

Documento orientador para la protección de derechos y el cuidado alternativo residencial de niñas/os y adolescentes de poblaciones prioritarias - Adolescentes LGBTQI

Contenido

1. Marco conceptual	4
1.1 Fundamentos	4
1.2 Conceptos clave	5
1.2.1 Dimensión biológica: sexo.....	6
1.2.2 Dimensión social: identidad de género y expresión de género.	6
1.2.3 Dimensión motivacional: orientación sexoafectiva	7
1.3 Diversidad por Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género (OSIEG): más allá del acrónimo LGBTIQ+	8
2. Identificación de las principales vulnerabilidades y vulneraciones de derechos de la adolescencia LGBTIQ+.....	9
2.1 Estigmatización y maltrato familiar.....	10
2.2 Bullying y violencia escolar.....	10
2.3 Riesgo incrementado de comportamiento suicida	11
2.4 Vulnerabilidades en contexto de cuidado alternativo residencial	12
3. Recomendaciones para el cuidado en residencias familiares para adolescentes LGBTIQ+ o cuya expresión de género sea no hegemónica	13
3.1 Residencialidad emocionalmente segura.....	13
3.2 Acompañamiento terapéutico al adolescente	16
3.3 Intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente	18
3.4 Articulación con redes de protección.....	20
4. Recursos de apoyo para equipos de residencias familiares	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

Glosario

Andrógino	Expresión de género que combina características típicamente asociadas a lo femenino y a lo masculino.
Bisexual	Persona que se siente atraída emocional, afectiva y sexualmente hacia personas de su mismo género y también de otros géneros.
Cisgénero	Todas aquellas personas cuya identidad y expresión de género no difieren del sexo biológico y género asignado al nacer.
Expresión de género	Se refiere al cómo una persona manifiesta su identidad de género, a través de su nombre, vestimenta, expresión de sus roles sociales y su conducta en general.
Gay	Persona que siente atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas de su mismo género. Tradicionalmente se utiliza para hablar de hombres que se sienten atraídos hacia otros hombres.
Identidad de género	Se refiere a la vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo y género asignado al nacer, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.
Intersex o Intersexual	Persona que ha nacido con características sexuales (incluidos genitales, gónadas y patrones cromosómicos) que varían respecto del estándar de corporalidad culturalmente vigente para hombres y mujeres.
Lesbiana	Mujer que siente atracción emocional, afectiva y sexual hacia otras mujeres.
LGBTIQ+	Acrónimo utilizado para denominar las orientaciones sexoafectivas e identidades de género no convencionales. Alude a Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans o transgéneros, Intersex o intersexuales, <i>Queer</i> y más.
LGBTIQ+fobia	Temor, rechazo o aversión a las personas LGBTIQ+, con frecuencia expresados en actitudes estigmatizadoras o comportamientos discriminatorios hacia ellas.
Orientación sexoafectiva	Se refiere a la atracción emocional, afectiva y sexual hacia otras personas.
OSIEG	Acrónimo utilizado para referirse a la Orientación Sexual, Identidad de Género y Expresión de Género de una persona.
Queer o género no binario	Identidad de género de una persona que se identifica dentro del amplio espectro entre masculinidad y femineidad, o fuera del código de género binario.
Sexo biológico	Características biológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a las personas como miembros de una población.
Trans o transgénero	Son aquellas personas cuya identidad de género difiere del sexo y género asignado al nacer

1. Marco conceptual

1.1 Fundamentos

Tanto la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DD.HH.) establecen claramente que los derechos humanos son universales. Todo niño, niña y adolescente, con independencia de su orientación o identidad de género (real o percibida), tiene derecho a una vida segura y saludable, libre de discriminación y violencia. De hecho, la no discriminación constituye uno de los principios de la misma CDN. En su artículo 2, esta enumera una serie de factores respecto de los cuales está prohibido discriminar: la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales. En la Observación General N°15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013), el Comité de los Derechos del Niño agrega como motivos explícitos de discriminación que han de prohibirse la **orientación sexual** y la **identidad de género**, entre otros.

Por otra parte, la misma CDN consagra el derecho de todo niño, niña y adolescente a una vida libre de violencia, entendiendo a esta última como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (art. 19, párr. 1). La señal de la CDN, profundizada en la Observación General N°13 sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (2011), es clara e inequívoca: cualquier forma de violencia contra niños, niñas y adolescentes es inaceptable, y es deber del Estado y de toda la sociedad protegerles de cualquier práctica que amenace su bienestar y dignidad humana.

Lamentablemente, la discriminación y la violencia siguen siendo parte cotidiana de la vida de muchos niños, niñas y adolescentes. Hoy sabemos, además, que la violencia rara vez ocurre en un solo entorno: un niño que está expuesto a ella en un entorno particular, tiene más probabilidades de experimentar violencia en otro entorno, y aquellos más vulnerables corren el riesgo de convertirse en *polivíctimas* (Finkelhor, 2011). Desde un enfoque de curso de vida, hoy entendemos que todas estas experiencias de victimización en la niñez y adolescencia tienen efectos negativos en el desarrollo tanto en lo inmediato como en períodos posteriores de la vida de las personas, e incluso en las generaciones venideras.

En todas las regiones del mundo, incluido Chile, niños, niñas y adolescentes que se autoidentifican como parte de la comunidad LGBTQI+¹, o cuya expresión de género o corporalidad se aparta de lo socialmente esperado, sufren discriminaciones que dificultan su ejercicio de derechos y experimentan niveles mayores de intimidación, acoso y violencia en distintos espacios y momentos de su trayectoria vital. Como señala UNICEF, “*con demasiada frecuencia, cuando la orientación o identidad de género no se ajustan a las normas sociales, las vulnerabilidades aumentan. Esto incluye estar expuestos a discriminación en la escuela, en hospitales, en equipos deportivos y en muchos otros contextos; a abandono y rechazo por su familia, comunidad o la sociedad misma; a matrimonios forzados; a violencia basada en el odio, llegando incluso al asesinato; y a riesgos incrementados de salud debido a falta de acceso a servicios de educación, habilidades para la vida y salud*” (UNICEF, 2014: 1).

La evidencia internacional indica que la comunidad LGBTQI+ se encuentra desproporcionadamente representada entre la adolescencia privada de cuidado parental y en situación de calle, dada la mayor probabilidad de ser expulsada de su hogar y/o experimentar acoso, violencia y rechazo de parte de cuidadores que repudian su orientación sexoafectiva, su identidad o expresión de género (Elze, 2012; Glick et al., 2014; The Annie E. Casey Foundation, 2016;

¹ Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans o Transgéneros, Intersex o Intersexuales, *Queer* y más.

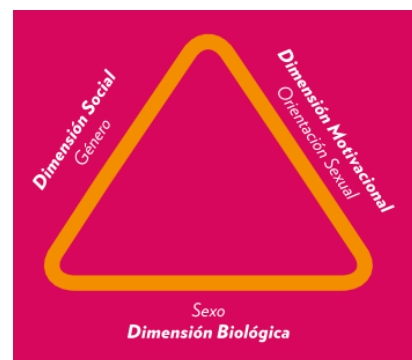
Matarese et al., 2017). Por otra parte, quienes forman parte de la adolescencia LGBTIQ+ están más expuestos a vivir experiencias negativas una vez que entran al sistema de protección especializada: menor probabilidad de permanencia (Mallon, 2011), más probabilidad de rotar de un espacio de cuidado a otro (Mallon, Aledort y Ferrera, 2002; Wilson et al., 2014); más probabilidad de sufrir abuso sexual (Shpiegel y Simmel, 2016) y de enfrentar discriminación, incluyendo acoso y violencia en acogimientos de carácter grupal, tales como residencias (Mallon, 2011).

Es por este motivo que, al avanzar en nuevos modelos de cuidado alternativo para adolescentes vulnerados en sus derechos en Chile (SENAME, 2019a), es imprescindible abordar la protección especializada de esta población, considerada como prioritaria, tal como se hace en otros países desde hace mucho. La visibilización de sus particulares vulnerabilidades tiene el fin, por una parte, de reforzar los procesos de trabajo e intervención en las residencias familiares para evitar la perpetuación de discriminaciones en este nuevo contexto; y, por otra, de reparar las consecuencias de situaciones previas y actuales de exclusión y violencia vividas por este grupo, que se intersectan con las vulneraciones de derecho vividas por todos los niños, niñas y adolescentes que ingresan al sistema por haber sido víctimas de vulneraciones de derechos, y las complejizan.

En cuanto a enfoques, esta nota conceptual asume aquellos en los que se encuadra la Política para la diversidad sexual en niños, niñas y adolescentes atendidos por SENAME (2019b), vale decir: enfoque de derechos, enfoque de equidad de sexualidades y géneros y enfoque de interseccionalidad².

1.2 Conceptos clave

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es uno de los aspectos centrales de la identidad personal, y en su configuración se juegan al menos tres grandes dimensiones: una biológica, una social y una motivacional (Fundación Todo Mejora, 2017). A continuación, se precisan los principales conceptos ligados a cada una de estas dimensiones. Para ello, se considera como base el glosario presentado en la Política para la diversidad sexual en niños, niñas y adolescentes atendidos por SENAME (2019) que, a su vez, se basa en los términos utilizados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en su Opinión Consultiva OC-24/17, y en la legislación nacional, cuando corresponde.



Fuente: Fundación Todo Mejora, 2017, basado en Vargas-Trujillo, 2007.

² El enfoque de interseccionalidad alude a la interacción de diferentes categorías de discriminación, construidas culturalmente, que suelen presentarse de manera simultánea, reforzándose y contribuyendo a la permanencia de condiciones injustas y desiguales: edad, nacionalidad, identidad cultural, etnicidad, discapacidad, identidad sexual, entre otras. Para un mayor desarrollo de los tres enfoques mencionados, véase Sename, 2019b.

1.2.1 Dimensión biológica: sexo

Dentro de la dimensión biológica de la identidad sexual, el **sexo** “se refiere a la construcción biológica referida a las características genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas sobre cuya base una persona es clasificada como macho o hembra al nacer. En ese sentido, puesto que este término únicamente establece subdivisiones entre hombres y mujeres, no reconoce la existencia de otras categorías que no encajan dentro del binario mujer/hombre” (Corte IDH, 2017).

La clasificación de los recién nacidos desde los aspectos biológicos, en base a lo puramente observable, hace aparecer el concepto de sexo asignado al nacer, llevada a cabo por otros. “Esta idea trasciende el concepto de sexo como masculino o femenino y está asociado a la determinación del sexo como una construcción social. La asignación del sexo no es un hecho biológico innato; más bien, el sexo se asigna al nacer con base en la percepción que otros tienen sobre los genitales. La mayoría de las personas son fácilmente clasificadas pero algunas personas no encajan en el binario mujer/hombre” (Corte IDH, 2017).

