



**Universidad
Europea CANARIAS**

**Efectividad de la los programas de
formación en diversidad sexual y de
género dirigidos a profesionales
socio-sanitarios: una revisión
sistemática sin metaanálisis**

Trabajo fin de Máster

Autora: Daniel Erbez Díez

Tutora: Andrea Duarte Díaz

6 de febrero de 2026

Resumen

El colectivo LGTBIQA+ enfrenta importantes desigualdades en salud, incluyendo mayores tasas de enfermedades mentales y barreras persistentes en el acceso a servicios sociosanitarios. Estas dificultades se ven a menudo agravadas por la falta de formación específica de los profesionales, lo que puede derivar en una atención de menor calidad y situaciones de discriminación. El objetivo de este trabajo es revisar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de formación en diversidad sexual y de género dirigidos a profesionales sociosanitarios para mejorar sus conocimientos, actitudes y competencias en la atención a este colectivo. Para ello, se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA, consultando las bases de datos Medline Complete, APA PsycINFO y CINAHL Complete. Se incluyeron 4 estudios empíricos que evaluaban intervenciones formativas en profesionales de salud mental, psicología y trabajo social, realizándose una síntesis narrativa de los resultados. Las intervenciones, mayoritariamente en formato online, mostraron efectos positivos, aunque heterogéneos; se observaron mejoras significativas en la autoeficacia clínica, la competencia cultural y el uso de habilidades afirmativas, así como una disminución de creencias heteronormativas. Sin embargo, dominios como los conocimientos teóricos específicos y la humildad cultural no mostraron mejoras consistentes en todos los grupos. En conclusión, los programas de formación son herramientas efectivas para mejorar la competencia clínica y las actitudes profesionales, aunque la variabilidad observada subraya la necesidad de estandarizar los enfoques formativos y profundizar en la medición de cambios a largo plazo en la práctica clínica real.

Palabras clave: atención afirmativa; diversidad sexual y de género; formación profesional; LGTBIQA+; profesionales sociosanitarios; revisión sistemática.

Abstract

The LGBTQIA+ community faces significant health inequalities, including higher rates of mental health disorders and persistent barriers to accessing social and health services. These challenges are often exacerbated by a lack of specific training among professionals, which can lead to lower quality care and instances of discrimination. The objective of this study is to systematically review the available evidence on the effectiveness of sexual and gender diversity training programs aimed at social and health professionals to improve their knowledge, attitudes, and competencies in caring for this group. To this end, a systematic review was conducted following the PRISMA statement, searching the Medline Complete, APA PsycINFO, and CINAHL Complete databases. Four empirical studies evaluating training interventions for mental health, psychology, and social work professionals were included, and a narrative synthesis of the results was performed. The interventions, mostly in online formats, showed positive but heterogeneous effects; significant improvements were observed in clinical self-efficacy, cultural competence, and the use of affirmative skills, as well as a decrease in heteronormative beliefs. However, domains such as specific theoretical knowledge and cultural humility did not show consistent improvements across all groups. In conclusion, training programs are effective tools for improving clinical competence and professional attitudes, although the observed variability underscores the need to standardize training approaches and further measure long-term changes in actual clinical practice.

Keywords: affirmative care; healthcare professionals; LGBTQIA+; professional training; sexual and gender diversity; systematic review.

Introducción

El colectivo LGTBIQA+, que engloba a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y otras identidades de la diversidad sexual y de género, afronta desafíos específicos que afectan a su bienestar y su salud. Diversos estudios han encontrado que esta población presenta mayores tasas de determinadas enfermedades y problemas de salud mental (Dean et al., 2000; Fredriksen-Goldsen et al., 2013), así como mayor riesgo de mortalidad frente al resto de la población (Cochran et al., 2016).

Las personas LGTBIQA+, en particular los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres trans, presentan un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, como la clamidiasis, la gonorrea o la sífilis (Dean et al., 2000; Para et al., 2016), así como VIH/SIDA (Davis, 2013; Sulistina et al., 2024). También se han reportado mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer en personas del colectivo (Brown et al., 2023; Dean et al., 2000; Jackson et al., 2021). Estos problemas de salud han sido vinculados a la falta de acceso a los debidos servicios sociosanitarios, así como a la mayor prevalencia de conductas de riesgo como son determinadas prácticas sexuales o el uso de sustancias (Sell, 2019).

En relación con el consumo de sustancias, diversos estudios han evidenciado que las personas pertenecientes a este colectivo presentan una mayor prevalencia en el consumo de tabaco (Wheldon et al., 2018, 2019) y alcohol (Williams et al., 2014), así como de otras drogas (Wallace & Santacruz, 2017). Del mismo modo, esta población muestra tasas más elevadas de problemas de salud mental, entre ellos los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Wallace & Santacruz, 2017), así como una mayor prevalencia de conductas suicidas (Ream, 2019). Estos resultados se han vinculado con el modelo de estrés de minorías (Mongelli et al., 2019).

El término estrés de minorías fue introducido por primera vez por Brooks (1981) en un estudio de la población lésbica, definiéndolo como el malestar que surge cuando una persona, por pertenecer a un grupo discriminado, sufre prejuicios que afectan su manera de pensar y su capacidad de adaptarse. Meyer (2003, 1995) utilizó un concepto similar para su teoría de estrés de minorías para la población LGB, que posteriormente se ha extendido a otros grupos, incluyendo a las personas trans (Hendricks & Testa, 2012). Esta teoría postula que las personas LGTBIQA+ sufren estrés adicional por su posición minoritaria, además del estrés común a cualquier persona. Este estrés proviene de factores sociales como el prejuicio, la discriminación, el estigma y los conflictos con las normas dominantes, que afectan su salud mental. Meyer distingue entre factores distales, como la discriminación, la violencia o el rechazo, y factores proximales, como el miedo a ser rechazado, ocultar la orientación sexual o interiorizar la homofobia. Ambos tipos de estrés pueden afectar negativamente la salud mental, aumentando el riesgo de depresión, suicidio o consumo de sustancias, aunque el apoyo social y las estrategias de afrontamiento pueden reducir estos efectos. (Mongelli et al., 2019)

Además, esta población presenta necesidades sociosanitarias específicas, como el acceso a técnicas de reproducción asistida o la atención vinculada a los procesos de afirmación de género en personas trans e intersex. Por todo esto, el acceso a los servicios sanitarios se presenta como una necesidad fundamental para este colectivo.

A pesar de esta demanda, las personas LGTBIQA+ continúan encontrando dificultades para acceder a los recursos sociosanitarios disponibles (Jennings et al., 2019; Kates et al., 2018). Estas barreras se atribuyen a diversos factores, como la percepción de estigma y discriminación en los sistemas de atención sociosanitaria (Caceres et al., 2020; Ramsey et al., 2022; Szkody et al., 2025), la necesidad de consentimiento parental en el caso

de las personas menores de edad (Szkody et al., 2025), limitaciones prácticas relacionadas con los recursos económicos o la localización geográfica (Ramsey et al., 2022; Szkody et al., 2025), el miedo a la necesidad de revelar la identidad sexual o de género (Szkody et al., 2025) y la falta de formación específica del personal sociosanitario (Caceres et al., 2020; Ramsey et al., 2022; Zazzera et al., 2025).

