



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

**EL PAPEL DE LA DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA EN LAS INEQUIDADES EN
SALUD MENTAL QUE ENFRENTAN HOMBRES Y MUJERES HOMO- Y
BISEXUALES DE MÉXICO**

**TESIS QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

PRESENTA

M. EN C. JUAN CARLOS MENDOZA PÉREZ

DIRECCIÓN DE TESIS

DR. LUIS ORTIZ HERNÁNDEZ

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2017

En memoria de mi abuelita Lupe.

Momentos antes de su muerte, le prometí ser alguien de provecho, sigo en construcción y deconstrucción para llegar a serlo.

Agradecimientos

A mi familia.

A mi director de tesis, el Dr. Luis Ortiz Hernández.

A las personas que fueron participantes de esta investigación.

A mis amigos y amigas, especialmente a Luis Adrián Quiroz y Verónica Cruz.

Un relato de mis redes sociales

Con relación a la pregunta que hice por la mañana "¿qué tan frecuente piensan el hecho que son gays, lesbianas, bisexuales, trans o bi?" el mejor post para contrastar es el siguiente que escribió una amiga mujer heterosexual cis: *"La verdad es una pregunta que ni siquiera pasa por mi cabeza, yo pienso en tener lo suficiente para cubrir las necesidades básicas mías y de mis hijos... Llego a mi casa cansada y a dormir..."*

Y yo Juan Carlos, ¿qué tan frecuente pienso el hecho de ser gay?

YO SÍ PIENSO MUY FRECUENTE el hecho de ser gay...

-Cuando aún las experiencias de discriminación de mi niñez y adolescencia siguen teniendo efecto sobre mi vida actual.

-Cuando llego con alguien al depa y me ve un vecino.

-Cuando estoy dando clase y pienso que "se me nota".

-Cuando alguna vez me han preguntado mis alumnos si tengo novia y muy en el fondo sé por qué lo preguntan.

-Cuando quiero besar a alguien en público, me cuestiono en un primer momento si esa persona me permitirá hacerlo y en segundo, cómo reaccionará la gente a mi alrededor.

-Cuando ingreso a un grupo nuevo y tengo que declararme como gay antes de que asuman la heterosexualidad general del grupo.

-Cuando escucho, veo o leo algo en los medios de comunicación que exponen situaciones crueles o degradantes hacia personas LGBT.

-Cuando leo que asesinaron o golpearon a alguien por causa de su orientación sexual o identidad de género.

-Cuando hago investigación sobre discriminación con el fin de aportar algo contra este mundo desigual.

-Cuando aún a pesar de mi nivel socioeconómico, académico y de tener una auto-aceptación de mi orientación sexual, todo lo anterior me sigue moviendo.

La lista podría continuar...

Me intriga grandemente la respuesta de algunas personas cuando dicen que el hecho de ser gay no les significa algo. No, no somos ajenos a nuestro entorno. El hecho de no ser discriminados directamente, no implica que el contexto no nos afecte. La discriminación es persistente, menos evidente, pero está allí. Espero algún día poder responder: *"La verdad es una pregunta que ni siquiera pasa por mi cabeza, yo pienso en tener lo suficiente para cubrir las necesidades básicas mías y de mis hijos... Llego a mi casa cansado y a dormir..."*

