La dificultad nace cuando la categoría no se va adaptando de generación en generación y su definición parte del binomio, excluyendo otras identidades como transgénero y transexual. En sociedades donde predomina el patriarcado, la heteronormativa y el fundamentalismo religioso se promueve el estigma y la marginación de las comunidades de desventaja, como son las personas trans (Ramos-Pibernus, 2014).

El *Human Rights Campaign* (HRC, 2020) realizó un informe sobre la situación económica y el acceso a salud en la comunidad LGBTQ+. A continuación, se presenta una tabla que resume los datos estadísticos según el HRC:

- ▶ Hay cerca de 14 millones de adultxs y 2 millones de jóvenes LGBTQ+ en Estados Unidos.
- ▶ Más de 5 millones de lxs miembrxs de la comunidad LGBTQ+, trabajan en espacios que son más probables que se vean afectadxs por COVID-19.
- ▶ La comunidad LGBTQ+ es más propensa a vivir en pobreza y carezca de recursos médicos, en comparación con las personas heterosexuales cisgénero. De igual forma, son más propensxs a carecer de licencia médica pagada o licencia por enfermedad y plan médico, entre otras necesidades básicas durante la pandemia de COVID-19.
- ▶ El 17% de las personas LGBTQ+ no cuentan con plan médico comparado con el 12% de las personas cisgénero/heterosexuales.
- ▶ El 23% de las personas LGBTQ+ negrxs, 22% transgénero negrxs y 32% trans negrxs; no tiene plan médico.
- ▶ HRC realizó un análisis de los datos de la Encuesta Social General del 2018 e identificó cinco industrias donde lxs adultxs LGBTQ+ en Estados Unidos son más propensxs a trabajar, sumando alrededor del 40% de todas las industrias.
 - 2 millones (15%) trabajan en restaurantes y servicios de comida
 - 1 millón (7.5%) en hospitales
 - Cerca de 1 millón (7%) en educación K-12
 - Cerca de 1 millón (7%) en universidades
 - ½ millón (4%) en el área de ventas

Esto sugiere que más de 5 millones de trabajadorxs LGBTQ+ de algunas de estas industrias pudiese estar impactadxs por la pandemia.

- ▶ 1 de cada 10 personas LGBTQ+ están desempleadas y están más propensas a vivir bajo el nivel de pobreza que las personas heterosexuales, cisgénero.
- ▶ 1 de cada 5 no han visto un médico cuando lo han necesitado porque no lo pueden pagar. Negrxs LGBTQ+ (23%), latinxs LGBTQ+ (24%) y mujeres transgéneros (29%).
- ▶ El 19 de marzo de 2020 los medios de comunicación indicaron que al menos 15 gobernadores de los diferentes estados de E.U. han dicho que los restaurantes debían cerrar, lo que significa que lxs trabajadorxs pudieron perder sus empleos o turnos.
- ▶ La falta de empleo y la pobreza pudiese estar asociada al discrimen.

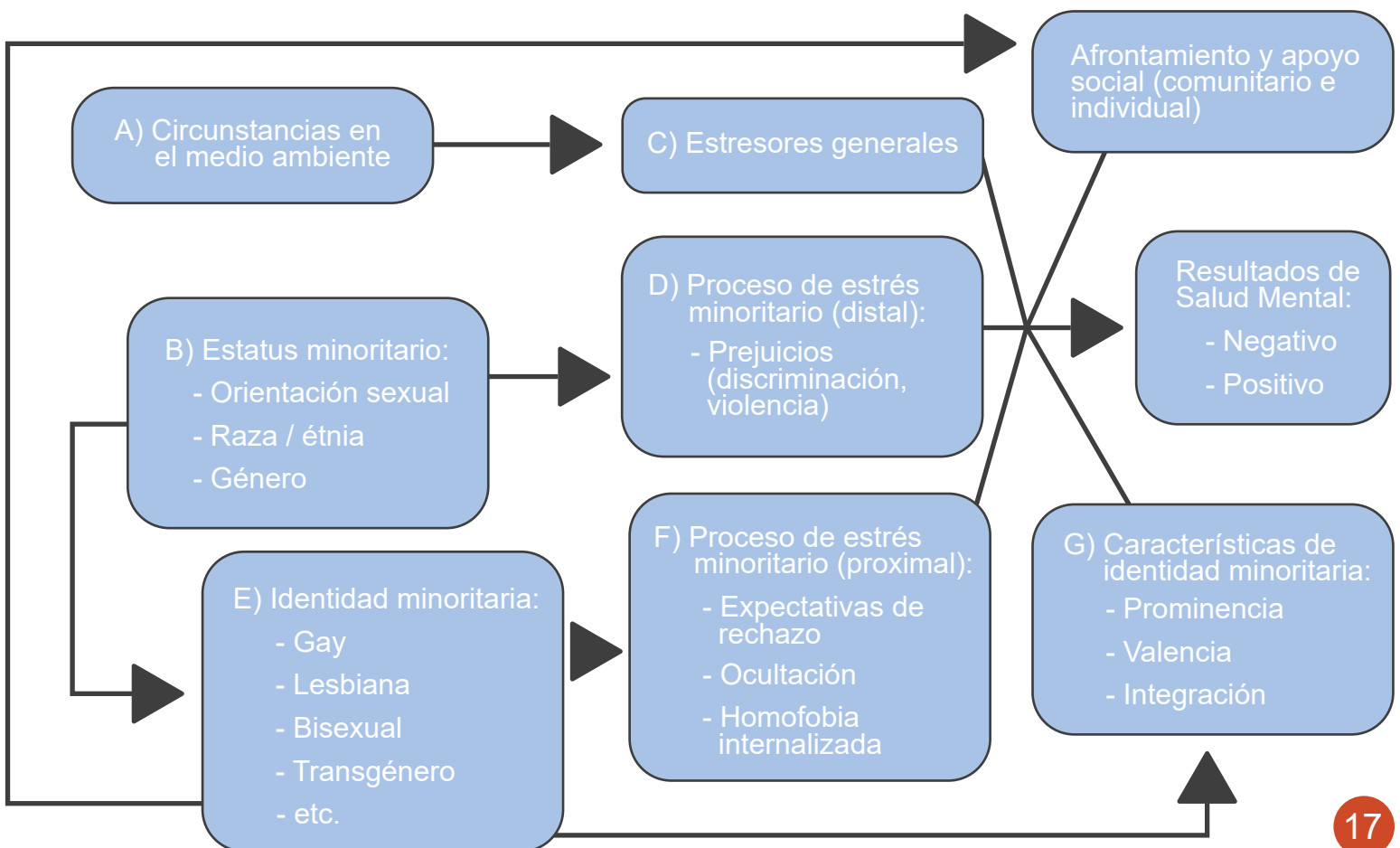
Estas desventajas también se relacionan con el Modelo de Estrés Minoritario que hace referencia al estrés causado por posiciones sociales desventajadas (Pineda-Roa, 2019).