Por ello, resulta fundamental implementar programas formativos en diversidad sexual y de género dirigidos a profesionales de estas áreas. Sin embargo, se ha observado que los planes de estudio de las titulaciones relacionadas carecen de esta perspectiva (Bonvicini, 2017; Jewell & Petty, 2024). Estas carencias no solo afectan la formación académica de los futuros profesionales, sino también la formación continua durante su ejercicio profesional (Bonvicini, 2017), lo que provoca que el personal sociosanitario no esté adecuadamente preparado para atender al colectivo LGTBIQA+ (Jewell & Petty, 2024). Como consecuencia, esta población puede recibir una atención de menor calidad que la general (Organización Mundial de la Salud, 2015), manifestada en situaciones como el uso incorrecto de pronombres o adjetivos en pacientes trans (Medina-Martínez et al., 2021), la negación de atención médica, insultos, o la imposición de procedimientos forzados —por ejemplo, exámenes anales, terapias hormonales, cirugías “normalizadoras” del sexo o terapias de “reparación”—, los cuales rara vez son médicamente necesarios (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La relevancia de esta temática se evidencia en la publicación de un número importante de estudios en los últimos años que analizan la formación en diversidad sexual y de género dirigida a profesionales sociosanitarios (Damery et al., 2025; McCann & Brown, 2018; Sekoni et al., 2017). No obstante, esta evidencia presenta una elevada heterogeneidad en cuanto a los enfoques formativos, las disciplinas profesionales implicadas y las variables

de resultado evaluadas, lo que dificulta la extracción de conclusiones claras sobre la efectividad de estas intervenciones. Dado que se trata de un ámbito emergente y en constante evolución, resulta pertinente la realización de una revisión sistemática que permita sintetizar y actualizar de manera crítica la evidencia disponible, identificando patrones comunes, fortalezas y limitaciones de los programas formativos evaluados. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo revisar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de formación en diversidad sexual y de género dirigidos a profesionales sociosanitarios, en términos de mejora de sus actitudes, conocimientos y competencias hacia la atención de personas LGTBIQA+.

Método

Este estudio se desarrolló siguiendo una metodología de revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de identificar, seleccionar y sintetizar de forma rigurosa la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de formación en diversidad sexual y de género dirigidos a profesionales sociosanitarios. El proceso de revisión se llevó a cabo de manera estructurada y transparente, y se informa de acuerdo con las recomendaciones de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se establecieron utilizando el formato PICO (población, intervención, comparador y resultados), con el fin de asegurar la coherencia y la claridad en la selección de los estudios incluidos:

1. Población: se consideraron elegibles los estudios cuya población estuviera compuesta por personal del ámbito sociosanitario, incluyendo profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología o el trabajo social, así como por estudiantes en formación dentro de estas áreas.

2. **Intervención:** La intervención de interés consistió en cualquier tipo de programa o acción formativa centrada en la diversidad sexual y de género, orientada a promover la comprensión, el respeto y la competencia cultural en diversidad sexual y de género. Se incluyeron tanto formaciones de carácter presencial como virtual, impartidas de manera individual o grupal, y con distintas duraciones o niveles de intensidad (por ejemplo, talleres, módulos universitarios, seminarios, cursos breves o programas de formación continua).
3. **Comparador:** Como comparador, se consideró la ausencia de formación en diversidad sexual y de género, o bien la participación en programas de formación general no centrados en esta temática.
4. **Resultados:** Los resultados de interés se centraron en los cambios en las actitudes, los conocimientos y las competencias de los participantes en relación con la atención a personas LGTBIQA+.

Se excluyeron aquellos estudios que no cumplieran con los criterios de elegibilidad establecidos. En concreto, se excluyeron revisiones sistemáticas o narrativas, estudios cualitativos, protocolos de investigación, editoriales, cartas al editor, comentarios y otros documentos que no presentaran datos empíricos originales. Asimismo, se excluyeron los estudios cuya población no perteneciera al ámbito sociosanitario o formativo relacionado, aquellos que no incluyeran una intervención formativa específica en diversidad sexual y de género, o que no evaluaran resultados relacionados con actitudes, conocimientos o competencias en la atención a personas LGTBIQA+. Finalmente, se descartaron los estudios publicados en idiomas distintos del español o del inglés y aquellos para los que no se disponía del texto completo.

Fuentes de información

Las bases de datos utilizadas fueron Medline Complete, APA PsycINFO y CINAHL Complete, seleccionadas por su relevancia y cobertura en los ámbitos de la salud, la psicología y las ciencias sociales. La primera búsqueda se realizó el 2 de noviembre de 2025. No se aplicaron restricciones por año de publicación ni por idioma. Adicionalmente, se llevó a cabo una búsqueda manual en las listas de referencias de los estudios incluidos con el fin de identificar posibles trabajos relevantes no detectados en la búsqueda electrónica.

Estrategia de búsqueda

Las estrategias de búsqueda se diseñaron con el objetivo de identificar de manera exhaustiva la literatura relevante en torno a la formación en diversidad sexual y de género dirigida a personal y estudiantes del ámbito sociosanitario. Para ello, se emplearon combinaciones de palabras clave y descriptores controlados (MeSH) relacionados con los cuatro componentes del formato PICO: población, intervención, comparador y resultados. Asimismo, se incluyeron términos relacionados con el diseño de los estudios con el objetivo de identificar ensayos clínicos y estudios comparativos relevantes. Los términos se adaptaron a la sintaxis específica de cada base de datos y se combinaron mediante operadores booleanos (“AND”, “OR”) para optimizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda. El detalle completo de las estrategias de búsqueda, incluyendo los términos empleados en cada base de datos, las combinaciones utilizadas y los criterios de refinamiento aplicados, se presenta en el Apéndice A.

Proceso de selección de los estudios

La selección de los estudios se llevó a cabo por dos evaluadores de forma independiente, siguiendo un procedimiento estructurado para garantizar la rigurosidad y minimizar posibles sesgos. El cribado de todos los registros identificados en la búsqueda

bibliográfica se realizó utilizando la herramienta Rayyan, lo que facilitó la gestión de las referencias y la aplicación sistemática de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

En primer lugar, ambos revisaron los títulos y resúmenes de todos los registros identificados en la búsqueda bibliográfica, aplicando de manera sistemática los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Este primer cribado permitió descartar los artículos que no cumplían los requisitos establecidos o que resultaban claramente irrelevantes para los objetivos de la revisión. En los casos en los que surgieron discrepancias respecto a la pertinencia de un estudio, se realizó una discusión conjunta hasta alcanzar un consenso.

Los estudios preseleccionados pasaron posteriormente a una segunda fase de lectura a texto completo, en la que se verificó con mayor detalle su elegibilidad. En esta etapa se revisaron aspectos como la descripción de la muestra, las características de la intervención y los resultados analizados, asegurando que únicamente los estudios que cumplían con todos los criterios fueran finalmente incluidos en la revisión.

Proceso de extracción de los datos

La extracción de datos se llevó a cabo siguiendo un procedimiento estandarizado. Un revisor realizó la recopilación de la información a partir de los informes y publicaciones incluidos, utilizando tablas de extracción de datos previamente diseñadas y estandarizadas para garantizar la homogeneidad y sistematicidad del proceso. Posteriormente, una segunda revisora comprobó de forma independiente los datos extraídos, con el objetivo de verificar su exactitud y coherencia con la información original de los estudios. Las discrepancias identificadas fueron revisadas y resueltas mediante consenso. No se emplearon herramientas de automatización en el proceso de extracción de datos.

Lista de datos

Se buscaron y extrajeron datos correspondientes a los desenlaces de interés definidos previamente, así como a otras variables relevantes para la caracterización de los estudios incluidos.

Se extrajeron variables descriptivas para la caracterización de los estudios, que incluyeron el año de publicación y el país del estudio, las características de la población (incluyendo tamaño muestral, la edad media y el porcentaje de mujeres), las características de la intervención (tales como el enfoque teórico, el número de sesiones, la duración total y el formato de impartición, online o presencial), las características del grupo comparador y las medidas empleadas, especificando los momentos temporales en los que se realizaron las evaluaciones.

