



CEMERA
Centro de Medicina Reproductiva y
Desarrollo Integral del Adolescente

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

GUÍA DE ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS, LESBIANAS Y BISEXUALES EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD

2017



FONIS
Fondo Nacional de Investigación
y Desarrollo en Salud

AUTORÍA Y REDACCIÓN

Adela Montero Vega

Gineco-Obstetra
Especialista en Ginecología Pediátrica y Adolescente
Magíster en Bioética
Profesora Asociada
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

María Isabel González Trivelli

Enfermera Matrona
Profesora Asistente
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

COLABORADORES

Electra González Araya

Asistente Social
Magíster en Population Research, Exeter University
Profesora Asociada
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Jorge Vergara Vidal

Sociólogo
Magíster en Ciencias Sociales, mención en Sociología de la Modernización
Doctor en Sociología
Departamento de Sociología
Universidad de Chile

Cristóbal Carvajal Canto

Psicólogo Clínico
Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoanálisis

Santiago de Chile, diciembre de 2016

Nº de Registro de Propiedad Intelectual: A-273969

ISBN: 978-956-368-221-2

GUÍA DE ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS, LESBIANAS Y BISEXUALES EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD

2017

La presente guía es producto del proyecto de investigación “ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS PRINCIPALES NECESIDADES, BARRERAS Y DEMANDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS JÓVENES LESBIANAS, GAYS Y BISEXUALES, DE LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE”, correspondiente al XI CONCURSO NACIONAL DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD - FONIS 2014 (SA14ID0007).

AGRADECIMIENTOS

A quienes hicieron posible la realización y ejecución del proyecto de investigación “Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana, Chile”, en especial a las y los adolescentes y jóvenes participantes en los grupos focales.

A las personas que integraron los talleres de expertos, al equipo de investigadores e investigadoras, a nuestra secretaria y asistentes de proyecto.

A las instituciones asociadas al proyecto: Fundación Iguales y ONG “Joven Confundido”.

Al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS.

Al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA.

A la Universidad de Chile.

A nuestras familias.

1.- ÍNDICE

1.- ÍNDICE	7
2.- PRESENTACIÓN	9
3.- INTRODUCCIÓN	11
4.- PROPÓSITO	14
5.- OBJETIVOS DE LA GUÍA	14
6.- NECESIDADES, BARRERAS Y DEMANDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GLB	14
6.1.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS	14
6.2.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS	15
6.3.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES	16
6.4.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS	17
6.5.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS	20
6.6.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES	24
6.7.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS	26
6.8.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS	28
6.9.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES	31
7.- RECOMENDACIONES ORIENTADAS A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GLB	33
7.1.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN EL ESPACIO DEL CONSULTORIO	33
7.2.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN	34
7.3.- RECOMENDACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	35
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

2.- PRESENTACIÓN

Nuestro sistema de salud público se define como un sistema basado en la Atención Primaria, según un modelo de atención integral de salud. Este modelo de atención, de carácter familiar y comunitario, se entiende como un proceso integral y continuo, centrado en las personas y sus familias, que prioriza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se preocupa de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes, en forma más específica, tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y a la comunidad.

Como se señala en la introducción, las personas jóvenes y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) o con dudas en su orientación sexual o de género, deben hacer frente, al igual que sus pares heterosexuales, a los cambios propios del desarrollo en la esfera física, cognitiva, psicológica y social. No obstante, es conocido que en la tarea de definir y consolidar su identidad tienen que enfrentar desafíos y obstáculos que no experimentan las personas heterosexuales, hecho que les hace vulnerables a diversos riesgos.

Es así como a las dificultades normales asociadas al proceso de desarrollo, las y los jóvenes y adolescentes lesbianas, gay, bisexuales y transexuales deben sumar dificultades derivadas del estigma social de ser diferentes, como homofobia, transfobia, discriminación y otros estresores asociados a la diversidad sexual, en una sociedad en la que predomina la cultura heterosexista y heteronormativa.

En general, en nuestro país existen pocos estudios acerca de las necesidades de atención de salud de jóvenes y adolescentes gays, lesbianas y bisexuales, así como de las dificultades que encuentran al demandar atención de salud en el nivel primario. Se han realizado algunos estudios de esta naturaleza en jóvenes gays viviendo o no con VIH/Sida, pero poco se sabe de las dificultades, necesidades y demandas de jóvenes bisexuales y lesbianas, tendiendo a permanecer “invisibles” al sistema.

La “Guía de Orientaciones y Recomendaciones para la Atención de Adolescentes y Jóvenes Gays, Lesbianas y Bisexuales en el Nivel Primario de Salud” que presentamos es producto del proyecto de investigación “Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana, Chile”, correspondiente al XI Concurso Nacional de Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud- FONIS 2014, desarrollado en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que contó con la colaboración, en alguna de sus etapas, de personas pertenecientes a grupos diversos de expertos, la Fundación “Iguales” y la ONG “Joven Confundido”.

Mediante una metodología cualitativa, que contempló la realización de *focus group*, se identificaron y sistematizaron las principales necesidades, barreras y demandas de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales de la Región Metropolitana de Santiago, beneficiarios del sistema público de salud.

Entre las principales necesidades surge en todos los grupos estudiados la de información confiable en sexualidad, la de acompañamiento en el proceso de asumirse como “diferente” y la de apoyo a la familia para su aceptación. En cuanto a modalidad de atención, de gran importancia se considera la atención confidencial, empática y de calidad, surgiendo en el caso de las lesbianas el tema de la fertilidad y maternidad.

En cuanto a las barreras o dificultades, destacan aquellas relacionadas con la invisibilización de la diversidad sexual en el consultorio, que continúa siendo un tema tabú, la discriminación y la heteronormatividad. También surgen las barreras en cuanto a la información, y las relacionadas con la capacitación y prejuicios en la práctica profesional, citando algunos casos de recomendación de terapias “reparativas” orientadas a “revertir la homosexualidad”.

De gran interés son las demandas que plantean las y los jóvenes en cuanto a reconocimiento, visibilización y normalización, así como en lo que se refiere a un trato igualitario y confidencial. De igual modo son constantes los requerimientos de apoyo y acompañamiento individual y familiar, y el contar con espacios diferenciados en el consultorio pero inclusivos de la diversidad sexual.

A partir de estos resultados, de la literatura consultada en el marco teórico del proyecto, y de la experiencia profesional, las autoras plantean un conjunto de recomendaciones, orientadas a los equipos de atención primaria para la atención en salud de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales. Estas se desglosan en recomendaciones específicas en el espacio del consultorio, recomendaciones específicas para el equipo de salud durante la atención y recomendaciones para las políticas públicas.

Esperamos que estas “Guías de Orientaciones y Recomendaciones para la Atención de Adolescentes y Jóvenes Gays, Lesbianas y Bisexuales en el Nivel Primario de Salud” sean consideradas en la elaboración e implementación de políticas locales y públicas en las instancias pertinentes, y que el sistema de salud tome en consideración estos resultados y recomendaciones para que finalmente, independiente de su orientación sexual, las y los jóvenes y adolescentes chilenos cuenten con una atención de calidad, sin inequidades y garantizando su derecho a la salud.

Dra. Cecilia Sepúlveda Carvajal

Profesora Titular Facultad de Medicina

Universidad de Chile

3.- INTRODUCCIÓN

En Chile, al igual que en otros países, la atención en salud ha sido concebida y centrada tradicionalmente desde una perspectiva heterosexual, desde la “heteronormatividad”, no visibilizando las reales necesidades, barreras y demandas experimentadas por las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero/transexuales (LGBT) (1,2).

El concepto “necesidades en salud” ha sido definido por algunos autores como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los sistemas de salud experimentan, vinculado estrechamente con las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica, trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez se encuentran determinadas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población (3). Si bien la OMS ha definido estas necesidades como aquellas que pueden ser satisfechas mediante una adecuada atención en salud, a través de educación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (4), las barreras son factores que dificultan total o parcialmente el acceso a estos sistemas de salud e involucran a las instituciones, prestadores y usuarios, pudiendo clasificarse en económicas, geográficas y culturales (5).

El modelo de Knight intenta explicar las barreras que presentan las personas pertenecientes a una minoría sexual para acceder a los cuidados de la salud, dividiéndolos en 3 categorías: del paciente (vergüenza, temor a la reacción del profesional, no divulgación de la orientación sexual, desconocimiento de riesgos y herramientas de prevención, temor al no respeto de la confidencialidad), del profesional (incomodidad, falta de entrenamiento, homofobia, minimización y desconocimiento de las conductas de riesgo, desinformación de herramientas preventivas, falta de tiempo, manejo inapropiado de la confidencialidad) y del sistema de salud (entorno poco amigable, carencia de guías de cuidados preventivos, posible discriminación hacia las personas de “alto riesgo”) (6). Del adecuado reconocimiento de las principales necesidades y barreras en salud surgen las demandas, entendidas como las solicitudes específicas de manera individual o colectiva para lograr un completo grado de bienestar (7).

Organizaciones internacionales como la Sociedad de Medicina del Adolescente (8) y la Academia Americana de Pediatría de Estados Unidos (9) reconocen y describen los principales problemas que enfrentan las personas adolescentes y jóvenes LGBT, recomendando promover la salud, el desarrollo y bienestar en esta población. Al respecto, es importante señalar que si bien algunas dimensiones en salud de las personas lesbianas, gays y bisexuales (LGB) pudieran ser semejantes a las personas transexuales/transgénero, existen otras que por sus características son específicas de este último grupo, motivo por el cual en esta instancia nos referiremos en particular a la población de adolescentes y jóvenes LGB.

Los y las adolescentes y jóvenes LGB experimentan los mismos cambios del desarrollo que sus pares heterosexuales, presentando preocupaciones comunes en relación a su salud, pero deben enfrentar retos adicionales, relacionados con una serie de interrogantes acerca de su orientación sexual y con el propio proceso de reconocerse y aceptarse como una persona LGB (8). A este complejo proceso suele agregarse el estigma de ser diferente, que se expresa en discriminación y victimización en una cultura heterosexista y heteronormativa, entendida como la expectativa social de que la heterosexualidad es la norma, determinando instancias de estigmatización, rechazo, violencia y odio hacia las personas LGB. El enfrentar estos desafíos y retos adicionales se traduce en altos niveles de angustia y/o estrés psicológico, que pueden desencadenar un incremento de conductas de riesgo. De esta manera, en este grupo es posible visualizar disparidades, diferencias o desigualdades en aspectos de la salud mental y sexual, determinando una mayor vulnerabilidad respecto a sus pares no LGB (10, 11).