Modelo de Estrés Minoritario

La literatura expone el Modelo de Estrés Minoritario para estudiar y profundizar en temas que afectan comunidades marginadas y estigmatizadas como la comunidad LGBTQ+. Cuando se habla de minorías sexuales, se refiere a aquellas personas que la identidad de género o su orientación sexual no es heterosexual o cisgénero (Braden, Obedin, Capriotti & Lunn; 2020). Este concepto plantea diversos aspectos esenciales a ser considerados al momento de explorar, estudiar y/o tratar temas relacionados a la salud mental de las minorías.

Primero, es importante conceptualizar o definir el concepto de estrés social, el cual amplía la teoría del estrés, que sugiere que las condiciones del entorno social, no sólo los eventos personales, son fuentes de estrés que pueden conducir a efectos negativos mentales y físicos (Meyer, 2013). De igual forma, Meyer recalca que el estrés social tiene un impacto significativo en las vidas de las personas que pertenecen a categorías sociales estigmatizadas, incluyendo las categorías relacionadas con el nivel socioeconómico, la raza/etnia, el género o la sexualidad. En el caso de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTQ+, los problemas de salud mental que pueden presentar: ansiedad, depresión, problemas de drogas/alcohol, entre otros, no son por su orientación sexual o su identidad de género; sino por el estigma, rechazo y marginación que viene acompañado por no cumplir con el binomio de género y la heterosexualidad. El Modelo de Estrés Minoritario describe el estrés excesivo al que están expuestos lxs individu@s de las categorías sociales estigmatizadas como resultado de su posición social, a menudo minoritaria. Esto refleja la desigualdad y desventaja social que tienen las minorías sexuales.

A continuación, se presenta el Modelo de Estrés Minoritario:



Un ejemplo de cómo el estrés (discrimen, rechazo, entre otros) impacta a la comunidad LGBTQ+, se refleja en las estadísticas del uso de sustancias en esta población. Resultados de encuestas realizadas por el National Survey on Drug Use and Health sugieren que las minorías sexuales muestran altas tasas de uso problemático y trastornos por uso de sustancias, en comparación con las personas que se identifican como heterosexuales y cisgénero (NIH, 2017). Esto es apoyado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), donde estudios muestran que en comparación con la población general, las personas de la comunidad LGBTQ+ son más propensas a utilizar drogas y alcohol; tienen mayor índice de abuso de sustancias y continúan consumiendo alcohol en exceso en la vida adulta (CDC, 2016).

Estadísticas sobre uso problemático de sustancias y la comunidad LGBTQ+

La literatura que se presenta a continuación pretende abarcar el tema del uso de sustancias en la población LGBTQ+ en Estados Unidos y en Puerto Rico. Esta información no necesariamente está basada bajo los criterios del DSM-5. Según el estudio de Barger, et. al. (2020), la literatura que correlaciona el tema de las sustancias y la comunidad LGBTQ+ aún está limitada. No obstante, hay datos que ofrecen información con respecto al uso de sustancias en las minorías sexuales y de género.

De acuerdo con los resultados obtenidos por SAMHSA, las minorías sexuales son más propensas a tener uso problemático de sustancias y enfermedades de salud mental que las personas heterosexuales y cisgénero. Se encontró que lxs adultxs de minorías de orientación sexual son más propensxs a tener un trastorno por uso de sustancias que incluyó alcohol, marihuana y otras drogas, o mal uso de medicamentos para aliviar el dolor. En adición, lxs adultxs de minorías de orientación sexual era más probable que necesitaran y recibieran tratamiento.

Según un estudio realizado por Rodríguez et. al. (2015) con un enfoque en la comunidad trans de Puerto Rico, existen varios factores que contribuyen a la inequidad: el acceso limitado a los servicios de salud, opciones laborales, recursos de asistencia social y oportunidades educativas. Bockting y colaboradores (2013) realizaron una investigación con hombres y mujeres trans en Estados Unidos y Puerto Rico, encontraron tasas muy altas de depresión (44.1%), ansiedad (33.2%), somatización (27.5%), consumo riesgoso de alcohol (22%) y consumo de marihuana (24%).

A continuación, se presenta un resumen de algunas investigaciones con relación al uso de sustancias en PR y las personas de la comunidad LGBTQ+, citado por Esteban (2015).