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
<hr/>	
CAPÍTULO 1. EL CAMBIANTE CONTEXTO RESPECTO A LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN LGBTQ10	
CAMBIOS INSTITUCIONALES Y LEGALES EN MÉXICO	10
LEGISLACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL EN MATERIA DE NO DISCRIMINACIÓN POR ORIENTACIÓN/PREFERENCIA SEXUAL	11
TABLA 1.1. AVANCE LEGISLATIVO EN MATERIA DE NO DISCRIMINACIÓN Y ORIENTACIÓN SEXUAL. SITUACIÓN DE MÉXICO Y OTROS PAÍSES DEL MUNDO (CONTINUACIÓN EN LA SIGUIENTE PÁGINA)	11
TABLA 1.2. NORMATIVIDAD SOBRE DERECHOS HUMANOS, ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO.	13
¿HAY MAYOR ACEPTACIÓN DE LA HOMOSEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD?	14
TABLA 1.3 FRECUENCIA DE OPINIONES NEGATIVAS HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN ENCUESTAS NACIONALES REALIZADAS EN MÉXICO (1990-2010)	15
<hr/>	
CAPÍTULO 2. ABORDAJE TEÓRICO PARA ENTENDER LAS DESIGUALDADES EN SALUD ASOCIADAS A LA ORIENTACIÓN SEXUAL	16
<hr/>	
EL ESTUDIO DE LA DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD POR ORIENTACIÓN SEXUAL	16
VIOLENCIA	19
TIPOS DE VIOLENCIA	20
FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA	20
MICROAGRESIONES	22
HOMOFOBIA	24
TIPOS DE HOMOFOBIA	28
DISCRIMINACIÓN	30
TIPOS DE DISCRIMINACIÓN	31
SALUD MENTAL Y DISCRIMINACIÓN	32
DE LO SOCIAL Y LO BIOLÓGICO	32
TEORÍA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL	33
ESTRÉS DE LAS MINORÍAS	34
FIGURA 2. PROCESO DEL ESTRÉS DE LAS MINORÍAS EN POBLACIONES DE LESBIANAS, GAYS Y BISEXUALES	36
TEORÍA DE LA ALOSTASIS	36
<hr/>	
CAPÍTULO 3. RETOS EN EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD ASOCIADAS A LA ORIENTACIÓN SEXUAL	38
<hr/>	
HIPÓTESIS	41
DEL ABORDAJE METODOLÓGICO PARA ESTUDIAR LA DISCRIMINACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL	41

<u>CAPÍTULO 4. INEQUIDADES EN SALUD MENTAL ASOCIADAS A LA ORIENTACIÓN SEXUAL</u>	43
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
ABORDAJE METODOLÓGICO	43
ORIENTACIÓN SEXUAL	44
VARIABLES MEDIADORAS	45
EVENTOS DE SALUD MENTAL	47
OTRAS COVARIABLES	48
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	49
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	53
<u>CAPÍTULO 5. IMPACTO DE LAS VIOLENCIAS EVIDENTES Y SUTILES EN LA SALUD MENTAL DE HOMBRES GAY, HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DE MÉXICO</u>	65
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
ABORDAJE METODOLÓGICO	65
DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA	66
SALUD MENTAL	67
COVARIABLES	68
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	68
RESULTADOS	69
DISCUSIÓN	70
<u>CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES</u>	80
RECOMENDACIONES	82
<u>LITERATURA CITADA</u>	85

Introducción

La discriminación tiene efectos negativos en la salud de las personas. Esta es una premisa que ha sido estudiada desde hace ya unas décadas cuando la perspectiva de la determinación social planteó que las enfermedades no sólo podían abordarse desde el ámbito biologicista, sino que existía una cuestión estructural que, incluso, subsumía a lo biológico.

Un ejemplo de discriminación como determinación social de la salud es la homofobia en todas sus variantes (lesbofobia, bifobia, etc), originada por un sistema estructural de poder que regula y castiga a quien no cumple la norma heterosexual, androcéntrica y con roles rígidos de género. A través de actos violentos directos e indirectos se regula la forma de ejercer la sexualidad de las personas. Ciertamente, la homofobia como parte de la determinación social en salud de las personas no heterosexuales no es un elemento nuevo; sin embargo, el estudio de sus manifestaciones, transformaciones, permanencias y sus afectaciones resulta necesario en el contexto mexicano actual.