Asimismo, se extrajeron datos correspondientes a los desenlaces de interés definidos previamente. En relación con estos, se recogieron las variables de resultado evaluadas en cada estudio, especificando el instrumento de medida utilizado y los momentos de evaluación. Siempre que fue posible, se extrajeron las medidas preintervención y postintervención, incluyendo la media y la desviación típica; en un único estudio, debido al formato de presentación de los datos, se registró la mediana en lugar de la media.

Para cada dominio del desenlace, se buscaron todos los resultados compatibles disponibles en los estudios incluidos, considerando las distintas escalas de medida y los diferentes puntos temporales de evaluación. No se aplicaron criterios adicionales de selección entre resultados dentro de un mismo dominio, más allá de la información reportada en las publicaciones.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se llevó a cabo mediante una adaptación del instrumento CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* en español), seleccionado por su amplia utilización y adecuación para la valoración crítica de estudios en el ámbito de las ciencias de la salud. Este instrumento permite examinar de forma sistemática la calidad metodológica de los estudios y el riesgo de sesgo a través de una serie de ítems estructurados.

En concreto, se utilizaron únicamente los seis primeros ítems del instrumento, correspondientes a la valoración de la validez interna de los estudios, con el objetivo de identificar posibles fuentes de sesgo relacionadas con el diseño, la selección de la muestra y la medición de los desenlaces. Estos ítems permitieron examinar de forma sistemática aspectos como la claridad de los objetivos del estudio, la adecuación del diseño metodológico, la descripción y selección de la muestra, la validez y fiabilidad de los instrumentos de medida utilizados, la comparabilidad entre los grupos de intervención y control, y la coherencia entre los resultados obtenidos y las conclusiones presentadas por los/as autores/as.

La evaluación del riesgo de sesgo fue realizada inicialmente por un revisor y posteriormente comprobada por una segunda revisora, con el objetivo de verificar la consistencia y corrección de las evaluaciones. Las discrepancias detectadas fueron revisadas y resueltas mediante consenso. No se emplearon herramientas de automatización en el proceso de evaluación del riesgo de sesgo.

Método de síntesis

La síntesis de los resultados se realizó siguiendo un enfoque narrativo. Todos los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron considerados elegibles para la

síntesis, sin realizar una selección adicional para subanálisis cuantitativos. Debido a la heterogeneidad existente entre las intervenciones, las poblaciones y las medidas de resultado evaluadas, no se llevó a cabo un metaanálisis.

Para la preparación de los datos, se utilizaron directamente las estadísticas descriptivas y resultados reportados en los estudios originales, sin realizar conversiones ni estimaciones adicionales. No fue necesario el manejo de datos perdidos, dado que la información relevante para la síntesis estuvo disponible en los estudios incluidos.

La síntesis narrativa se estructuró en función de las medidas de resultados evaluadas (conocimientos, competencias, actitudes y prácticas afirmativas), lo que permitió organizar y comparar los hallazgos de los distintos estudios de manera coherente y sistemática. Los resultados se presentaron mediante tablas descriptivas y una exposición narrativa de los principales hallazgos, con el objetivo de facilitar la comprensión y visualización de la información. Este enfoque se consideró el más adecuado para reflejar la diversidad de intervenciones y resultados incluidos en la revisión.

Resultados

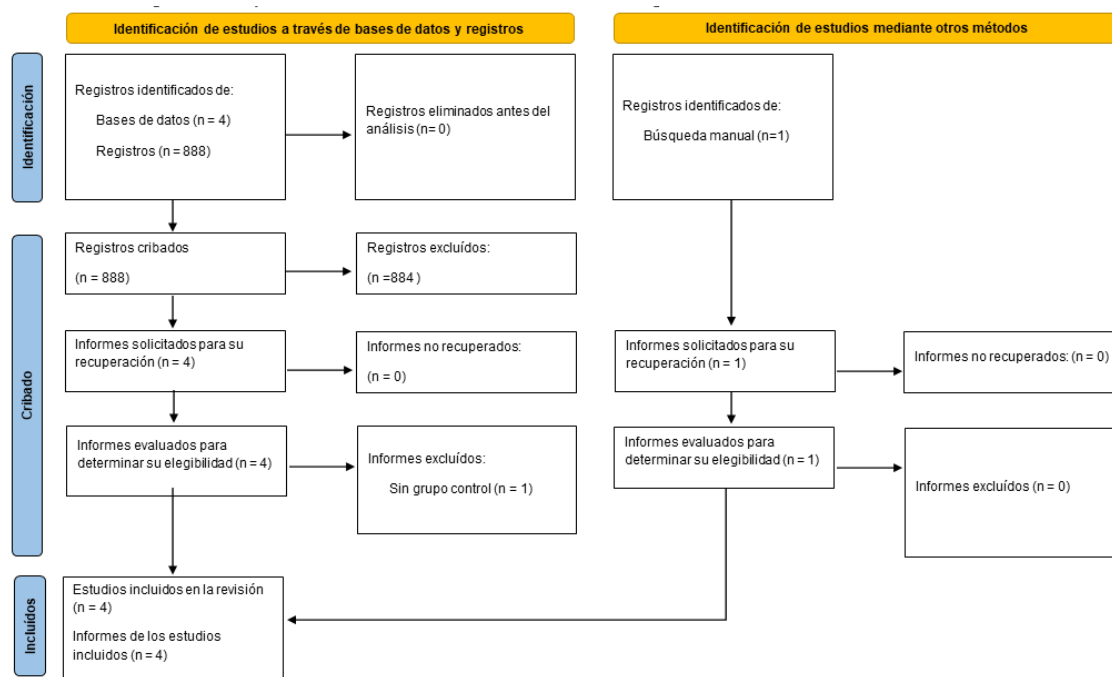
Selección de los estudios

Se encontraron 888 registros en las búsquedas realizadas en bases de datos. Los duplicados fueron eliminados automáticamente durante el proceso de exportación de los resultados mediante la plataforma EBSCO, por lo que todos los registros restantes fueron sometidos al proceso de cribado. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 4 documentos para su evaluación a texto completo, de los cuales finalmente se incluyeron 3 estudios en la revisión (Boekeloo et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2023; Schaub et al., 2025). Adicionalmente, se identificó e incluyó un estudio adicional mediante búsqueda

manual en las listas de referencias (Pachankis et al., 2022). El diagrama de flujo se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Proceso de selección de estudios



Características de los estudios incluidos

En la Tabla 1 se recogen las características principales de los estudios incluidos, que se describen a continuación.

Los estudios se llevaron a cabo en distintos contextos geográfico: uno en Estados Unidos (Boekeloo et al., 2024), uno en Rumanía (Lelutiu-Weinberger et al., 2023), otro en Reino Unido (Schaub et al., 2025), y un estudio multinacional que incluyó participantes procedentes de Estados Unidos, Uganda y Canadá (Pachankis et al., 2022).

En cuanto a la población participante, tres estudios se centraron en profesionales de la salud mental o de la psicología (Boekeloo et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2023; Pachankis et al., 2022), mientras que uno incluyó a trabajadores sociales (Schaub et al., 2025).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Respecto a los comparadores, tres estudios utilizaron la ausencia de formación como condición de control (Boekeloo et al., 2024; Pachankis et al., 2022; Schaub et al., 2025), uno de ellos mediante lista de espera (Pachankis et al., 2022). El estudio restante comparó dos modalidades formativas: online y presencial (Lelutiu-Weinberger et al., 2023).

Todas las intervenciones se desarrollaron en modalidad online y variaron en duración, frecuencia y enfoque. Se incluyeron formatos didáctico-experienciales (Boekeloo et al., 2024), expositivos con actividades interactivas (Lelutiu-Weinberger et al., 2023; Schaub et al., 2025) y un enfoque centrado en TCC afirmativa LGTBIQA+ (Pachankis et al., 2022). La carga formativa osciló entre 2 y 4 horas (Schaub et al., 2025) y programas más extensos, como un taller inicial de 7 horas seguido de sesiones de mentoría bisemanales (Boekeloo et al., 2024), dos sesiones formativas con supervisiones mensuales durante ocho meses (Lelutiu-Weinberger et al., 2023) o un programa de 11 sesiones semanales (Pachankis et al., 2022).