- ▶ Ruiz-Márquez (2012) realizó un estudio con parejas del mismo sexo y la recuperación del uso de sustancias. De igual forma, realizó una correlación con el prejuicio, discrimen y estigma.

Muestra: 50 participantes homosexuales (26 mujeres lesbianas), mayores de 21 años. Lxs participantes habían estado en una relación de menos de un año donde hubo uso de sustancias.

Resultados: Las mujeres mostraron una tendencia a ingerir más alcohol al estar participando de la problemática del uso de sustancias (f=21 en las féminas vs f=11 en los varones). El 29% informó que la capacidad de comprar drogas o alcohol se convirtió en la meta económica de la relación, 66% indicó sentir emociones negativas hacia su pareja debido a la existencia de la sustancia. El 50% informó que las relaciones sexuales habían disminuido debido al consumo de sustancias. El 75% comunicó aumento de uso de cigarrillos, debido a la problemática de la sustancia. Un 58% cambió sus expectativas de la relación por la problemática de sustancias. El 50% de las mujeres reportó haber aprendido algo positivo de la problemática dentro de su relación de parejas.

- ▶ López-Becerra (2010) realizó un estudio con una muestra de personas LGBTQ+ de PR y su relación con el uso de sustancias y factores como: el prejuicio y el discrimen.

Muestra: 100 participantes puertorriqueños (22% mujeres lesbianas, 9% bisexuales, de las cuales no se menciona su sexo o género).

Resultados: Las sustancias más utilizadas alguna vez en la vida por el grupo de lesbianas fueron: marihuana (76%), cocaína (11%), heroína (5%), popper (5%) y éxtasis (5%); En comparación con las personas bisexuales: marihuana (85%), cocaína (22%), popper (33%), éxtasis (11%) y crack (11%). Cuando observamos el consumo de sustancias en los últimos 12 meses disminuía el porcentaje, aunque continuaba siendo revelador. En resumen, “los resultados podrían aludir a que el consumo de sustancias es momentáneo y no de dependencia en muchas de las sustancias dentro de esta población”.

Un factor precipitante con relación al uso de sustancias de la comunidad LGBTQ+ es la falta de oportunidades en el área laboral. Esto tiene como consecuencia que muchas personas recurran al trabajo sexual para poder obtener dinero para cubrir sus necesidades básicas y gastos médicos (Departamento de Salud del gobierno de Puerto Rico y colaboradores, 2015). Debido a esta situación, Cáceres y colaboradores (2006), indican que es común el uso de sustancias como alcohol y cocaína durante el trabajo sexual. Se observa cómo el género afecta como determinante social, ya que para las personas no cisgénero son más difíciles conseguir trabajo para poder costear tratamientos médicos y sus necesidades básicas, comparado con las personas cisgénero, como ilustra la siguiente tabla:

	Minoría Sexual	Personas cisgénero-heterosexuales
Drogas ilícitas o uso de alcohol	15.1%+	7.8%
Uso de alcohol	10.8%+	6.1%
Uso de drogas ilícitas	7.8%+	2.6%
Uso de marihuana	3.9%+	1.3%
Uso de medicamentos para dolor	2%+	0.7%

Respecto a EE. UU, datos basados en el *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH, 2015) sugieren que en el 2015 un 4.3% de lxs adultxs de 18 años o más se identificó como minoría sexual, incluyendo un 1.8% que se identificó como lesbiana o gay y un 2.5% que se identificó como bisexual (SAHMSA, 2016). Cabe destacar que la encuesta realizada es la primera representación a nivel nacional que se obtiene sobre esta información. Esta encuesta se realiza anualmente a la población civil de 12 años o más, no institucionalizada de los Estados Unidos. En el 2015, se completaron 132,210 evaluaciones y se obtuvieron 68,073 entrevistas. De las entrevistas completadas, hubo una cantidad aproximada de 3,000 adultxs encuestadxs mayores de 18 años que se identificaron como parte de la minoría sexual.

Por otra parte, en un estudio realizado por Juergens (2019) sobre drogas de elección dentro de la comunidad LGBTT, se presentan: tabaco, alcohol, marihuana, anfetaminas y heroína. Las desglosan por sustancias y estadísticas de la siguiente manera:

Sustancia	Población específica	Estadística
Tabaco	Gay y transgénero	Hasta un 200% más en comparación con aquellos que se identifican como heterosexuales
Alcohol	LGBTQ+	20 a 25% muestran trastorno de alcohol moderado a severo
Marihuana	Hombres gay	Son 3.5% más propensos a usar marihuana que aquellos hombres heterosexuales
Anfetaminas	LGBTQ+	Son 12.2% más propensos al uso de anfetaminas que personas heterosexuales
Heroína	LGBTQ+	9.5% más propensos que personas heterosexuales al uso de heroína

En adición, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, mejor conocido por sus siglas en inglés como el CDC, desarrolló un módulo de preguntas para el Sistema de Vigilancia de Factor de Riesgo Conductual (BRFSS) con el propósito de recoger datos sobre la orientación sexual y la identidad de género. El BRFSS es el sistema de encuestas de salud más grande en el mundo. En Estados Unidos, además de incluir los 50 estados, también están los territorios, incluyendo a Puerto Rico. De igual manera, desde el 2015 se ha estado realizando la encuesta conocida como SOGI, por sus siglas en inglés (Sexual Orientation and Gender Identity). No obstante, para el año 2015, Puerto Rico no tenía datos recopilados (Baker, K. & Hughes, M. 2016).