El inicio de este siglo marcó el comienzo del reconocimiento por parte de las instituciones gubernamentales de proteger los derechos de la población lésbico gay y transgénero. El decreto de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la discriminación en el año 2003 y la inclusión del derecho a la no discriminación por preferencia sexual en 2011, son parteaguas en este avance de reconocimiento institucional de los derechos de las personas no heterosexuales (1). Sin embargo, a la par de estos avances, las opiniones de la población mexicana hacia la homosexualidad son contradictorias; por ejemplo, más de la mitad de la población está a favor del matrimonio igualitario, pero no de la adopción por parte de estas parejas. Estos temas serán descritos en el capítulo 1 de esta tesis.

El contexto cambiante previamente descrito implica retos para el estudio de los efectos de la homofobia en la salud. En primer término, las teorías y conceptos que han sido utilizados para reconocer y analizar las formas evidentes de homofobia no evidencian empíricamente la permanencia de la misma. Es bien reconocido que los cambios sociales, culturales e institucionales son de largo plazo y no siempre se

traducen de manera inmediata en mejores condiciones de vida. Además, se precisa identificar y analizar cómo la homofobia se reconfigura y sus manifestaciones, aunque menos obvias, son igual de nocivas. Ante este panorama el objetivo general de esta tesis es documentar la persistencia de las inequidades en salud asociadas a la orientación sexual y que tienen su origen en las vivencias de discriminación y violencia experimentadas por las personas que transgreden las normas de género.

El abordaje teórico en el que estuvo basado este trabajo se presenta en el capítulo 2, en el cual se retomaron conceptos que hasta ahora han dirigido las investigaciones en el campo, al tiempo que se incluyen otros de reciente cuña.

Para cumplir con el objetivo general, fueron llevados a cabo dos estudios encaminados a entender cómo la homofobia en México sigue teniendo efectos negativos en la población lésbico, gay y bisexual (LGB). El primer estudio (presentado en el capítulo 4) estuvo encaminado a mostrar que las inequidades en salud mental asociadas a la orientación sexual persisten incluso en las poblaciones de jóvenes quienes teóricamente han crecido en un ambiente de mayor tolerancia. Este estudio se basó en el análisis de una encuesta representativa de estudiantes de bachillerato de México realizada en tres años (2007, 2009 y 2013). Otro aspecto que se exploró fue el papel de moderador del sexo en la relación de la orientación sexual con la salud mental. Se observó que en comparación con los adolescentes que tuvieron algún tipo de relación heterosexual, los adolescentes que tuvieron noviazgo o relaciones sexuales con personas de su mismo sexo presentaron mayor posibilidad de experimentar eventos de salud mental adversos. Estas diferencias fueron más amplias en los hombres que en las mujeres. Un tercer tópico abordado en el estudio fue analizar si las experiencias de violencia en la familia y la escuela y las opiniones hacia la homosexualidad pueden actuar como variables mediadoras en la relación de la orientación sexual con la salud mental. Aunque con frecuencia se asume que el hecho de que la población LGB tiene mayor morbilidad mental se debe a las experiencias de violencia y discriminación, existe poca evidencia empírica que lo respalde. Los resultados de esta tesis muestran que las experiencias de violencia y las opiniones hacia la homosexualidad fueron

mediadoras en la relación entre orientación sexual y la mayoría de las problemáticas de salud mental en los hombres; mientras que en las mujeres solamente explicaron las diferencias en el ánimo negativo.

Una vez que se encontró que los hombres que tenían relaciones de noviazgo o relaciones sexuales con personas de su mismo sexo eran los que presentaban mayor afectación por las vivencias de discriminación y violencia, se decidió profundizar en la problemática. Más aún, a diferencia del estudio previo, en esta investigación se obtuvo información de la situación actual de las poblaciones LGB. El segundo estudio (en el capítulo 5) fue uno de los productos derivados del proyecto denominado “Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México 2015”, en el cual convergieron organizaciones de la sociedad civil y la academia. En el Diagnóstico interesaba conocer las experiencias de todo el colectivo LGBTIQ, aunque, aquí solo se reportan los resultados de los hombres gay, homosexuales y bisexuales (GHB). Esta selección se realizó con el fin de ampliar la descripción de los cambios, permanencias y afectaciones de la discriminación y la violencia con datos actualizados. De este modo, el análisis que aquí se reporta tuvo como objetivos describir las frecuencias de experiencias de discriminación y violencia evidentes y sutiles por orientación sexual en hombres GHB de México y analizar la relación entre dichas experiencias con su salud mental. Entre los principales hallazgos se encuentran que la violencia física asociada con la homofobia fue reportada con menos frecuencia que otras formas de violencia, como la verbal o simbólica. Como se esperaba, la discriminación y violencia se asociaron con mayores niveles de distrés, menores niveles de vitalidad y mayor riesgo de ideación e intento suicida. Pero uno de los aportes significativos del trabajo es mostrar que también las formas sutiles o no directas de violencia y discriminación se relacionaron con peor salud mental.

