La cisheteronorma en salud mental: Microagresiones hacia personas LGBTIQ+ hispanohablantes en atención sociosanitaria

Cisheteronormativity in Mental Healthcare: Microaggressions Against Spanish-Speaking LGBTIQ+ Individuals

Pilar Alejandra Navarro Cerda[1]; Marta Alicia Giménez Páez[2]; Marta Evelia Aparicio García[3]

[1] Universidad Complutense de Madrid; pilarana@ucm.es; 0000-0001-5373-2094

[2] Universidad Complutense de Madrid; margim06@ucm.es; 0000-0003-1230-4848

[1] Universidad Complutense de Madrid; meaparic@ucm.es; 0000-0003-0894-9897

Historia editorial

Recibido: 28-05-2025

Aceptado: 07-08-2026

Publicado: 16-10-2026

Palabras clave

Desigualdad social; Discriminación sexual; Microagresiones institucionales; Violencia epistémica

Resumen / Resumo /Resum

Las microagresiones —actos y mensajes de rechazo encubierto hacia grupos minoritarios— son una línea de investigación relevante para comprender el estigma que viven las personas LGBTIQ+ en la atención de salud mental. La mayoría de las investigaciones en esta área provienen de población angloparlante, por lo que en este estudio cualitativo buscamos diversificar la evidencia y visibilizar las experiencias de personas LGBTIQ+ hispanohablantes. Realizamos dos grupos focales con 31 participantes entre 22 y 41 años, e interpretamos sus relatos con un análisis temático desde los marcos de discriminación como agente de estrés y como violencia simbólica. Se identificaron dos categorías principales: (1) microagresiones de profesionales y (2) impacto psicológico en usuaries LGBTIQ+. A partir de estos hallazgos, proponemos un esquema para comprender las dinámicas interaccionales detrás de estas violencias. En la discusión analizamos críticamente el concepto de microagresión y sus implicaciones para concebir enfoques contrahegemónicos de salud mental.

Keywords

Social inequality; Gender discrimination; Institutional microaggressions; Epistemic violence

Abstract

Microaggressions—covered acts and messages of rejection against minority groups—constitute an important area of research into the prejudice and stigma experienced by LGBTIQ+ individuals within mental healthcare services. Given that most existing research focuses on English-speaking populations, in this qualitative study we seek to shed light on the experiences of Spanish-speaking LGBTIQ+ individuals. We conducted two focus groups comprising a total of 31 participants aged between 22 and 41 years, and then we carried out a thematic analysis drawing on theoretical frameworks of discrimination (psychosocial stress and symbolic violence). We identified two main categories: (1) microaggressions perpetrated by professionals and (2) psychological impact on LGBTIQ+ users. Drawing on these findings, we propose a scheme of the interactional dynamics that would underpin these forms of discriminatory violence. On discussion, we provide a critical analysis of the concept of microaggression, outlining implications for envisioning counter-hegemonic approaches to mental health.

Navarro Cerda, Pilar; Giménez Páez, Marta; Aparicio García, Marta. (2026). La cisheteronorma en salud mental: Microagresiones hacia personas LGBTIQ+ hispanohablantes en atención sociosanitaria. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, *26*(3), e3866. https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3866

Introducción

Gracias a sus avances en política pública, España hoy se considera uno de los países más seguros para vivir como persona LGBTIQ+ (lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex, queer y otres) (IPSOS, 2023), y su sistema legislativo ha sido reconocido como el más robusto de Europa en materia de protección de derechos del colectivo (ILGA-Europe, 2026). Sin embargo, aún persisten grandes barreras para que estos grupos puedan acceder a condiciones de bienestar psicosocial similares a las de la población cisheterosexual (personas conformes con el sexo y el género que le fueron asignados al nacer, y que su atracción sexual y romántica se dirige hacia personas que perciben como de sexo opuesto).

La salud es un ámbito relevante donde estas desigualdades se observan, encontrando amplia evidencia científica sobre los mayores factores de riesgo en su ciclo vital y peores indicadores de salud física y mental que enfrenta el colectivo LGBTIQ+, comparados con población cisheterosexual. En gran medida, esto es resultado de la violencia discriminatoria que elles[1] reciben en distintos ámbitos de la vida social, incluyendo la atención sanitaria (ILGA-Europe, 2018). Estudios actuales del territorio europeo confirman que les profesionales de salud están pobremente formades sobre las necesidades específicas de consultantes LGBTIQ+ y que suelen expresarse con mensajes discriminadores hacia estas personas a través de prescripciones inadecuadas, negligencias en tratamientos, e incluso la obstaculización activa de tratamientos específicos, basadas en prejuicios hacia la diversidad en sexualidad (Concil of Europe ADI-SOGIESC, 2024).

Autores clásicos en estudios de psicología del prejuicio, como John F. Dovidio et al. (2010), confirman que desde mediados del siglo XX la violencia discriminatoria hacia grupos minoritarios ya no solo se manifiesta de forma abierta y flagrante, sino que ha tomado formas indirectas y sutiles, más difíciles de captar y confrontar. Elles denominaron este fenómeno como *discriminación implícita,* y estiman que emergió a partir de la conciliación entre los valores de tolerancia y convivencia que vinieron con los gobiernos democráticos y el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales, intentando hacerse espacio dentro de un entorno que todavía albergaba rechazo y desprecio hacia grupos sociales específicos. Edgardo Etchezahar et al. (2016) confirman que, ya avanzado el siglo XX, los discursos de odio hacia las minorías desde los grupos hegemónicos —es decir, de quienes ostentan mayor poder económico, étnico, institucional, sexual, funcional— continuaron actuando sobre el tejido social, en formas menos evidentes.

En respuesta a lo anterior, surgieron líneas de investigación en psicología que buscaron visibilizar estas formas encubiertas de prejuicio, y para ello desplazaron el foco de estudio dejando de lado los motivos y la configuración de la persona prejuiciosa, para darle prioridad a la vivencia del rechazo desde el punto de vista de las víctimas. Una de las lí-

1 Este artículo está escrito en lenguaje inclusivo. Siguiendo los apuntes de Mariana Zabalegui (2021), se utiliza la «e» en las desinencias genéricas, para evitar asumir las identidades de género de las personas.

neas más importantes en este ámbito es la de *discriminación como agente de estrés*, donde Ilian Meyer (1995, 2003), con su modelo de *estrés de las minorías,* demostró empíricamente que las personas LGBTIQ+ experimentan un deterioro insidioso en su salud, al vivir dentro de una cultura que las rechaza, estigmatiza y excluye constantemente.