Por otra parte, las instituciones de salud también operan bajo esta premisa heteronormativa, pudiendo discriminar nuevamente a las personas LGB. Como consecuencias de esta discriminación se han observado barreras que se traducen en una menor probabilidad para acceder a los servicios de salud, dificultad es para revelar su orientación sexual y reacciones negativas por parte de los proveedores de salud al conocer su orientación sexual, como rechazo, hostilidad, etc. (12, 13).

A nivel internacional, la evidencia señala claramente que la población LGB presenta indicadores con mayor prevalencia de conductas de riesgo y resultados negativos para su salud. En el ámbito de la salud mental, específicamente en relación a adolescentes y jóvenes LGB, se ha reportado 3 – 5 veces mayor probabilidad de consumo de drogas y alcohol (14) y 3 veces mayor probabilidad de ideación o intento suicida (14).

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva también existen importantes diferencias, asociadas particularmente con la infección por VIH/Sida, otras infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo y violencia sexual. El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) informa que en 2014, en Estados Unidos hubo 9.731 personas de 13 a 24 años diagnosticadas con VIH, dando cuenta del 22% de las nuevas infecciones en ese período. El 80% de las personas infectadas correspondían a hombres gays y bisexuales (15). Igualmente, el CDC identifica como factores determinantes para la mortalidad y discapacidad relacionada con el VIH, la educación sexual insuficiente y heteronormada, las bajas tasas de realización del examen de pesquisa de VIH y uso de condón en adolescentes y jóvenes sexualmente activos, las mayores tasas de ITS, especialmente en jóvenes de 20 a 24 años, el estigma vinculado a la infección por VIH, los sentimientos de soledad y falta de acompañamiento, por lo que el desafío consistiría en focalizar los esfuerzos para revertir estos parámetros (15).

Adicionalmente, la literatura sostiene que no ha habido una respuesta acorde para desarrollar intervenciones para reducir este riesgo y que la gran mayoría de los informes publicados sobre programas de prevención del VIH se centran, contrario a lo esperado, en adolescentes y jóvenes con conductas heterosexuales (10). Creemos fundamental destacar que conducta sexual no es sinónimo de orientación sexual y que los y las adolescentes y jóvenes que se identifican a sí mismos como LGB no necesariamente presentarán conductas sexuales coincidentes con esta orientación.

Coker y cols. encontraron que del 1,3% de los adolescentes que se identificaban como gays o lesbianas, el 2,5% refería haber tenido sexo con personas de su mismo sexo, mientras un 3,3% había tenido actividad sexual con personas de ambos sexos (16). En este grupo existía mayor probabilidad de 3 o más parejas sexuales e inicio sexual antes de los 13 años (16). Otros autores reportan una menor probabilidad de uso de condón durante el último coito que sus pares heterosexuales (35,8% vs 65,5%) (10).

En adolescentes lesbianas/bisexuales se ha reportado mayor frecuencia de embarazo que en adolescentes heterosexuales (12% vs 5%) (10, 16). Para las ITS, en estudios en mujeres universitarias lesbianas/bisexuales, la frecuencia de estas infecciones aumentaba de 2 a 9% cuando existía el antecedente de sexo con hombres (9). En relación a la violencia sexual, un 33% de los/las jóvenes LGB reportaban contacto sexual contra su voluntad, cifra muy superior al 9% reportado por sus pares heterosexuales (16).

Otros indicadores como el bullying y violencia escolar por razones homofóbicas, varían desde acoso/hostigamiento verbal hasta violencia física y sexual. En adolescentes LGB, un 85% reportó haber sido víctima de acoso verbal; 40% experimentó acoso físico; 19% había sido víctima de agresión física el año anterior y 2/3 reportaban sentirse inseguros en su ambiente escolar (8). En Chile, el estudio de la Fundación “Todo Mejora”, sobre bullying homofóbico en escolares de

educación media de la Región Metropolitana, revela que el 15,5% y 10,1% de los/las estudiantes reportan escuchar “frecuentemente” o “casi siempre” comentarios homofóbicos en el colegio y un 1,4% y 1,3% afirman haber escuchado a sus profesores u otro personal del colegio hacer comentarios homofóbicos, validando así formas de discriminación con base en la orientación sexual (17).

En estudiantes identificados como LGB se ha establecido 2 veces mayor probabilidad de intimidación online/internet que en sus pares heterosexuales (8). Estas cifras son alarmantes, considerando que dentro de las reacciones a este tipo de victimización se observa una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés post traumático, intento suicida, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, somatización, consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo (8). Es importante destacar que adolescentes y jóvenes LGB con familias apoyadoras presentaban un mejor nivel de salud, con mayor autoestima y calidad de vida. Por el contrario, el provenir de familias con alto grado de rechazo familiar a su orientación sexual es determinante de mayor probabilidad de serias consecuencias para la salud como: intento de suicidio (8 veces), depresión severa (6 veces), consumo de drogas (3 veces) y sexo no protegido (3 veces) (18).

En nuestro país existen escasas publicaciones científicas que aborden aspectos que dicen relación con las principales necesidades, barreras y demandas observadas en el ámbito de la salud, considerando la perspectiva de las personas adolescentes y jóvenes LGB (19, 20, 21, 22). En nuestras políticas públicas observamos una constante invisibilización de estos aspectos, para los servicios y para los profesionales de la salud responsables de proporcionar esta atención. Es así que los objetivos sanitarios para el período 2011–2020, que buscaban alcanzar una mayor equidad y fortalecer un sistema de salud centrado en las personas, para mejorar el acceso a la atención de manera oportuna, segura y de calidad, en un marco de respeto de sus derechos, no son explícitos para adolescentes y jóvenes gays, con referencia sólo a la población homosexual ligada al riesgo de VIH, contribuyendo a potenciar la estigmatización de los hombres y a no considerar las necesidades de las mujeres (23).

En nuestro país no se han explorado en profundidad los aspectos relacionados con la salud de las personas adolescentes y jóvenes LGB y su vinculación con los principales sistemas o modelos de atención, apareciendo sólo de manera reciente un modelo de consejería para adolescentes GLBT, formulado por González (11).

Wright y cols. (4) plantean que las necesidades en salud de los/las potenciales usuarios/as pudieran ser diferentes a las consideradas por los proveedores de salud, por lo que es fundamental incluir la propia perspectiva de las personas, en este caso adolescentes y jóvenes LGB, para facilitar la consulta y contribuir a disminuir las brechas de atención. Por este motivo, la presente guía pretende contribuir a visibilizar las reales necesidades, barreras y demandas que presentan y experimentan las personas jóvenes LGB para su salud, considerando su propia perspectiva, así como su vinculación en particular con el nivel primario de atención, pilar esencial enfocado a la promoción y prevención, anticipándose a la enfermedad bajo un modelo humanitario e integral.

Esperamos que la información vertida en este documento sea de utilidad para el desarrollo y/o mejoramiento de los modelos de atención, que realmente consideren e incluyan a la población de adolescentes y jóvenes LGB, disminuyendo las brechas e inequidades en salud, potenciando su desarrollo integral y mejorando la oportunidad, el acceso y la calidad de esta atención. Asimismo, esperamos que las recomendaciones formuladas contribuyan a la formulación e implementación de políticas públicas con sustento científico, que permitan disminuir estas brechas de equidad en salud, integrando, considerando y respetando la diversidad sexual.

4.- PROPÓSITO

El propósito de este documento, es a partir de los resultados del Proyecto FONIS “ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS PRINCIPALES NECESIDADES, BARRERAS Y DEMANDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS JÓVENES LESBIANAS, GAYS Y BISEXUALES, DE LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE”, contribuir a visibilizar, sensibilizar y orientar a los equipos de salud primaria, fomentando la atención inclusiva, empática, competente y respetuosa de la diversidad sexual, desde un enfoque de derechos humanos, como el derecho a la salud sin discriminación, correspondiente a las actuales sociedades plurales y democráticas.

5.- OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivo general

Poner a disposición orientaciones y recomendaciones generales para integrantes del equipo de salud, profesionales, técnicos y personal de apoyo, del nivel primario de atención, para promover una atención integral e inclusiva de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales (GLB), garantizando el acceso igualitario a la atención, sin discriminación.

Objetivos específicos

- 1.- Identificar las principales necesidades, barreras y demandas de adolescentes y jóvenes GLB.
- 2.- Disponer de las principales recomendaciones generales y específicas para la atención en salud de adolescentes y jóvenes GLB.
- 3.- Disponer de las principales recomendaciones hacia las políticas públicas para la atención en salud de adolescentes y jóvenes GLB.

6.- NECESIDADES, BARRERAS Y DEMANDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GLB

NECESIDADES

6.1.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS

6.1.1.- NECESIDADES EN SALUD SEXUAL

Por una parte identifican que no existirían necesidades diferentes en la salud general para jóvenes gays y heterosexuales, sin embargo reconocen necesidades adicionales relacionadas específicamente con la conducta sexual y con un mayor grado de preocupación y aprensión respecto a su salud sexual. Debido a una percepción de mayor exposición a una probable Infección de Transmisión Sexual (ITS), surge la necesidad de realizarse exámenes más frecuentemente y en forma expedita, con información específica sobre el período ventana, periodicidad e indicaciones.

6.1.2.- NECESIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO

Emerge la necesidad de apoyo por profesionales capacitados, a nivel individual y familiar. Este acompañamiento no implica psicoterapia, sino apoyo emocional, afectivo, con contención y entrega de información a través de herramientas como la consejería.

- APOYO INDIVIDUAL

Desde la adolescencia, en el proceso de asumir una orientación sexual diversa, aclarando dudas y como herramienta para prevención de suicidio. Este apoyo sería esencial en la etapa de divulgación o “salida del clóset”, principalmente cuando enfrentan el rechazo familiar y de los pares.