Entre las principales conclusiones de este trabajo se encuentran que la homofobia en nuestra sociedad se ha transformado en formas de discriminación más sutiles. Sin embargo, estas formas también tienen impacto en la salud mental, estudiarlas

es de relevancia, toda vez que éstas permiten entender las desigualdades sociales en salud que enfrentan las poblaciones no heterosexuales.

Capítulo 1. El cambiante contexto respecto a los derechos de la población LGBTQ

Cambios institucionales y legales en México

En México existen cambios legales e institucionales para proteger los derechos de la población lésbico, gay, bisexual, trans e intersexuales (LGBTI), los cuales son importantes de revisar, ya que por un lado han dado un marco de visibilidad a la existencia homosexual y trans en el país, y, por otro lado, un marco de referencia respecto a la brecha entre lo legal y la violencia y discriminación cotidiana.

Es importante destacar que los cambios y avances en materia de derechos humanos de esta población se han debido por una parte a la voluntad política. Pero sin duda el activismo político ha sido protagonista de estos logros. El activismo lésbico-gay en México, según distintos autores tiene sus orígenes en la década de los 70's, siendo en 1978 las primeras apariciones públicas de un grupo organizado de personas lesbianas y gays. En ese año ocurrió dos veces; una en memoria de la Revolución Cubana y otra por los 10 años de la matanza en Tlatelolco. Y fue en 1979 la primera marcha del orgullo lésbico-gay, demandando principalmente la libertad de presos políticos, quienes estaban encarcelados debido a redadas en "espacios de encuentro". Para esos años figuraban tres grupos: el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR) conformado por hombres; el Grupo Lambda de Liberación Homosexual, conformado por hombres y mujeres y Oikabet, integrado exclusivamente por lesbianas (1–3).

Los grupos de activistas LGBTI se fueron diversificando y expandiendo en diferentes regiones del país. Para inicios de los 90's tomó un giro importante, debido a la llegada de la infección del VIH al país, el cual marcó la agenda de demandas de

manera importante y focalizada en el tema de salud que apremiaba en ese momento. En las últimas décadas, el movimiento LGBTI en México, ha dado una batalla importante en diferentes temas como matrimonio igualitario, no discriminación en espacios de salud, laborales y educativos, identidad de género, crímenes de odio, entre otros; impactando en diferentes niveles: legales, sociales y culturales; sucediendo en el plano internacional, nacional y local (2).

La inclusión de las “preferencias sexuales” en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como motivo para no discriminar ocurrió en 2011. Otro cambio emblemático fue la modificación de constituciones y códigos civiles en varios estados de la República para permitir el matrimonio entre parejas homosexuales, comenzado por el Distrito Federal en 2009 (1).

Legislación nacional e internacional en materia de no discriminación por orientación/preferencia sexual

En la tabla 1.1 se presenta un resumen sobre los avances de México, respecto a otros países, tomando como base el informe anual de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA) (4).