Comprendiendo el efecto nocivo de las nuevas formas de prejuicio, surgió además un modelo para representar su lenguaje y estilo de comunicación, el cual opera de manera sutil o no evidente, y a menudo sin intención del hablante. Derald W. Sue et al. (2007; Sue, 2010) lo conceptualizaron como *microagresiones* y resaltaron el carácter cotidiano y frecuente de la discriminación indirecta, demostrando que los mensajes microagresivos se transmitían en modalidades verbales, ambientales y analógicas. Kimber Shelton y Edward Delgado-Romero (2011), por su parte, descubrieron que cuando las personas reciben microagresiones se sienten invisibilizadas, desvitalizadas, y vivencian una pérdida de su integridad.

Posteriormente, Kevin L. Nadal et al. (2012) extendieron esta teoría para descubrir que las microagresiones no solo ocurren en las relaciones entre personas, sino también en la interacción de ellas con instituciones, en lo que denominaron *microagresiones institucionales*. Gracias a estos estudios, se visibilizó que las personas LGBTIQ+ y otras minorías sociales son discriminadas, a menudo de forma indirecta y no fácilmente evidente, en el trato que reciben dentro de servicios como el registro civil, la policía, baños públicos o el sistema de salud. Las estadísticas actuales de España en esta materia indican que al menos un 20,21 % de la población LGBTIQ+ ha vivido discriminación en la atención sanitaria (COGAM y FELGTB, 2013), mientras que en su estudio pionero sobre salud trans en España, María José Belza Egozcue et al. (2024) confirman que un 40 % de personas trans y no binarias del país declaran que les profesionales desconocen sus necesidades específicas.

En cuanto a la atención en salud mental en específico, estudios en países de habla inglesa describen algunas microagresiones que personas LGB+ han recibido de parte de sus psicólogos, tales como la negativa a utilizar los pronombres que les consultantes solicitan, hacer suposiciones normativas y estereotipadas sobre la vida de les consultantes, exotizar las identidades, cuerpos y expresiones de elles, entre otros. En sus testimonios, elles relatan sentirse incómodes, confundides, impotentes, invisibilizades, rechazades y sintiendo que deben cumplir el tratamiento por obligación o manipulación (Shelton y Delgado-Romero, 2011). Por ello, estas personas, y sobre todo los grupos trans y no binarios, enfrentan variados temores al acercarse a centros de salud mental, como comprobaron Leah Keating et al. (2021).

Considerando lo anterior, los estudios específicos sobre microagresiones institucionales además remarcan que esta discriminación tiene un efecto dañino particular en las víctimas, asociado a la asimetría de poder que está a la base de la relación entre usuaries y organismos (Nadal et al., 2012). En efecto, Claudio Martínez Guzmán et al. (2018) proponen que, dentro de la psicoterapia, las microagresiones deben considerarse una *forma de revictimización* en les consultantes, pues se reproduce la violencia del entorno social en

un espacio propuesto como íntimo y de alta vulnerabilidad. En la misma línea, autores como Mariana Magalhães et al. (2020), Pedro Alexandre Costa (2021) y Leah Keating et al. (2021) han descrito las múltiples consecuencias negativas que tiene esta discriminación sobre el proceso terapéutico, tales como la baja en la calidad percibida de la terapia, la interrupción de procesos terapéuticos específicos como la transición de personas trans y no binarias, y el abandono o evitación de tratamiento.

De manera complementaria a esta evidencia, los estudios desde teorías críticas socioculturales también han sido fundamentales para el análisis de la discriminación y el estigma hacia grupos minoritarios, destacando el rol que las relaciones de poder social y su distribución desigual tienen en este fenómeno. El sociólogo crítico Pierre Bourdieu (1998/2000) propone que las normas de género opresoras son aceptadas sin cuestionamiento debido a un proceso de *naturalización* y alejamiento de su carácter construido e histórico. Este proceso cimentó una visión de mundo u *orden*, basado en la supremacía de lo masculino sobre lo femenino (y otros géneros), para legitimar los privilegios de ciertos grupos sociales.

Según el autor, la acción conjunta de instituciones como la iglesia, escuela, familia —y también la medicina— es clave para perpetuar y mantener vigente este orden, promoviendo contenidos simbólicos específicos (mensajes, imágenes y acciones que enaltecen una masculinidad específica y minorizan a otros géneros), o haciendo «llamados al orden» (p. 17) a través de sus prácticas (ej.: los rituales de la iglesia o las escuelas, que promueven estereotipos de género). La reproducción de este orden a través de prácticas naturalizadas con efectos opresores es lo que este autor denominó *violencia simbólica*: formas de dominación que no imperan por la fuerza directa, sino por la internalización y aceptación *encarnada* de un orden jerárquico dentro de las relaciones sociales (Bourdieu, 1998/2000).

Esta perspectiva permite comprender que la discriminación institucional hacia personas LGBTIQ+ en la salud mental no solo es un factor de estrés, sino que también contiene un rol político, como mecanismo reproductor de jerarquías de poder. Santiago Peidro (2021) señala a la psiquiatría como campo de saber que desde el siglo XIX en occidente ha establecido parámetros de lo deseable e indeseable en la sexualidad, prescribiendo como única sexualidad sana y posible el modelo cisgénero heterosexual, y catalogando como antinaturales o perversos los deseos y vivencias que no se ajustan a ese modelo. Esta *patologización de la diversidad* en sexualidad ha sido difundida en la práctica e investigación psiquiátrica y psicológica a través de los manuales *Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* (DSM) y *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) (Peidro, 2021). Gracias a ello, la *heteronorma* (Enson, 2015) y al *cisgenerismo* (Ansara y Hegarty, 2014) se encuentran estrechamente ligados a la clínica en salud mental actual.

Bajo este marco, les profesionales de salud mental son altamente vulnerables a emitir microagresiones que vulneren a sus consultantes LGBTIQ+ y a formar parte de un sistema que ejerce violencia simbólica. Pues, incluso si a nivel personal sostienen valores que apoyan la diversidad, se debe considerar que la formación que reciben ha naturaliza-

do (Bourdieu, 1998/2000) paradigmas de la salud donde se patologizan las sexualidades que no encajan en la cisheteronorma, lo cual elles más tarde reproducen (encarnan) en su ejercicio profesional como orden establecido.

Los estudios sobre microagresiones en salud mental hacia personas LGBTIQ+ se han realizado principalmente con población angloparlante y desde el marco de la psicología, mientras que con población hispanohablante las propuestas están aún en desarrollo (González Falcón, 2022; Jiménez-Barbero et al., 2024). Por ello, este estudio busca ampliar la evidencia en esta población, recopilando las experiencias de personas LGBTIQA+ o en cuestionamiento, y reflexionando sobre sus testimonios de discriminación en un análisis cualitativo. Como estrategia para evidenciar violencias invisibilizadas, este análisis se apoya en marcos interpretativos que se enfocan en el punto de vista de las víctimas, desde la psicología (discriminación como *estrés psicosocial)* y desde teorías críticas (como *violencia simbólica*). Posteriormente, se describen los resultados y al final se proponen sus implicaciones para la investigación y la atención sociosanitaria de población LGBTIQ+.