En relación con los momentos de evaluación, dos estudios recogieron medidas únicamente antes y después de la intervención (Boekeloo et al., 2024; Schaub et al., 2025). Un estudio añadió una medida de seguimiento a los 4 meses tras la intervención, evaluada exclusivamente en el grupo de intervención (Pachankis et al., 2022). Por su parte, otro estudio realizó mediciones en múltiples momentos: antes de la intervención y a los 5, 10 y 15 meses posteriores, si bien las comparaciones intergrupo se llevaron a cabo únicamente entre la línea base y el seguimiento a los 15 meses, complementándose con análisis longitudinales para examinar los efectos a largo plazo (Lelutiu-Weinberger et al., 2023).

En cuanto a las medidas de resultado, los estudios evaluaron una amplia variedad de dominios. En primer lugar, se incluyeron medidas de conocimientos, como los conocimientos específicos sobre la intervención con personas del colectivo LGTBIQA+ (Boekeloo et al., 2024), el conocimiento del estrés de minorías y de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

afirmativa LGTBIQA+ (Pachankis et al., 2022), así como el conocimiento LGTBIQA+ percibido (Schaub et al., 2025). Por otro lado, los estudios también midieron competencias técnicas, incluyendo la autoeficacia clínica (Boekeloo et al., 2024), la competencia en TCC afirmativa LGTBIQA+ y el uso de habilidades afirmativas (Pachankis et al., 2022), las habilidades clínicas afirmativas percibidas (Lelutiu-Weinberger et al., 2023) y el desempeño en habilidades clínicas evaluadas mediante práctica simulada (Pachankis et al., 2022). Asimismo, varios estudios evaluaron actitudes, creencias y sesgos, como actitudes relacionadas con el colectivo LGTBIQA+ (Boekeloo et al., 2024), sesgos explícitos e implícitos (Lelutiu-Weinberger et al., 2023), creencias de práctica afirmativa (Lelutiu-Weinberger et al., 2023) y actitudes heteronormativas (Schaub et al., 2025). También se registraron conductas e intenciones de práctica afirmativa (Boekeloo et al., 2024; Lelutiu-Weinberger et al., 2023). Finalmente, uno de los estudios (Boekeloo et al., 2024) evaluó el compromiso con el aprendizaje continuo como una variable motivacional relacionada con el desarrollo profesional.

Tabla 2

Características de los estudios incluidos

Datos identificativos		Características del diseño			Medidas de resultado				
Estudio (año)	País	Características de la muestra	Intervención	Comparador	Momentos de evaluación	Conocimientos	Competencias clínicas	Actitudes, creencias y sesgos	Conductas clínicas y prácticas afirmativas
Boekeloo et al. (2024)	EE. UU.	N = 48 profesionales de salud mental; edad: 21-≥51 años (rangos); mujeres: 80,0–95,7%	Taller didáctico-experiencial (7 h) + 6 sesiones bisemanales de mentoría (1 h), modalidad online	No formación	Pre y post	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de conocimientos)	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de autoeficacia)	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de actitudes)	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de prácticas afirmativas)
Lelutiu-Weinberger et al. (2023)	Rumanía	N = 113 profesionales de psicología; edad media = 35,1 años; mujeres: 83,6–91,4%	Formación expositiva con actividades interactivas + supervisiones mensuales (2 h) durante 8 meses; modalidad online	Formación presencial	Pre, 5, 10 y 15 meses.	—	<i>Sexual Orientation Provider Competency Scale</i> (subescala de habilidades)	<i>Modern Homonegativity Scale; Sexual Orientation Implicit Association Test; Gay Affirmative Practice Scale</i> (subescala de creencias)	<i>Gay Affirmative Practice Scale</i> (subescala de conductas); ítem Likert sobre intención de práctica afirmativa

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Datos identificativos		Características del diseño			Medidas de resultado				
Pachankis et al. (2022)	EE.	N = 121	Programa de	Lista de	Pre, post y	Cuestionarios	<i>Sexual</i>	<i>Multidimensiona</i>	Cuestionari
	UU., Canadá y Uganda	profesionales de salud mental en centros comunitarios LGTBIQA+; edad media = 37,7 años; mujeres: 54,5%	TCC afirmativa LGTBIQA+: 11 sesiones semanales de 1 h, modalidad online	espera	4 meses	ad hoc sobre conocimiento de estrés de minorías y de TCC afirmativa LGTBIQA+	<i>Orientation</i> <i>Counselor</i> <i>Competency</i> <i>Scale</i> (subescala de habilidades); evaluación de habilidades en práctica simulada	<i>l Cultural</i> <i>Humility Scale</i>	o ad hoc sobre familiaridad y uso de habilidades de TCC afirmativa LGTBIQA+
Schaub et al. (2025)	Reino Unido	N = 466 profesionales de trabajo social (614 aleatorizados); edad media: 39,3–41,2 años; mujeres: 85,9–86,3%	Módulo e- learning interactivo (2–4 h), completado en 2 semanas–3 meses	No formación específica	Pre y post	<i>Queer Youth</i> <i>Cultural</i> <i>Competency</i> <i>Scale</i>	—	<i>Heteronormative</i> <i>Attitudes and</i> <i>Beliefs Scale</i>	—

Nota. N corresponde a la muestra analizada, salvo que se indique el número de participantes aleatorizados. La edad y el porcentaje de mujeres se presentan según lo reportado en los estudios originales (medias o rangos por grupo cuando procede). Los dominios y su orden se definieron a priori y se corresponden con la estructura de la síntesis narrativa de la revisión; cuando un dominio no fue evaluado, se indica con “—”.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

El riesgo de sesgo de los estudios incluidos, evaluado mediante la herramienta CASPe, revela una variabilidad considerable en el rigor de los ensayos. En términos generales, todos los estudios cumplen con el criterio inicial de orientarse hacia una pregunta claramente definida en términos de población, intervención y resultados. Asimismo, en todos los casos se describió de manera adecuada el manejo de las pérdidas durante el seguimiento, sin evidenciarse problemas relevantes asociados a datos incompletos. Los resultados de la evaluación de riesgo de sesgo se recogen en la Tabla 2.

En relación con los procesos de asignación de los grupos de estudio, se observó una variabilidad en el grado de detalle con el que fueron descritos. Únicamente el estudio de Boekeloo et al. (2024) demostró una asignación aleatoria clara. En algunos estudios, la información disponible no permitió confirmar plenamente la adecuación del proceso de aleatorización o asignación a las condiciones de intervención y control (Lelutiu-Weinberger et al., 2023; Pachankis et al., 2022). Por su parte, el ensayo de Schaub puntuó negativamente en este aspecto y, además, fue el único que no logró mantener la comparabilidad de los grupos a lo largo del estudio, lo que incrementa su riesgo de sesgo de selección.

Respecto a la medición de los desenlaces y la comunicación de resultados, se observan deficiencias específicas en tres de los cuatro estudios. Tanto Boekeloo et al. (2024) como Schaub (2025) fallaron en garantizar una medición adecuada de los resultados, debido a la falta de cegamiento reportada en ambos estudios. En el caso de Lelutiu-Weinberger et al. (2024), se identificó un riesgo de comunicación selectiva, al no poderse descartar el reporte sesgado de ciertos análisis o desenlaces debido a que el artículo no incluyó el número de registro del ensayo clínico.

Tabla 2*Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos*

Ítem	Boekeloo et al. (2024)	Lelutiu-Weinberger et al. (2024)	Pachankis et al. (2022)	Schaub (2025)
1	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Sí	No sé	No sé	No
3	Sí	Sí	Sí	No
4	Sí	Sí	Sí	Sí
5	No	Sí	Sí	No
6	Sí	No	Sí	Sí

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?
4. ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?
6. ¿Se evito la comunicación selectiva de resultados?