- APOYO A NIVEL FAMILIAR

Se manifiesta como necesidad la acogida de la familia durante el proceso de aceptación e integración de un hijo gay.

6.1.3.- NECESIDADES EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN

- ATENCIÓN EMPÁTICA

Se relaciona con atención en particular frente a la temática del VIH, ser acogidos al consultar, ser contenidos en su angustia, tranquilizados, no ser estigmatizados como portadores de VIH.

- ATENCIÓN CONFIDENCIAL

Es considerada de gran importancia, por eso no respetarla los sitúa en condición de extrema vulnerabilidad. Incluye la necesidad de resguardo de la información sensible, que involucra al profesional tratante y a otros integrantes del equipo que puedan ser consultados. La confidencialidad debe trascender y ser respetada en todas las prácticas al interior del consultorio, como por ejemplo en la forma de ser llamados en la sala de espera, la realización de exámenes, el seguimiento o contacto al domicilio, entre otros.

- ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL Y TÉCNICAMENTE ADECUADA

Reconocen la necesidad de atención multidisciplinaria, diferenciada según área de atención, por ejemplo en salud sexual, atención igualitaria, sin diferencias respecto a los heterosexuales, que los haga sentirse acogidos, bienvenidos, no discriminados y que no se los trate como si fueran anormales o enfermos.

6.1.4.- NECESIDADES EN EDUCACIÓN SEXUAL/INFORMACIÓN

La información en sexualidad es reconocida como una necesidad imperiosa, siendo habitualmente obtenida de fuentes informales, no a través de educación sexual formal. Existiría un mayor interés sobre la necesidad de información específica, por ejemplo respecto a ITS, en comparación a sus pares heterosexuales.

6.1.5.- NECESIDADES DE EMPODERAMIENTO

Existe la necesidad de un mayor empoderamiento sobre sus derechos como personas gays, respecto a la atención en salud, para evitar la discriminación, a diferencia de los jóvenes heterosexuales.

6.2.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS

6.2.1.- NECESIDADES EN SALUD SEXUAL

Identifican necesidades en sexualidad, específicamente en el autocuidado en prevención de ITS, con un enfoque que considere la perspectiva de género, con información sobre métodos de protección de ITS para mujeres. Así también está la necesidad de abrir la orientación sexual en consultas de salud sexual y reproductiva u otras en las que fuera necesario y atingente.

6.2.2.-NECESIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO

Consideran importante el acompañamiento, pero sin patologizar la orientación sexual.

- APOYO INDIVIDUAL

En el proceso de asumir una orientación sexual diversa en la adolescencia, frente al diagnóstico de una ITS y frente a situaciones de violencia en la pareja.

- APOYO FAMILIAR DURANTE EL PROCESO EN QUE LA FAMILIA Y ESPECIALMENTE LOS PADRES ASUMEN E INTEGRAN QUE SU HIJA ES LESBIANA

Identifican la necesidad de acompañamiento del proceso familiar de aceptación e integración de una hija lesbiana.

6.2.3.- NECESIDADES EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN

- ATENCIÓN EMPÁTICA

Necesidad que los profesionales y equipo de salud estén capacitados y sean capaces de brindar una atención sin prejuicios, generando confianza.

- ATENCIÓN TÉCNICAMENTE ADECUADA

Con consejería, sin patologizar, protocolizada, con preguntas inclusivas y atingentes, orientadas a la conducta más que a la orientación sexual.

- ATENCIÓN CONFIDENCIAL

Surge como un principio fundamental, no transable, reconociendo sin embargo la existencia de los límites éticos de la atención profesional.

6.2.4.- NECESIDADES DE EDUCACIÓN SEXUAL/INFORMACIÓN

Surge la necesidad de información en sexualidad que aborde específicamente la sexualidad lésbica y el autocuidado. Igualmente se considera contar con educación sexual inclusiva, no basada en el temor, que se imparta desde la infancia.

6.2.5.- NECESIDAD DE FERTILIDAD/MATERNIDAD

Se refiere al acceso a técnicas de fertilización asistida, acompañamiento durante el embarazo y parto que incluya a la pareja lesbiana.

6.2.6.- NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO, DE VISIBILIZACIÓN SOCIAL

Necesidad de visibilización de las lesbianas, eliminando los estereotipos que las menoscaba como mujeres.

6.3.- NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES

6.3.1.- NECESIDADES EN SALUD SEXUAL

Emerge la necesidad de realizarse exámenes para el autocuidado en el ámbito ginecológico, identificando específicamente el Papanicolaou. También la necesidad de revelar la orientación sexual en consultas de salud según pertinencia, como en consultas de ginecología, salud mental, urología, proctología, no siendo perentorio en consultas de morbilidad general.

6.3.2.- NECESIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO

- APOYO INDIVIDUAL

Surge la necesidad de orientación e información en el período de confusión y en la adolescencia. Reconocen que resultaría más compleja la divulgación de la orientación sexual bisexual, particularmente a los padres.

- APOYO FAMILIAR

Visualizan como una necesidad contar con apoyo para la familia, que facilite a los padres la real aceptación de un hijo/hija bisexual.

6.3.3.- NECESIDADES EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN

- ATENCIÓN

Refieren la necesidad de poder acceder a profesionales capacitados en temática bisexual.

- ATENCIÓN EMPÁTICA

Que no asuma que son heterosexuales y que no los haga sentirse cuestionados o cuestionadas por sus conductas.

- ATENCIÓN CONFIDENCIAL

Asumida a priori por las personas participantes, reconociendo excepciones en situaciones de peligro o riesgo, pero debiendo ser informadas o informados previamente en situaciones en que sea necesario abrir esta información.

6.3.4.- NECESIDADES DE EDUCACIÓN SEXUAL/INFORMACIÓN

Resulta perentorio para las personas bisexuales tener acceso a la información sobre orientación sexual bisexual y educación sexual inclusiva con enfoque de diversidad.

6.3.5.- NECESIDADES DE AFIRMACIÓN DE LA IDENTIDAD BISEXUAL

Las personas bisexuales necesitan el reconocimiento de la bisexualidad como una identidad propia, que les permita su autoafirmación y respeto sin cuestionamiento respecto a la sociedad en general, incluyendo a la comunidad GLB, dando cuenta que la orientación bisexual existe.

BARRERAS (1)

6.4.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS

6.4.1.- BARRERAS EN EL CONSULTORIO

- EL CONSULTORIO NO SATISFACE LAS NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS

Existe una invisibilización de la diversidad sexual, siendo abordada como un tema tabú, como algo que se evita por diferentes razones, con falta de información y promoción de acciones preventivas y carencia de difusión de la oferta de servicios asociados con esta temática. Asimismo, el

1 Montero A., González M. I., Vergara J., González E., Carvajal C. "Enfoque de Derechos Humanos en las políticas públicas para garantizar el acceso a la atención en salud de adolescentes y jóvenes gays en Chile". En Libro de Ponencias VIII Congreso Latinoamericano de Niñez, Adolescencia y Familia. Colombia, 2016 (en prensa).

consultorio no es visualizado como un espacio educativo en sexualidad, de prevención y fomento para su salud. Es considerado un espacio centrado en temas biológicos, que no brinda contención emocional y con dificultades en el acceso a condones, negándose la entrega aduciendo falta de stock y estando disponibles en algunos casos sólo para prevención de embarazo. Surge el prejuicio desde el consultante que los condones proporcionados en la atención primaria son de mala calidad, por su asociación con la “marca consultorio”.

- **DISCRIMINACIÓN EN EL ESPACIO PÚBLICO, SOCIAL Y CULTURAL A NIVEL DEL CONSULTORIO**

Es una barrera relacionada con la discriminación y enjuiciamiento social percibido en las salas de espera. Surge el estereotipo de “la vieja sapa discriminadora”, que contribuye a la percepción del consultorio como un espacio no amigable, no seguro y que no está libre de discriminación.

- **HETERONORMATIVIDAD**

Se asume que los consultantes son heterosexuales, por eso se utiliza un lenguaje heteronormado y se entrega información sobre prevención desde esta perspectiva, lo que no tiene sentido para el consultante.

- **EXAMEN PARA PESQUISA DE VIH**

Acusan burocracia para el acceso al examen de pesquisa del VIH, incluida la consejería, con múltiples derivaciones al interior del consultorio. Existiría una ruta confusa y poco clara, con mensajes contradictorios, sin resguardo apropiado de la confidencialidad durante la toma del examen y la entrega y manejo del resultado, generando una sobreexposición y situando al consultante en situación de vulnerabilidad.

Surge como barrera una atención bajo estigma, percibiendo el consultante un encasillamiento respecto al VIH por su orientación sexual, independiente de su conducta sexual o de la real exposición al riesgo, incluso frente a la donación de sangre. Esto genera un proceso poco empático, calificado como una fea experiencia, que produce temor en el consultante, cuya consecuencia es la no realización del examen. Igualmente, aún perciben una atención discriminatoria, principalmente por el temor del personal de salud al “contagio”.

- **ATENCIÓN PRIMARIA MAL EVALUADA**

En general realizan una mala evaluación de la salud pública en Chile, reconociendo que los largos tiempos de espera para la atención se presentan a escala global. Sin embargo, en esta temática en particular, la burocracia, tramitación, “pimponeo”, con latencia en la atención, no sólo frente al examen del VIH, pueden ocasionar demora en la resolución de problemas, pudiendo conllevar un riesgo adicional para la salud y la vida de las personas, como cuando existe riesgo de suicidio. Desde los usuarios existe desconocimiento de oferta de espacios amigables para adolescentes y jóvenes, con percepción de que las capacitaciones para los equipos de salud resultan inútiles porque no abordan la temática directamente o porque contribuyen a sobrecargar aún más a profesionales sobre-exigidos laboralmente.

Finalmente, evalúan el consultorio como la última instancia donde acudir, ya que les genera desconfianza, percepción de marca desgastada, desprestigiada, desvalorizada, analogada con “Transantiago”, al que acudirían sólo para resolver consultas de morbilidad general.