En resumen, las estadísticas e investigaciones sobre el abuso de sustancias en EE. UU y en PR evidencian que las personas no cisgéneros y LGB son más propensas a usar sustancias que las personas heterosexuales cisgénero. Como antes mencionado, esto no se debe a su orientación sexual y/o identidad de género, si no a la marginación social (exclusión de las políticas públicas, conceptos binarios, exclusión de servicios de salud, desconocimiento, entre otras dinámicas sociales). Tanto es así, que en Puerto Rico, además de que no están actualizadas las estadísticas, las mismas son divididas por géneros binarios, excluyendo a la comunidad LGBTQ+.

Esta es la Tabla del Perfil Sociodemográfico y Clínico de la Población Atendida en la Unidad de Alcoholismo, Año Fiscal 2018-2019 de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

Tabla 6. Perfil demográfico y socio-económico de la muestra, muestra sin pesar y pesada, n = 3180

Característica	Sin Pesar ¹	Pesada ²	Por ciento
Género			
Hombres	1,270	1,382,626	47.6
Mujeres	1,910	1,523,348	52.4
Grupo de Edad			
15 – 17	103	199,066	6.9
18 – 24	372	458,088	15.8
25 – 34	549	572,527	19.7
35 – 64	1,686	1,420,249	48.9
65 – 74	468	256,044	8.8
Nivel Educativo			
< Nivel superior	858	742,254	25.5
Nivel superior	1,132	1,036,393	35.7
> Nivel superior ³	192	186,974	6.4
Título universitario	995	937,822	32.3
Estado Civil			
Nunca casado	691	820,954	28.3
Casado/unión consensual	1,630	1,440,006	49.6
Separado/divorciado	603	488,811	16.8
Viudo	255	155,473	5.4
Estado de empleo			
Empleado	1,343	1,332,568	45.9
Desempleado	318	259,132	8.9
Ama de casa	610	443,275	15.3
Estudiante	357	486,342	16.7
Pensionado/jubilado	515	353,231	12.2
Mujeres en edad reproductiva⁴			
Criando niños	591	528,974	18.2
Embarazada durante últimos 12 meses	124	112,489	3.9
Región de salud⁵			
Oeste	400	431,042	14.8
Norte	407	360,291	12.4
Metro	396	511,562	17.6
San Juan	392	312,580	10.8
Noreste	399	374,176	12.9
Suroeste	401	246,793	8.5
Sureste	383	255,282	8.8
Este	402	414,248	14.3
Plan médico			
Ninguno	268	278,808	9.6
Público ⁶	1,623	1,401,754	48.2
Privado	1,290	1,225,412	42.2

1 Cantidad de personas entrevistadas en la encuesta.

2 Cantidad de personas al ponderar a la población de Puerto Rico, 2008.

3 Estudios post-secundarios sin título universitario.

4 Mujeres 18 a 45 años.

5 Ver página 8, Sección III Métodos y Procedimientos para la composición de cada región.

6 Incluye Medicaid, Medicare, Veteranos, y Plan del Gobierno de Puerto Rico (Reforma).

Capítulo IV

Intervención del uso problemático de sustancias en

la comunidad LGBTQ+

La siguiente información fue recopilada del manual de SAMHSA: *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals (2012)*. SAMHSA es una agencia dentro del DHHS que trabaja con la salud pública. Su misión es reducir el impacto del uso de sustancias y trastornos de salud mental en las comunidades de América.

Algunas recomendaciones ofrecidas por SAMHSA para trabajar con el uso problemático de sustancias entre la comunidad LGBTQ+ y tras aclarar que para propósitos de ser inclusivas para la comunidad trans, cuir y no binaria, se realizaron algunas modificaciones a las recomendaciones:

- ▶ Entender la terminología apropiada es una parte esencial para comprender a las personas LGBTQ+.
- ▶ Cómo el heterosexismo y cisexismo contribuye al uso de sustancia de esta comunidad.
- ▶ Heterosexismo y el cisexismo pueden afectar a las personas de la comunidad, causando homo/bi/trans-fobia internalizada, vergüenza y un autoconcepto negativo. Algunas de estas personas pueden utilizar sustancias para manejar las emociones o sentimientos negativos que esto le puede causar.
- ▶ Lxs profesionales que van a trabajar con el uso problemático de sustancias de la comunidad LGBTQ+ deben entender que este efecto resulta de prejuicios y discriminación por parte de la sociedad y no por su orientación sexual o identidad de género.
- ▶ Muchxs individuxs de esta comunidad utilizan alguna sustancia para manejar sentimientos de soledad, temores, depresión, ansiedad, coraje y desconfianza hacia otras personas.
- ▶ Identificar y considerar las etapas de salir del clóset (confusión de identidad, comparación, tolerancia, aceptación, orgullo y síntesis de identidad). Los estudios indican que los hombres que tienen sexo con hombres son más propensos a utilizar marihuana, drogas psicodélicas, alucinógenos, estimulantes, sedativos, cocaína, entre otros.
- ▶ Accesibilidad a servicios. Debido a la homo/bi/trans-fobia y discriminación hacia esta población, provocan que muchas personas LGBTQ+ sientan incomodidad e inseguridad al comenzar o buscar tratamiento. Muchos de los programas que tratan el uso de sustancias no están preparados para atender las necesidades de las personas LGBTQ+. Una barrera que se puede presentar es que lxs profesionales asuman que sus pacientes son heterosexuales y cisgénero. Esto es un impedimento para que la comunidad busque servicios para atender el uso de sustancias.

- ▶ Modalidades utilizadas para tratar el uso de sustancias. Los grupos deben ser inclusivos y de aceptación.
- ▶ Competencias de lxs profesionales de la salud, deben sensibilizarse y adiestrarse en los asuntos de la comunidad LGBTQ+.