En base a lo anterior y de acuerdo a la CIDH, se puede comprender que:

- La **intersexualidad** abarca todas aquellas situaciones en las que la anatomía sexual de la persona no se ajusta físicamente a los estándares culturalmente definidos para el cuerpo femenino o masculino.
- Una persona intersexual nace con una anatomía sexual, órganos reproductivos o patrones cromosómicos que no se ajustan a la definición típica del hombre o de la mujer. Esto puede ser aparente al nacer o llegar a serlo con los años.
- La condición de intersexual no tiene que ver con la orientación sexual o la identidad de género: las personas intersexuales experimentan la misma gama de orientaciones sexuales e identidades de género que las personas que no lo son.

El sexo biológico humano puede ser entendido en lógica binaria (donde la intersexualidad vendría a constituir una suerte de “tercer sexo”, como una anomalía a *medio camino* entre el macho y la hembra de la especie); o bien, como crecientemente señalan las evidencias científicas (ver Hyde et al., 2018), como un continuo. Desde este último punto de vista, no existen “algunos” cuerpos diversos o divergentes, sino que todos los cuerpos –así como las identidades y expresiones de género– son diferentes entre sí y se sitúan en algún punto dentro de este espectro, que convencionalmente tratamos como si estuviese compuesto por solo dos categorías, mutuamente excluyentes. Asumir un enfoque de equidad de sexualidades y género supone privilegiar esta segunda mirada, que problematiza el binarismo de sexo/género y que avanza en hacer visible la amplia diversidad de las identidades sexuales.

1.2.2 Dimensión social: identidad de género y expresión de género

La identidad sexual no solo tiene que ver con la biología sino también con lo social. Justamente, el **género** “se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas” (Corte IDH, 2017).

A nivel de legislación nacional, la “Ley que reconoce y da protección a la identidad de género” (Ley 21.120):

- Define la **identidad de género** como la convicción personal e interna de ser hombre o mujer, tal como la persona se percibe a sí misma, la cual puede corresponder o no con el sexo y nombre verificados en el acta de inscripción del nacimiento.

- *Lo anterior podrá o no involucrar la modificación de la apariencia o de la función corporal a través de tratamientos médicos, quirúrgicos u otros análogos, siempre que sean libremente escogidos.*

La CIDH, por su parte, precisa que:

- *La identidad de género y su expresión también toman muchas formas; algunas personas no se identifican ni como hombres ni como mujeres, o se identifican como ambos.*

Respecto a **expresión de género**, la misma Ley 21.120 la define como:

- *La manifestación externa del género de la persona, la cual puede incluir modos de hablar o vestir, modificaciones corporales, o formas de comportamiento e interacción social, entre otros aspectos.*

De esta distinción se desprende que la identidad de género es una convicción profunda y permanente (no una “opción”), mientras que la expresión de género es algo más externo, dinámico y sujeto a la decisión personal, pues tiene que ver con cómo alguien decide mostrarse al mundo; también, que ambos son aspectos relacionados pero distintos entre sí. Al ser una vivencia subjetiva, la identidad de género no puede presumirse a partir de una cierta expresión de género (por ejemplo, asumir que una persona con una expresión clásicamente masculina necesariamente se identifica como hombre). Por último, cabe puntualizar que la identidad y la expresión de género son independientes de la orientación sexoafectiva de una persona.

De acuerdo a su identidad de género, podemos distinguir entre personas **cisgénero**, en quienes la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, y personas **trans o transgénero**, cuya identidad de género es diferente de aquella que típicamente se encuentra asociada con el sexo asignado al nacer. Las personas trans construyen su identidad independientemente de un tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas; algunas de ellas pueden desear modificar su cuerpo, y otras no lo estimarán como algo necesario.

Tal como en el caso del sexo biológico, la identidad y la expresión de género pueden entenderse en términos binarios (asumiendo que lo que ocurre en el caso en que una persona se asume como trans, es una transición lineal desde un género A hasta otro B) o bien en una lógica de continuo. Desde esta última aproximación –preferible desde un enfoque de equidad de sexualidades y géneros–, una persona transgénero o trans puede identificarse como hombre o mujer, como hombre trans o mujer trans (en el caso de que desee visibilizar su carácter de persona trans), o bien como una persona no binaria o de género “fluido”. El término no binario o *genderfluid* alude a personas cuya identidad de género no está incluida o trasciende el binario hombre/mujer (Stringer, 2013).

1.2.3 Dimensión motivacional: orientación sexoafectiva

Para la CIDH, la **orientación sexoafectiva** se refiere a la atracción *emocional, afectiva y sexual*.

El uso del término “sexoafectivo” busca ampliar la connotación estrictamente física que se asocia en el lenguaje común a la orientación sexual, para visibilizar que esta también tiene que ver con las emociones y afectos. Es importante tener en cuenta que las prácticas (por ejemplo, hetero u homosexuales) no son idénticas a la orientación; unas se ubican en el plano de las conductas, y la otra en el plano identitario. Por lo tanto, de las prácticas de una persona no es posible desprender cuál es su orientación sexoafectiva.

De acuerdo a la orientación sexoafectiva planteada en términos binarios, podemos hablar de personas **heterosexuales** (mujeres que se sienten atraídas por hombres u hombres que se sienten atraídos por mujeres), **homosexuales**

(personas que se sienten atraídas por personas del mismo género)³ y **bisexuales** (personas que se sienten atraídas por personas del mismo género y de un género distinto, no necesariamente al mismo tiempo ni con la misma intensidad). En nuestras sociedades sigue imperando un sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, “las cuales son consideradas normales, naturales e ideales y son preferidas por sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género. Ese concepto apela a reglas jurídicas, religiosas, sociales y culturales que obligan a las personas a actuar conforme a patrones heterosexuales dominantes e imperantes” (Corte IDH, 2017).

Desde una lógica no binaria se pueden utilizar otras formas para referir la orientación sexoafectiva, entre las que cabe resaltar la **pansexualidad**, que alude a personas que sienten atracción emocional, afectiva y sexual, independiente del género (el prefijo “pan” –todos– pretende ir más allá de las categorías “mujer” y “hombre” que subyacen en el prefijo “bi” –dos); y la **asexualidad**, que refiere a personas que no sienten atracción sexual hacia otros/as (pero sí otros tipos de atracción).

1.3 Diversidad por Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género (OSIEG): más allá del acrónimo LGBTIQ+

Las relaciones de poder que normalizan, regularizan y reglamentan la sexualidad y el género en nuestra sociedad, configuran un régimen sociocultural llamado **heteronormatividad** (UNESCO, 2015; Fundación Todo Mejora, 2017). Este se caracteriza por el sesgo heterosexista ya señalado: la idea de que todas las personas son heterosexuales, y que la heterosexualidad es preferible a cualquier otra orientación sexoafectiva. La heteronorma además supone el binarismo del género descrito, en cuanto que reduce a las personas a dos categorías distintas y complementarias: femenino/masculino, mujer/hombre, entre las cuales, además, se supone una relación de subordinación. Por último, además de la jerarquización entre orientaciones sexoafectivas y comportamientos de género más o menos deseables, se considera a las identidades cisgénero por sobre las identidades de género trans, orden que se consigna como **cisnormatividad**. Asumir un enfoque de equidad de las sexualidades y géneros supone problematizar la heteronormatividad, cisnormatividad y binarismos que siguen vigentes en nuestra sociedad.

A partir de la revisión conceptual realizada, podemos señalar que la diversidad sexual son *todas aquellas diferencias que existen en cómo nos identificamos con nuestro sexo, con nuestro género y con nuestra orientación sexoafectiva*. Desde un punto de vista empírico, hoy sabemos que no existen “algunas personas diversas” que se distancien de un patrón único y mayoritario, sino que *todos los seres humanos somos diversos en términos de cómo nos ubicamos en cada una de estas tres grandes dimensiones: biológica, social y motivacional*. Hay que recalcar que no es posible presuponer, a partir de una de las dimensiones, dónde se ubica una persona en las otras. Así, a partir de una expresión de género (por ejemplo, una expresión *andrógina*, es decir, una expresión que combina expresiones típicamente femeninas con otras típicamente masculinas) no es posible presumir ni la identidad, ni el sexo biológico, ni la orientación sexoafectiva de esa persona.

Para hacer referencia a aquel sector amplio e internamente heterogéneo de niños, niñas y adolescentes con orientaciones sexoafectivas distintas a la heterosexual, con corporalidades intersexuales o con identidades de género que no se ajustan a las que se consideran como más comunes y mayoritarias, esta nota conceptual empleará el acrónimo LGBTIQ+, que alude a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans o Transgéneros, Intersex o Intersexo,

³ Se considera **lesbianas** a aquellas mujeres que son atraídas emocional, afectiva y sexualmente de manera perdurable por otras mujeres; y **gays**, a aquellos hombres que se sienten emocional, afectiva y sexualmente atraídos por otros hombres.

y *Queer*, entre otras (ver SENAME, 2019b)⁴: La Corte IDH advierte que se utiliza “para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos: (...) la terminología relacionada con estos grupos humanos no es fija y evoluciona rápidamente, y existen otras diversas formulaciones que incluyen a personas Asexuales, Queers o Cuir, Travestis, Transexuales, entre otras. Además, en diferentes culturas pueden utilizarse otros términos para describir a las personas del mismo sexo que tienen relaciones sexuales y a las que se auto identifican o exhiben identidades de género no binarias (como, entre otros, los *hijra, meti, lala, skesana, motsoalle, mithli, kuchu, kawein, queer, muxé, fa’afafine, fakaleiti, hamjensgara* o *dos-espíritus*)” (Corte IDH, 2017). Justamente, para dar cuenta de que la terminología asociada se encuentra en permanente revisión, se agrega al final del acrónimo el símbolo “+”. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta que, aunque el uso del acrónimo se justifica dado que muchas de las experiencias de discriminación y victimización son similares, hay importantes diferencias y vulnerabilidades específicas para cada uno de los grupos que lo componen.