Metodología

Participantes

Les participantes fueron 31 personas hispanohablantes, autodeterminadas como LGBTIQ+ o en cuestionamiento, con edades entre 22 y 41 años (M = 25 años) y localizadas en Madrid, España. Diecinueve personas (61,3 %) se identificaron con una orientación sexual no heterosexual (lesbiana, gai, bisexual, pansexual, asexual), mientras que 8 (25,8 %) se identificaron como heterosexuales y 4 (12,9 %) contestaron «no sabe / prefiere no decir». Cinco personas (16,1 %) se reconocieron como personas con identidad de género no cis (trans, no binaria o género no conforme) y 24 (77,4 %) como personas cis. Dos participantes (6,5 %) declararon «no sabe / prefiere no decir». Por otra parte, siendo hispanohablantes, 17 personas (54,8 %) son originarias de países de Europa occidental, 12 (38,7 %) de Latinoamérica y 2 (6,5 %) de Asia.

Procedimiento

Mediante un muestreo por conveniencia, estudiantes de postgrado de la Universidad Complutense de Madrid fueron convocades a participar en un grupo focal. Los criterios de inclusión fueron: 1) persona hispanohablante, autodeterminada como LGBTIQ+ o en cuestionamiento, 2) que desee hablar sobre experiencias de discriminación hacia personas LGBTIQ+ en servicios de salud mental.

Recolección de datos

La muestra se segmentó en 2 grupos (19 y 12 participantes) según su tiempo disponible para participar, y se realizó un grupo focal con cada uno. Cada participante confirmó su

colaboración tras la lectura y firma del documento de consentimiento informado una semana antes del proceso. Este documento expuso las garantías de confidencialidad dispuestas por las leyes europeas y españolas en esta materia (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 2018; Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, 2016).

Al comenzar cada sesión, les participantes respondieron un instrumento anónimo de datos descriptivos. Cada grupo focal se basó en una consigna central: «experiencias personales o de terceras personas que hayan recibido mensajes que intentaban ser positivos e integradores hacia las personas LGBTIQ+, pero que de forma oculta o indirecta mostraban más bien rechazo o actitudes negativas hacia el colectivo, en espacios de atención de salud mental». Las sesiones duraron aproximadamente 2 horas y se realizó un registro de audio digital en cada una.

Ajustes queer a la metodología

Autores como Kath Browne y Catherine J. Nash (2010), y David Betts junto a Annika Herb (2023), explican que las *metodologías queer* buscan amortiguar la reproducción de opresiones derivadas de las relaciones de poder en investigación, implementando prácticas afirmativas y emancipatorias que eviten revictimizar, minorizar o anular a sus participantes. En este estudio, se implementaron ajustes metodológicos en esta línea para el trabajo de campo, con el objetivo de incrementar la seguridad psicológica de les participantes y amortiguar el riesgo de revictimización que pudieran vivir tras la exposición de experiencias de violencia, dentro de la relación asimétrica investigadore/participante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Ajustes desde metodologías queer aplicados al trabajo de campo

Ajuste	Acciones	Objetivo
Convocatoria a les participantes	- Explicación presencial de la actividad de investigación y sus objetivos. - Lectura conjunta del consentimiento informado. - Ofrecer una vía de contacto directo con las investigadoras.	Construir confianza y abrir comunicación entre participantes e investigadoras.
Diseño del espacio	- Disposición física en círculo. - Ausencia de figuras de autoridad y representantes institucionales.	Favorecer fluidez de interacción, clima de cuidado y confidencialidad.
Estructura del grupo focal	- Inicio de la sesión con dinámicas grupales de interacción.	Favorecer cercanía y confianza para reflexionar sobre experiencias estresantes.

Ajuste	Acciones	Objetivo
Registro	- Registro escrito sobre elementos implícitos y percepciones, durante y posterior al grupo focal.	Atender contenidos implícitos que complementen el análisis.
Publicación	- Envío del artículo final (una vez publicado) a todes les participantes.	Proveer un cierre del proceso de participación para les involucrades, con una devolución del material compartido.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático teórico de los datos, de acuerdo a las directrices de Virginia Braun y Victoria Clarke (2006). Su foco principal fue descriptivo, a través de lecturas semánticas de los datos, e incluyó algunas aproximaciones inductivas cuando se consideró que enriquecían los hallazgos y abrían núcleos de discusión.

El análisis se inició creando dos bases de datos: una con la información demográfica de les participantes y otra con los contenidos de los grupos focales. Los datos demográficos fueron tratados con un análisis de frecuencias a través del software IBM® SPSS® Statistics 25. Por su parte, las entrevistas se transcribieron a texto a partir del registro de audio y se codificaron los extractos relevantes a la pregunta de investigación, reconociendo temas principales en la experiencia narrada de les participantes. Con esa información se diseñó un primer mapa de temas, se regresó a los datos iniciales y se releyeron códigos y extractos. Esto permitió examinar la homogeneidad interna y heterogeneidad externa de los temas, como indica Michael Patton (1990). Teniendo mayor claridad de los alcances de cada uno, se diseñó un mapa de temas definitivo que ilustrara sus jerarquías e interconexiones. Con este material se inició el manuscrito del análisis, describiendo los hallazgos y relacionándolos con el marco teórico de la investigación.

Todo el análisis y diseño de mapas se realizaron de forma manual, utilizando el software Microsoft Word® 2021 como procesador de texto y figuras.

Resultados

En torno a la variable principal, experiencias de microagresiones hacia personas LGBTQ+ hispanohablantes en atención de salud mental, los contenidos de los grupos focales muestran dos grandes temas: microagresiones emitidas por les profesionales y consecuencias psicológicas en les consultantes (ver Tabla 2).

Tabla 2. Temas y subtemas sobre las experiencias de microagresiones recibidas por personas LGBTIQ+ hispanohablantes en atención de salud mental

Temas	Subtemas	F
Microagresiones cisheteronormativas de profesionales	a) Normatividad activa	32
	b) Normatividad por omisión	5
	c) Condiciones normativizantes	7

Consecuencias psicológicas en consultantes	d) e)	Impacto negativo Implementación de estrategias de afrontamiento	58 40

Nota. F = frecuencia de aparición en las narrativas de les participantes.