“La orientación sexual desempeña un rol importante a la hora de comprender qué tipo de población se encuentra en alto riesgo ante el abuso y dependencia de las drogas legales e ilegales” (Martínez-Taboas, Cruz-Perez & Padilla-Martínez (2016), Pág. 147). Algunxs profesionales indican que el estigma y la tensión que sienten lxs miembros de esta minoría hace que algunas personas busquen manejar estos estresores mediante el uso de sustancias, las cuales alteran el comportamiento.

Siguiendo esta teoría, algunos mitos que fomentan o refuerzan el uso de sustancias como automedicación son los siguientes (SAMHSA, Pág. 6):

- 1) Todos los hombres homosexuales son afeminados y todas las lesbianas se identifican con el género masculino.
- 2) Las personas LGBTQ+ abusan de menores.
- 3) No son suficientes para mantener una profesión y las responsabilidades que genera la misma.
- 4) No pueden tener relaciones estables y saludables.
- 5) Son personas mentalmente enfermas.

Una vez que estos mitos se generalizan y son parte de una etiqueta para las personas LGBTQ+, las personas pertenecientes al grupo mayoritario sienten que pueden tratar de una manera diferente al grupo minoritario. Algunos ejemplos de heterosexismo que pueden ocurrir en los centros de tratamiento para el consumo sustancias hacia la comunidad LGBTQ+ son (Pág. 7):

- 1) Conversaciones referentes a la comunidad LGBTQ+ con contenido burlón y estigmatizante.
- 2) Chistes sobre las conductas sexuales y de género de las personas LGBTQ+.
- 3) Falta de reclutamiento de personal abiertamente LGBTQ+.
- 4) Mínima o ninguna inclusión de las personas LGBTQ+ en el proceso de tratamiento.

¿Cómo el heterosexismo y cissexismo contribuye al abuso de sustancias?

Los efectos negativos del heterosexismo y el cissexismo incluyen los siguientes (Pág. 8):

- 1) Culpa por lo que la víctima ha sufrido.
- 2) Autoconcepto negativo como resultado de los mensajes nocivos hacia la homosexualidad, bisexualidad o a las personas de experiencia trans.
- 3) Coraje autodirigido, como conductas de autolesionarse y de riesgo que se reflejan en patrones destructivos como es el uso de sustancias.
- 4) Sentimiento de desesperanza e inadecuación que interfiere para vivir una vida plena.
- 5) Autovictimización que entorpece el desarrollo y crecimiento emocional.

Es crucial que lxs profesionales de la salud mental reconozcan que el heterosexismo y el cissexismo son resultado del discrimen y el prejuicio, no como consecuencia de la sexualidad o la identidad de género de las personas. Según SAMHSA (2012), unx buenx profesional de salud mental, debe estar atentx a los efectos negativos que tiene el prejuicio en las personas LGBTQ+.

¿Qué pueden hacer lxs profesionales de la salud mental para ayudar a las

personas LGBTQ+ con uso problemático de sustancias?

► **Confidencialidad**

Los programas tienen que desarrollar políticas y procedimientos garantizando la confidencialidad de la persona como información sobre la orientación sexual y la identidad de género como manera de protección.

► **Tener cuidado con las autorevelaciones**

Como parte del proceso de recuperación, los tratamientos promueven el que lxs participantes divulguen o compartan información sobre su uso de sustancias. No obstante, no todo el tiempo es recomendado. Las personas LGBTQ+ deben tener cautela antes de divulgar su uso de sustancias a otrxs. Muchas veces las personas LGBTQ+ no tienen protección legal contra el discrimen por orientación sexual y la identidad de género. Por esto, deben compartir su información únicamente con las personas que lxs respeten.

► **Educación**

Los programas deben educar a su equipo sobre las intervenciones apropiadas con estas poblaciones.

► **Inventario legal**

Los programas deben ayudar a lxs participantes a que protejan sus derechos.

► **Respeto hacia la comunidad**

► **Programas que le provean seguridad a las personas LGBTQ+ que participan**

► **Ser afirmativx y tener competencia de diversidad cultural**

Principios de cuidado

A continuación, presentamos el Anejo 4-2 del manual de SAHMSA: A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals (2012) sobre los principios de cuidado que deben formar parte dentro del tratamiento para el uso de sustancias de las personas LGBTQ+. Los siguientes principios de cuidado deben ser parte de los programas que ofrecen tratamiento para el consumo de sustancias a la comunidad LGBTQ+. Estos principios son adaptados de una guía práctica de atención de salud mental para desarrollar programas que trabajan con personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (Acuff et. al., 1999):

► **Sea flexible y centradx en la persona**

Lxs pacientes presentarán una amplia gama de necesidades psicosociales y por el uso de sustancias. Si bien, algunxs pacientes pueden beneficiarse de las modalidades grupales de tratamiento, otros pueden necesitar terapias individuales o beneficiarse de un tratamiento de apoyo. Para satisfacer las necesidades de las personas, los servicios deben ser flexibles, pero consistentes e integrados.

► **Trabaje en coordinación y de forma integrada**

Los sistemas de servicios deben establecer vínculos y redes formales para mejorar la coordinación e integración de los servicios. Asimismo, lxs proveedores que trabajan en un entorno multidisciplinario deben utilizar un enfoque de equipo, o trabajar en conjunto, para satisfacer las necesidades de cada persona o paciente.

► **Sea coherente con las necesidades y expectativas culturales de cada paciente**

Es posible que los programas deban emplear personal multilingüe y multicultural, así como personas que representen a la comunidad LGBTQ+. La capacitación y la sensibilidad es esencial para lxs miembrxs del personal que no coinciden culturalmente con las creencias y costumbres de lxs pacientes.