Hacer referencia únicamente a la comunidad LGBTIQ+ como población prioritaria oculta una parte importante del problema, ya que muchos niños, niñas y adolescentes viven bullying y otras formas de maltrato *por ser percibidos* como LGBTIQ+, aunque no se identifiquen como parte de este grupo; y esta percepción tiene que ver, finalmente, con *expresiones de género* que escapan de la norma: modos de vestirse, de llevar el pelo, de caminar, tonos de voz, intereses, pasatiempos, entre otros. Si la protección se refuerza solo para la población LGBTIQ+, este otro conjunto de niños, niñas y adolescentes queda fuera; más aún, se pierde la oportunidad de poner el acento en la base que hay detrás de esta victimización: la vigencia de la norma de género. Es por ello que algunos organismos de Naciones Unidas⁵ están empleando cada vez más la noción de OSIEG (o SOGIE por sus siglas en inglés). Este acrónimo alude a Orientación Sexoafectiva, Identidad y Expresión de Género, y permite visibilizar que las vulnerabilidades de la comunidad LGBTIQ+ no son intrínsecas, sino una consecuencia de la discriminación y violencia propia de una sociedad que sigue excluyendo a quienes transgreden las normas del heterosexismo en alguna de estas dimensiones (orientación, identidad o expresión de género). Son estas situaciones de invisibilización y hostigamiento constante las que vuelven a la propia OSIEG de muchos niños, niñas y adolescentes un factor de riesgo para sí mismos.

2. Identificación de las principales vulnerabilidades y vulneraciones de derechos de la adolescencia LGBTIQ+

A continuación se resumen las principales vulnerabilidades y vulneraciones de derechos que enfrenta esta población. Todas ellas debiesen ser conocidas por los equipos de las residencias y ser consideradas para la intervención con estos/as adolescentes. Puesto que son pocos los datos que existen a nivel nacional (los que existen se aportan), en general se proveerán evidencias internacionales.

⁴ Hemos escogido este acrónimo porque es el empleado en la Política para la diversidad sexual en niños, niñas y adolescentes atendidos por SENAME (2019b), actualmente vigente. Otra opción igualmente recomendable sería emplear el acrónimo LGBT, según el uso propuesto en UNICEF (2014), es decir, para aludir de manera sintética a aquellos niños, niñas y adolescentes con una atracción hacia el mismo sexo primaria o significativa, con una identidad de género no conforme o bien con un estatus intersex.

⁵ Como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y, más recientemente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

2.1 Estigmatización y maltrato familiar

Muchos estudios han mostrado que los/as adolescentes cuya OSIEG no se ajusta a la norma experimentan niveles incrementados de maltrato verbal y físico de parte de miembros de su grupo familiar, en comparación con adolescentes heterosexuales y cisgénero (Ryan y Futterman, 1998; Ritter y Terndrup, 2002; Saewyc et al., 2006). Este maltrato se origina en el rechazo hacia su OSIEG (ya sea que esta se haya revelado a los padres/madres o que sea percibida), y muchas veces se traduce en la expulsión del/de la adolescente del hogar familiar, o bien en una exacerbación tal de otros problemas previos en la relación padre/madre -hijo/a que la conflictividad se vuelve sistemática, hasta que el/la adolescente se va o es efectivamente echado/a de la casa (Mallon et al, 2002; Mallon y De Crescenzo, 2009; Glick et al., 2014). En el mundo, muchos/as de los/as adolescentes LGBTIQ+ que llegan a estar en el sistema de protección especializado lo hacen justamente por este motivo (Wilber, Ryan y Marksamer, 2006).

En los casos en que el rechazo se traduce en violencia, los efectos negativos de tal maltrato sobre la salud física y mental de los/as adolescentes son ampliamente conocidos, a lo que se agrega que las personas LGBTIQ+ tienen niveles incrementados de victimización en todos los ámbitos de su vida, incluso online. Pero, aun en los casos en que no existe violencia propiamente tal, el rechazo a la OSIEG del/la adolescente tiene otros resultados específicos que afectan el curso de vida del/de la adolescente de forma duradera. Varios estudios de Family Acceptance Project (FAP) en Estados Unidos han mostrado que los/as adolescentes que enfrentan rechazo familiar a su OSIEG tienen 6 veces más probabilidades de tener niveles elevados de depresión, 8 veces más probabilidades de intento de suicidio, 3 veces más probabilidades de consumir sustancias ilegales y 3 veces más probabilidades de involucrarse en conductas sexuales sin protección; por el contrario, la aceptación familiar es un importante factor protector (Ryan et al., 2010).

2.2 Bullying y violencia escolar

Los/as adolescentes que se identifican como LGBTIQ+ tienen tasas más altas de victimización también en el contexto escolar. Según la última versión del Youth Risk Behavior Surveillance, en los Estados Unidos, el 17,1% de los/as estudiantes heterosexuales de enseñanza media fueron víctimas de bullying en su escuela en el último año, versus el 33% de estudiantes LGB. Para ciberbullying, la relación es de 13,3% en heterosexuales versus 27,1% en LGB; para violencia sexual, 7,9% versus 22,2%. Por último, frente a la pregunta por ausentismo escolar a raíz de inseguridad, la proporción es 6,1% versus 10% (Kann et al., 2018).

En cuanto a adolescentes trans, según la Canadian Trans Health Youth Survey, el 55% de los/as encuestados/as entre 14 y 18 años declaró haber sufrido bullying al menos una vez; el 24% reportó haberlo sufrido de 1 a 3 veces y el 13% había vivido bullying 12 o más veces durante el año anterior (Veale et al., 2015).

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Clima Escolar “Experiencias de violencia e inseguridad escolar de estudiantes lesbianas, gays, bisexuales y trans” (GLSEN y Fundación Todo Mejora, 2016) mostró que el 70,3% de estos/as estudiantes se sienten inseguros/as en la escuela por su OSIEG; y el 94,8% ha escuchado en su colegio comentarios LGBTfóbicos, de los cuales el 59,9% proviene del personal del establecimiento. Uno de cada diez ha sido golpeado por su OSIEG, casi dos tercios ha sido acosado verbalmente, y casi un tercio ha sufrido ciberbullying, todo esto por el mismo motivo. Por otra parte, la Encuesta T, enfocada en personas trans (OTD Chile, 2017), indica que las discriminaciones más frecuentes sufridas por este grupo en la etapa escolar son cuestionar su identidad (50%), agredirlos verbalmente (39%) e ignorarlos (39%).

En cuanto a los efectos del bullying, los últimos hallazgos a nivel global (Brunstein-Klomek et al., 2010; Lereya et al., 2015; Takizawa et al., 2014) muestran que niños, niñas y adolescentes que son acosados/as (especialmente aquellos/as que lo son de forma frecuente) siguen estando en riesgo para un amplio rango de resultados de salud, pero también sociales, económicos y cognitivos, hasta casi 40 años después de la ocurrencia del bullying. La asociación longitudinal encontrada es semejante a la que presentan niños/as privados/as de cuidado parental (en residencias o familias de acogida), o expuestos/as a adversidades múltiples (Takizawa et al., 2014). Incluso hoy sabemos que los efectos de largo plazo del bullying sobre la salud mental son peores que los del maltrato infantil (Lereya et al., 2015).

Cabe señalar que la victimización basada en prejuicios o discriminación (*bias-based harassment*), incluido el bullying por OSIEG, se asocia con peores resultados de salud en comparación con el bullying por otros motivos, no asociados a la pertenencia a un grupo históricamente excluido (Russell, 2005).

2.3 Riesgo incrementado de comportamiento suicida

La adolescencia LGBTIQ+ también presenta peores indicadores de salud mental (síntomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas) cuando se la compara con población heterosexual y cisgénero; indicadores que constituyen, a su vez, factores de riesgo para el suicidio (Tomicic et al., 2016a; Miranda-Mendizábal et al., 2017). Particularmente, la adolescencia trans presenta mayores riesgos de depresión, síntomas de trauma, ansiedad, déficit atencional y problemas de salud mental en general, en comparación con sus pares cisgénero (Grossman, D'Augelly y Frank, 2011; Becerra-Culqui et al., 2018).

Tanto los/as adolescentes LGB como los/as trans y no binarios/as presentan, en efecto, tasas más altas de ideación e intentos de suicidio que sus pares heterosexuales cisgénero. Según la última versión del Youth Risk Behavior Surveillance en los Estados Unidos, el 10,4% de los/as estudiantes heterosexuales de enseñanza media presentan planificación suicida en el último año, versus el 38% de estudiantes LGB. Para intento de suicidio, la relación es de 5,4% en heterosexuales versus 23% en LGB (Kann et al., 2018).

Los/as adolescentes trans también tienen más probabilidades de intentar suicidio o llevarlo a cabo. Según la Canadian Trans Health Youth Survey, un 75% de adolescentes trans entre 14 y 18 años reportó haberse causado autolesiones, 65% declaró haber considerado seriamente el suicidio, más de un tercio lo intentó al menos una vez, y uno/a de cada diez lo intentó 4 o más veces (Veale et al., 2015). A nivel nacional, el 56% de los/as adultos/as encuestados/as por la Encuesta T (OTD Chile, 2017) señaló que ha intentado suicidarse debido a las discriminaciones y violencias sufridas, siendo un 75% el que responde que su primer intento de suicidio ocurrió entre los 11 y los 18 años.

Muchas de las investigaciones realizadas durante las últimas décadas en la materia han indagado en los factores que inciden en este mayor riesgo, el cual no es intrínseco, sino que se vincula a elementos ambientales. La teoría del estrés de minorías (Meyer, 2003) es hoy una de las interpretaciones que cuenta con más evidencia a su favor. Plantea que las desventajas en la jerarquía social que provoca pertenecer a un grupo percibido como fuera de las normas sociales y la cultura hegemónica/predominante, llevan a los individuos a enfrentar condiciones más estresantes desde una posición de menores recursos, lo que redundaría en peores indicadores de salud mental. Así, la constante presencia de estresores externos, como la victimización y la estigmatización o discriminación, así como estresores internos como la LGBTIQ+fobia internalizada, la hipervigilancia y el ocultamiento, pueden estar detrás del riesgo suicida incrementado de la adolescencia LGBTIQ+ (Martínez et al., 2018). De hecho, niños/as transgénero de 3 a 12 años que cuentan con reconocimiento y apoyo hacia su identidad tienen niveles equivalentes de depresión a los de sus pares cisgénero, y

solo mínimas elevaciones en ansiedad (Olson et al., 2016), demostrando que la psicopatología de estas poblaciones no es algo inevitable.

2.4 Vulnerabilidades en contexto de cuidado alternativo residencial

Como señala Human Rights Campaign⁶, la niñez y adolescencia LGBTIQ+ no solo entra al sistema de protección con una capa adicional de trauma y complejidad por todos los motivos ya señalados, sino que también debe lidiar con la discriminación y falta de seguridad una vez dentro del sistema (Matarese et al., 2017; Schofield et al., 2019). Por lo mismo, en el trabajo residencial será necesario tomar medidas para reducir esta última clase de vulneraciones y también considerar que si el/la adolescente lleva tiempo previo en contexto residencial, posiblemente ya ha vivido en él estas situaciones adversas.