Resultados de los estudios individuales

Los estudios incluidos evaluaron la efectividad de distintas intervenciones formativas dirigidas a profesionales sociosanitarios para mejorar la atención afirmativa a personas LGTBIQA+. Los resultados obtenidos fueron heterogéneos, aunque en conjunto apuntan a efectos positivos en determinadas áreas de competencia profesional. A continuación, se describen de manera detallada los principales resultados de los estudios individuales en función de las variables de interés evaluadas, incluyendo conocimientos, competencias clínicas, actitudes y creencias y conductas de práctica afirmativa. En la Tabla 3 se presenta una síntesis completa de los resultados de todos los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Conocimientos

En relación con la adquisición de conocimientos, los resultados muestran hallazgos heterogéneos entre los estudios analizados. En el estudio de Pachankis et al. (2022), los participantes del grupo de formación presentaron un aumento significativo tanto en el

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

conocimiento sobre estrés de minorías como en conocimiento en TCC afirmativa LGTBIQA+. Concretamente, el conocimiento en estrés de minorías aumentó de 7,02 a 8,05 en el grupo de intervención, mientras que el grupo de lista de espera permaneció prácticamente estable (7,15 a 7,04), observándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p < 0,001$). De forma similar, el conocimiento en TCC afirmativa LGTBIQA+ se incrementó en el grupo de formación de 5,36 a 6,77, frente a valores prácticamente invariables en el grupo control (5,48 a 5,46; $p < 0,001$).

Resultados concordantes se observaron en el estudio de Schaub et al. (2025), donde el grupo de formación mostró un aumento significativo en el conocimiento LGTBIQA+ percibido, pasando de 19,84 a 24,11, mientras que el grupo de práctica habitual presentó cambios mínimos (21,09 a 21,79), alcanzándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Por el contrario, Boekeloo et al. (2024) no hallaron diferencias significativas entre el grupo de formación y el grupo de no formación en la subescala de conocimientos. Aunque el grupo de intervención mostró un ligero aumento de la mediana (0,906 a 0,969), el grupo control también incrementó sus puntuaciones (0,875 a 0,906), sin que estas variaciones alcanzaran significación estadística ($p > 0,05$).

Competencias clínicas

Respecto al desarrollo de habilidades técnicas, Boekeloo et al. (2024) identificaron un aumento significativo en los niveles de autoeficacia para la intervención con población LGTBIQA+ en el grupo de formación, cuya mediana pasó de 0,766 a 0,922, frente a un incremento menor en el grupo control (0,813 a 0,828), observándose diferencias significativas entre grupos ($p < 0,05$).

De manera consistente, Pachankis et al. (2022) observaron mejoras significativas en múltiples indicadores de competencia clínica. La competencia cultural LGTBIQA+ aumentó de 3,31 a 5,05 en el grupo de formación, mientras que el grupo de lista de espera mostró un ligero descenso ($3,30 \pm 3,14$; $p < 0,001$). Asimismo, se registraron mejoras significativas en la familiaridad con habilidades afirmativas en TCC (5,36 a 6,77 frente a 5,48 a 5,46) y en el uso de dichas habilidades (16,77 a 22,93 frente a 17,53 a 18,46), así como en evaluaciones de práctica simulada (0,11 a 0,24 frente a 0,12 a 0,14), manteniéndose en todos los casos diferencias significativas ($p < 0,001$).

En contraste, el estudio de Lelutiu-Weinberger et al. (2023), que comparó una modalidad de formación online con una formación presencial, no encontró diferencias significativas en las habilidades clínicas afirmativas entre ambas modalidades. Aunque ambos grupos mostraron incrementos similares desde la línea base (2,42 a 3,53 en el grupo online y 2,59 a 3,60 en el grupo presencial), estas diferencias no alcanzaron significación estadística entre grupos ($p > 0,05$).

Actitudes, creencias y sesgos

En la dimensión de actitudes, creencias y sesgos, Boekeloo et al. (2024) observaron cambios positivos significativos en las actitudes afirmativas del grupo de formación, cuya mediana aumentó de 0,788 a 0,923, frente a un incremento más moderado en el grupo control (0,807 a 0,865), alcanzándose significación estadística ($p < 0,05$).

Por su parte, Schaub et al. (2025) encontraron una disminución significativa de las actitudes y creencias heteronormativas en el grupo de intervención, que descendieron de 40,12 a 35,71, mientras que el grupo de práctica habitual apenas mostró cambios (38,98 a 37,75; $p < 0,05$).

Sin embargo, Pachankis et al. (2022) no hallaron diferencias significativas en los niveles de humildad cultural LGTBIQA+, ya que el grupo de formación pasó de 76,48 a 77,34, frente a valores similares en el grupo de lista de espera (75,28 a 75,76; $p > 0,05$). Del mismo modo, Lelutiu-Weinberger et al. (2023) no reportaron cambios significativos en los sesgos explícitos, implícitos ni en las creencias sobre prácticas alineadas con la psicoterapia afirmativa al comparar los formatos online y presencial. En los sesgos explícitos, el grupo de formación online pasó de 2,60 a 2,39, mientras que el grupo presencial lo hizo de 2,43 a 2,22. En los sesgos implícitos, las puntuaciones descendieron de 0,41 a 0,12 en el grupo online y de 0,29 a 0,18 en el grupo presencial. Por último, las creencias sobre prácticas alineadas con la psicoterapia afirmativa aumentaron de 4,27 a 4,43 en el grupo online y de 4,27 a 4,47 en el grupo presencial, sin observarse diferencias significativas entre grupos ($p > 0,05$).

Conductas clínicas y prácticas afirmativas

En relación con las conductas clínicas y las prácticas afirmativas, Boekeloo et al. (2024) encontraron que la formación incrementó significativamente las prácticas afirmativas ejecutadas por los terapeutas, con un aumento de la mediana de 0,611 a 0,861, mientras que el grupo control permaneció estable (0,750 en ambas mediciones), observándose diferencias significativas ($p < 0,05$). Por el contrario, Lelutiu-Weinberger et al. (2023) no detectaron diferencias significativas en las conductas de práctica afirmativa entre los grupos online y presencial. Ambos mostraron incrementos comparables (2,62 a 3,72 y 2,81 a 3,86, respectivamente), sin diferencias estadísticamente significativas entre modalidades ($p > 0,05$).