6.4.2.- BARRERAS EN LA INFORMACIÓN

- EDUCACIÓN

Identifican falencias en educación sexual, evaluada como insatisfactoria por ser heteronormada, centrada en lo reproductivo, no orientada en las necesidades de adolescentes y jóvenes gays, basada en el temor, generando sensación de anormalidad, inseguridad, vergüenza y aislamiento. Igualmente, no permite el desarrollo de habilidades sobre cómo utilizar correctamente un condón, por ser considerado un tema tabú.

- INFORMACIÓN

La información limitada, poco explícita, no personalizada, sobre promoción y prevención en salud, da lugar a conductas que no protegen del riesgo, como no utilizar siempre el condón o acceder a la pesquisa de VIH sólo después de una conducta de riesgo (“estar asustado”). De esta manera, la falta de información sería una barrera para que se instale la “cultura del autocuidado” en los potenciales usuarios.

6.4.3.- BARRERAS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- FALENCIAS EN LA FORMACIÓN Y FALTA DE CAPACITACIÓN

La falta de formación en la temática es una barrera que favorece la heteronormatividad, el no reconocimiento de la diversidad sexual y la discriminación. Asimismo, los profesionales en general, incluyendo los psicólogos, no se encontrarían preparados para brindar el apoyo emocional requerido.

- PREJUICIOS DESDE EL PROFESIONAL

Se traducen en discriminación y en algunos casos en homofobia, contrario a las expectativas sobre la actitud que esperan de un profesional de la salud, generando sentimientos de decepción y desesperanza.

- ABORDAJE INADECUADO

A través de la patologización, con recomendaciones inadecuadas tendientes a “revertir la homosexualidad”, estimulando el contacto heterosexual y el abordaje “reparativo” mediante lecturas o terapias que pretenden “curar” la homosexualidad, contrario a la evidencia científica.

- CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PROFESIONAL

Describen una atención fría, poco empática, indiferente e indolente, lo que genera insatisfacción, temor, distanciamiento y vulneración de derechos en el consultante.

6.4.4.- BARRERAS PERSONALES (desde los consultantes)

- “MEDICINA ANTIGUA”

Existen prejuicios reconocidos por los consultantes hacia la edad cronológica del profesional, con la creencia de una mayor probabilidad de rechazo y discriminación por los profesionales de mayor edad, quienes al provenir de una generación inmersa en una sociedad heteronormada han sido formados bajo este paradigma, resultándoles más difícil aceptar y respetar la diversidad sexual. En este sentido, el profesional de mayor edad discriminaría por ignorancia, lo que podría ser más entendible para los usuarios, mientras que la discriminación por parte de un profesional joven sería resultado del odio, lo que es inaceptable.

- **ACTITUD PRECONDICIONADA**

Es importante señalar que esta actitud no corresponde a un prejuicio del consultante, sino que se refiere al temor a la consulta en el consultorio, específicamente por salud sexual y reproductiva. La vergüenza y miedo a preguntar para acceder a esta atención. La vergüenza y miedo a preguntar para acceder a esta atención dificulta el acceso a la atención de salud y las expone, generando vergüenza y situandolas en condición de vulnerabilidad frente al estigma que se acentúa cuando el adolescente y joven no ha asumido o divulgado aún su orientación sexual. El estigma desencadenaría una mayor barrera para las personas gays que heterosexuales para solicitar, por ejemplo, condones en el consultorio.

- **ASOCIADAS A SER ADOLESCENTES**

Se relacionan con no saber dónde buscar el apoyo necesario durante el proceso de confusión y en el asumir una orientación sexual diversa. No pueden consultar sin un adulto por exigencias del propio consultorio ni realizarse el Test Elisa por la normativa legal vigente, que exige la autorización del representante legal.

- **IGNORANCIA DE SUS DERECHOS**

Condiciona una falta de empoderamiento para ejercer sus derechos como usuario para una atención de calidad.

6.4.5.- BARRERAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Se relaciona con la falta de información del sistema de salud y niveles de atención con desconocimiento de los espacios amigables para adolescentes y jóvenes.

6.5.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS

6.5.1.- BARRERAS EN EL CONSULTORIO

- CONSULTORIO NO SATISFACE NECESIDADES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS

Consideran que la diversidad sexual es invisibilizada, no se informa el abordaje de la temática y el foco está centrado en VIH. Visualizan al consultorio, además, como un espacio invasivo e impersonal.

- HETERONORMATIVIDAD

Se adjudican roles heteronormados en la atención de una pareja lésbica, ya que una de ellas necesariamente es vista asumiendo un rol masculino (ginecólogos/psicólogos). También identifican como una barrera la tendencia a invisibilizar a la pareja acompañante, lo que hace que no se sientan acogidas ni visibilizadas y da lugar a que no se cumplan sus expectativas en la atención.

También perciben mensajes heteronormativos en el espacio físico, con imágenes informativas heterosexuales y atención con información heteronormada y centrada en el aspecto reproductivo, sin preguntar por orientación, asumiendo los profesionales la existencia de parejas masculinas.

El consultorio no cumple con las expectativas de las consultantes respecto a información sobre sexualidad lésbica. El estar centrado en regulación de la fecundidad, las mujeres lesbianas se sienten excluidas, produciéndose una disociación entre ser lesbiana y mujer respecto a la posibilidad y planificación de la maternidad. El consultorio es percibido como centrado en la regulación de la fecundidad heterosexual, incluso con desconocimiento de las usuarias respecto al control prenatal de una mujer lesbiana.

- ATENCIÓN PRIMARIA MAL EVALUADA

Reconocen mala calidad en la atención, maltrato, y discriminación en general, la que se potencia para las mujeres lesbianas, sintiendo una doble discriminación asociada a un menor nivel socioeconómico. No es posible reclamar porque hacerlo obligaría a visibilizarse.

- CONFIDENCIALIDAD

Temor a que no se respete la confidencialidad sobre la orientación sexual al interior del consultorio y que trascienda a la comunidad. Identifican dificultades para el acceso a la atención de menores de edad sin un adulto que acompañe, especialmente cuando aún no han develado la orientación sexual a los padres.

Existe también desconfianza que se divulgue la información entregada al interior del consultorio, que no se respete la confidencialidad, y se revela información con un sentido negativo, con burlas, comentarios inadecuados, lo que genera temor a la exposición y estigmatización.

6.5.2.- BARRERAS SOCIALES

Afectarían la consulta de manera indirecta.

- DISCRIMINACIÓN SOCIAL Y CULTURAL, A NIVEL DE CONSULTORIO Y COLEGIOS

Existiría una doble discriminación, relacionada con la orientación sexual diversa y menor nivel socioeconómico. La discriminación la evidencian frente a la consideración de la diversidad sexual como una “minoría” pero en sentido peyorativo.

La discriminación es percibida independiente de la edad de quien la realiza, asociada más bien a patrones de socialización o de crianza al interior de la familia.

- CONNOTACIÓN SOCIAL NEGATIVA DE LA SEXUALIDAD EN GENERAL, EXPOSICIÓN AL ESTIGMA Y RECONOCIMIENTO PÚBLICO DEL ESTIGMA

Describen patrones sociales conservadores (“cartuchismo”), que hace que la sexualidad sea percibida como un tema tabú, como un pecado, que generaría vergüenza para el abordaje de la sexualidad en la atención de salud, por parte del consultante y del profesional.

Las lesbianas consideran que las personas gays, al estar más visibilizadas, están más expuestas a una mayor estigmatización, discriminación y rechazo asociados al machismo cultural, por ende, ellas, para no exponerse, preferirían mantenerse invisibilizadas. Sin embargo, consideran que la visibilización de los gays también permitiría una mayor representatividad en las políticas públicas, a diferencia de las lesbianas.

- ESTEREOTIPOS SOCIALES Y CONSERVADURISMO, CON JUICIO NEGATIVO HACIA LA DIVERSIDAD SEXUAL

Reconocen una sociedad conservadora, con prejuicios hacia la sexualidad juvenil en general y cuando se expresa fuera del matrimonio. Existen creencias y prejuicios que asocian la diversidad sexual con el estigma de potencial enfermo sexual y abusador sexual. La diversidad sexual es vista como una “opción” y no como un derecho a vivir la sexualidad, con prejuicios aún cuando estamos en una sociedad con una mayor apertura y visibilización hacia la diversidad sexual, vinculados al machismo y a la influencia de la Iglesia Católica en la sociedad. Por otra parte, la sociedad asume que por ser lesbianas no tendrían la capacidad de fertilidad, imponiéndoles una renuncia a la maternidad (imposición social), la que es percibida al interior de la familia y en la consulta en salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, las lesbianas consideran que la bisexualidad femenina es percibida como una realidad más cuestionada y estigmatizada.

- **ADOPCIÓN**

Se enfrentan al prejuicio del profesional que facilitaría o dificultaría este proceso y reconocen la ausencia de posibilidad de adopción homoparental, resultando más difícil para una pareja gay.

6.5.3.- BARRERAS EN LA INFORMACIÓN

- **EDUCACIÓN**

Existe una educación sexual heteronormativa y excluyente, por ejemplo, al focalizarse en prevención de embarazo, respecto al uso de condón y píldoras anticonceptivas desde una perspectiva heterosexual. Perciben una invisibilidad de la diversidad sexual en una educación sexual paternalista, con temáticas relativas a la diversidad sexual invisibilizadas a nivel del colegio, cobrando otras temáticas mayor importancia que la educación sexual, por ejemplo el “no bullying”.

- **INFORMACIÓN**

Visualizan una falta de educación con información confiable a escala global y amigable, lo que genera búsqueda de información en canales informales, por ejemplo a través de internet, pudiendo ser información errónea. También refieren falta de información durante el proceso de asumir una orientación sexual diversa y respecto a la sexualidad lésbica con énfasis en el autocuidado. La consecuencia sería un aprendizaje basado en el ensayo y error, sin una orientación, utilizando la pornografía como fuente de información, pudiendo exponerse a situaciones de riesgo para la salud.

6.5.4.- BARRERAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- **FALENCIAS EN LA FORMACIÓN**

Identifican la falta de preparación de las y los profesionales, la ignorancia y desinformación, con desconocimiento de las prácticas sexuales lésbicas, con supuestos y conceptos erróneos, que se traducen en dificultad para abordar la temática, entregando mensajes e indicaciones inexactas a las consultantes, específicamente en el área de la sexualidad lésbica.