En varios países se ha documentado que, en residencias y familias de acogida, estos/as adolescentes se ven expuestos/as a acoso y maltrato (incluyendo abuso sexual) de forma rutinaria, proveniente tanto de pares como de miembros de los equipos de residencias y adultos/as de familias de acogida. En muchos casos, la hostilidad flagrante y el abuso verbal hacia la diversidad por OSIEG son una parte aceptada de la cultura organizacional en estos espacios, llevando a los/as adolescentes a ocultar su OSIEG y, muchas veces, a escapar (CWLA 2012). Otras experiencias negativas que pueden enfrentar son ser puestos/as en aislamiento dentro de las residencias, ser sometidos/as a terapias reparativas o conversivas, tener problemas de permanencia en cada espacio de cuidado (alta rotación) y prolongación de la misma en el tiempo, mayor probabilidad de hospitalización por salud mental, prohibición de establecer relaciones románticas o expresar su OSIEG (Wilson et al., 2014; Matarese et al., 2017). En el caso de la adolescencia trans, que sufre en general un peor trato de parte de los equipos y más ataques desde sus pares (CWLA, 2012; Matarese et al., 2017), puede darse la asignación a residencias monogénicas que no coinciden con su identidad de género; la obligación de vestirse de acuerdo a su sexo asignado al momento de nacer y, en general, ajustar su expresión de género a reglas binarias; la denegación de acceso a tratamiento médico especializado en relación con su transición; el uso sistemático de nombres y pronombres que no coinciden con los definidos por el/la adolescente, vulnerando por tanto su derecho a la identidad.

La investigación ha mostrado una alta presencia de actitudes LGBTIQ+fóbicas entre el personal de las residencias (Curtain, 2002; Majd et al., 2009), desconocimiento de conceptos básicos y vulnerabilidades específicas, y concepciones erradas que incluyen la convicción de que no existen adolescentes LGBTIQ+ en los centros, o bien de que se trata de adolescentes difíciles de tratar, o que pueden abusar sexualmente de sus pares. Todas estas actitudes, que deterioran gravemente la posibilidad de ofrecer una atención respetuosa del interés superior del niño/a, pueden verse agudizadas en algunos prestadores de carácter religioso. Si bien esto no es así siempre (hay intervenciones afirmativas desarrolladas desde entidades religiosas), la convicción de que las identidades LGBTIQ+ son moralmente inaceptables debe ser considerada un factor de riesgo para adolescentes ubicados en tales residencias (Majd et al., 2009).

⁶ En la presentación de su repositorio online para profesionales que trabajan en bienestar infantil “All Children – All Families”, disponible en <https://www.hrc.org/resources/all-children-all-families-additional-resources> [Fecha de consulta: 10 de octubre, 2019].

3. Recomendaciones para el cuidado en residencias familiares para adolescentes LGBTIQ+ o cuya expresión de género sea no hegemónica

Según SENAME (2019a), el modelo de intervención de las residencias familiares propone actuar articuladamente en cuatro ámbitos, sin excepción e igualmente prioritarios: a) residencialidad emocionalmente segura; b) acompañamiento terapéutico al adolescente; c) intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente; y d) articulación con redes de protección. A continuación se presentan recomendaciones para cada uno de ellos. Las orientaciones se han elaborado teniendo a la vista guías internacionales para cuidado de adolescentes LGBTIQ+ privados/as de cuidado parental y revisiones sistemáticas del tema⁷, además de otras fuentes nacionales que se citarán cuando corresponda.

3.1 Residencialidad emocionalmente segura

De acuerdo a sus orientaciones técnicas, la residencia familiar debiese constituirse en un **espacio de acogida incondicional** –donde se propicia el buen trato, la convivencia protectora y basada en el afecto– que promueve el desarrollo de la identidad y las habilidades sociales de los adolescentes. En la medida que en la residencia familiar cada adolescente se siente parte de una comunidad de vida familiar –aunque sea transitoria–, que lo protege y lo respeta en su individualidad, es posible construir un proceso de intervención que avanza simultáneamente en el plano individual y en la relación con los otros. Por ello, en la residencia familiar los/las adolescentes contarán con un/a **tutor/a de referencia**, quien estará a cargo de acompañarlos/las a lo largo de su proceso y liderará las actividades de su cuidado cotidiano. Los/as tutores/as y monitores/as nocturnos/as deben ser capaces de atender y acoger al/a la adolescente, comprendiendo que las manifestaciones conductuales desreguladas y/o inapropiadas son síntomas del daño causado por las experiencias de vulneración. De ahí la relevancia de que todo el equipo de intervención se asegure de conocer en profundidad la situación del/de la adolescente, y desarrolle una serie de habilidades y actitudes básicas: disponibilidad, sensibilidad, aceptación, expresión de afecto, empatía, límites claros, cooperación (SENAME, 2019a).

Para garantizar estas condiciones, la residencia requiere ser un **“espacio seguro”**. En el caso de la niñez y adolescencia LGBTIQ+, esta categoría tiene un sentido bien específico: implica un ambiente (escuela, casa u otro) donde todos/as ellos/as se sienten seguros/as, bienvenidos/as, y reciben todo el apoyo que necesitan (GLSEN y Fundación Todo Mejora, 2017). Esto implica la posibilidad de expresarse plenamente, sin miedo de que les hagan sentir incómodos/as, no deseados/as o inseguros/as debido a su OSIEG, raza o etnicidad, antecedentes culturales, edad, habilidades físicas o mentales. Un espacio seguro es un lugar donde existen reglas que resguardan el auto respeto de cada persona y promueven enfáticamente el respeto por otros/as. Esto implica ir más allá de no discriminar o aceptar: supone el desarrollo de una **intervención afirmativa**, en el sentido de fomentar una visión despatologizante de las distintas OSIEG, visibilizando y abordando la negatividad a las que se ven expuestos los/as adolescentes LGBTIQ+ en un contexto hetero y cisnormado (Bieschke, Perez, DeBord, 2006). Una intervención afirmativa se sustenta en la evidencia de que no hay nada inherentemente negativo en las diversas formas de vivir la sexualidad; y en el reconocimiento de que cada persona tiene una historia única, una manera personal de descubrirse a sí misma y mostrarse a los demás (Martínez et al., 2018). Actualmente, además, contamos con una ley que reconoce el derecho

⁷ Wilber, Ryan y Marksamer, 2006; CWLA, 2012; Elze, 2012; Gale, 2012; Glick et al., 2016; CWLA y Lambda Legal, 2015; The Annie E. Casey Foundation, 2016; Matarese et al., 2017; Ministerio de Niñez y Servicios Sociales y Comunitarios de Ontario, 2018.

a la identidad de género y establece el principio de no patologización (Ley 21.120, ver apartado 4.f de esta nota conceptual), por lo que hay un marco normativo que respalda esta clase de intervención.

Para hacer de la residencia un “espacio seguro”, se proponen las siguientes recomendaciones:

- La residencia debe tener **una política o reglamento escrito de no discriminación**, que incluya explícitamente la OSIEG entre los posibles motivos de discriminación. Esta política debe ser conocida por todos/as y puesta en vigor, dando un mensaje claro y consistente a todo el personal de la residencia, a todos/as los/as adolescentes que la habitan y a todos los equipos externos que interactúan con ella, de que las prácticas y los discursos discriminatorios no serán aceptados en ningún espacio, formal o informal. La definición de discriminación debe ser amplia, incluyendo ridiculizaciones y bromas, así como actitudes de no intervención de parte del equipo cuando presencian tales conductas entre los/as adolescentes. El reglamento debe incluir mecanismos claros y eficaces para reportar transgresiones, tanto de parte de adolescentes LGBTIQ+ como heterosexuales cisgénero que sean victimizados/as por su expresión de género. Nunca se debe responsabilizar al/a la adolescente que ha sufrido discriminación, acoso o violencia por “ser demasiado abierto” respecto de su OSIEG, ni se debe permitir que sus pares le responsabilicen por los maltratos recibidos.
- **Dejar de asumir** que todos/las los/las adolescentes bajo cuidado residencial son heterosexuales y cisgénero. Cada persona del equipo debe estar consciente de que, dentro de la población adolescente de la residencia, lo más probable es que existan adolescentes LGBTIQ+, que poseen vulnerabilidades específicas y también fortalezas psicosociales específicas. Otros supuestos que deben evitarse son asumir que la orientación sexoafectiva y la identidad de género pueden deducirse a partir de una cierta expresión de género (vestuario, manera de llevar el pelo, modo de hablar, intereses); que todos/as los/las adolescentes LGBTIQ+ tienen experiencias de vida semejantes y se sienten parte de la misma comunidad; que todos los problemas de estos/as adolescentes se originan en su OSIEG; que algunas OSIEG son desviadas o patológicas; que puede presumirse la orientación sexoafectiva a partir de una práctica; y asumir que la OSIEG es “una opción”.
- A nivel de **lenguaje**, es preferible emplear términos no heterosexistas o cismatizados en todas las conversaciones diarias. Por ejemplo, evitar preguntar a los adolescentes “¿tienes polola?” y reemplazarlo por una fórmula neutra (“¿estás pololeando o andando con alguien?”). Al mismo tiempo, es importante dar pasos para eliminar todas las expresiones y formas de relación basadas en estereotipos de género y siempre usar el mismo lenguaje que utiliza la persona para referirse a su propio comportamiento e identidad sexual (si no se está seguro/a de qué términos usar, preguntar respetuosa y tranquilamente qué prefiere). En cuanto a adolescentes trans, en la medida en que ellos/as así lo soliciten, todos los miembros del equipo deben usar el nombre social y pronombre definidos por el/la adolescente, procurando siempre resguardar su derecho de privacidad, dignidad, integridad física, moral y psicológica.
- Recoger en los registros **información sobre la identidad de género y orientación sexoafectiva** de los/las adolescentes dentro de la residencia es importante pues permite ir conociendo mejor a esta población y fundamentar la implementación de medidas específicas. Sin embargo, muchas veces los/las adolescentes LGBTIQ+ ocultan su identidad u orientación por temor a la victimización y el rechazo, especialmente si perciben que el espacio en que se encuentran no es seguro. La recomendación, por lo tanto, es que las fichas de registro incluyan preguntas sobre orientación sexoafectiva e identidad de género en su sección de caracterización, pero que no sea obligatorio que los/las adolescentes las respondan si no desean hacerlo.
- Dicha información debe ser estrictamente **confidencial**, no debiese compartirse con nadie sin el consentimiento previo del/de la adolescente y debiera actualizarse de manera continua. Por lo mismo, cualquier medida en relación al reconocimiento de la identidad de género u orientación sexoafectiva de un/a

adolescente LGBTIQ+ deberá ser adoptada con el consentimiento previo del/de la adolescente, velando siempre por el resguardo de su integridad física, psicológica y moral (ver SENAME, 2019b).