► **Promueva el respeto por unx mismx y la dignidad personal**

La prestación de servicios efectivos depende del reconocimiento de la autoestima y las contribuciones de la persona a su comunidad. La sociedad y el sistema de atención médica tradicional, junto con los programas de tratamiento para el consumo de sustancias, por lo general, pueden estigmatizar a lxs pacientes LGBTQ+ y bajar su nivel de autoestima y dignidad. Los programas deben garantizar que el personal y el sistema de prestación de servicios no estigmatice más a lxs pacientes.

► **Promueva conductas saludables**

Lxs proveedores de servicios pueden trabajar con lxs pacientes para practicar comportamientos más saludables, conductas sexuales más seguras, fortalecer las relaciones de apoyo y cumplir con la prescripción de medicación para el VIH+; y, que otrxs profesionales y agencias puedan proporcionar modelos positivos para lxs pacientes que actualmente están en tratamiento o reciben servicios.

► **Empodere a personas en tratamiento para el consumo de sustancias para tomar decisiones junto a lxs proveedores**

Lxs proveedores de servicios no deben asumir que saben lo que es mejor para las personas, sino que deben incluir a lxs pacientes en la planificación del tratamiento. Todos los segmentos de la comunidad, incluidos los grupos de consumidores y defensores, deben participar en el proceso de establecimiento, prestación y mejoramiento de los servicios.

► **Reduzca las barreras a los servicios para poblaciones de difícil acceso**

Las poblaciones LGBTQ+ son variadas, lo que puede causar dificultades para acercar los servicios a su comunidad. Las personas pueden estar sin hogar, trabajar como trabajadorxs sexuales, estar en la cárcel o provenir de una variedad de trasfondos culturales/étnicos, lo que crea la necesidad de desarrollar mecanismos efectivos de expansión, ingreso y retención.

► **Desarrolle y brinde servicios clínicamente informados y basados en evidencia**

Es importante no asumir que los servicios que son efectivos para la población en general serán igualmente efectivos o apropiados para las poblaciones LGBTQ+. Los problemas clínicos a menudo son diferentes y necesitan ser reconocidos y tratados. Es posible que sea necesario realizar evaluaciones de los servicios clínicos actuales para la comunidad LGBTQ+, o se puedan utilizar investigaciones similares para desarrollar servicios adecuados.

► **Trabaje para crear una comunidad de recuperación**

Los programas pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de una comunidad de individuos, agencias y organizaciones que trabajen en asociación para desarrollar una comunidad de recuperación enfocada en las necesidades de la población LGBTQ+. Se pueden presentar con su autorización a personas que han completado con éxito el tratamiento. Las personas en las comunidades de recuperación u otros profesionales y agencias, pueden proporcionar ejemplos positivos para lxs pacientes que están en tratamiento o reciben servicios.

Cernimiento de orientación sexual e identidad de género

Respecto a la orientación sexual e identidad de género, más adelante se abundará en la etapa de salir del clóset y la importancia que ésta tiene con relación al uso de sustancias. A continuación, se comparte el cernimiento o historial asociado a la orientación sexual, el mismo se debe completar en las primeras sesiones. Este historial proviene de Salud LGBTQ+: Un manual terapéutico para el trabajo con las comunidades (Vázquez-Rivera, 2019).

Historial General de Orientaciones Sexuales y

Expresiones e Identidades de Género

► ¿Cuál fue tu sexo asignado al nacer?

- Hombre Mujer
- Intersexual Transgénero
- Otro: _____

► ¿Con cuál sexo te identificas ahora?

- Hombre Mujer
- Intersexual Transgénero
- Otro: _____

► Yo identifico mi orientación sexual como:

- Homosexual (gay, lesbiana)
- Bisexual
- Otra: _____

► Yo identifico mi expresión sexual como:

- Asexual Demisexual
- Grisexual Ninguna
- Otra: _____

► Identifico mi identidad de género como:

- Cisgénero Transgénero Cuir

- Otra: _____

Trans FtM/MaH:

- Transición:
- Antes de cumplir metas
 - En proceso de cumplir metas
 - Cumplió metas
- No desea transición

Trans MtF/HaM:

- Transición:
- Antes de cumplir metas
 - En proceso de cumplir metas
 - Cumplió metas
- No desea transición

► Mi interés en relaciones es:

- Monógamo Poliamoroso Otro: _____

► ¿Cómo tu orientación sexual y/o identidad de género ha cambiado a través del tiempo?

► ¿Cuán segurx o cómodx te sientes con tu orientación sexual y/o identidad de género?

► ¿Has divulgado tu orientación sexual y/o identidad de género? Sí No

► ¿Qué personas conocen sobre tu orientación sexual y/o identidad de género?

- Amistades Vecinxs Compañerxs de trabajo
- Familiares Compañerxs de clase Otrxs: _____

¿Cuáles?

► ¿Quiénes no saben sobre tu orientación sexual?

- Amistades Vecinxs Compañerxs de trabajo
- Familiares Compañerxs de clase Otrxs: _____

¿Cuáles?

► ¿A quiénes te gustaría decirles sobre tu orientación sexual y/o identidad de género?

► ¿Alguna vez has sido objeto de discrimen por tu orientación sexual y/o identidad de género (chistes, burlas, comentarios negativos, negación de servicios, malos tratos, entre otros) o has observado que otras personas han pasado por esta experiencia?

► ¿Cómo estas experiencias de discrimen (observadas o experimentadas) han impactado tu vida?

► Familia escogida: ¿Qué personas o grupos aceptan, apoyan y afirman tu orientación sexual y/o identidad de género? ¿Cómo estas personas te apoyan?