Tabla 1.1. Avance legislativo en materia de no discriminación y orientación sexual. Situación de México y otros países del mundo (continuación en la siguiente página)

TEMA	DESCRIPCIÓN MÉXICO	OTROS PAÍSES
Matrimonio abierto a las parejas del mismo sexo.	Reconocido por la jurisprudencia 43/2015 de la Primera Sala de la Suprema de Justicia de la Nación. Hasta mayo del 2017, los Estados que reconocen el matrimonio igualitario: Campeche (2016), Colima (2016), Coahuila (2014), Ciudad de México (2009), Michoacán (2016), Morelos (2016) y Quintana Roo (2012).	Para mayo del 2017, 22 países han reconocido este derecho, como Luxemburgo, Irlanda, Uruguay, Nueva Zelanda. 12% de los Estados Miembros de la ONU
Se deja de considerar la homosexualidad como un acto ilegal	Se reconoce en México desde 1872	124 Estados mundo lo reconocen; 63% de los Estados miembros de la ONU

Prohibición de la discriminación basada en la orientación sexual.	En el 2003 el artículo 1 y en el 2014 el artículo 9 (28), ambos en la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. En el 2012 La NOM-253-SSA1-2012, emitida por la Secretaría Mexicana de Salud, levantó la prohibición de hombres gay y bisexuales donar sangre. Y en 2013 el artículo 5 de la Ley General de Víctimas establece un enfoque diferencial especializado a las reparaciones concedidas a las víctimas de crímenes que estaban basadas en la orientación sexual (entre otras razones).	63 Estados, 33% de los Estados miembros de la ONU, entre éstos se encuentran Argentina, Canadá, Nueva Zelanda, Chile y Uruguay.
Prohibición constitucional de la discriminación por razones de la orientación sexual.	En el primero constitucional desde 2011, aunque el término usado es “preferencias” y no orientación como mandata el estándar internacional. Y en constituciones estatales: Campeche, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas	9 países incluyen esta prohibición en sus constituciones, 5% de Estados miembro de la ONU, entre estos: Sudáfrica, Bolivia, Ecuador, Nepal, Portugal, Fiyi, Suiza y Suecia.
Prohibición de la incitación al odio basada en la orientación sexual.	En 2014 el artículo 9 (27) de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación fue modificado para prohibir la incitación al odio y a la violencia. En el caso mexicano la prohibición se observa en Coahuila desde 2005 en el artículo 383 del Código Penal y en la Ciudad de México desde el año 2009 en el artículo 206 del Código Penal del DF.	39 Estados, el 21% de Estados miembros de la ONU, por ejemplo: Bélgica, Luxemburgo, España, Colombia, Bolivia.
Crímenes de odio basados en la orientación sexual.	En el caso mexicano la prohibición se observa en el estado de Coahuila (Art. 103(a) (5), 2005); Colima [solamente para homicidios] (Art. 123bis, 2015); Distrito Federal (Art. 138(8), 2009); Michoacán [solamente para homicidios] (Art. 121, 2014); Puebla (Art. 330bis, 2012); y Querétaro (Art. 131(4), 2015).	43 Estados, 23% de Estados miembros de la ONU, por ejemplo, Samoa, El Salvador, Dinamarca, Finlandia, España y Reino Unido.
Adopción conjunta para parejas del mismo sexo.	La legislación prevé la adopción conjunta por parte de parejas de personas del mismo sexo casadas. Entre ellas: Campeche (Art. 407, 2016); Coahuila (Art. 253, 2014); Colima (Art. 391 (b), 2016); Ciudad de México (2010); Morelos (2016) y Nayarit (Art. 385, 2016).	26 Estados. 14% de Naciones Unidas, por ejemplo, Bélgica, Francia, España, Argentina, Brasil.
Prohibición de “terapias de conversión”	No aplica	3 Estados, 1.5% de Estados Miembros de la ONU: Brasil, Ecuador y Malta

Fuente: Elaboración propia a partir del informe Homofobia de Estado. Estudio Jurídico Mundial sobre la Orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento (5)

Si bien, en la tabla 1.1 se utilizan algunos indicadores como matrimonio, adopción, no discriminación, crímenes de odio, entre otros; los cuales permiten tener una mirada global de algunos de los avances en materia de derechos humanos de población LGBTI, es de mencionarse y señalarse a continuación, que lo sucedido en cada país, esto se respalda con al avance en la protección jurídica de derechos humanos que se ha dado en los instrumentos internacionales y regionales, donde es posible hallar la protección por orientación sexual e identidad de género. En la tabla 1.2. se enlistan los diversos instrumentos.