- Mientras no se produzca un cambio de la partida de nacimiento en los términos establecidos en la Ley N°21.120 (de Identidad de Género), el nombre legal del/de la adolescente trans podrá seguir figurando en los **documentos oficiales** de la residencia. Sin perjuicio de lo anterior, se debe agregar en dichos archivos su nombre social, para facilitar su incorporación y uso cotidiano, sin que este hecho constituya infracción a las disposiciones vigentes que regulan esta materia. Asimismo, se deberá utilizar el nombre social informado en cualquier otro tipo de documentación afín, tales como informes al tribunal, derivaciones de salud, informes de especialistas del centro o proyecto, etc. (ver SENAME, 2019b).
- Todo el equipo de la residencia (director/a, administrativos, profesionales y técnicos de distintas especialidades, monitores/as nocturnos, tutores/as diurnos/as, encargado/a de vida familiar, personal de aseo y de manipulación de alimentos, voluntarios/as) debe: a) realizar un ejercicio de **revisión de las propias actitudes y prejuicios** sobre temáticas de OSIEG⁸ y b) ser **capacitado** en el tema, incluyendo las diferencias entre los distintos conceptos básicos presentados en el apartado 1.2 de esta nota conceptual. Estos dos puntos deben ser considerados imperativos en el caso del/de la tutor/a diurno/a y los monitores/as nocturnos/as.
- El personal de salud tanto del equipo residencial como del equipo de soporte a la residencia debiese contar con las **competencias (i) transversales y (ii) específicas para la adecuada atención de salud** de adolescentes LGBTIQ+ definidas por la OPS (2010), a saber: (i) respetar la autonomía de jóvenes LGBTIQ+; garantizar la privacidad, confidencialidad y discreción durante la entrega de las atenciones; respetar la individualidad de las historias de vida de los adolescentes y jóvenes LGBTIQ+; considerar las necesidades de la familia de origen y características étnicas y culturales de la comunidad; (ii) saber lidiar con los aspectos emocionales que implica la vivencia de la sexualidad en adolescentes y jóvenes; tener una postura ética que respete la libertad de orientación sexual; contar con competencias diagnósticas para reconocer comportamientos y contextos vulnerables que pueden implicar riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y sufrimiento psicológico; conocer los aspectos fundamentales de la salud sexual LGBTIQ+ y tener la capacidad de discutir estas prácticas.
- Todo el equipo de la residencia, especialmente el/la tutor/a diurno/a y los/as monitores/as nocturnos/as, debe estar preparado para **acoger a un/a adolescente que “sale del clóset” o devela su orientación sexoafectiva o su identidad de género**: demostrarle apoyo incondicional, garantizar la confidencialidad de la información que ha compartido, y acompañarle y asistirle en la decisión de con quiénes y cuándo revelar su orientación o identidad, teniendo como criterios su seguridad y bienestar, **y la** noción de que no existe una única forma o una forma correcta de vivir su identidad en relación a su OSIEG .
- Es recomendable tomar acciones concretas de **visibilización del compromiso de la residencia con una intervención afirmativa**, como desplegar afiches u otros materiales gráficos con los símbolos propios de la comunidad LGBTIQ+ o conmemorar hitos significativos. Estas señales hacen una gran diferencia en la percepción de los/as adolescentes, al transmitirles que cuentan con aliados/as y que la residencia es un espacio seguro.
- Las **reglas de conducta** en cuanto a vida social y romántica deben ser iguales para los/las adolescentes de una misma edad, con independencia de su OSIEG; incluyendo aspectos como la posibilidad de “salir”, “pololear” y demostrarse afecto en privado y en público.

⁸ Una propuesta para auto evaluación de actitudes y prejuicios puede encontrarse en Fundación Todo Mejora, 2017: 18.

- En términos de **presentación personal**, el/la adolescente tendrá el derecho de utilizar la ropa y accesorios que considere más adecuados a su identidad y/o expresión de género.
- En cuanto a la **asignación de adolescentes trans a residencias monogénicas**, no se debe emplear el sexo asignado al nacer como criterio a priori. En cambio, se recomienda considerar su preferencia, así como su seguridad y privacidad, aplicando una lógica caso a caso.
- Se deben dar facilidades a los/as adolescentes trans para el uso de **baños y duchas** de acuerdo a las necesidades propias del proceso que estén viviendo, respetando su identidad de género y tiempos personales. La residencia en conjunto con el/la adolescente deberá acordar las adecuaciones razonables, procurando respetar el interés superior del/la adolescente, su privacidad e integridad física, psicológica y moral. Las adecuaciones podrán considerar baños inclusivos u otras alternativas previamente acordadas, pero en ningún caso se debe contemplar una instrucción que diferencie al/a la adolescente trans del resto (por ejemplo, que solo él/ella vaya a un baño diferente). Si uno/a de sus pares solicita usar otro baño –por ejemplo, uno de tipo individual–, tal opción debiera estar disponible.
- La residencia debe establecer un protocolo para dar apoyo a adolescentes trans mayores de 14 y menores de 18 años que deseen iniciar el procedimiento para **cambio de nombre y sexo registral** ante Tribunales de Familia durante su permanencia en la residencia, de acuerdo a la Ley 21.120 (ver el Reglamento respectivo en el apartado 4.g de esta nota conceptual).
- La adolescencia LGBTIQ+ tiene un riesgo mayor de sufrir **abuso sexual** en contextos residenciales, por lo que se recomienda establecer protocolos de prevención, detección y respuesta frente a esta situación.

3.2 Acompañamiento terapéutico al adolescente

En las residencias familiares, el acompañamiento terapéutico es liderado por una dupla psicossocial especialista en intervención con adolescentes. Mediante el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas y terapéuticas sociales, se busca que el/la adolescente elabore –o al menos comience a elaborar– las experiencias de vulneración sufridas, que restablezca la confianza en sí mismo/a y que logre configurar nuevas formas de situarse en el mundo, de manera de favorecer la construcción de un proyecto de vida autónomo e independiente. El trabajo en el ámbito del acompañamiento terapéutico se nutre y se beneficia de la residencialidad emocionalmente segura. En la medida en que en la residencia familiar el/la adolescente se sienta bien y cuente con pares y/o tutores que le acojan con afecto y le acompañen de forma permanente, será posible sostener una intervención terapéutica efectiva para su recuperación de experiencias de vulneración y para construir su proyecto de vida futura (SENAME, 2019a).

Así como es crucial que el equipo comprenda que las manifestaciones conductuales desreguladas y/o inapropiadas de los/as adolescentes en la residencia son síntomas del daño causado por las experiencias de vulneración (SENAME, 2019a), en el caso de adolescentes LGBTIQ+ la intervención terapéutica debe considerar la posibilidad de que muchas conductas actuales tengan su origen en la estigmatización y victimización por OSIEG vivida en la familia, la escuela y la comunidad, así como en los estresores internos asociados a la experiencia de ser parte de un colectivo que se sitúa fuera de la norma y es catalogado como *desviado*, como son la hipervigilancia, el estigma internalizado y el ocultamiento. Todos estos aspectos debiesen ser abordados en la dimensión terapéutica del Plan de Intervención Individual (PII).

Como señalan Martínez et al. (2018) en la Guía “Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+”, no existen técnicas específicas para psicoterapia con esta población, pero sí es posible establecer criterios y orientaciones clínicos/as y psicoterapeutas, de la escuela teórica que sean, que pueden adaptarse al trabajo con este

grupo de adolescentes. A continuación se presentan algunas herramientas en esa línea, tomadas de la citada guía, considerando el contexto chileno:

- **Generación de espacios afirmativos.** Hay muchas intervenciones afirmativas posibles que tienen en común el compromiso activo con la despatologización de la diversidad por OSIEG y su afirmación como una dimensión positiva de la identidad. Esto implica, entre otros aspectos, que los/as profesionales sean autocríticos respecto de los estereotipos que pueden estar presentes en su propio trabajo terapéutico; que provean a los/as adolescentes/as información, literatura y material visual que incorpore la diversidad como posibilidad válida de ser; y que usen lenguaje afirmativo (respetuoso de identidades trans, que no asuma heterosexualidad, etc.).
- **Evaluación integral para diseñar el PII.** Para un abordaje integral del/la adolescente LGBTIQ+, es importante comenzar evaluando, al menos, seis aspectos estratégicos: factores de riesgo suicida actuales e históricos, recursos personales, redes de apoyo familiar, redes de apoyo social, factores de riesgo de salud global y barreras de acceso a las redes de educación, trabajo y salud. Toda la información recopilada de esta evaluación integral dará lugar a las acciones que se planifiquen en términos individuales, familiares y con la red local.
- Para la **evaluación de riesgo suicida** (el cual, como ya se señaló, es elevado dentro de esta población), la dupla ha de tener en cuenta **los factores de riesgo específicos** de los/as adolescentes LGBTIQ+, que vienen a superponerse con los factores de riesgo de la población en general (edad, sexo, enfermedad mental, indigencia, historia o señales de depresión, enfermedad física crónica, historia previa de suicidio, duelo, crisis familiar, crisis económica). Algunos de estos factores son: estigmatización internalizada, desesperanza, rechazo social, rechazo familiar, miedo al rechazo familiar, bullying por OSIEG, experiencias negativas al develar la OSIEG, falta de apoyo de la comunidad y percepción de un entorno de discriminación, rechazo o invisibilización⁹.
- **Acompañamiento psicoterapéutico de dos procesos** cruciales que podrían ocurrir durante la estadía en la residencia: i) la develación o “salida del clóset”, en el caso de personas con orientación sexual no heterosexual; y ii) el proceso de tránsito, en el caso de personas trans o de género no binario. Algunas recomendaciones para acompañar adecuadamente un proceso de develación son:
 - Apoyar al/a la adolescente en su decisión de enfrentar su proceso en una sociedad que, aunque más abierta, aún es hostil hacia las personas LGBTIQ+, especialmente en ciertos contextos culturales.
 - Planificar en conjunto los pasos a dar en su proceso de develación.
 - Ponderar y anticipar, en conjunto, las implicancias de la develación en su red, teniendo en cuenta especialmente la cuestión de la propia seguridad.
 - Apoyar el desarrollo de una identidad LGBTIQ+ positiva y orgullosa.
 - Evaluar continuamente la manera en que el/la adolescente está viviendo el proceso de develación y la posibilidad de que esté afectando su salud mental.