En cuanto a las microagresiones, se identificaron 3 modalidades principales, concebidas en este estudio como formas de reproducción de la cisheteronorma en la salud mental. Primero, las estrategias de *normatividad activa* del profesional, que involucran expresiones y conductas que transmiten juicios negativos hacia las personas LGBTIQ+. La patologización sería su forma característica en la salud mental, donde le profesional, con o sin intención, interpreta características de las sexualidades no normativas como condiciones de salud indeseables, que requieren intervención sanitaria:

> Y al terminar, [el psicólogo] me entregó una hoja de derivación al servicio de consejería en salud sexual, ya que le había manifestado mis dudas respecto a si yo era bisexual, pero esto no era para recibir información… sino por asumir que yo tenía prácticas sexuales promiscuas y tenía que examinarme. (Participante 23, grupo focal, febrero 2024)

Con base en esas atribuciones, y con argumentos de autoridad, le profesional entrega pautas de tratamiento que intentan modificar el estilo de vida, el cuerpo y las relaciones del consultante:

> Le dije pues [a la psicóloga], que para mí era importante… la no monogamia, y tal (…). Yo tengo ciclotimia, entonces me dijo que lo que yo necesitaba era la estabilidad de tener solo una pareja, porque al ser una persona con episodios depresivos e hipomaníacos era lo que mejor me iba a venir. (Participante 04, grupo focal, febrero 2024)

Otras formas de normatividad activa mencionadas fueron la minimización de las realidades lesbianas y bisexuales, al juzgarlas como procesos meramente transitorios que no deben ser valorados como parte integral del consultante, y también intervenciones específicas desde discursos cisgeneristas hacia personas trans y no binarias, tales como la banalización y burla hacia sus necesidades, o la obstaculización de acceso a los cuidados especializados en la salud pública:

> Cuando llegué a la médico [de la salud pública, para iniciar un proceso de transición] le dije: «Bueno, lo que pasa es que yo necesito que me remitas a psicología y a endocrinología, porque… yo soy una persona trans, ta ta tá». Y me dijo: «No sé si eso lo cubre el seguro». Y yo: «No, yo averigüé y sí que lo cubre el seguro». Y dijo: «No, pues que me parece muy raro, que… es como si yo no sintiera feliz con mi cuerpo, entonces yo me quiero poner tetas y le digo a mi médico que me mande a

> cirugía, y que me lo van a cubrir porque me siento triste». (Participante 15, grupo focal, febrero 2024)

Por último, se reportaron testimonios de prácticas de terapias de conversión basadas en dogmas religiosos, los cuales se consideran también una normatividad activa de parte del profesional.

En segundo lugar, las microagresiones que operan como estrategias de *normatividad por omisión* son formas de discriminación basadas en la ausencia de expresiones y conductas de parte del profesional que muestren un respaldo hacia la diversidad sexual, comunicando su falta de reconocimiento. Se encuentra en la falta de lenguaje inclusivo, gestos de evitación de contacto con le consultante (p. ej.: menor contacto visual) y en la tendencia a no abordar de manera activa y constructiva la sexualidad como área de exploración en la entrevista, lo que deja fuera un campo de experiencia muy importante para les consultantes:

> Yo me autonegué que era lesbiana durante mucho tiempo, era negacionista de mí misma. (…) Aunque yo… había pasado por mucho tiempo por psicólogos y psicólogas, que yo había contado, pues que… lo mal que me hacía sentir besar a chicos… (…) Ya fue muy tarde hasta que una psicóloga me dijo «vamos a tratar esto». Entonces, también, se evita hablar de… que hay un problema ahí. Se evita coger el problema de la sexualidad de la gente. (Participante 22, grupo focal, febrero 2024)

Finalmente, las microagresiones como estrategias de *condiciones normativizantes*, consisten en interacciones entre consultante y profesional, que construyen un ambiente cisheteronormativo para esta relación. Algunos ejemplos fueron el desinterés de las instituciones en difundir la perspectiva de género y de diversidad y la falta de formación de les profesionales (falta de conocimientos sobre las necesidades específicas de personas LGBTIQ+ y dificultades para empatizar con sus vivencias). Asimismo, en esta categoría, se destaca un estilo comunicacional de les profesionales que refuerza la asimetría en la relación con le consultante a través de un rol denominado *custodio de significantes*. Este rol aparece en intervenciones donde le profesional define las experiencias del consultante de forma unilateral, a la vez que ignora, niega o se resiste a incluir sus propuestas lingüísticas para producir significantes:

> Le decía [a la psicóloga] que yo no me sentía cómoda contándole a mis padres de que yo tenía novia, (…) porque yo no tengo una relación súper cercana con ellos y no me sentía cómoda contándoles algo tan privado. Entonces ella lo tiró como «quizás es homofobia internalizada…» Y yo: a ver… no, mis padres saben que me gustan las tías, desde que tengo 13 años, abiertamente… es por… más que no tengo relación con ellos (…) Y ella, «no, es que puede ser por aquí». (Participante 14, grupo focal, febrero 2024)

> Y yo por mucho que le había dicho y redicho que era mi novia, ella [psicóloga] se refería como «tu amiga». «¿Qué tal con tu amiga?». Y yo: «Que no es mi amiga, es mi novia». «Bueno, bueno, vale». Y no sé qué. Y al día siguiente: «Y qué tal con tu amiga?». (...) En ningún momento se refirió a ella como mi novia, y seguía insistiendo que «qué tal con tu amiga». (Participante 22, grupo focal, febrero 2024)

De esta manera, el rol de custodio de significantes sirve a les profesionales para posicionarse en un lugar de dominancia sobre los discursos emergentes en la relación, imponiendo su propio marco de referencia (el cisheteronormativo) para interpretar la experiencia del consultante. Con ello, crea un ambiente o condiciones normativizantes donde se restringen las comunicaciones posibles bajo las reglas de la patologización hacia las sexualidades no hegemónicas.

Por otra parte, y como segundo tema central de los grupos focales, se encuentran las consecuencias psicológicas en les participantes al recibir estos mensajes violentos en la atención de salud mental, las cuales se clasificaron en 2 niveles: intrapersonal e interpersonal. A nivel intrapersonal, les participantes describen que las microagresiones les provocan sentimientos de desconcierto (confusión y shock), tristeza (decepción, desamparo, desmoralización, desesperanza), rabia (indignación hacia las instituciones, frustración, injusticia) y miedo. Este último se deriva además de la intimidación tras el poder institucional impuesto:

> Tal vez si hubiese sido otra persona que no hubiera estado informada... (...) pues se hubiera quedado allí. O se hubiera alejado de ese proceso. (...) Y obviamente porque había investigado, yo dije como «yo sé que sí lo cubre». Aunque igual me generó cierto... [pausa]. Como que yo dije «tal vez yo no voy a poder». (Participante 15, grupo focal, febrero 2024)

Asimismo, se refuerzan aspectos negativos de su autoconcepto y autoestima, aumentando su desesperanza y soledad.