La falta de formación es sentida por las usuarias como una exclusión, invisibilización y rechazo de la sexualidad, con falta de abordaje integral. Igualmente identifican profesionales con estereotipos hacia las mujeres lesbianas, que no consideran un posible motivo de consulta el deseo de maternidad.

Surge desde ellas el concepto de “ignorancia activa”, donde el profesional, pese a tener confusión en los conceptos sobre diversidad sexual, presenta indiferencia con el tema, sin buscar capacitarse, manteniendo el círculo de la ignorancia.

- **HETERONORMATIVIDAD**

Existe un supuesto heteronormativo en los profesionales, asumiendo que la pareja actual es heterosexual, no pensando en la posibilidad que la pareja sea otra mujer. Este supuesto heteronormativo genera en la consultante temor al rechazo del profesional, que impide revelar su orientación y/o conductas sexuales, incluso ocultando y entregando información no veraz, como medida de protección a este rechazo. El rechazo también se percibe a través del lenguaje no verbal del profesional e invisibilización de la pareja en la consulta.

- PREJUICIOS QUE GENERAN MALTRATO EN LA ATENCIÓN

El prejuicio y descalificación hacia la sexualidad lésbica se hace más patente cuando el profesional es médico y hombre, con comentarios desafortunados y violentos que vulneran la confianza para expresar abiertamente la orientación sexual o atreverse a decir “soy lesbiana”.

- ABORDAJE INADECUADO

A través de la patologización, que involucra específicamente al profesional psicólogo/a, donde se asume la heteronormatividad como imperativo de normalidad, intentando asociar un evento traumático como causalidad de la orientación lésbica o explicación de esta a través del “contagio social”.

- CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PROFESIONAL

Reconocen como habitual la falta de empatía y la poca vinculación del profesional.

6.5.5.- BARRERAS PERSONALES (desde las consultantes)

- “MEDICINA ANTIGUA”

Reconocen prejuicios hacia la edad del profesional, con mayor probabilidad de conservadurismo y en algunos casos morbosidad en profesionales mayores. Si bien existe discrepancia respecto a la edad, esperan una mayor apertura por parte de un profesional de menor edad, aún cuando reconocen que igualmente pueden ser discriminadores.

- TEMOR A LA REACCIÓN, AL JUICIO DEL PROFESIONAL Y A LA ATENCIÓN INVASIVA

Existe temor al rechazo y al estigma del profesional, que se traduce en no consultar o postergar dicha consulta. Existe miedo a abrir la privacidad, evidenciada como la vivencia de sentirse expuesta e invadida. Este temor se incrementa en aquellas mujeres que se encuentran en etapa de asumir su orientación sexual. También está la incertidumbre sobre la respuesta del consultorio frente a una mujer lesbiana embarazada y en la atención del parto por el sistema de salud.

- BARRERAS ASOCIADAS AL GÉNERO DEL PROFESIONAL

Identifican distintas preferencias para la atención. Específicamente en la atención ginecológica, algunas prefieren atenderse con profesionales hombres, otras con mujeres y existen otras que les resulta indiferente el género del profesional. Existe la creencia que los hombres heterosexuales pudieran ser más morbosos y por otro lado asocian una atención más ruda por parte de las profesionales mujeres.

- AUTOCENSURA

Se traduce en invisibilizar y ocultar la orientación sexual y/o prácticas sexuales, considerada como una estrategia personal de protección.

- ESTADO DE HIPERALERTA E HIPERSENSIBILIDAD

Surge frente a ciertas preguntas consideradas como invasión de la privacidad, que asumen como intromisión del profesional. No perciben la relevancia de proporcionar información que pudiera ser sensible. Se identifica una especie de contradicción o ambivalencia respecto a la visibilización, determinada por el temor a la posible reacción negativa del/la profesional.

- SER ADOLESCENTE

Sitúa a las consultantes en un estado de mayor vulnerabilidad, especialmente si se encuentra en el proceso de asumir su orientación sexual.

6.5.6.- BARRERAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Se centra en la existencia de políticas públicas heteronormativas, con invisibilización de la salud sexual y reproductiva lésbica. Existe falta de recursos y falta de apoyo desde la salud pública, evidenciadas por la falta de acceso igualitario a técnicas de reproducción asistida, con campañas de prevención de ITS/VIH que no las considera y falta de acceso y disponibilidad de métodos de barrera para sexo seguro.

6.6.- BARRERAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES

6.6.1.- BARRERAS EN EL CONSULTORIO

- DISCRIMINACIÓN, HOSTILIDAD, PREJUICIOS Y MALTRATO

Las personas bisexuales identifican discriminación y violencia en los centros de salud hacia las personas extranjeras, hacia quienes tienen un color de piel diferente y hacia las mujeres. En este contexto, ser bisexual incrementaría la posibilidad de vivir episodios de discriminación y violencia.

Las barreras de atención relacionadas con el temor a la reacción negativa del profesional, que conducen a invisibilizar, a ocultar la orientación sexual por parte del/la consultante bisexual, son percibidas en el sector público y en la consulta en el sector privado.

- ATENCIÓN PRIMARIA MAL EVALUADA

Se configura a través de la percepción de hostilidad y maltrato del personal del consultorio hacia todos los usuarios, que se exagera con la evidencia de prejuicios hacia la diversidad sexual, generando en las personas bisexuales, sobreexposición, inseguridad y temor para consultar.

- IMPOSIBILIDAD DE ELEGIR AL PROFESIONAL

No poder escoger al profesional, no saber quién realizará la atención y desconocer su lugar de formación son barreras que podrían implicar un mayor riesgo de discriminación.

6.6.2.- BARRERAS SOCIALES

Afectarían la consulta de manera indirecta.

- HETERONORMATIVIDAD

La visualizan como una imposición social que trasciende a la atención en salud, obligando a las personas bisexuales a una etiqueta y conducta heterosexual.

- PREJUICIOS, NEGACIÓN, DISCRIMINACIÓN Y DESCONFIANZA HACIA LA BISEXUALIDAD POR LA SOCIEDAD

Consideran que la bisexualidad es socialmente más cuestionada, resultando más complicado asumirse, más complejo “salir del clóset” como bisexual. De esta manera, las personas bisexuales identifican la existencia de prejuicios, ya que los consideran como “promiscuos”, indecisos e indefinidos, siendo percibidos con mayor intensidad cuando provienen de la comunidad homosexual hacia los hombres bisexuales. Lo anterior se acentúa frente a la definición de “pansexual”. Asimismo, existe el relato de desconfianza por parte de la pareja, por temor a la posibilidad de infidelidad con personas de uno u otro sexo.

- BARRERAS FAMILIARES

Consideran que existe mayor confusión y temor en la familia de una persona bisexual, por desinformación y dificultad para comprender, aceptar e integrar el significado de esta orientación

sexual, generando más incertidumbre en la familia y mayor posibilidad de rechazo, por lo que sería más complejo y tardío “salir del clóset” como bisexual.

6.6.3.- BARRERAS EN LA INFORMACIÓN

- EDUCACIÓN

Se asocia a falta de educación sexual y educación sexual insatisfactoria y heteronormada.

- INFORMACIÓN

Falta información de calidad, fiable y segura. Identifican un exceso de información no confiable a través de las redes sociales, que podría transformarse en riesgo.

6.6.4.- BARRERAS EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

Es importante señalar que las barreras que las personas identificaron, se relacionan principalmente con profesionales médico/a y psicólogo/a.

- FALENCIAS EN LA FORMACIÓN Y DESINFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Observan en ocasiones desorientación o perplejidad del profesional y en otras, cuestionamiento de la bisexualidad. Los profesionales asumen la heteronormatividad por falta de formación. Este desconocimiento puede desencadenar en que no se realice la prestación esperada, por ejemplo supuestos erróneos sobre prácticas sexuales en mujeres bisexuales, por asumir “virginidad”.

- ABORDAJE INADECUADO DE LA BISEXUALIDAD

A través de invisibilización y tendencia a considerar la bisexualidad como una etapa de experimentación y confusión, y no como una orientación sexual en sí misma, lo que produce una patologización que cansa y expone al o a la consultante.

- HETERONORMATIVIDAD

Describen ser considerados a priori como heterosexuales, lo que sitúa al/la consultante en una posición incómoda de tener que explicar su bisexualidad, generando desconcierto en el profesional, aflorando prejuicios por desconocimiento y asociando la bisexualidad con perversión, enfermedad, prejuicios, promiscuidad y SIDA.

6.6.5.- BARRERAS PERSONALES

- “MEDICINA ANTIGUA”

Igualmente surge la creencia que profesionales de menor edad estarían más preparados porque tendrían una mejor formación, más acceso a la información y una mayor posibilidad de comprender la diversidad sexual que los profesionales de mayor edad. Surgen diferentes posturas en relación a la institución formadora de los profesionales, donde según el ideario institucional se invisibilizan y/o prohíben el abordaje de estos temas en la formación del profesional, existiendo una especie de “lavado de cerebro” en esas instituciones. Asimismo, realizan una crítica hacia los profesionales que no son proactivos en la búsqueda de la información, como una manera de revertir ese sesgo en su formación.

- TEMOR A LA REACCIÓN DEL PROFESIONAL

Existe temor a la reacción, al juicio del profesional y a la atención invasiva, sintiéndose expuestos/as como una manifestación de vulnerabilidad.

- PREJUICIO HACIA PROFESIONALES

Las personas bisexuales asumen y esperan la existencia de una mayor apertura y preparación desde los profesionales en psicología y una menor preparación en esta temática en otros especialistas (proctología, urología). También existe la creencia que el profesional asume la bisexualidad como una confusión por parte de la persona consultante.

- ESTADO DE HIPERSENSIBILIDAD/HIPERALERTA

Se manifiesta como una forma de reaccionar frente al estigma mediante reacciones de estrés, produciéndose en algunas situaciones una malinterpretación, sintiéndose ofendido/a y discriminado/a.

- TENER QUE IDENTIFICARSE COMO BISEXUAL ANTE LA CONSULTA DE SALUD

Así como las personas heterosexuales no necesitan divulgar su orientación sexual en cada consulta de salud, no se justificaría divulgar la orientación bisexual, en particular si se percibe una hostilidad de parte del profesional.