En cuando al acompañamiento terapéutico de la transición, en el caso de la identidad de género, es recomendable que el/la adolescente que quiera iniciar o continuar ese proceso se incorpore a un programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans, según lo establecido en la Ley 21.120, donde recibirá orientación multidisciplinaria especializada (ver el reglamento respectivo en el apartado 4.h de esta nota conceptual).

⁹ Para profundizar en cómo explorar cada uno de estos factores, ver Martínez et al. (2018: 26).

- Reconocimiento de las distintas **expresiones del estigma internalizado**, como efecto de la experiencia de vivir en una sociedad que sigue siendo LGBTIQ+fóbica. Determinar la complejidad de sus múltiples manifestaciones y efectos es una de las principales tareas de la terapia con adolescentes LGBTIQ+. Algunos de los efectos a los que hay que estar atentos/as y que debieran evaluarse y considerarse en la intervención son:
 - Los sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima que cruzan la construcción de la propia identidad, y que, en el caso de adolescentes trans, se suman al sentimiento de no pertenencia debido al rechazo sentido tanto desde el mundo heterosexual y cisgénero como desde otras identificaciones sexuales no hegemónicas.
 - Los niveles de depresión y ansiedad de los/as adolescentes.
 - Los conflictos en las relaciones de pareja y la conducta sexual, donde pueden darse patrones de interacción abusivos y violentos, en una suerte de escenificación cotidiana de la agresión y el rechazo social.
 - Las posibles conductas sexuales riesgosas, que en ocasiones refuerzan los propios prejuicios acerca de la imposibilidad de mantener relaciones no abusivas, estables y amorosas.
 - El abuso de sustancias, al jugar las drogas y el alcohol un papel en el manejo desadaptativo de la ansiedad, además de transformarse en un medio para la agresión hacia sí mismo/a.

3.3 Intervención terapéutica familiar y/o para la vida independiente

Esta línea de intervención, liderada por una dupla especializada, implica el trabajo directo con la familia de origen o con el/la adulto/a relacionado/a que podría ejercer su cuidado al egreso de la intervención residencial; o con alguna persona adulta que, si bien no puede asumir su cuidado, mantiene un vínculo con el/la adolescente y puede contribuir en su bienestar. Desde luego, se priorizará la reunificación familiar, considerando la realidad particular de cada adolescente con sus referentes familiares o personas adultas relacionadas. La intervención se orientará a evaluar y conocer a la familia, buscando establecer una dinámica familiar basada en el respeto y el cuidado mutuo, a través de estrategias para fortalecer las habilidades parentales y reconstruir la historia familiar. También, se identificarán los factores que ponen en riesgo la integridad física y psíquica del/de la adolescente, de manera de generar los mecanismos para superarlos o, al menos, para mitigar su efecto. Las acciones se desarrollarán tanto en la residencia como en el hogar familiar, promoviendo que el/la adolescente participe de instancias familiares (por ejemplo, cumpleaños). Las salidas también son parte de la intervención, solo si se garantizan condiciones de protección del/de la adolescente (SENAME, 2019a).

Las familias juegan un rol especialmente crítico en la salud emocional, psicológica y física de la adolescencia LGBTIQ+. Para reforzar el trabajo terapéutico con ellas, será recomendable:

- Durante la evaluación inicial debe precisarse claramente si el/la adolescente ha revelado su orientación sexoafectiva o identidad de género a su familia de origen. Si esto no ha ocurrido, la dupla no debiese abordar la OSIEG del/de la adolescente en su trabajo con la familia. El resguardo de la **confidencialidad de la OSIEG** debe operar en todo momento.
- Como parte del diagnóstico integral, y durante la evaluación familiar, es necesario **evaluar el nivel de rechazo o apoyo familiar hacia la OSIEG** del/de la adolescente, así como los riesgos asociados para su integridad

psíquica y física. Existen para ello diversos protocolos que es posible seguir.¹⁰ Lo más importante es ubicar a las familias en un continuo, yendo desde el alto rechazo a la alta aceptación, justamente porque uno de los objetivos del PII puede ser que la familia se mueva hacia posiciones de mayor aceptación; o, al menos, de ambivalencia, donde los efectos negativos para el/la adolescente se reducen.

- Una actitud inicial negativa hacia la OSIEG del hijo o hija no es necesariamente un impedimento para la reunificación, ya que la aceptación puede ir aumentando en el contexto de un acompañamiento profesional. A pesar de lo anterior, es fundamental **evaluar adecuadamente el riesgo de violencia física y psicológica** que esta actitud implica para el/la adolescente, en consideración a sus indicadores de salud mental; así como tener claro si su causal de ingreso al sistema es maltrato asociado a la OSIEG. La seguridad inmediata debe ser una consideración primordial, por ejemplo, a la hora de contemplar visitas, salidas y participación del/de la adolescente en actividades familiares.
- En lo que respecta al fortalecimiento de habilidades parentales, el PII debiese contemplar estrategias orientadas, por una parte, a **reducir las conductas de rechazo**, y, por otra, a **aumentar las conductas de aceptación**. Algunas conductas de rechazo a reducir son, entre otras, exigir que el/la adolescente oculte o ignore su OSIEG como requisito para vivir en la casa familiar (o volver a ella), prohibir que se vista de acuerdo a su identidad de género, decirle que está pasando una etapa o siguiendo una moda, considerarle desviado o enfermo, llevarle a terapias conversivas o espacios religiosos que buscan cambiar su OSIEG, ridiculizarle o emplear lenguaje abusivo, presionarle para que tenga una expresión de género más masculina o femenina. Algunas conductas de aceptación y apoyo que se han de promover son (Ryan et al., 2010), entre otras, hablar con el/la adolescente sobre su OSIEG, expresar afecto cuando él/ella revele su OSIEG, apoyar su identidad a pesar de las incomodidades personales que puedan existir, defenderle cuando sufra bullying o acoso por su OSIEG, exigir que otros miembros de la familia respeten la OSIEG del/de la adolescente, apoyar su expresión de género, acoger a sus amigos/as y parejas en actividades familiares, creer que su hijo/a puede tener un futuro feliz como un/a adulto/a LGBTQ+.
- Dentro de la intervención es fundamental llevar a cabo **acciones socioeducativas** para informar a los/as padres/madres/cuidadores sobre el tema de OSIEG, corregir mitos y estereotipos y, especialmente, educar sobre los impactos negativos que su rechazo puede tener sobre la salud física y mental de su hijo/a (por ejemplo, depresión, riesgo suicida, consumo problemático de sustancias, riesgo de VIH), y sobre los efectos positivos que pueden tener las conductas de aceptación. Esto les permitirá conectar sus actitudes y conductas con el bienestar del adolescente, lo que presenta un impacto positivo especialmente en las familias cuya actitud de rechazo se basa en el miedo por su seguridad e integridad física y psíquica.
- Otras acciones incluyen **la consejería y el acompañamiento**, desde enfoques basados en las fortalezas y el multiculturalismo. Es muy importante que el equipo provea un espacio de empatía para que los miembros de la familia de origen expresen y trabajen sus emociones de pérdida, duelo, rabia, miedo, vergüenza y culpa en relación con la OSIEG de su hijo/a. También será importante la identificación de personas aliadas dentro del grupo familiar, que puedan apoyar una intervención afirmativa de la OSIEG del/de la adolescente.
- Cuando el origen del rechazo de la OSIEG del/de la adolescente radica en el conflicto con las **creencias religiosas** de la familia, la intervención puede orientarse, a partir de la educación, a apoyar al padre/madre para que reconcilie la aceptación de la OSIEG con el adolescente y con su religiosidad, mostrándole que existen comunidades y líderes religiosos que incluso dan apoyo a la diversidad por OSIEG, y que ser LGBTQ+ no impacta la capacidad de una persona de llevar una vida espiritual o religiosa.

¹⁰ Por ejemplo, ver el del Family Acceptance Project, disponible en https://familyproject.sfsu.edu/sites/default/files/Mental_Health_Assessment%20Protocol.pdf [Consulta: 10 de octubre de 2010].

En los casos en que no sea viable la reunificación, la intervención en las residencias familiares se centrará en la preparación para la vida independiente, promoviendo en el/la adolescente el aprendizaje y/o fortalecimiento de habilidades para hacer frente a la vida diaria, a su proceso de independencia y transición a la vida adulta; fomentando que desarrolle un autoconcepto y autoestima positivos, que incremente la seguridad en sus propios recursos personales y sociales, y que logre recuperar la confianza en sí mismo/a y en los demás. Esto incluye la prevención de la deserción educativa y la búsqueda de alternativas laborales, apresto para realización de trámites, etc., todo esto de manera pertinente al entorno (zonas rurales y urbanas, por ejemplo) (SENAME, 2019a).

Los/las adolescentes LGBTQ+ en contexto residencial enfrentan desafíos particulares a la hora de concretar su transición hacia la vida independiente, que deben ser considerados en el diseño de la intervención con este fin. Recibiendo el apoyo apropiado, muchos/as de ellos/as mostrarán altos niveles de resiliencia y resultados positivos. Debido a su OSIEG, muchos/as de estos/as jóvenes deberán lidiar con un entorno adverso y de **discriminación sistemática**, que afectará su acceso oportuno a servicios de salud, su derecho a la vivienda, la permanencia educacional en caso de continuidad de estudios y la inclusión laboral. Las personas trans tienen especiales dificultades para poder encontrar un trabajo estable donde su identidad y expresión de género sean aceptadas. Por lo mismo, será necesario desarrollar **estrategias reforzadas de vinculación con posibles empleadores** y llevar a cabo un monitoreo más estrecho durante el primer período de la vida independiente. La búsqueda de **personas adultas clave** que puedan proveer apoyos afectivos pero también instrumentales de manera permanente, será otra tarea fundamental de la intervención. Por ejemplo, la identificación de miembros de la **familia extendida y amistades** que apoyen afirmativamente al/a la adolescente en su OSIEG, y que puedan proveer espacios seguros a los cuales llegar o recurrir.

Por último, la identificación de **redes comunitarias de apoyo** (ver apartado siguiente) también jugará un papel importante, incluyendo la incorporación a grupos de pares y el acceso a orientación sobre espacios de salud afirmativos, por ejemplo, a través de ONGs especializadas en la materia. En esta línea será también de importancia educar a los/las adolescentes (y jóvenes si continúan en cuidado alternativo residencial más allá de los 18 años) en los mecanismos de protección con los que cuentan, como la legislación antidiscriminación vigente en el país¹¹, los reglamentos de convivencia y oficinas de apoyo estudiantil en el caso de instituciones de educación superior, las oficinas de diversidad e inclusión a nivel municipal, etc.