► ¿Cómo describirías a las personas de la comunidad a la que tu orientación sexual y/o identidad de género pertenece (comunidad LGBTQ+)? ¿De dónde recibiste esta información?

► Interseccionalidades: raza, etnia, género, religión, clase social, edad, discapacidad
¿A qué grupos minoritarios perteneces? ¿Cómo el pertenecer a estos grupos ha influenciado positiva o negativamente tu vida?

Terapia Afirmativa para tratar uso de sustancias en la comunidad LGBTQ+

Al contrario de la Terapia Reparativa, el modelo conceptual de las terapias afirmativas acepta la diversidad sexual. La Terapia Afirmativa es un modelo que trabaja con la comunidad LGBTQ+ donde no patologiza ni discrimina tales poblaciones (Davies, 1996). Según el libro LGBT 101, Vázquez-Rivera explica que la Terapia Afirmativa no es una científicamente evidenciada debido a que no cuenta con unas estrategias de intervención. No obstante, es el modelo que recomiendan lxs conocedores del campo. Proujasky y Pachankis (2014) realizan unos esfuerzos para establecer unos principios terapéuticos que se puedan medir y conceptualizar sobre el Modelo Afirmativo LGBTQ+. Estos son los siguientes:

- ▶ **La normalización del impacto que tiene el estrés minoritario en la salud mental.**
- ▶ **Facilitar la conciencia, la regulación y la aceptación de las emociones.**
- ▶ **La disminución de la evitación.**
- ▶ **La reestructuración de las cogniciones como consecuencia del estrés minoritario.**
- ▶ **El apoderamiento de lxs pacientes de minorías sexuales para comunicarse asertivamente.**
- ▶ **La validación de las fortalezas individuales en lxs pacientes.**
- ▶ **La construcción de las relaciones de apoyo.**
- ▶ **La afirmación de expresiones sexuales saludables y satisfactorias.**

Steven Johnson (2012) establece que la etapa de salir del clóset es una parte importante dentro de la Terapia Afirmativa. Además de ser un proceso individual para cada persona, puede ser un proceso largo y cargado de emociones mixtas. Lxs terapeutas que trabajan con esta población deben tener en cuenta que todxs lxs pacientes tienen una narrativa diferente sobre su salida del clóset. No importa en qué etapa de salir del clóset se encuentre la persona, el proceso sigue siendo único. Durante la primera evaluación, lxs terapeutas deben de explorar la salida del clóset de lxs pacientes, aunque no sea el foco de la psicoterapia. Explorar este evento o serie de eventos fortalece la alianza terapéutica y normaliza el proceso. La recopilación de tal narrativa facilita dos cosas dentro de la terapia: a) entender cómo, si en algo, la orientación sexual o la identidad de género del paciente ha afectado otros aspectos importantes de su vida, y b) entender el estilo de personalidad del paciente, cómo ve el mundo externo y su mundo interno, y sus mecanismos de defensa. De igual forma, la narrativa de salir del clóset puede ayudar a lxs terapeutas a realizar diagnósticos de salud mental, identificar significados emocionales, adicciones, entre otros temas relevantes al proceso terapéutico.

Conclusión

En resumen, estos cuatro capítulos fueron desarrollados con el propósito de educar y visibilizar sobre el uso problemático de sustancias contextualizado en las problemáticas psicosociales de la comunidad LGBTQ+ que en ocasiones se hacen difícil de identificar por el estigma y la marginación social. Resulta de suma importancia poder reconocer las señales y síntomas, pero, sobre todo, en las personas LGBTQ+ poder conocer el origen de esta sintomatología. La clave está en la educación para poder minimizar daños a las comunidades estigmatizadas, despatologizar la diversidad y apoyar la libre determinación del ser humano. En nombre del desconocimiento y del prejuicio se laceran los derechos humanos y se replican las dinámicas de opresión social en los espacios de terapia. En ocasiones, esto puede ser irreparable.

***Se utiliza LGBTQ+ como un acrónimo sencillo y reconocible para la mayoría de la audiencia. Sin embargo, mediante la utilización del “+” queremos incluir a todas las personas diversas en sexo, género y orientación sexual.**

****Se utiliza el lenguaje inclusivo empleando una “x” en vez de una “o” o una “a” para lograr la inclusión de los géneros en el lenguaje escrito. La “x” se encuentra en lugares en donde se puede utilizar la “o”, la “a” y la “e” intercambiamente.**

Referencias

- American Psychological Association (2011) Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género.
- American Psychiatric Association. (2013) Substance-related and Addictive Disorders. In Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th ed). Washington, DC: Author
- Arenas García, S. H. (2018). Experiencias de atención en salud de personas LGBT y significados del personal de salud que les atiende. Bogotá, Colombia.
- Austin, A. (2016). The Impact of Social Connectedness and Internalized Transphobic Stigma on Self-Esteem Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. *Journal of Homosexuality*, 825-841.
- Baker, K. & Heghes, M. (2016) Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Center for American Progress. Retirado <https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2016/03/05064109/BRFSSdatacollect-brief-04.05.17.pdf>
- Barger, B., Obedin-Maliver, J., Capriotti, M., Lunn, M. & Flentje, A. (2020) Characterization of substance use among underrepresented sexual and gender minority participants in The Population Research in Identity and Disparities for Equality (PRIDE) Study, Substance Abuse, DOI: 10.1080/08897077.2019.1702610
- Bisbal, L. (2017). El impacto del biopoder en la prohibición de sangre de los hombres homosexuales en Puerto Rico. Biblioteca PHSU
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–51. doi:10.2105/AJPH.2013.301241
- Bracken, M. (2020). Torture Is Not Protected Speech: Free Speech Analysis of Bans on Gay Conversion Therapy, 63 Wash. U. J. L. & Poly's 325. https://openscholarship.wustl.edu/law_journal_law_policy/vol63/iss1/16
- Colina, C. (2009). La homofobia: Heterosexismo, masculinidad hegemónica y eclosión de la diversidad sexual. *Razón y Palabra*, num.67.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). A conceptual framework for Action on the Social Determinants of Health, WHO. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Davies, D. (1996). Towards a model of gay affirmative therapy. In D. Davies & C. Neal (Eds.), *Pink therapy: A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients* (p. 24–40). Open University Press.
- Departamento de Salud (2016). Guías para el Desarrollo de Protocolos Culturalmente Sensibles y Basados en Evidencia para el Enlace y Retención en Tratamiento de VIH. Puerto Rico.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences* 5, no.4: 565-575.
- Esteban, C. (2015). La Mujer Lesbiana Puertorriqueña: ¿Qué Sabemos de Ella? *Ciencias de la Conducta*, 48-68.
- Foucault, M. (1977). *Saber y verdad*, Madrid: Las Ediciones de la Piqueta, 1991.