DEMANDAS

6.7.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS

6.7.1.- DEMANDAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Surgen demandas relacionadas con:

- RECONOCIMIENTO, VISIBILIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN

Abordaje diversidad sexual como algo normal, no tabú, visibilizando la temática, por ejemplo, en el espacio consultorio con afiches, propaganda, publicidad, cursos, paneles, carteles informativos e implementando un sistema de resolución de dudas por vía telefónica.

Apoyo a la familia a través de talleres de educación y capacitación.

- TRATO IGUALITARIO Y ATENCIÓN RESPETUOSA E INCLUSIVA

Atención respetuosa e igualitaria que implique igualdad de derechos, sin asumir la heterosexualidad en los consultantes, proporcionando una atención integral, no centrada sólo en prevención de ITS y solicitando que la entrega de condones no sea desde una mirada heteronormativa, centrada en prevención de embarazo.

Atención de salud no diferenciada por orientación sexual, salvo que se justifique, revelando la orientación sólo en situaciones específicas. Se demanda que los profesionales indaguen sobre conductas sexuales en aquellas instancias que sean pertinentes y no por orientación sexual.

No estigmatizar, no asociar VIH con homosexualidad, considerando que también existe riesgo para las personas heterosexuales.

- CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Ser considerados sujetos de derecho como usuarios, con derecho a una atención de calidad, expedita, informada, oportuna y eficaz, facilitando la entrega de información veraz para la prevención y/o consulta por ITS.

En relación al examen de VIH, evitar la tramitación, derivación y latencia, por ejemplo al imponer una consejería previa al examen.

- CONFIDENCIALIDAD

La demanda surge específicamente respecto al examen del VIH, no verse expuestos en el espacio público del consultorio o frente a la familia respecto a la entrega de resultados, considerando que en ocasiones han sido contactados por vía telefónica. El contacto posterior, independiente del resultado, igualmente debe resguardar esta confidencialidad.

Se solicita que el personal de salud esté debidamente capacitado, como una manera de asegurar esta confidencialidad.

- INFORMACIÓN CLARA Y PRECISA SOBRE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL

Difusión de actividades que se realizan en el consultorio, con canales expeditos, con señalética para acceder a información y atención, con un discurso claro.

Información que facilite el acceso a la atención de salud para adolescentes y jóvenes.

- ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN DIVERSIDAD SEXUAL

Existencia de actividades educativas desde el consultorio hacia los colegios y comunidad, en base principalmente a talleres, que motiven la asistencia y participación.

Se insta al establecimiento de redes de derivación colegio-consultorio, con actividades educativas en colegios por profesionales de la salud debidamente capacitados en temáticas de diversidad sexual y prevención de toda forma de violencia.

- CAMBIAR IMAGEN/REVITALIZAR MARCA, MARKETING

Revitalizar y mejorar la imagen del consultorio con estrategias de marketing que permitan generar reconocimiento y valoración positiva de la atención primaria.

- ESPACIO DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Existencia de espacios diferenciados por edad al interior del consultorio, es decir, espacios no exclusivos para personas GLB, que aseguren la confidencialidad, evitando intromisiones como la “vieja sapa”, generando un ambiente de confianza y seguro, sin riesgo de contagio frente al hacinamiento en la sala de espera con consultantes de otras edades.

6.7.2.- DEMANDAS DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR

- ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL EN EL PROCESO DE CONFUSIÓN/ASUMIRSE COMO GAYS

Programas de salud mental, con apoyo psicológico y acompañamiento para jóvenes y adolescentes gays. Este acompañamiento no necesariamente debiera provenir de un profesional en salud mental, sino de un profesional capacitado que otorgue confianza para conocerse y aceptarse como gay.

Diseñar estrategias para captar, a nivel de colegio y consultorio, a aquellos adolescentes que pudieran estar experimentando esta confusión en soledad y estar expuestos a riesgo, para ofrecerles el apoyo necesario, a través de charlas, orientación, consejería y talleres.

Acompañamiento integral, no centrado en ITS o sexualidad, con intervenciones en distintos niveles (familiar, escolar, etc.).

- APOYO Y CONTENCIÓN EMOCIONAL

Se relaciona con la realización de exámenes y diagnósticos de ITS/VIH, demandando atención empática y contenedora emocionalmente.

- **ACOMPañAMIENTO EN EL PROCESO DE DIVULGACIÓN (“SALIR DEL CLÓSET”)**

Apoyo individual con familia y amigos preparando el proceso de divulgación, entregando herramientas que permitan enfrentar posibles situaciones de rechazo y sus consecuencias como riesgo suicida.

Acompañamiento a la familia, trabajando la aceptación e integración de un hijo gay.

6.7.3.- DEMANDAS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Se relaciona con la formación de profesionales en diversidad sexual.

Capacitación y sensibilización de todos los profesionales de salud y personal del consultorio, que les permita comprender la diversidad sexual, trabajando los prejuicios y adquiriendo los conocimientos y habilidades para realizar una atención y/o acompañamiento de manera eficaz, oportuna, empática y confidencial. Realizar estas capacitaciones en horarios compatibles, con tiempo protegido para la capacitación.

Se espera que las y los profesionales sean capaces de realizar intervenciones en crisis.

Eliminar cualquier posible práctica de terapia reparativa.

6.7.4.- DEMANDAS EN EDUCACIÓN

- **EDUCACIÓN SEXUAL/INCLUSIVA DE DIVERSIDAD SEXUAL**

Educación sexual no heteronormada desde la niñez, en colegios con enfoque de diversidad sexual, sin separar hombres de mujeres, que no esté centrada en lo biológico ni fundamentada en el terror, con charlas educativas en la comunidad por un profesional de la salud capacitado.

- **VISIBILIZAR LA DIVERSIDAD SEXUAL PARA NORMALIZAR EN LA SOCIEDAD**

Educar a la sociedad en temática de diversidad sexual, que la visualice como algo normal, apuntando hacia un cambio de mentalidad y hacia un país más inclusivo. Cuidar que esta visibilización no genere un estigma al relacionar a las personas gays con VIH.

6.7.5.-DEMANDAS HACIA POLÍTICAS PÚBLICAS

Que exista distribución de preservativos e información de prevención en espacios públicos.

Se demanda información masiva en medios de comunicación, que fomente la cultura del autocuidado, con campañas directas e inteligentes que generen impacto en la población.

6.8.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS

6.8.1.- DEMANDAS HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD

- **RECONOCIMIENTO/VISIBILIZACIÓN/NORMALIZACIÓN**

Visibilización de la atención para lesbianas, que no sea considerado un tema tabú, con presencia de imágenes que visibilicen el abordaje de la temática de diversidad sexual en el consultorio durante la consulta y en el espacio extraconsulta, sin estigmatizar.

En el espacio de la consulta, visibilizar y normalizar la sexualidad lésbica. Se espera una aproximación paulatina a la diversidad por parte del profesional, generando confianza y seguridad para poder abrir la temática de manera más libre por parte de la consultante. Se espera que el profesional permita la autoafirmación.

Poner a disposición folletos informativos, inclusivos, con información visible y accesible en el espacio consultorio, por ejemplo con información, prevención y exámenes sobre ITS.

- TRATO IGUALITARIO Y ATENCIÓN RESPETUOSA E INCLUSIVA

Atención integral, no heteronormada, respetuosa e inclusiva, que entregue información de utilidad, por ejemplo sobre prevención de ITS, en un clima de confianza y que considere a la pareja.

Utilizar lenguaje neutral y no heteronormativo, con preguntas genéricas.

Indagar orientación sexual en consulta ginecológica o cuando exista una razón justificada, reconociendo que primero se debiera indagar por conductas sexuales más que por orientación sexual. Tener presente los procesos de cada persona, considerando que puede costar hablar de manera distendida y abierta sobre lo que involucra ser lesbiana.

- CALIDAD DE ATENCIÓN

Poder escoger al profesional, teniendo acceso a la información del perfil profesional y poder elegir según su experiencia y no por edad.

Que pueda entrar una acompañante a la consulta.

Empoderarse como usuaria, ejerciendo su derecho a reclamar por una mala atención de salud o discriminación. Se plantea la posibilidad de reclamar a la institución por no tener profesionales competentes en diversidad sexual.

- CONFIDENCIALIDAD

La atención debe ser “megaconfidencial”. Se percibe como una amenaza que la información confidencial se revele a otros y se difunda.

Se acepta que esta información pueda ser compartida entre profesionales cuando se justifique, en un clima de respeto y profesionalismo.

Evitar cualquier comentario, burlas y/o bromas que menoscaben a la usuaria en su dignidad.

- ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN DIVERSIDAD SEXUAL

Establecer redes de apoyo entre salud y educación, y difundir adecuadamente la información hacia la comunidad.

Creación de nuevos programas educativos en diversidad sexual, consejería y charlas que permitan educar a niños/niñas, adolescentes, jóvenes y personas adultas.

- ESPACIO DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Espacio diferenciado en el consultorio para la atención de adolescentes y jóvenes que sea inclusivo de la diversidad sexual y no exclusivo para personas GLB.

- DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Demandan servicios de salud sexual y reproductiva, que permitan el acceso a métodos de barrera para el sexo seguro y la planificación de un embarazo, con acceso a técnicas de reproducción asistida, incluyendo a la pareja en este proceso.

Atención para la mujer lesbiana embarazada en igualdad de condiciones que una embarazada heterosexual.

Reconocimiento de la maternidad para ambas mujeres, permitiendo entrar a los controles médicos del hijo/hija.

Reconocimiento como familia lesboparental. Ser consideradas como familia en la planificación de esta, en controles de embarazo, durante la atención del parto, en visitas hospitalarias y en consultas ambulatorias.

6.8.2.- DEMANDAS DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO

- ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL DURANTE EL PROCESO DE CONFUSIÓN/ASUMIRSE, ESPECIALMENTE A NIVEL DEL COLEGIO Y CON CONSEJERÍA DESDE EL SECTOR SALUD

Orientación en el proceso de asumirse como lesbiana, principalmente en la adolescencia, pesqu岸ando adolescentes con dudas en su orientación sexual.