3.4 Articulación con redes de protección

El ingreso de los/as adolescentes a la residencia familiar implica separarse de su familia y su comunidad. Para lograr los objetivos de la intervención será necesario gestionar y articular todas las instancias locales requeridas para la continuidad del vínculo del adolescente con su familia y su espacio comunitario de referencia –siempre que no configuren factores de riesgo para la recuperación y restitución del derecho a vivir en familia y/o fortalecimiento de la autonomía–. Este relacionamiento comunitario buscará incentivar la inclusión de los/las adolescentes a las comunidades de acogida, como parte del proceso de restitución de derechos y para generar una red local protectora. Contemplará la incorporación efectiva y supervisada a establecimientos educacionales y de salud, y en general a las prestaciones propias de la protección social universal y especializada, así como a otras redes comunitarias, como talleres municipales recreativos, deportivos y productivos. Asimismo, se espera activar la vinculación de la residencia con ONGs, universidades y otros actores relevantes de la sociedad civil (SENAME, 2019a).

¹¹ Específicamente, la Ley 20.609 que resguarda el derecho de las personas a no sufrir ningún tipo de discriminación y establece medidas contra la misma. Cada una de las dimensiones de la OSIEG está explicitada en la ley como motivo de discriminación sancionable.

La vinculación con la comunidad es un indicador clave para predecir resultados positivos en intervenciones residenciales, y los/las adolescentes LGBTIQ+ no son una excepción. Por el contrario, el apoyo y acompañamiento para llevar a cabo un buen relacionamiento comunitario puede jugar un rol crucial para reducir la alienación y aislamiento que a menudo experimentan los/as adolescentes LGBTIQ+. Al ser una población que suele enfrentar obstáculos en el ejercicio de sus derechos, el acceso a prestaciones y la incorporación a espacios comunitarios deberá implicar una especial intermediación y supervisión.

- Es fundamental que estos/as adolescentes puedan insertarse en **establecimientos educacionales** que constituyan espacios seguros, donde puedan estudiar y convivir sin estar en riesgo constante de discriminación, **bullying y otras formas de acoso**. El/la tutor/a diurno/a debe incorporar a su rutina con el/la adolescente la detección de esta clase de situaciones, y motivar al/a la adolescente a reportarlas oportunamente. Por lo mismo, debe estar familiarizado con el Reglamento Interno y el Manual de Convivencia Escolar del establecimiento, de manera de poder activar los mecanismos establecidos cuando se detecten acciones de maltrato físico o psicológico, incluyendo la violencia social (aislamiento sistemático, rumores) y aquella que puede ocurrir en espacios online. Si los procedimientos establecidos en el reglamento y el manual no se cumplen, el/la tutor/a deberá activar la correspondiente denuncia a la Superintendencia de Educación.
- En el caso de **adolescentes trans**, el/la tutor/a deberá estar familiarizado con la **Circular 0768 sobre Derechos de Niñas, Niños y Jóvenes Trans en el Ámbito de la Educación**¹², de manera de poder acompañar al/a la estudiante en la solicitud al establecimiento del reconocimiento de su identidad de género, así como las medidas de apoyo y las adecuaciones pertinentes a la etapa de transición en la que se encuentra, de manera de resguardar sus derechos en el contexto educativo. El/la tutor/a tendrá que velar por el cumplimiento de las acciones acordadas en este sentido, pudiendo recurrir a la Superintendencia de Educación en caso de que dichos acuerdos establecidos en el marco de la Circular 0768 no sean respetados adecuadamente.
- La principal barrera para **acceder a la salud** de los/as adolescentes LGBTIQ+ es el miedo al rechazo y la discriminación en la atención. Adicionalmente, hay barreras específicas que obstaculizan el acceso a la salud para adolescentes lesbianas, para gays y bisexuales, para personas trans y para personas intersex (ver Fundación Todo Mejora, 2017; Montero y González, 2016). Puesto que el personal de residencia es responsable de garantizar la asistencia del/de la adolescente a todas las atenciones sanitarias primarias y de especialidad requeridas, además de acompañarle, es fundamental que se tomen medidas adicionales de refuerzo, que partan de una conversación franca con el/la adolescente respecto de su posible temor al rechazo y experiencias negativas pasadas. Al asistir con él/ella al centro de salud, el personal de la residencia deberá mediar con el personal sanitario que muchas veces está desinformado sobre las necesidades específicas de salud de esta población, o directamente exhibe prejuicios que pueden volver estos centros en espacios inseguros y hostiles.
- El personal de la residencia debe estar familiarizado con los contenidos de la **Circular 21 sobre atención de personas trans en la red asistencial**¹³, de manera de hacerla cumplir durante las interacciones del/de la adolescente trans con los servicios de salud, especialmente en lo que refiere al uso del nombre social y la

¹² Disponible en <https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2017/04/ORD-N%C2%BA0768-DERECHOS-DE-NI%C3%91AS-NI%C3%91OS-Y-ESTUDIANTES-TRANS-EN-EL-%C3%81MBITO-DE-LA-EDUCACI%C3%93N-A-SOSTENEDORES.pdf> [Consulta: 10 de octubre de 2019].

¹³ Disponible en <https://www.saludtrans.cl/wp-content/uploads/2012/09/circular-21.pdf> [Consulta: 10 de octubre de 2010].

identidad de género en todos los momentos de la atención, incluidos los registros, las fichas e intercambios verbales.

- El/la adolescente debe recibir **información** pertinente y adecuada a su etapa de desarrollo respecto de la **salud sexual y reproductiva**, tal como sus pares heterosexuales y cisgéneros. Esta información debe incluir educación sobre medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual, y de embarazo, que sean atinentes a sus propias prácticas sexuales.
- Los/as adolescentes trans que lo soliciten podrán incorporarse, durante su período en la residencia, al **Programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans** establecido en la Ley 21.120, para lo cual deberá localizarse al prestador más cercano (ver el reglamento respectivo en el apartado 4.h de esta nota conceptual). Asimismo, ya sea en el marco de dicho programa o fuera de él, debiese poder contar con orientación y acceso a **atención especializada** para tratamiento hormonal, fonoaudiológico, psiquiátrico, etc., si desea iniciar –o continuar con– un proceso previo de transición. Para ello, la residencia deberá identificar los policlínicos trans correspondientes a su territorio.
- Dentro de las labores de vinculación con organizaciones comunitarias, el equipo debe considerar la identificación de **grupos de pares y espacios de la comunidad LGBTIQ+** a los que los/as adolescentes puedan incorporarse, por ejemplo, a través de ONGs especializadas en la materia, o bien por medio de oficinas municipales de juventud o de diversidad e inclusión. La participación en esta clase de instancias ha demostrado ser estratégica para el fortalecimiento de los recursos individuales del adolescente, cuyo autoconcepto se ve reforzado en el encuentro con otros/as que viven experiencias similares. Como señalan Tomicic et al. (2016b), también puede dar pie a que el o la adolescente acceda al activismo, lo que, en muchos casos, ha mostrado ser una herramienta útil para resignificar y reparar las experiencias de violencia. Puesto que en el contexto nacional no es aún amplio el catálogo de centros comunitarios LGBTIQ+ a los cuales los/as adolescentes puedan acudir en los territorios, especialmente en varias regiones del país, es importante orientarlos para que activen, de manera complementaria, recursos no presenciales como líneas de ayuda o sitios online donde obtener información y apoyo¹⁴. Por último, si en la residencia hay más de un/a adolescente LGBTIQ+, se puede apoyar la conformación de un grupo de apoyo.

4. Recursos de apoyo para equipos de residencias familiares

A continuación se ofrece un catálogo de materiales, fuentes de información, orientaciones técnicas, circulares y normativas que pueden ser de utilidad para los equipos de las residencias familiares.

- a) Fundación Todo Mejora (2017). Bienestar, Salud e Inclusión – Orientaciones generales para profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales. Disponible en https://todomejora.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Salud_2017.pdf
- b) Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. y Aguayo, F. (2018). Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile. Disponible en

¹⁴ Uno de ellos es el Programa Hora Segura para atención en crisis, al que pueden acceder por la App Todo Mejora, el Facebook <https://www.facebook.com/todomejora/> y la web www.todomejora.org

https://www.researchgate.net/publication/324216908_PSICOTERAPIA_CULTURALMENTE_COMPE_TENTE_PARA_EL_TRABAJO_CON_PACIENTES_LGBT_UNA_GUIA_PARA_PSICOTERAPE_UTAS_Y_PROFESIONALES_DE_LA_SALUD_MENTAL

- c) [Montero, A. y González, M. I. \(2016\). Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente \(CEMERA\) – Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud \(FONIS\) – Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología \(CONICYT\). Disponible en https://www.cemera.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCION%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf](https://www.cemera.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCION%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf)
- d) MINEDUC (2017). Orientaciones para la inclusión de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en el sistema educativo chileno. Disponible en: <https://media.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/28/2017/07/Orientaciones-para-la-inclusi%C3%B3n-de-las-personas-LGBT.pdf>
- e) Superintendencia de Educación, Chile (2017). Circular 0768: Derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación. Disponible en <https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2017/04/ORD-N%C2%BA0768-DERECHOS-DE-NI%C3%91AS-NI%C3%91OS-Y-ESTUDIANTES-TRANS-EN-EL-%C3%81MBITO-DE-LA-EDUCACI%C3%93N-A-SOSTENEDORES.pdf>
- f) Ministerio de Salud (2012). Circular 21: Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial. Disponible en <https://www.saludtrans.cl/wp-content/uploads/2012/09/circular-21.pdf>
- g) Ley N°21.120 que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Disponible en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1126480>
- h) Reglamento que regula el procedimiento administrativo de rectificación de partidas de nacimiento ante el servicio de registro civil e identificación, de conformidad a la ley n° 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género. Disponible en <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2019/08/13/42428/01/1635136.pdf>
- i) Reglamento del artículo 26 inciso primero de la ley n° 21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género (Programa de Acompañamiento a Niños, Niñas y Adolescentes Trans). Disponible en <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2019/08/29/42441/01/1645291.pdf>
- j) All Children – All Families. Recopilación de recursos de Human Rights Campaign Foundation (HRC) para profesionales que trabajan en bienestar infantil. Disponible en <https://www.hrc.org/resources/all-children-all-families-additional-resources>
- k) Ministerio de Niñez y Servicios Sociales y Comunitarios de Ontario (2018). Serving LGBT2SQ children and youth in the child welfare system: a resource guide. Disponible en <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/LGBT2SQ/LGBT2SQ-guide-2018.pdf>
- l) Matarese, M., Greeno, E. and Betsinger, S. (2017). Youth with Diverse Sexual Orientation, Gender Identity and Expression in Child Welfare: A Review of Best Practices. Baltimore, MD: Institute for Innovation & Implementation, University of Maryland School of Social Work. Ver especialmente la síntesis de recursos en el Apéndice A. Disponible en http://www.qiclgbtq2s.org/wp-content/uploads/sites/4/2017/06/LGBTQ2S-Lit-Review_-6_19-17.pdf
- m) The Annie E. Casey Foundation (2016). LGBTQ in Child Welfare. A systematic review of the literature. Disponible en <https://www.aecf.org/resources/lgbtq-in-child-welfare/>
- n) Glick, D., M. Krishnan, S. Fisher, R. Lieberman y K. Sisson (2016). Redefining Residential: Ensuring Competent Residential Interventions for Youth with Diverse Gender and Sexual Identities and Expressions, Residential Treatment for Children & Youth, 33:2, 107-117. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0886571X.2016.1205316>