Tabla 3

Síntesis de resultados

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Conocimientos						
Boekeloo et al. (2024), Estados Unidos	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de Conocimientos)	Mediana: 0,906	Mediana: 0,875	Mediana: 0,969	Mediana: 0,906	No se observaron diferencias significativas entre grupos en los niveles de conocimiento ($p > 0,05$).
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	Cuestionario sobre conocimiento en estrés de minorías elaborado por los autores	7,02 ± 0,19	7,15 ± 0,19	8,05 ± 0,21	7,04 ± 0,26	El grupo de formación mostró un aumento significativamente mayor en el conocimiento sobre estrés de minorías en comparación con la lista de espera ($p < 0,001$).
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	Cuestionario sobre conocimiento en TCC afirmativa LGTBQA+ elaborado por los autores	5,36 ± 0,24	5,48 ± 0,21	6,77 ± 0,30	5,46 ± 0,26	El grupo de formación presentó un aumento significativamente mayor en el conocimiento sobre TCC afirmativa LGTBQA+ frente a la lista de espera ($p < 0,001$).
Schaub et al. (2025), Reino Unido	<i>Queer Youth Cultural Competency Scale</i>	19,84 ± 3,62	21,09 ± 3,55	24,11 ± 2,41	21,79 ± 3,47	El grupo de formación mostró un incremento significativamente mayor en el conocimiento LGTBQA+ percibido en comparación con la práctica habitual ($p < 0,001$).
Competencias clínicas						
Boekeloo et al. (2024), Estados Unidos	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de Autoeficacia)	Mediana: 0,766	Mediana: 0,813	Mediana: 0,922	Mediana: 0,828	El grupo de formación mostró un aumento significativamente mayor en la autoeficacia clínica que el grupo sin formación ($p < 0,05$).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	<i>Sexual Orientation Provider Competency Scale</i> (Subescala de Habilidades)	2,42 ± 0,11	2,59 ± 0,11	3,53 ± 0,12	3,60 ± 0,14	No se observaron diferencias significativas entre la modalidad online y presencial en las habilidades clínicas afirmativas ($p > 0,05$).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	<i>Sexual Orientation Counselor Competency Scale</i> (Subescala de Habilidades)	3,31 ± 0,17	3,30 ± 0,19	5,05 ± 0,15	3,14 ± 0,18	El grupo de formación presentó un incremento significativamente mayor en la competencia cultural LGTBQA+ en comparación con la lista de espera ($p < 0,001$).
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	Cuestionario de familiaridad con habilidades afirmativas en TCC (ad hoc)	18,30 ± 0,76	19,00 ± 0,66	24,34 ± 0,66	19,70 ± 0,76	El grupo de formación mostró un aumento significativamente mayor en la familiaridad con habilidades afirmativas en TCC en comparación con la lista de espera ($p < 0,001$).
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	Práctica simulada (evaluación objetiva)	0,11 ± 0,02	0,12 ± 0,02	0,24 ± 0,03	0,14 ± 0,02	El grupo de formación mostró una mejora significativamente mayor en el desempeño de habilidades en práctica simulada frente a la lista de espera ($p < 0,001$).
Actitudes, creencias y sesgos						
Boekeloo et al. (2024), Estados Unidos	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de Actitudes)	Mediana: 0,788	Mediana: 0,807	Mediana: 0,923	Mediana: 0,865	El grupo de formación mostró un aumento significativamente mayor en actitudes afirmativas hacia la atención a personas LGTBQA+ ($p < 0,05$).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	<i>Modern Homonegativity Scale</i>	2,60 ± 0,08	2,43 ± 0,08	2,39 ± 0,12	2,22 ± 0,10	No se observaron diferencias significativas entre la modalidad online y presencial en sesgos explícitos ($p > 0,05$).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	<i>Sexual Orientation Implicit Association Test</i>	0,41 ± 0,06	0,29 ± 0,06	0,12 ± 0,07	0,18 ± 0,07	No se observaron diferencias significativas entre modalidades en sesgos implícitos ($p > 0,05$).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	<i>Gay Affirmative Practice Scale</i> (Subescala de Creencias)	4,27 ± 0,07	4,27 ± 0,07	4,43 ± 0,08	4,47 ± 0,08	No se observaron diferencias significativas entre la formación online y presencial ($p > 0,05$).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Pachankis et al. (2022), Estados Unidos, Canadá y Uganda	<i>Multidimensional Cultural Humility Scale</i>	76,48 ± 0,90	75,28 ± 0,83	77,34 ± 0,88	75,76 ± 1,03	No se observaron diferencias significativas entre grupos en humildad cultural LGBTQIA+ (p > 0,05).
Schaub et al. (2025), Reino Unido	<i>Heteronormative Attitudes and Beliefs Scale</i>	40,12 ± 10,81	38,98 ± 10,48	35,71 ± 8,39	37,75 ± 10,52	El grupo de formación mostró una reducción significativamente mayor en actitudes y creencias heteronormativas que el grupo control (p < 0,05).
Conductas e intenciones de práctica afirmativa						
Boekeloo et al. (2024), Estados Unidos	<i>Therapist LGBTQ+ Competence Self-Assessment Survey</i> (subescala de Prácticas Afirmativas)	Mediana: 0,611	Mediana: 0,750	Mediana: 0,861	Mediana: 0,750	El grupo de formación mostró un aumento significativamente mayor en las prácticas afirmativas en comparación con el grupo sin formación (p < 0,05).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	<i>Gay Affirmative Practice Scale</i> (Subescala de Conductas)	2,62 ± 0,23	2,81 ± 0,23	3,72 ± 0,32	3,86 ± 0,31	No se observaron diferencias significativas entre la formación online y presencial (p > 0,05).
Lelutiu-Weinberger et al. (2023), Rumanía	Pregunta en formato de escala Likert	3,73 ± 0,10	4,00 ± 0,11	3,78 ± 0,11	3,87 ± 0,15	No se observaron diferencias significativas entre modalidades en la intención de práctica afirmativa (p > 0,05).
<i>Nota.</i> Los valores se presentan como media ± desviación típica o mediana, según lo informado en los estudios. Los resultados reflejan comparaciones entre grupos (intervención vs. control o modalidad online vs. presencial). Para algunos desenlaces, los estudios no reportaron valores numéricos comparables (media ± DT), por lo que los resultados se describen únicamente de forma narrativa.						

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Resultados de la síntesis

La síntesis de la evidencia analizada sugiere que los programas de formación en diversidad sexual y de género dirigidos a personal sociosanitario presentan una efectividad general positiva, aunque con variaciones significativas según el dominio evaluado y el riesgo de sesgo de los estudios. A pesar de la variabilidad observada, la formación tiende a mejorar las capacidades de los profesionales para atender al colectivo LGTBIQA+.

En conocimiento, los resultados indican que los programas formativos son eficaces para incrementar la base teórica de los profesionales, logrando aumentos significativos tanto en el conocimiento sobre estrés de minorías como en el conocimiento específico sobre población LGTBIQA+. No obstante, este efecto no fue unánime; mientras que estudios como los de Pachankis et al. (2022) y Schaub et al. (2025) reportaron mejoras estadísticamente significativas ($p < 0,001$), Boekeloo et al. (2024) no halló diferencias significativas entre el grupo de formación y el de control en esta variable, observando incrementos similares en ambos grupos.

El dominio de competencias y habilidades clínicas es el que presenta los resultados más consistentes a favor de la intervención. Se observa un fortalecimiento de la autoeficacia clínica, la competencia cultural y la familiaridad con habilidades técnicas. Destaca que las mejoras no solo se registran en autoinformes, sino también en el desempeño técnico evaluado mediante prácticas simuladas. Asimismo, los resultados de Lelutiu-Weinberger et al. (2023) sugieren que las competencias se adquieren de forma equivalente tanto en formatos online como presenciales.

En cuanto a los aspectos actitudinales, la síntesis revela que la formación logra mejorar las actitudes afirmativas y reducir las creencias heteronormativas, como demuestran Boekeloo et al. (2024) y Schaub et al. (2025). Sin embargo, en lo que respecta a la humildad

cultural, el estudio de Pachankis et al. (2022) no observó mejoras significativas en el grupo formado. Por último, en cuanto a los sesgos explícitos e implícitos, la evidencia disponible sugiere que el formato de impartición no influye en su modificación; el estudio de Lelutiu-Weinberger et al. (2023) no reportó cambios estadísticamente significativos en estos sesgos al comparar el grupo online con el presencial.

Por último, la evidencia disponible sugiere que la formación se traduce en un cambio en el comportamiento clínico observable. Los terapeutas formados incrementan de manera significativa la ejecución de prácticas afirmativas en sus consultas en comparación con grupos no formados. Asimismo, al comparar modalidades formativas (online frente a presencial), no se han detectado diferencias significativas, lo que indica que ambos formatos son igualmente capaces de promover el cambio conductual.