Acompañamiento e información por parte de orientadores en colegios. Desarrollar redes de apoyo y contención entre salud y educación.

Que se visibilice la temática en colegios, proporcionando información sobre sexualidad lésbica, por ejemplo a través de mesas de conversación.

Consejería objetiva que oriente y permita asumirse como lesbiana.

- APOYO EN LA DIVULGACIÓN (“SALIR DEL CLÓSET”) A LA FAMILIA Y AMIGOS

Apoyo individual, proporcionando herramientas para prepararse y plantearlo en la familia. Considerar que el apoyo es un pilar esencial, independiente de la edad.

Respaldo familiar, con protocolos para acompañar a la familia.

6.8.3.- DEMANDAS HACIA LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

- FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN DIVERSIDAD SEXUAL

Capacitación para todo el personal de salud, incluyendo profesionales, funcionarios administrativos y otros.

Capacitación para manejar los conceptos de manera adecuada. Todos los profesionales, especialmente del área de la sexualidad y ginecología, deben estar sensibilizados y capacitados en temas de sexualidad lésbica y prevención de ITS.

Desarrollar habilidades para entrevista, preguntando con respeto, sin incomodar. No realizar preguntas inadecuadas que contribuyan a la estigmatización.

Profesionales con interés por capacitarse, educarse, informarse y manejar conceptos, motivados, receptivos y dispuestos a comprender otras realidades, generando confianza, con la responsabilidad de informar y acompañar utilizando un lenguaje comprensivo.

- TRABAJAR PREJUICIOS PARA NO INTERFERIR EN LA ATENCIÓN

Se focaliza en no asociar VIH con homosexualidad y tener la voluntad para entender una realidad.

Es deber de los profesionales proporcionar un trato igualitario, respetuoso e independiente de prejuicios personales, que genere confianza para divulgar la orientación sexual al profesional.

Se debe reconocer y trabajar los prejuicios. Algunas consideran que si existe un buen trato se podría aceptar que el profesional no las atienda por sentirse incómodo con la temática y las derive a otro profesional. Otras, en cambio, consideran que esto es inaceptable, exigiendo que el profesional cumpla con las directrices éticas correspondientes a su rol. Un profesional podría declararse incompetente por desconocimiento de la temática, pero no por prejuicios discriminatorios.

6.8.4.- DEMANDAS EN EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

- EDUCACIÓN SEXUAL INCLUSIVA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

Visibilizar diversidad sexual y normalizar desde la niñez, a través de charlas en jardines infantiles y colegios. Educación sexual no heteronormada que proporcione información sobre sexualidad lésbica.

- PARA LOGRAR UN PAÍS INCLUSIVO ES PERENTORIO EDUCAR, VISIBILIZANDO LA DIVERSIDAD SEXUAL PARA NORMALIZAR EN LA SOCIEDAD

Educar a la sociedad en diversidad sexual, fomentando el respeto y visibilización para evitar la discriminación, a través de una adecuada formación de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

6.8.5.- DEMANDAS HACIA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ACOGER NECESIDADES DE MUJERES LESBIANAS DURANTE EL CURSO DE VIDA

Visibilizar a las mujeres en la política pública, con respuestas acordes a las necesidades y demandas, por ejemplo a través de disponibilidad real de métodos de barrera para mujeres.

Se espera que el gobierno central genere campañas de prevención que incluyan y consideren a las mujeres en general, con páginas web institucionales y con instructivos sobre educación sexual que promuevan la inclusión y capten la atención de la población.

- INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

Promover la cultura del autocuidado con información desde la niñez (familia, colegio y consultorio).

Potenciar espacios en la sociedad con información sobre autocuidado para hombres y mujeres, a través de charlas, videos educativos, folletos informativos y campañas de prevención de ITS que incluyan a las mujeres.

- LEGALIZAR UNIONES, FILIACIÓN POR AMBAS MADRES, MATERNIDAD Y ADOPCIÓN

Esta demanda surge de manera explícita, a través del reconocimiento del derecho a formar una familia, desde el aspecto legal y social. Esto incluye el respeto a ser reconocidas como familia lesboparental.

6.9.- DEMANDAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES BISEXUALES

6.9.1.- DEMANDAS EN LA ATENCIÓN

- RECONOCIMIENTO/VISIBILIZACIÓN/NORMALIZACIÓN

Ser reconocidos y reconocidas sin cuestionamientos sobre la bisexualidad, capacitando en diversidad sexual al personal de salud y a las personas que asisten al consultorio.

Recibir una atención de salud que comprenda e integre la bisexualidad como una orientación sexual. No considerarla como una etapa o como una confusión, sino que se visibilice la B en LGBT.

- TRATO IGUALITARIO Y ATENCIÓN RESPETUOSA E INCLUSIVA

Atención que otorgue un trato igualitario, no ser considerados “extraterrestres” (anormales).

No asumir heterosexualidad, sino preguntar por orientación sexual, especialmente en consultas por salud sexual y reproductiva y psiquiatría.

Generar confianza y seguridad a la persona consultante que le permita abrir su orientación sexual, con existencia de protocolos de atención incluyentes que reconozcan la bisexualidad.

Promover una atención libre de hostilidad, trabajando los prejuicios de profesionales, permitiendo la continuidad de la atención con un determinado profesional (empático).

No asociar diversidad sexual con perversión, “promiscuidad” y VIH.

Que no sea un trato exclusivo como bisexuales, sino que exista acceso a la información y atención de acuerdo a las necesidades específicas de las personas consultantes, por ejemplo el acceso a métodos anticonceptivos cuando se requieran.

- CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Generar un espacio seguro que permita abrir la orientación sexual bisexual con profesionales capacitados.

Para disminuir el riesgo de discriminación se demanda tener acceso a la información del perfil profesional para poder escoger libremente, como ocurre en las consultas del sistema privado.

- CONFIDENCIALIDAD

Se asume que la atención es confidencial, existiendo la posibilidad de abrir la confidencialidad sólo en situaciones debidamente justificadas, como frente a la necesidad de compartir la información entre profesionales o por razones éticas, cautelando que la persona sea informada previamente que se abrirá esta información, que ha sido proporcionada en un marco de confidencialidad.

- PREVENCIÓN ITS

Disponibilidad de información y métodos de prevención para actividad sexual entre mujeres.

- ESPACIO DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Espacio de atención que no propicie la automarginación de las personas LGB. Atención integral e igualitaria en espacios diferenciados como espacio clave. No demandan un centro exclusivo para jóvenes.

6.9.2.- DEMANDAS DE APOYO/ACOMPAÑAMIENTO

- ACOMPAÑAR DURANTE EL PROCESO DE CONFUSIÓN Y DE ASUMIRSE COMO PERSONA BISEXUAL

Proporcionar orientación e información de acuerdo a las necesidades.

- APOYO INDIVIDUAL EN PROCESO DE DIVULGACIÓN CON LA FAMILIA Y AMIGOS

La bisexualidad sería más difícil de entender y de asumir por otros, por lo que el proceso de divulgación sería más complejo en las personas bisexuales, debiendo entrar en mayores explicaciones que gays o lesbianas, especialmente durante la adolescencia, sintiéndose más vulnerables al rechazo.

- ACOMPAÑAMIENTO DEL PROCESO FAMILIAR

Trabajar con los padres la aceptación e integración, que resultaría más compleja por una mayor dificultad de asumir y entender la orientación sexual bisexual.

6.9.3.- DEMANDAS HACIA LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

Involucra la formación de las y los profesionales, reconociendo y trabajando los prejuicios.

Capacitación global de los equipos de salud en diversidad sexual. Inclusión de esta temática en los curriculum de las carreras de la salud.

En profesionales, desarrollar competencias para la entrevista a través del lenguaje verbal y no verbal, adquiriendo habilidades sobre cómo, qué y cuándo preguntar sobre la orientación sexual.

No patologizar y tener presente que las prácticas sexuales no determinan la identidad o la orientación sexual.

Reconocer y trabajar los prejuicios, informarse y salir del “velo de la ignorancia”.

6.9.4.- DEMANDAS EN INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN

- EDUCACIÓN SEXUAL INCLUSIVA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

Información sobre sexualidad que promueva el autocuidado.

Educación no centrada en la heteronormatividad.

Visibilizar para normalizar en la sociedad, educando en diversidad sexual desde la niñez, trabajar prejuicios en toda la sociedad y visibilizar a través de campañas y afiches para lograr avanzar hacia una sociedad inclusiva y respetuosa de la diversidad sexual.

7.- RECOMENDACIONES ORIENTADAS A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GLB

Estas recomendaciones han sido elaboradas según los hallazgos del proyecto de investigación “Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana, Chile”, de la literatura consultada en el marco teórico explicitada en estas guías y de la experiencia profesional de las autoras de este documento.

7.1.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN EL ESPACIO DEL CONSULTORIO

- a)** Desarrollar políticas a nivel local para la atención inclusiva que consideren la sensibilización y capacitación de los equipos de salud y que refuercen la no discriminación.
- b)** Asegurarse que las políticas y programas se desarrollen en base a la evidencia científica y no en creencias doctrinarias y/o ideológicas.
- c)** Eliminar toda práctica con enfoque reparativo o que apunte a patologizar la diversidad sexual.
- d)** Sensibilización y capacitación a profesionales de la salud y personal de apoyo en diversidad sexual:
 - Conocimiento y competencias en la temática propiamente tal.
 - Competencias para atención empática, inclusiva, integral y no estigmatizante, que genere seguridad y confianza a la persona consultante.
 - Capacidad de contención en crisis.
- e)** Propiciar en los equipos instancias de reflexión y discusión en torno a creencias, prejuicios y actitudes hacia la diversidad sexual. Debe ser parte de la capacitación, como componente esencial para el desarrollo de las competencias requeridas.