- o) Child Welfare League of America y Lambda Legal (2015). Getting Down to Basics: Tools to Support LGBTQ Youth in Care. Disponible en <https://www.lambdalegal.org/publications/getting-down-to-basics>
- p) Elze, D. (2012). In-Home Services for Families of LGBTQ Youth. National Resource Center for In-House Services, EEUU. Disponible en <https://clas.uiowa.edu/sites/clas.uiowa.edu.nrcfcp/files/5LGBTissuebriefwithpractice.pdf>
- q) CWLA (2012). Recommended Practices to Promote the Safety and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning (LGBTQ) Youth and Youth at Risk of or Living with HIV in Child Welfare Settings. Child Welfare League of America (CWLA) y Lambda Legal. Disponible en <https://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/recommended-practices-youth.pdf>
- r) Gale, L. (2012). Out and Proud Affirmation Guidelines. Practice Guidelines for Equity in Gender and Sexual Diversity. Children's Aid Society of Toronto (CAS). Disponible en https://www.torontocas.ca/sites/torontocas/files/CAST_Out_and_Proud_Affirmation_Guidelines_2012.pdf
- s) Wilber, S., Ryan, C., & Marksamer, J. (2006). CWLA best practice guidelines: Serving LGBT youth in out-of-home care. Washington, DC: Child Welfare League of America. Disponible en <http://www.nclrights.org/legal-help-resources/resource/child-welfare-league-of-america-cwla-best-practice-guidelines-serving-lgbt-youth-in-out-of-home-care/>
- t) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). A Practitioner's Resource Guide: Helping Families to Support Their LGBT Children. HHS Publication No. PEP14-LGBTKIDS. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Disponible en <https://store.samhsa.gov/product/A-Practitioner-s-Resource-Guide-Helping-Families-to-Support-Their-LGBT-Children/PEP14-LGBTKIDS>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becerra-Culqui, T.A. et al. (2018). "Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers". *Pediatrics*, 141(5): e20173845.
- Bieschke, K. J., Perez, R. M., DeBord, K. A. (2006). *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clients*. Washington, D.C.: APA.
- Brunstein-Klomek, A. et al. (2010). "The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings". *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5):282-288.
- Corte IDH, Corte Interamericana de Derechos Humanos (2017) "Opinión consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017, solicitada por la República de Costa Rica - Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo". Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf
- CWLA (2012). *Recommended Practices to Promote the Safety and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning (LGBTQ) Youth and Youth at Risk of or Living with HIV in Child Welfare Settings*. Child Welfare League of America (CWLA) y Lambda Legal.
- CWLA, Child Welfare League of America, y Lambda Legal (2015). *Getting Down to Basics: Tools to Support LGBTQ Youth in Care*. EEUU.
- Curtain, M. (2002). "Lesbian and bisexual girls in the juvenile justice system". *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(4), 285-301.
- Elze, D. (2012). *In-Home Services for Families of LGBTQ Youth*. National Resource Center for In-House Services. EEUU.
- Finkelhor, D. et al. (2011). "Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse". *Juvenile Justice Bulletin*.
- Fundación Todo Mejora (2017). *Bienestar, Salud e Inclusión – Orientaciones generales para profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales*. Santiago de Chile.
- Gale, L. (2012). *Out and Proud Affirmation Guidelines. Practice Guidelines for Equity in Gender and Sexual Diversity*. Children's Aid Society of Toronto (CAS).
- Glick, D.A., Krishnan, M.C., Fisher, S.K., Lieberman R.E. & Sisson, K. (2014). "Redefining Residential: Ensuring Competent Residential Interventions for Youth with Diverse Gender and Sexual Identities and Expressions". *Residential Treatment for Children & Youth*, 33:2, 107-117.
- GLSEN y Fundación Todo Mejora (2017). *Encuesta Nacional de Clima Escolar 2016*. Santiago, Chile.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Frank, J. A. (2011). "Aspects of psychological resilience among transgender youth". *Journal of LGBT Youth*, 8(2), 103-115.

Heartland Trans Wellness Group (2015). Trans and Queer/LGBTQPIA Terminology; CIDH, Conceptos Básicos, Sitio Multimedia del Informe de Violencia contra personas LGBTI.

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2018). "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary". *American Psychologist*, 74:2, 171-193.

Kann, L. et al. (2018). "Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2017". *Surveillance Summaries* Vol. 67, No. 8, pp. 2-113.

Lereya S. et al. (2015). "Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries". *Lancet Psychiatry*, 2: 524–31.

Majd, K., Marksamer, J., & Reyes, C. (2009). Hidden injustice: Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in juvenile courts. Legal Services for Children, National Juvenile Defender Center, and National Center for Lesbian Rights. EEUU.

Mallon, G.P. (2011). "Permanency for LGBTQ youth". *Protecting Children*, 26(1), 49–57.

Mallon, G.P., Aledort, N., & Ferrera, M. (2002). "There's no place like home: Achieving safety, permanency, and well-being for lesbian and gay adolescents in out-of-home care settings". *Child Welfare*, 81(2), 407–439.

Mallon, G.P., & DeCrescenzo, T. (2009). "Social work practice with transgender and gender variant children and youth". En G. P. Mallon (Ed.), *Social work practice with transgender and gender variant youth* (2ª edición) (pp. 65-86). New York: Routledge.

Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C. y Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+*. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile.

Matarese, M., Greeno, E. & Betsinger, S. (2017). *Youth with Diverse Sexual Orientation, Gender Identity and Expression in Child Welfare: A Review of Best Practices*. Baltimore, MD: Institute for Innovation & Implementation, University of Maryland School of Social Work.

Meyer, I., (2003). "Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual population: conceptual issues and research evidence". *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697.

MINEDUC (2017). *Orientaciones para la inclusión de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en el sistema educativo chileno*. Ministerio de Educación. Santiago de Chile.

Ministerio de Niñez y Servicios Sociales y Comunitarios de Ontario (2018). *Serving LGBT2SQ children and youth in the child welfare system: a resource guide*. Ontario, Canadá.

Miranda-Mendizábal, A. et al. (2017). “Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults. Systematic review and meta-analysis”. *The British Journal of Psychiatry*, 1–11.

Montero, A. y González, M. I. (2016). *Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) – Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) – Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT).*

Olson, KR., et al. (2016). “Mental health of transgender children who are supported in their identities”. *Pediatrics*, 137(3).

OPS, Organización Panamericana de la Salud (2010). *Directrices para Atención Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Washington.

OTD Chile (2017). *Encuesta T. Organizando Trans Diversidades*. Santiago de Chile.

Ritter, K. Y. & Terndrup, A. I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York, NY, US: Guilford Press.

Russell, S. T. (2005). “Beyond risk: Resilience in the lives of sexual minority youth”. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 2(3), 5-18.

Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). “Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults”. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213.

Ryan, C. & Futterman, D. (1998). *Lesbian & gay youth: Care & counseling*. New York: Columbia University Press.

Saewyc, E.M. et al. (2006). “Hazards of stigma: the sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada”. *Child Welfare*, 85, 195-213.

Schofield, G., Cossar, J., Ward, E., Larsson, B. & Belderson, P. (2019). “Providing a secure base for LGBTQ young people in foster care: The role of foster carers”. *Child & Family Social Work*, 24:372 – 381.

SENAME (2019a). *Residencia familiar de administración directa para adolescentes*. Departamento de Protección de Derechos – Área de Diseño y Evaluación, Servicio Nacional de Menores. Santiago de Chile.

SENAME (2019b). *Políticas para la diversidad sexual en niños, niñas y adolescentes atendidos por SENAME*. Servicio Nacional de Menores, Santiago de Chile.

Shpiegel, S. & Simmel, C. (2016). “Functional outcomes among sexual minority youth emancipating from the child welfare system”. *Children and Youth Services Review*, 61, 101–108.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *A Practitioner’s Resource Guide: Helping Families to Support Their LGBT Children*. HHS Publication No. PEP14-LGBTKIDS. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Stringer, J. (2013). “Trans and Queer/LGBTQPIA Terminology”, en: Heartland Trans*Wellness Group. Disponible en: <http://transwellness.org/wp-content/uploads/2013/12/Trans-and-Queer-Terms-HTWG.pdf>

Takizawa, R. et al. (2014). “Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort”. *American Journal of Psychiatry*, 171(7):777-784.

The Annie E. Casey Foundation (2016). *LGBTQ in Child Welfare. A systematic review of the literature*. Baltimore, EEUU.

Tomicic, A. et al. (2016a). “Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014)”. *Revista Médica de Chile*, 144: 723-733.

Tomicic, A. et al. (2016b). “Adolescence and Suicide: Subjective Construction of Suicide Process in Young Gay and Lesbian People”. 47th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Jerusalem, Israel.

UNESCO (2015). *El bullying homofóbico y transfóbico en los centros educativos: taller de sensibilización para su prevención*. Santiago de Chile.

UNICEF (2014). “Eliminating discrimination against children and parents based on sexual orientation and/or gender identity”. *Current Issues* N°9.

Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo: Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales – CESO, Departamento de Psicología, Bogotá: Colombia.

Veale, J. et al. (2015). *Being safe, being me: Results of the Canadian Trans Youth Health Survey*. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia.

Wilber, S., Ryan, C. & Marksamer, J. (2006). *CWLA best practice guidelines: Serving LGBT youth in out-of-home care*. Washington, DC: Child Welfare League of America.

Wilson, B.D.M., Cooper, K., Kastanis, A. & Nezhad, S. (2014). *Sexual and gender minority youth in foster care: Assessing disproportionality and disparities in Los Angeles*. Los Angeles, CA: The Williams Institute, UCLA School of Law.



TODOMEJORA™

HAZ TU COMPROMISO **CAMBIA UNA VIDA**

Esríbenos a contacto@todomejora.org

Fundación Todo Mejora
Región Metropolitana, Chile
www.todomejora.org

@todomejora