> Estuve... un mes, en plan, «es que nadie me va a entender... Nadie va...» ¿sabes?... «¿quién va a entender que yo soy una persona que no soy monógama, que soy no binarie, que soy bisexual, que además de esto tengo cien otras cosas que me afectan?». (Participante 04, grupo focal, febrero 2024)

Por otra parte, como consecuencias psicológicas interpersonales derivadas de las microagresiones, se encuentra un daño a la relación entre profesional y consultante, tiñiéndose de desconfianza, rechazo y desesperanza: «yo sí que lo percibí como un espacio violento que al final me terminó formando un prejuicio contra los psicólogos.» (Participante 23, grupo focal, febrero 2024). «Pensar, que es tal vez una persona profesional de la psicología, facilitando procesos de terapias de conversión (...) y es un poco... aprovechándose

también de (…) personas en momentos vulnerables.» (Participante 24, grupo focal, febrero 2024).

Para afrontar el impacto psicológico negativo, les participantes describieron 3 estrategias: *reactivas*, implementadas en el momento de la agresión; *de reparación*, implementadas luego de la agresión, y *anticipatorias*, como prevención frente a discriminaciones futuras del personal sanitario. Como estrategias reactivas, frente a una microagresión les participantes cambian de tema, lo evitan, pero en algunos casos también rechazan activamente el discurso discriminatorio del profesional y lo confrontan:

> [Luego de un mensaje microagresivo] Yo me sentí como cuestionada, en cuanto a mi relación, y en cuanto a lo que era, pues, como mi deseo, entonces… tampoco me parecía la pregunta. Y… mi reacción fue decirle que no me lo había planteado, porque no me suponía un problema… (Participante 12, grupo focal, febrero 2024)

En otros casos, con una relación terapéutica ya establecida, les consultante buscan negociar las interpretaciones que le terapeuta impone sobre su experiencia, cuestionando el rol de «custodio de significantes» (o la supremacía del poder de interpretación). Esta acción puede generar estrés adicional, cansancio y tristeza.

> No, sí, sí, yo se lo hice saber, en plan, «No, no, no, a ver. Que esto lo tengo superasumido que no es por el otro… lado…». Bueno, y ella me dijo «bueno… ve poco a poco». O sea, después de un rato de «sí, no, sí, no» (…) creo que lo comprendió, pero al final… (…) de primeras sí que tiene una actitud que… jo. (Participante 14, grupo focal, febrero 2024)

Por otra parte, como estrategias de afrontamiento de reparación frente a la discriminación, les participantes recurren al apoyo de sus amigues y redes afines para recibir contención. Asimismo, dentro de relaciones terapéuticas percibidas previamente como positivas, elles reorganizan los sentimientos negativos derivados de las microagresiones, focalizándose en los aspectos positivos del terapeuta: «Como que todo se había dado tan bien, que yo pensaba: "qué psicólogo más… guay…" ¿sabes? Aunque me haya hecho ese comentario. Entonces, yo como que (…) hasta lo podía obviar, incluso» (Participante 02, grupo focal, febrero 2024).

Este fenómeno también se vincula con las altas dificultades para encontrar psicoterapeuta para sus necesidades, intentando posponer el abandono del servicio:

> Entonces, ¿Y ahora? ¿Qué me pongo yo ahora a buscar? ¿Una psicóloga después de un año? Bueno, pues, lo intento arreglar, lo intento pasar por alto, encima, especialista en TLP [trastorno límite de personalidad], que en Madrid cuestan una pasta… es como, uf, a dónde me pongo yo a buscar algo que me venga a mí. (Participante 14, grupo focal, febrero 2024)

Estas barreras para encontrar une profesional adecuado además les empuja a conciliar constantemente sus necesidades, según especialización y sensibilidad percibida del terapeuta, para lidiar con la realidad de que muy pocos profesionales integran las especializaciones clínicas con competencias culturales. Esto les trae sentimientos de frustración al no poder ser atendide en necesidades simultáneas:

> Personalmente, tengo que elegir si estoy en consulta con alguien especializado en TOC [trastorno obsesivo-compulsivo], o estoy en consulta con alguien especializado en lo queer. (...) como que da la sensación de tener que elegir y tener que conformarte, con una cosa o con la otra, teniendo un diagnóstico en el cual pues... no hay punto entremedias, sino una cosa, o la otra. (Participante 12, grupo focal, febrero 2024)

Por último, frente a posibles discriminaciones futuras, les participantes se preparan con estrategias anticipatorias, comenzando por informarse en detalle sobre los procesos y sus derechos en los servicios, o exponiendo al terapeuta, desde el primer encuentro, cuáles son sus necesidades culturales y si pudieran atenderlas: «yo le mandé un mensaje, antes de pedir cita con ella, diciéndole "soy una persona trans... sabes de esto? Porque estoy buscando psicóloga"». (Participante 04, grupo focal, febrero 2024)

Asimismo, al elegir proveedor de salud mental, intentan predecir su posicionamiento hacia las sexualidades no hegemónicas a través de datos como edad, sexo, formación especializada en género, o si se presenta visible como persona LGBTIQ+:

> Lo primero que me fijé cuando empecé con ella, fue (...) como... se vestía, como hablaba y tal. La vi como más juvenil, más... abierta. Y bueno, vale, esta persona... no va a crearme inseguridades a la hora de expresar mis problemas. (Participante 22, grupo focal, febrero 2024)

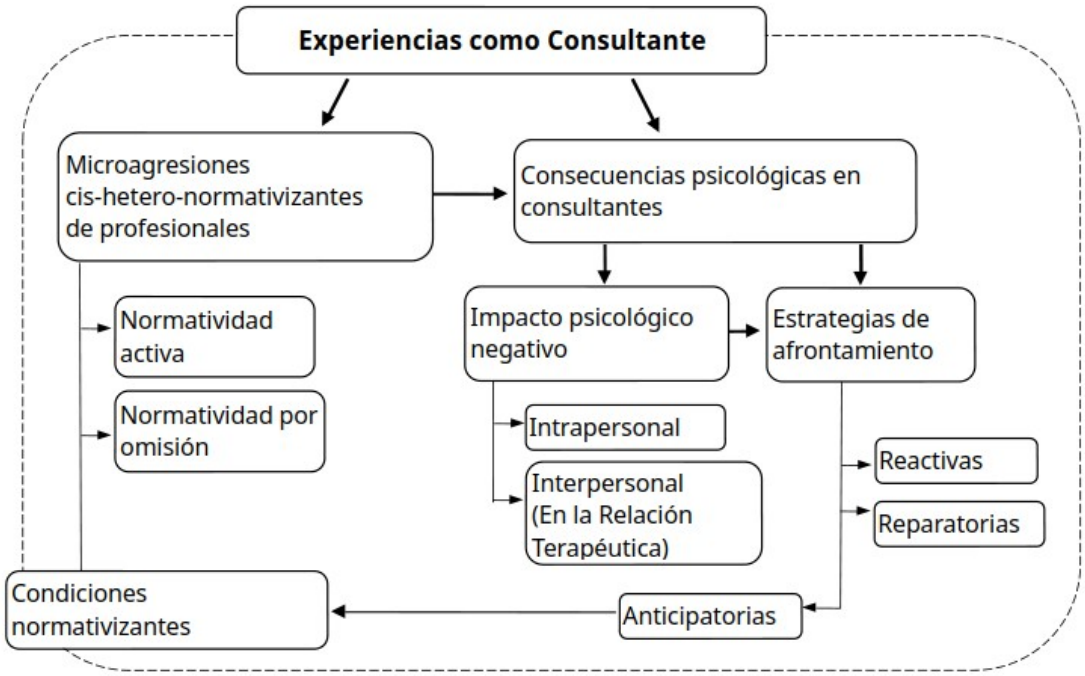
> [Unos amigos] buscaron específicamente ir a terapia de pareja con un chico gay. (...) ellos sentían que... [un terapeuta heterosexual] no iba a tener en cuenta todos los aspectos que... que ellos tenían en su relación, (...) tanto en cosas emocionales como sexuales. (Participante 07, grupo focal, febrero 2024)