- f) Cautelar que los instrumentos de recolección de datos consideren la diversidad sexual.
- g) Visualizar la temática en el espacio de salud (salas de espera, boxes de atención u otras).
 - Imágenes y mensajes que no sean heteronormados, sino que visualicen a las personas, parejas y familias diversas.
 - Ambiente inclusivo, respetuoso y seguro.
 - Ambiente que visualice y no estigmatice, que considere a hombres y mujeres y que no esté centrado sólo en VIH.
- h) Información y rutas claras para la realización de exámenes, especialmente sobre pesquisa de VIH. Evaluar objetivamente la ruta, el protocolo y los procedimientos existentes.
- i) Material educativo en salud sexual que esté disponible en el espacio del consultorio para todas las personas, que incluya toda la gama de conductas sexuales, ITS, formas de protección, exámenes, controles, etcétera.
- j) Revisar protocolos de manejo de la confidencialidad y evaluar su implementación.
- k) Facilitar la atención de adolescentes sin la compañía de un adulto, promoviendo la autonomía y el derecho a la atención confidencial.
- l) Evaluación periódica sobre la calidad de la atención por las personas consultantes.
- m) Desarrollar y/o fortalecer redes de salud-educación:
 - Que la información llegue a los adolescentes.
 - Pesquisar adolescentes que requieran apoyo/acompañamiento, promoviendo la derivación y el trabajo conjunto.
- n) Abogar y realizar educación sexual con enfoque inclusivo de la diversidad sexual, desde la infancia.
- o) Tener presencia activa en la comunidad, con actividades que apunten a sensibilizar y educar en temáticas sobre diversidad sexual para prevenir y/o detener la discriminación, la victimización y la violencia.
- p) Abogar en la comunidad por los derechos de las personas gays, lesbianas, bisexuales, transgénero/transexuales, intersex.

7.2.- RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA ATENCIÓN

- a) Reconocer y fomentar las fortalezas individuales de la persona consultante, como un pilar para la promoción del desarrollo positivo, autocuidado y fortalecimiento del bienestar y calidad de vida.
- b) Reconocer, fomentar y respetar la toma de decisiones según autonomía progresiva de adolescentes y jóvenes.
- c) Asegurar la privacidad y confidencialidad, respetando los aspectos éticos de la relación clínica.
- d) No asumir la heterosexualidad y utilizar un lenguaje respetuoso, inclusivo y neutro.
- e) Profesionales de la salud capacitados para brindar atención competente y sin prejuicios:
 - Manejar adecuadamente aspectos del desarrollo adolescente, físico, psicológico y sexual, identificando el proceso de desarrollo de una identidad sexual diversa.

- Identificar los problemas de salud relacionados con el proceso de asumirse y aquellos derivados de la victimización y discriminación, implementando estrategias de pesquisa y derivación a profesionales competentes, según corresponda.
 - No minimizar riesgo de embarazo, ITS/VIH para hombres y mujeres.
 - Realizar consejería sobre sexo seguro para hombres y mujeres.
- f)** La atención en salud sexual y reproductiva debe incorporar, considerar y satisfacer las necesidades y demandas específicas para hombres y mujeres:
- Controles periódicos que incluyan educación, fomentando la prevención y pesquisa de ITS/VIH.
 - Cautelar que las medidas preventivas sean universales y estén disponibles para hombres y mujeres (ej: vacunas, acceso a métodos de barrera, etc.).
 - No vincular orientación sexual con VIH.
 - Proporcionar información sobre el autocuidado, considerando las prácticas sexuales.
 - Atención ginecológica siguiendo directrices para la población femenina en general, pero reconociendo y considerando aspectos de la sexualidad y prácticas sexuales de las mujeres lesbianas y bisexuales. El Papanicolaou debe seguir la normativa vigente.
 - Reconocer y satisfacer las necesidades y demandas específicas de fertilidad para mujeres lesbianas y bisexuales.
 - Reconocer y apoyar la conformación de familia homoparental/lesboparental.
- g)** Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento individual a adolescentes y jóvenes durante el proceso de confusión/asumirse y divulgación.
- h)** El acompañamiento por el/la profesional incluye el análisis conjunto con la persona sobre las ventajas y desventajas de la decisión y el momento para divulgar su orientación sexual a otros, sin presionar y manteniendo la confidencialidad.
- i)** Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento familiar en el proceso de asumir e integrar un hijo/hija GLB.
- j)** Explorar situaciones de discriminación y victimización por pares, adultos y familiares, estableciendo medidas de abordaje.
- k)** Interiorizar que la “terapia reparadora”, que trata de cambiar la orientación sexual o identidad de género de una persona, es intrínsecamente coercitiva e incompatible con la atención de salud.
- l)** Entregar información y referencias de redes de apoyo sociales y comunitarias para acompañamiento individual y familiar.

7.3.- RECOMENDACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- a)** Generar políticas públicas que sean inclusivas de la diversidad sexual, considerando necesidades, barreras y demandas en salud que no estigmaticen y aseguren una atención de salud oportuna, respetuosa, segura y competente, que contribuya a mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas.
- b)** Propiciar instancias de sensibilización y educación en diversidad sexual que promuevan la visibilización, el respeto y la no patologización, que trasciendan a la sociedad.

- c)** Formación y capacitación dirigida al personal de salud, trabajando creencias, prejuicios y actitudes y desarrollando competencias y habilidades para brindar una atención de calidad, empática, respetuosa y confidencial.
- d)** La formación y capacitación debiera extenderse a otros actores clave del sector educación, poder judicial, legislativo, etcétera.
- e)** Propiciar la consolidación de redes entre los sectores salud y educación:
 - Sensibilización, respeto y capacitación de las comunidades educativas en diversidad sexual.
 - Identificar y/o fortalecer redes de derivación.
- f)** Promover la educación sexual inclusiva de la diversidad sexual, desde el nivel preescolar.
- g)** Promover campañas masivas de prevención de toda forma de discriminación y violencia, que sean directas y eficaces.
- h)** Continuar acciones para la implementación de espacios amigables para adolescentes y jóvenes en la atención primaria, que consideren la inclusión y el respeto de la diversidad humana.
- i)** Apoyar la investigación científica en la temática, generando evidencia local relevante para el desarrollo e implementación de directrices que contribuyan al respeto y bienestar de este grupo de población.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bolderston A., Ralph S. Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients, *Radiography* (2016). En: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2016.04.011>. Consultado: 20/12/2016.
- 2.- O'Neill K., Hamer H., Dixon R. "Perspectives from lesbian women: their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood". *Diversity and Equality in Health and Care* 2013; 10: 213-222.
- 3.- Torres L., Vladislavovna S., Reyes H., Villa J., Constantino P., Pérez R. "Estudio de las necesidades de salud en atención primaria, mediante el diagnóstico de salud de la familia". *Aten. Primaria*. 2006; 38(7): 381-386.
- 4.- Wright J., Williams R., Wilkinson J. "Healths needs assessment. Development and importance of health needs assessment". *BMJ* 1998; 316: 1310-1313.
- 5.- Mejía A., Benavides L. "Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero de Bogotá DC". En: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/políticasLGBTI/Observatorio/Barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBT_2008.pdf. Consultado: 20/12/2016.
- 6.- Terrasa S., Mackintosh R., Pinero A. "Actualización: la atención de pacientes lesbianas, gays, y bisexuales y transgénero (primera parte). *Rev. EVIDENCIA-Actualización en la práctica ambulatoria*. 2011; 14 (2): 57-62.
- 7.- Durán M. "Las demandas sanitarias de las familias". *Gac. Sanit.* 2004; 18 (Supl. 1):195-200.
- 8.- Recommendations for Promoting the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents: A Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health* 2013; (52): 506-510.
- 9.- Frankowski B. and Committee on Adolescence Clinical Report: "Sexual orientation and adolescents". *American Academy of Pediatrics*. *Pediatrics* 2004; 113: 1887-1832.
- 10.- Levine D. "Office-Based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth". *Pediatrics* 2013;132; e297-e313.
- 11.- González M. I. "Consejería para adolescentes con dudas en la Orientación Sexual, en la Identidad de Género o adolescentes Gays, Lesbianas, Bisexuales o Trans". En: *Guía Práctica: Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile 2016: 39-50. En: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>. Consultado: 20/12/2016.
- 12.- Harrison A., Silenzio V. "Comprehensive care of lesbian and gay patients and families". *Primary Care: Models of Ambulatory Care* 1996; 23: 31-46.
- 13.- Brotman S., Ryan B., Cormier R. "The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada". *The Gerontologist* 2003; 43 (2): 192-202.
- 14.- Marshal M., Friedman M., Stall R., King K., Miles J. "Sexual orientation and adolescent substance use: a meta analysis and methodological review". *Addiction* 2008; 103 (4): 546-556.
- 15.- Centers for disease Control and Prevention. "HIV Among Youth". En: <http://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>. Consultado: 20/12/2016.
- 16.- Coker T., Austin S., Schuster M. "The Health and Health Care of LGB Adolescents". *Annu. Rev. Public Health* 2010; 31: 457-477.

- 17.- Fundación TODO MEJORA. "Bullying homofóbico en Chile: investigación y acción. Informe ejecutivo 2015". En: <https://todomejora.org/fundacion-todo-mejora-entrego-revelador-estudio-sobre-el-bullying-homofobico-escolar-en-chile/>. Consultado: 02/12/2016.
- 18.- Ryan C., Huebner D., Díaz R. "Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults". *Pediatrics* 2009; 123; 346-352.
- 19.- González Trivelli M. I. "Adolescentes y Orientación sexual: Algunas herramientas para el pediatra". En *Pediatría Diaria para el Bicentenario*. Nelson Vargas (ed). 2007; pp. 323-332. Santiago, Chile.
- 20.- González E., Martínez V., Leyton C., Bardi A. "Orientación Sexual: Un desafío Actual para la atención de Adolescentes". *Rev. chil. obstet. ginecol. infant. adolesc.* 2004; 11(3): 69-78.
- 21.- Cid-Aguayo M., Pérez-Villegas R., Sáez Carrillo K. "Orientación sexual en los adolescentes y su asociación con variables demográficas, socioconductuales y sexuales". *Revista Perinatología y Reproducción Humana* 2011; 25(2): 74-80.
- 22.- Cornejo E. "Jóvenes en la Encrucijada. Última Década". CIDPA. 2010; 32: 173-189.
- 23.- Metas 2011-2010. "Elige Vivir Sano". Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. En <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>. Consultado: 20/12/2016.