Discusión

Los resultados de la presente revisión sistemática sugieren que los programas de formación en diversidad sexual y de género dirigidos a profesionales sociosanitarios resultan generalmente efectivos para incrementar los conocimientos, fortalecer las competencias clínicas y promover la implementación de prácticas afirmativas. En cuanto a la dimensión actitudinal, se observa que la formación es eficaz para reducir creencias heteronormativas y mejorar la predisposición hacia el colectivo. Asimismo, los hallazgos indican que la efectividad de las intervenciones no parece estar condicionada por el formato de impartición, observándose resultados comparables tanto en modalidades presenciales como virtuales.

El incremento significativo en el conocimiento, especialmente sobre el modelo de estrés de minorías, tras las intervenciones formativas (Pachankis et al., 2022) resulta fundamental para elevar la calidad asistencial en el ámbito sociosanitario. Bajo el marco teórico propuesto originalmente por Brooks (1981) y desarrollado por Meyer (2003), esta

mejoría permite al profesional discernir que el malestar psicológico y las disparidades en salud del colectivo no son rasgos intrínsecos de su identidad, sino una respuesta al estigma social crónico. La formación capacita a los clínicos para diferenciar entre factores de estrés distales (procesos externos de discriminación y violencia) y proximales (procesos internos como la ocultación de la identidad o la vigilancia ante el rechazo), facilitando el abandono de modelos de atención patologizantes

Al fortalecer esta base de conocimientos, se observa un aumento paralelo en la autoeficacia clínica y en la implementación de prácticas afirmativas (Boekeloo et al., 2024; Pachankis et al., 2022), lo cual previene directamente conductas inadecuadas señaladas por la Organización Mundial de la Salud (2015), tales como el uso incorrecto de nombres y pronombres o la invisibilización de las necesidades específicas del paciente. Asimismo, la reducción de creencias heteronormativas lograda mediante la formación (Schaub et al., 2025) se traduce en una mayor calidad del servicio, al neutralizar la percepción de estigma que históricamente ha generado desconfianza y retrasos en la búsqueda de atención médica.

La equivalencia en efectividad entre la formación virtual y la presencial (Leluti-Weinberger et al., 2023) representa un avance estratégico para mitigar las barreras de acceso en zonas geográficamente aisladas (Ramsey et al., 2022). Al facilitar capacitación especializada en regiones con escasos recursos, se reduce el miedo de los pacientes del personal que ha recibido la formación a revelar su identidad y se neutraliza el estigma percibido dentro del sistema sociosanitario. De este modo, la modalidad online no solo fortalece la competencia técnica del profesional en áreas remotas, sino que aumenta la seguridad del usuario, fomentando una búsqueda de atención más temprana y de mayor calidad.

La evidencia analizada presenta limitaciones metodológicas importantes que condicionan la solidez de sus conclusiones. En primer lugar, se observa una falta de rigor en los procesos de aleatorización y una ausencia generalizada de cegamiento en la medición de resultados, lo que eleva el riesgo de sesgo en los hallazgos. Asimismo, las muestras suelen estar compuestas por participantes voluntarios que ya poseen una alta sensibilización previa; esto genera un "efecto techo", donde los conocimientos iniciales son tan elevados que el margen de mejora detectable tras la formación es muy reducido.

Por otro lado, la mayoría de las investigaciones dependen de medidas de autoinforme y escalas que, en ocasiones, no han sido validadas formalmente, lo que puede inducir sesgos de discapacidad social en las respuestas.

Es relevante destacar que la evidencia se centra casi exclusivamente en cambios a nivel del profesional, careciendo de datos que demuestren si esta capacitación se traduce realmente en una mejora de la salud o la satisfacción de los pacientes. Finalmente, la falta de seguimientos a largo plazo impide confirmar si las competencias adquiridas se mantienen de forma permanente en la práctica clínica cotidiana.

Debido a que la formación en diversidad sexual y de género es un ámbito de estudio emergente y en constante evolución, esta revisión solo ha podido incluir cuatro ensayos clínicos aleatorizados que cumplieran con los criterios de selección.

Esta limitación numérica tiene implicaciones directas en la solidez de las conclusiones, ya que restringe la capacidad de generalizar los resultados a todo el sistema sociosanitario. Al basarse en una muestra tan pequeña de estudios, la evidencia actual queda mayoritariamente circunscrita a los campos de la salud mental y el trabajo social, dejando fuera la realidad de otras disciplinas críticas como la medicina general o la enfermería. Asimismo, el bajo número de trabajos publicados aumenta el riesgo de que exista un sesgo de

publicación, lo que subraya la necesidad urgente de realizar más investigaciones originales que permitan consolidar una base científica más amplia y diversa.

Por otro lado, los programas evaluados tienden a priorizar la formación en orientación sexual, prestando una atención significativamente menor a las realidades específicas de las personas trans e intersex o a la perspectiva de la interseccionalidad. Estas lagunas limitan la aplicabilidad de la revisión para ofrecer una respuesta integral a toda la diversidad de género en los distintos niveles de la atención sociosanitaria.

Los resultados de esta revisión confirman la urgencia de institucionalizar la formación LGTBIQA+ en el sector salud. Actualmente, la falta de contenidos específicos en los planes de estudio y en la formación continua genera una inseguridad profesional que reduce la calidad asistencial (Bonvicini, 2017; Jewell & Petty, 2024). Dado que las intervenciones analizadas han demostrado ser eficaces, es fundamental que las políticas públicas integren estos programas de forma obligatoria y estructurada.

Respecto a la investigación futura, el enfoque debe ir más allá de la eficacia general. Es necesario identificar qué metodologías pedagógicas son más efectivas para trasladar el aprendizaje a la práctica clínica. Aunque las modalidades online y presenciales ofrecen resultados similares, no está claro si el aprendizaje experiencial supera al didáctico en la mejora de la atención real. Por ello, los próximos estudios deben priorizar la comparación de formatos y medir el impacto directo en la salud y el bienestar de los pacientes LGTBIQA+.

Referencias bibliográficas

- Bonvicini, K. A. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2357–2361. <https://10.1016/j.pec.2017.06.003>
- Brooks, V. R. (1981). The theory of minority stress. In V. R. Brooks (Ed.), *Minority stress and lesbian women* (pp. 71–90). Lexington Books, Lexington (MA).

- Brown, J., Pfeiffer, R. M., Shrewsbury, D., OCallaghan, S., Berner, A. M., Gadalla, S. M., Shiels, M. S., & Jackson, S. S. (2023). Prevalence of cancer risk factors among transgender and gender diverse individuals: a cross-sectional analysis using UK primary care data. *British Journal of General Practice*, 73(732), e486–e492. <https://10.3399/BJGP.2023.0023>
- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 60(3), e169–e183. <https://10.1093/geront/gnz012>
- Cochran, S. D., Björkenstam, C., & Mays, V. M. (2016). Sexual Orientation and All-Cause Mortality Among US Adults Aged 18 to 59 Years, 2001–2011. *American Journal of Public Health (1971)*, 106(5), 918–920. <https://10.2105/AJPH.2016.303052>
- Damery, S., Sekoni, A. O., Retzer, A., Okafor, I., Manga-Atangana, B., Posaner, R., Gale, N. K., & Jolly, K. (2025). Impact of education and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a systematic review of comparative studies. *BMJ Open*, 15(1), e090005. <https://10.1136/bmjopen-2024-090005>
- Davis, J. A. (2013). HIV and the LGBT Community: A Medical Update. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(1), 64–79. <https://10.1080/19359705.2013.737738>
- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M., Bowen, D. J., Bradford, J., Rothblum, E., & White, J. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102–151.