Además, intentan manejar expectativas muy bajas sobre la posibilidad de recibir un trato competente de parte de les profesionales:

> Es que al final, es que muchas veces nos pasa que tenemos en la mente de que nos van a tratar tan mal, y que todo va a ser tan horrible... (...) Que cuando te tratan bien, es que hasta das las gracias. (Participante 02, grupo focal, febrero 2024)

Integrando todos los hallazgos descritos, la Figura 1 muestra un esquema que resume las dinámicas interaccionales a la base de las microagresiones cisheteronormativas en atención de salud mental.

Figura 1. Mapa de temas y relaciones entre sus categorías



Discusión

Esta investigación exploró a través de grupos focales las experiencias de personas LGBTIQ+ hispanohablantes enfrentando microagresiones cisheteronormativas en servicios de salud mental. El objetivo general fue realizar una descripción exploratoria de este fenómeno, en una población donde esta temática ha sido poco estudiada. Les participantes, personas hispanohablantes LGBTIQ+ o en cuestionamiento, de entre 22 y 41 años, expusieron testimonios que permitieron describir los elementos propios de la experiencia de la microagresión como discriminación en la salud mental. Estos hallazgos permitieron plantear un esquema de interacción para entender la dinámica por la cual la discriminación cisheteronormativa se hace posible, basado en los marcos interpretativos de discriminación como violencia simbólica y como agente de estrés.

Los hallazgos respaldan la investigación previa sobre los efectos negativos de las microagresiones en la atención de salud mental como agente de estrés, constatando cómo estas violencias, con o sin intención de les profesionales, despiertan sentimientos dolorosos en les consultantes, refuerzan aspectos negativos de su autoimagen en relación con su sexualidad diversa (lo que Ilian Meyer [1995, 2003] denomina *estigma internalizado*) y promueven su expulsión y deserción del servicio sanitario al crear un clima hostil para elles (Martínez Guzmán et al., 2018; Shelton y Delgado-Romero, 2011).

Sin embargo, se encontró que las microagresiones en atención de salud mental hacia personas LGBTIQ+, lejos de ser un fenómeno uniforme, presentan diferencias según contextos y profesiones. Las narrativas de les participantes mostraron experiencias en la atención médica (en este estudio, psiquiatras) o en contextos religiosos, que contenían rechazo y violencia más abierta que otres profesionales sociosanitarios, utilizando palabras insultantes, sarcasmos, o intentos de censurar directamente la identidad del consultante. Estos hallazgos sugieren que esta discriminación institucional no ocurriría solo de formas indirectas o sutiles, y que desde algunos sectores sociosanitarios todavía es legítimo atender a les consultantes LGBTIQ+ con actitudes peyorativas y opresivas directas.

En cifras, se observa por ejemplo que solo 14 de 195 países en el mundo han implementado leyes nacionales para prohibir las terapias de conversión (ILGA World Database, s. f.). Aunque España se encuentra dentro de los 14, hoy en día siguen existiendo denuncias sobre terapias de conversión, asociadas a contextos religiosos (Ministerio de Igualdad, 2025). Asimismo, el último estudio sobre salud de personas trans y no binarias en España señala que el 5 % de esta población constata haber recibido acoso verbal o insultos en una consulta (Belza Egozcue et al., 2024). Por todo esto, sigue siendo urgente toda movilización investigativa y activista para erradicar las prácticas clínicas vulneradoras de derechos humanos del colectivo LGBTIQ+, en especial de las personas trans, no binarias e intersexuales.

Por otra parte, al evidenciarse que la discriminación en la atención de salud mental no es solamente un fenómeno sutil o poco evidente, hace necesario reflexionar sobre los alcances de la categoría «microagresión». Regina Rini (2020) remarca que lo «micro» en este concepto no indica el tamaño (pequeño) de la violencia, sino su localización, como hecho social particular, en relación con un sistema de opresión transversal o «macroagresivo». Y que una característica fundamental, distintiva de la agresión abierta, es el efecto de «ambigüedad atribucional» que provoca en la víctima. La microagresión es un mensaje incongruente entre intención y contenido, que confunde a la víctima y le pone obstáculos para catalogarlo rápidamente como una forma de opresión. Por ello, esta autora destaca que la microagresión tiene un rol «epistémicamente distintivo» (2020, p. 114) para reproducir el orden cisheteronormativo, al bloquear la habilidad de las víctimas para interpretar sus experiencias.

Desde estas reflexiones, es posible ampliar la aplicación del marco de la violencia simbólica sobre los hallazgos. En los relatos de les participantes, se constataron formas activas y pasivas de normatividad o, en palabras de Pierre Bourdieu (1998/2000), de «llamar al orden» (p. 35) sobre les consultantes, siendo la patologización una de las formas más distintivas. En la normatividad activa o por omisión, les profesionales emiten mensajes microagresivos con *contenidos* discriminatorios hacia les consultantes. No obstante, otras formas, como las condiciones normativizantes, tendrían una función *estructural*, al fomentar un campo particular (Bourdieu, 1998/2000) de relación, que sustenta este llamado al orden en la atención sanitaria. Por ello, no solo ciertos contenidos, sino también

campos particulares serían necesarios para que se *haga género* en la psicoterapia (concepto que hemos explorado en Navarro Cerda et al., 2024, 2025) o más bien que se *haga clínica* cis-heteronormativa.