Referencias (Cont.)

- Foundation, H. R. (2020). The Lives & Livelihoods Of Many In The LGBT Community Are At Risk Amidst COVID-19 Crisis. Obtenido de <https://hrc-prod-requests.s3-us-west-2.amazonaws.com/files/assets/resources/COVID19-IssueBrief-032020-FINAL.pdf?mtime=20200811115717&focal=none>
- Guerrero Mc Manus, F. (n.d.). La medicina en expansión.
- Hawkesworth, M. E. (1977). *Beyond oppression: Feminist theory and political strategy*. New York: Continuum.
- Johnson, S. D. (2012). Gay Affirmative Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: Implications for Contemporary Psychotherapy Research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 516-522.
- Juergens, J. (2019) The LGBT community and addiction. Addiction Center. Retirado de, <https://www.addictioncenter.com/addiction/lgbtq/>
- Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse Among Transgender and Gender Nonconforming Adults . *LGBT Health*.
- Kort, J. (2018). LGBTQ Clients in Therapy.
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-Affirming Psychological Interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 617-628.
- Matsuno, E., & Budge, S. L. (2017). Non-binary/Genderqueer Identities: a Critical Review of the Literature. *Current Sexual Health Reports*, 116–120.
- Meyer, I. (2013). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Popultarians: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3-26.
- Mérida Jiménez, R. (2002). *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer*.
- Mongelli F, Perrone D, Balducci J, Sacchetti A, Ferrari S, Mattei G, and Galeazzi, G. (2019). Minority stress and mental health among LGBTpopulations: an update on the evidence. 60 (1). pp. 27-50. *Minerva Psichiatrica*. DOI: 10.23736/S0391-1772.18.01995-7)
- National Institute on Drug Abuse (NIH). (2017). Substance Use and SUDs in LGBTQ* Populations.
- Organización Mundial de la Salud. (2018, agosto 23). Retrieved from Género y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Los%20determinantes%20de%20la%20salud,salud%20y%20de%20b%C3%BAsqueda%20de>
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. Retirado el 12 de abril de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam054f.pdf>
- Parent, M., Arriaga, A., Gobble, T. y Wille, L. (2018) Stress and substance use among sexual and gender minority individuals across the lifespan. *Neurobiology of stress*. 10. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100146>
- Pineda-Roa, C. (2019). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 48(1), 2-9

Referencias (Cont.)

- Ramos Pibernus, A., Rivera Segarra, E., & Rodríguez Madera, S. (2014, 02 03). El género como determinante social de la salud. 1-4. San Juan, Puerto Rico. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Eliut_Rivera-Segarra/publication/259998157_El_genero_como_determinante_social_de_la_salud/links/0a85e52ef9e980dcec000000/EI-genero-como-determinante-social-de-la-salud.pdf
- Rocha Sánchez, T. (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 250-259.
- Rodríguez Madera, S. , Ramos Pibernus, A., Padilla, M., & Varas Díaz, N. (2015). Radiografía de las comunidades trans en Puerto Rico: Visibilizando femineidades y masculinidades alternas. En M.
- Vázquez-Rivera, A. Martínez Taboas & M. FranciaMartínez, and J. Toro-Alfonso (2016), *LGBT 101: Una mirada introductoria al colectivo* (págs. 290-314). San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- SAHMSA (2016) *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health*. Retirado de: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015.htm>
- Sen, G., Östlin, P. & George, A. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. (Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health).
- Sharim Kovalshys, D. (2005). La Identidad de Género en Tiempos de Cambio: Una Aproximación Desde los Relatos de Vida Desde los Relatos de Vida. *PSYKHE*, 19-32.
- Singh, A. A., & Dickey, L. M. (2017). *Affirmative Counseling and Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming Clients*.
- Teich, N. (2012). *Transgender 101: A simple guide to a complex issue*. New York: Colombia University Press.
- Treatment, S. A. (2012). *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*.
- Valentín, A. (2020). El COVID-19 y la comunidad LGBT+: datos, regulaciones y beneficios. Puerto Rico.
- Vázquez Rivera, M.; Esteban, C.; Toro Alfonso, J. (2018). Hacia una psicología libre de paños tibios: actitudes, prejuicios y distancia social de psicoterapeutas hacia gays y lesbianas. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 15-24.
- Vázquez Rivera, M., Martínez Taboas, A., Francia Martínez, M., & Toro Alfonso, J. (2016). *LGBT 101*. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Vázquez Rivera, M. (2019) *Salud LGBT+. Un manual terapéutico para el trabajo con las comunidades*. 1era edición. Editorial EDP University. San Juan, P.R.



SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health
Services Administration