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1802–1809.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A Conceptual Framework for Clinical Work With Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology, Research and Practice, 43*(5), 460–467.
<https://10.1037/a0029597>
- Jackson, S. S., Han, X., Mao, Z., Nogueira, L., Suneja, G., Jemal, A., & Shiels, M. S. (2021). Cancer Stage, Treatment, and Survival Among Transgender Patients in the United States. *JNCI : Journal of the National Cancer Institute, 113*(9), 1221–1227.
<https://10.1093/jnci/djab028>
- Jennings, L., Barcelos, C., McWilliams, C., & Malecki, K. (2019). Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Preventive Medicine Reports, 14*, 100864.
<https://10.1016/j.pmedr.2019.100864>
- Jewell, T. I., & Petty, E. M. (2024). LGBTQ health education for medical students in the United States: a narrative literature review. *Medical Education Online, 29*(1), 2312716.z
- Kates, J., Ranji, U., Beamesderfer, A., Salganicoff, A., & Dawson, L. (2018). Health and access to care and coverage for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) individuals in the US. *Kaiser Family Foundation*,

- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 204-214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- Medina-Martínez, J., Saus-Ortega, C., Sánchez-Lorente, M. M., Sosa-Palanca, E. M., García-Martínez, P., & Mármol-López, M. I. (2021). Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11801.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://10.2307/2137286>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Frequently asked questions on health and sexual diversity: an introduction to key concepts*. World Health Organization.
- Para, A. J., Gee, S. E., & Davis, J. A. (2016). Sexually transmitted infections in LGBT populations. *Lesbian, gay, bisexual, and transgender healthcare: A clinical guide to preventive, primary, and specialist care* (pp. 233–262). Springer.
- Ream, G. L. (2019). What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings From the National Violent Death Reporting

System. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 602–607.

<https://10.1016/j.jadohealth.2018.10.303>

Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal Of The International AIDS Society*, 20(1), 21624. <https://doi.org/10.7448/ias.20.1.21624>

Sell, R. (2019). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health and Epidemiology. *The GLMA Handbook on LGBT Health: Societal Issues and Health Promotion* (pp. 61–82)

Sulistina, D. R., Martini, S., Prasetyo, B., Rahman, F. S., Adji, A. S., Li, C., & Lusida, M. I. (2024). A systematic review and meta-analysis of HIV transmission risk behaviors, genetic variations, and antiretroviral (ARV) resistance in LGBT populations. *Journal of Public Health Research*, 13(2), 22799036241239464. <https://10.1177/22799036241239464>

Wallace, B., & Santacruz, E. (2017). Addictions and Substance Abuse in the LGBT Community: New Approaches. *LGBT Psychology and Mental Health* (pp. 153–176). Praeger. <https://10.5040/9798400678530.ch-008>

Wheldon, C. W., Kaufman, A. R., Kasza, K. A., & Moser, R. P. (2018). Tobacco Use Among Adults by Sexual Orientation: Findings from the Population Assessment of Tobacco and Health Study. *LGBT Health*, 5(1), 33–44. <https://10.1089/lgbt.2017.0175>

Wheldon, C. W., Watson, R. J., Fish, J. N., & Gamarel, K. (2019). Cigarette Smoking Among Youth at the Intersection of Sexual Orientation and Gender Identity. *LGBT Health*, 6(5), 235–241. <https://10.1089/lgbt.2019.0005>

Williams, E. C., Bradley, K. A., Balderson, B. H., McClure, J. B., Grothaus, L., McCoy, K., Rittmueller, S. E., & Catz, S. L. (2014). Alcohol and Associated Characteristics Among Older Persons Living With Human Immunodeficiency Virus on Antiretroviral Therapy. *Substance Abuse*, 35(3), 245–253. <https://10.1080/08897077.2014.890997>

Apéndices

Apéndice A. Estrategia de búsqueda

(((TI (healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR doctor* OR nurs* OR psychologist* OR social worker* OR therapist*) OR AB (healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR doctor* OR nurs* OR psychologist* OR social worker* OR therapist*)) OR (MH "Nurses" OR (MH "Physicians" OR MH "Physicians, Family" OR MH "Students, Nursing, Doctoral") OR MH "Psychologists" OR MH "Social Workers") OR (MH "Health Personnel" OR (MH "Physicians" OR MH "Physicians, Family") OR MH "Nurses" OR MH "Psychologists" OR MH "Social Workers"))) AND ((TI (education OR training OR program* OR curriculum OR workshop*) OR AB (education OR training OR program* OR curriculum OR workshop*)) OR (MH "Clinical Competence" OR MH "Diversity Training" OR (MH "Education, Nursing" OR MH "Education, Medical" OR MH "Education, Professional")))) AND ((TI (LGBT OR LGBTQ OR LGBTQ+ OR LGBTQIA OR LGBTQIA+ OR LGBTI OR LGBTIQ OR LGBTIQ+ OR "sexual minorit*" OR "gender minorit*" OR "sexual and gender minorit*" OR SGM OR "SGM population*" OR "sexual diversity" OR "gender diversity" OR "sexual and gender diverse" OR "sexual diverse" OR "gender diverse" OR "non-heterosexual" OR "non heterosexual" OR "sexual orientation" OR "gender identity" OR lesbian* OR gay OR gays OR homosexual OR homosexual* OR bisexual OR bisexual* OR biphobia OR pansexual OR pansexual* OR transgender OR transgender* OR transsexual OR transsexual* OR trans OR trans* OR "trans men" OR "trans women" OR "gender nonconforming" OR "gender non-conforming" OR "gender-nonconforming" OR "gender expansive" OR "gender fluid" OR genderfluid OR "non-binary" OR nonbinary OR "genderqueer" OR "two-spirit" OR "two spirit" OR intersex OR intersex*) OR AB (LGBT OR LGBTQ OR LGBTQ+ OR

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

LGBTQIA OR LGBTQIA+ OR LGBTI OR LGBTIQ OR LGBTIQ+ OR "sexual minorit*"
 OR "gender minorit*" OR "sexual and gender minorit*" OR SGM OR "SGM population*"
 OR "sexual diversity" OR "gender diversity" OR "sexual and gender diverse" OR "sexual
 diverse" OR "gender diverse" OR "non-heterosexual" OR "non heterosexual" OR "sexual
 orientation" OR "gender identity" OR lesbian* OR gay OR gays OR homosexual OR
 homosexual* OR bisexual OR bisexual* OR biphobia OR pansexual OR pansexual* OR
 transgender OR transgender* OR transsexual OR transsexual* OR trans OR trans* OR "trans
 men" OR "trans women" OR "gender nonconforming" OR "gender non-conforming" OR
 "gender-nonconforming" OR "gender expansive" OR "gender fluid" OR genderfluid OR
 "non-binary" OR nonbinary OR "genderqueer" OR "two-spirit" OR "two spirit" OR intersex
 OR intersex*) OR ((MH "LGBTQ+ Persons" OR MH "Lesbians" OR MH "Gay Persons")
 OR MH "Bisexual Persons" OR (MH "Transgender Persons" OR MH "Trans Women" OR
 MH "Trans Men") OR (MH "Sexual and Gender Minorities") OR MH "Homosexuality,
 Female" AND MH "Homosexuality, Male" AND (MH "Transgender Persons" OR MH
 "Health Services for Transgender Persons")))) AND ((TI (attitude* OR perception* OR
 awareness* OR knowledge OR competence) OR AB (attitude* OR perception* OR
 awareness* OR knowledge OR competence)) OR ((MH "Attitude of Health Personnel" OR
 MH "Attitude to Sexuality" OR MH "Psychotherapist Attitudes" OR MH "Physician
 Attitudes" OR MH "Nurse Attitudes" OR MH "Social Worker Attitudes") OR MH
 "Homophobia" OR MH "Transphobia")) AND (TI (randomized controlled trials or rtc or
 randomised control trials or clinical controlled trial or clinical trial) OR AB (randomized
 controlled trials or rtc or randomised control trials or clinical controlled trial or clinical trial)
 OR MH "Randomized Controlled Trials" AND MH "Randomized Controlled Trials as
 Topic")

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com