Se comprende así que la atención de salud mental discriminatoria se reproduce no solo en la difusión de mensajes cis-heteronormativos o la falta de mensajes afirmativos, sino también en las prácticas que posicionan a consultantes y sanitarios en los opuestos jerárquicos de inexperto-experto. Los relatos en este estudio sobre el rol del profesional como *custodio de significantes* son un ejemplo de ello, al mostrar un tipo de comunicación particular a través de la cual le profesional distribuye unilateral y desigualmente el poder de interpretación en esa relación. Se revela aquí la *faceta simbólica* de la violencia y discriminación hacia personas LGBTIQ+ en la atención de salud mental, en cuya base se encuentra en lo que Miranda Fricker (2007) denominó *injusticia epistémica* y que, en este contexto, también puede conceptualizarse como violencia epistémica, siguiendo a Moira Pérez (2019).

Desde este marco relacional, los testimonios también permiten pensar que este proceso de opresión involucra no solo ciertas prácticas del profesional, sino las respuestas posibles de parte de les consultantes. Frente a la discriminación, aparecieron relatos de resistencia activa, como discutir activamente con les profesionales o informarse detalladamente sobre sus derechos. Sin embargo, también se describieron ajustes y compensaciones que les participantes debían hacer (como vivir con una desconfianza basal hacia el sistema sanitario, o dar muchas concesiones a sus terapeutas a pesar del malestar vivido), condicionados por las falencias del sistema de salud en la falta de terapeutas competentes y entornos seguros de atención. Así, el orden cisheteronormativo, naturalizado como tal, también constriñe a las víctimas para fomentar en ellas solo cierto tipo reacciones posibles frente a la discriminación, situación necesaria para su reproducción completa. Dada esta configuración, repensar los modelos de salud mental para personas LGBTIQ+ desde una perspectiva crítica no se trata solo de ir más allá de estudiar y replantear los contenidos de los mensajes violentos o sus formas de emitirlos (implícitos o explícitos), sino de apuntar a reimaginar la implicación de todes les involucrades en este fenómeno, buscando proponer nuevos posicionamientos desde donde *hacer salud*.

En este sentido, las propuestas actuales en atención en salud mental del colectivo LGBTIQ+ como se difunden en guías internacionales como la de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons, 2021), centradas en la formación en *competencias culturales* en les profesionales, de acuerdo al modelo de Derald W. Sue et al. (Sue, 2001; Sue et al., 2007, 2019) y sus instrumentos de medida asociados (p. ej., LGBT-DOCCS de Marcus Bidell, 2017), son desarrollos valiosos y de gran vigencia, pero bajo el análisis ya expuesto se evidencian como insuficientes. Su foco en las capacidades de les profesionales les adjudica una agencia desproporcionada y unilateral sobre este problema, dejando de lado el rol de instituciones, gobiernos y también les usuaries en la transformación de esta realidad.

Sumado a ello, tampoco existen publicaciones que desarrollen propuestas sobre el rol de les consultantes y la comunidad LGBTIQ+ tiene en la construcción de la (su) salud mental, como activos productores de significantes, omisión que sigue reforzando la desigualdad epistémica y su rol de oprimidos en el sistema de salud.

Se propone así que una salud mental libre de discriminación requiere también una *transformación simbólica de la práctica clínica*, lo cual implicaría repensar la agencia que tanto consultantes y profesionales tienen para *hacer (y deshacer)* la salud mental. Esta línea de trabajo conlleva profundos cuestionamientos éticos, metodológicos y epistemológicos, como ya se están proponiendo en reflexiones de investigadores actuales en España como Amets Suess Schwend (2023).

En cuanto a las limitaciones que presenta este estudio, una de las principales es su muestreo por conveniencia, que captó personas LGBTIQ+ hispanohablantes de alto nivel educacional, por lo que la experiencia de otros grupos con capitales disímiles estaría infrarrepresentada. Asimismo, si bien el estudio pretende ser un aporte a la evidencia en territorios hispanohablantes, es crucial considerar que esta categoría incluye muchos otros territorios y diversidades más allá de España, por lo que estos hallazgos solo constituyen un avance exploratorio y se requieren más investigaciones desde estos territorios. Por último, se considera que la alta cantidad de personas que asistieron a cada grupo focal pudo haber mermado la participación y exposición de testimonios de todes les asistentes, dejando fuera algunas realidades.

Conclusión

En el momento histórico actual, donde las formas de vivir el género siguen en disputa, es indispensable que profesionales, académiques y activistas continúen el trabajo por desnaturalizar dinámicas opresoras desde su trasfondo estructural, y trabajen por reimaginar la salud y el bienestar accesible para todes, en todos los territorios.

Agradecimientos

Agradecemos encarecidamente la participación y disposición de las personas LGBTI y *queer* que se involucraron en este estudio. Esperamos haber honrado sus testimonios satisfactoriamente y deseamos que la publicación de este artículo contribuya a visibilizar las violencias que continúan ocurriendo dentro de los servicios sanitarios e instituciones de salud mental y general, las cuales deben ya ser erradicadas.

Financiación

Este estudio no ha recibido fuentes de financiación ni presenta conflictos de interés.

Contribuciónde autoría

Pilar Alejandra Navarro Cerda: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización, redacción – borrador original.

Marta Alicia Giménez Páez: conceptualización, visualización, redacción-revisión y edición.

Marta Evelia Aparicio García: conceptualización, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción -revisión y edición.

Referencias

American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*. https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-sexual-minority-persons.pdf

Ansara, Y. Gavriel, & Hegarty, Peter. (2014). Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism & Psychology*, *24*(2), 259–270. https://doi.org/10.1177/0959353514526217

Belza Egozcue, María José; González-Recio, Paule; Moreno-García, Sara; Donat López, Marta; Iglesias-Pavón, Álex; Guerras Moreira, Juan Miguel; Granda-Viñuelas, Édel; Palma, David, & Barba-Sánchez, Raquel. (2024). *Transaludes. Salud en personas trans y/o no binarias en España.* Instituto de Salud Carlos III de Madrid. https://hdl.handle.net/20.500.12105/25881

Betts, David, & Herb, Annika. (2023). Queer connections and fostering inclusion: Reflections on qualitative focus group design. *International Journal of Qualitative Methods*, *22*, 1–11. https://doi.org/10.1177/16094069231205180

Bidell, Markus P. (2017). The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a new interdisciplinary self-assessment for health providers. *Journal of Homosexuality, 64*(10), 1432–1460. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321389

Bourdieu, Pierre. (1998/2000). *La dominación masculina*. Anagrama.

Braun, Virginia, & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Browne, Kath, & Nash, Catherine J. (Eds.). (2010). *Queer methods and methodologies: Intersecting queer theories and social science research*. Taylor & Francis. https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/30031

COGAM & FELGTB. (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. https://cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf

Concil of Europe ADI-SOGIESC. (2024). *Right to the highest attainable standard of health and access to healthcare for LGBTI people in Europe*. https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-heal/1680b1ba4d

Costa, Pedro Alexandre. (2021). Experiências de psicoterapia de pessoas heterossexuais cisgénero e pessoas LGBT+: Resultados preliminares. *Psicologia, Saúde & Doença*, *22*(3), 894–907. https://doi.org/10.15309/21psd220310

Dovidio, John F.; Hewstone, Miles; Glick, Peter, & Esses, Victoria M. (2010). Prejudice, stereotyping, and discrimination: Theoretical and empirical overview. En John F. Dovidio, Miles Hewstone, Peter Glick. & Victoria M. Esses (Eds.), *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (pp. 3–28). SAGE. https://doi.org/10.4135/9781446200919

Enson, Stephanie. (2015). Causes and consequences of heteronormativity in healthcare and education. *British Journal of School Nursing*, *10*(2), 73–78. https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.2.73

Etchezahar, Edgardo D.; Ungaretti, Joaquín, & Rabbia, Hugo H. (2016). ¿Por qué nos cuesta tanto vivir juntos/as?: Una mirada psico-política del prejuicio, los estereotipos y la discriminación. En Silvina Brussino (Ed.), *Políticamente: Contribuciones desde la psicología política en Argentina* (pp. 209–229). CONICET, Universidad de Córdoba. http://hdl.handle.net/11086/4910

Fricker, Miranda. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

González Falcón, Xenia. (2022). *Estudio cualitativo sobre las microagresiones que sufren las mujeres bisexuales*. [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Almería]. Repositorio Institucional de la Universidad de Almería https://repositorio.ual.es/handle/10835/16991

ILGA-Europe. (2018, marzo 9). *Health4LGBTI: Reducing health inequalities experienced by LGBTI people*. https://www.ilga-europe.org/campaign/health4lgbti-reducing-health-inequalities-experienced-by-lgbti-people/

ILGA-Europe. (2026, mayo 12). Spain breaks Malta's decade-long hold on Europe's LGBTI rights top spot. https://www.ilga-europe.org/press-release/spain-breaks maltas-decade-long-hold-on-europes-lgbti-rights-top-spot/

ILGA World Database. (s. f.). *Regulation of so-called «conversion therapies»*. https://database.ilga.org/conversion-therapies-lgbti

IPSOS. (2023). *LGBT+ pride 2023. A 30-country ipsos global advisor survey*. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023–05/Ipsos %20LGBT%2B%20Pride%202023 %20Global%20Survey%20Report%20-%20rev.pdf

Jiménez-Barbero, José Antonio; Cutillas-Fernández, M. Asunción; Herrera-Giménez, María, & Jiménez-Ruiz, Ismael. (2024). Attitudes of Spanish mental health professionals towards trans people: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *31*(1), 43–51. https://doi.org/10.1111/jpm.12957

Keating, Leah; Muller, Robert T., & Wyers, Cassandra. (2021). LGBTQ+ people's experiences of barriers and welcoming factors when accessing and attending intervention for psychological trauma. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, *15*(1), 77–92. https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1868376

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, BOE-A-2018–16673 119788 (2018). *Boletín Oficial del Estado*. https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3

Magalhães, Mariana; Aparicio-García, Marta E., & García-Nieto, Isidro. (2020). Transition trajectories: Contexts, difficulties and consequences reported by young transgender and non-binary spaniards. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6859. https://doi.org/10.3390/ijerph17186859

Martínez Guzmán, Claudio; Tomicic Suñer, Alemka; Aguayo Fuenzalida, Francisco; Gálvez Toro, Constanza; Rodríguez Bothe, Juliana, & Videla Rosembaum, Catalina. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+. Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP).

Meyer, Ilan H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 38–56. https://doi.org/10.2307/2137286

Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, *93*(2), 262–265. https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.262

Ministerio de Igualdad. (2025, 14 de enero). El Ministerio de Igualdad abre un expediente para incoar la denuncia presentada por la Asociación Española contra las terapias de conversión. https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/el-ministerio-de-igualdad-abre-un-expediente-para-incoar-la-denuncia-presentada-por-la-asociacion-espanola-contra-las-terapias-de-conversion/

Nadal, Kevin L.; Skolnik, Avy, & Wong, Yinglee. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*(1), 55–82. https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583

Navarro Cerda, Pilar Alejandra; Giménez Páez, Marta A., & Aparicio García, Marta E. (2024). «Hacer género» en psicoterapia: Fundamentos teóricos para visibilizar prejuicios y estigmas de género en la psicoterapia con personas LGBTIQA+. *Investigaciones Feministas*, *15*(1), 101–111. https://doi.org/10.5209/infe.85285

Navarro Cerda, Pilar Alejandra; Giménez Páez, Marta A., & Aparicio García, Marta E. (2025). Doing gender in psychotherapy: Are Spanish-speaking therapists aware of practices that reproduce gender with LGBTIQA+ clients? An exploratory study. *Counselling Psychology Quarterly*, *39*(3), 434–453. https://doi.org/10.1080/09515070.2025.2556709

Patton, Michael Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage.

Peidro, Santiago. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, *52*, 221–235. https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202

Pérez, Moira. (2019). Violencia epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. *El Lugar sin Límites. Revista de Estudios y Políticas de Género*, *1*(1), 81–98. https://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/288

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de

datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, 119 OJ L (2016). *EUR-Lex*. http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/spa

Rini, Regina. (2020). Taking the measure of microaggression: How to put boundaries on a nebulous concept. En Lauren Freeman & Jeanine Weekes Schroer (Eds.), *Microaggressions and philosophy* (pp. 101–120). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429022470-5

Shelton, Kimber, & Delgado-Romero, Edward A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(2), 210–221. https://doi.org/10.1037/a0022251

Sue, Derald W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, *29*(6), 790–821. https://doi.org/10.1177/0011000001296002

Sue, Derald W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. John Wiley & Sons.

Sue, Derald W.; Capodilupo, Christina M.; Torino, Gina C.; Bucceri, Jennifer M.; Holder, Aisha M. B.; Nadal, Kevin L., & Esquilin, Marta. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, *62*(4), 271–286. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271

Sue, Derald W.; Neville, Helen A., & Smith, Laura. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and Practice* (8th ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Suess Schwend, Amets. (2023). Ética de la despatologización: Un enfoque en proceso. En Carmen Gregorio Gil & Blanca García Peral (Eds.), *Etnografía y feminismos: Restituyendo saberes y prácticas de investigación* (pp. 369–398). Peter Lang. https://doi.org/10.3726/b19592

Zabalegui, Marina. (2021). *INCLUSIVO, un lenguaje hacia la(s) equidad(es)*. Editorial Autores de Argentina.