Tabla 1.2. Normatividad sobre derechos humanos, orientación sexual, identidad y expresión de género.

INTERNACIONAL	REGIONAL	NACIONAL
Declaración sobre Orientación Sexual e Identidad de Género de la Asamblea General de Naciones Unidas. 2008	Resolución Asamblea General de la OEA respecto a los derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género. 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Declaración sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. 2011	Resolución Asamblea General de la OEA respecto a derechos humanos, orientación sexual, identidad y expresión de género. 2013, 2014, 2017	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
Principios de Yogyakarta (no vinculantes)	Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 2013	

Fuente: Elaboración propia a partir de otros informes (1,3)

Tener presentes estas transformaciones en el plano jurídico, permite, como se ha dicho antes, hacer una revisión a contraluz sobre las formas reales en las que impactan estos cambios en la vida cotidiana de las personas LGBTI, y particularmente para este trabajo, cómo repercute en su salud mental. Y si bien, esta revisión no busca llegar a conclusiones simplistas, afirmando que las leyes no han transformado las situaciones de violencia y discriminación; sí busca aportes que

den luz sobre los puntos ciegos, enfatizando sobre esa violencia que se ha hecho más sutil y sigue afectando a esta población.

¿Hay mayor aceptación de la homosexualidad en la sociedad?

En el período 2000-2004 a nivel mundial, el 64.5% de las personas respondieron que la homosexualidad no era justificable (6), mientras que el porcentaje se redujo a 49.6% durante 2010-2014 (7). Sin embargo, la proporción de participantes a los que no les gustaría tener como vecinos a homosexuales se mantuvo prácticamente sin cambio (51.3% y 50.2%, respectivamente). En las Américas también existe esta ambivalencia hacia la homosexualidad, pues 69% de las personas piensa que los derechos humanos se deben de aplicar a todas las personas sin importar su orientación sexual y 60% piensa que ser una persona LGBT no es un crimen. Al mismo tiempo, 64% se enojaría si un niño comentara que está enamorado de otro de su mismo sexo y 31% encontraría inaceptable que un niño se vistiera y se expresara como niña (5).

En la tabla 1.3 se presentan los resultados de diferentes encuestas internacionales y nacionales en las que se indagaron opiniones hacia la homosexualidad en el contexto mexicano. Todas las investigaciones reportadas en esta tabla, fueron realizadas en población general. En ésta, se observa que las frecuencias de las opiniones negativas hacia la homosexualidad más evidentes han disminuido en los últimos años. Por ejemplo, para 1990 el 60% de la población participante en la Encuesta Mundial de Valores, respondió que no quería tener como vecinos a personas homosexuales, mientras que para el año 2000 sólo el 44.6% respondía afirmativamente a esta premisa.

Tabla 1.3 Frecuencia de opiniones negativas hacia la homosexualidad en encuestas nacionales realizadas en México (1990-2010)

Encuesta, año de realización	Población	% No quiere como vecinos a Hs	% No quiere H en su casa	% La Hd no es justificable	% La Hd es justificable	% Los Hs no deberían ser profesores	% Resulta difícil vivir con Hs	% Los Hs no deberían participar en política
Enc. Mundial de Valores, 1990	Adultos de 18 años y más	60.2		54.5	6.0			
Enc. Mundial de Valores, 2000	Adultos de 18 años y más	44.6		53.0	11.2			
Enc. Nac. de Discriminación, 2004	Adultos de 18 años y más	22.4	48.4			34.7		
Enc. Mundial de Valores, 2005				34.4	13.4			
Encuesta Nac. sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas, 2005	Adultos de 18 años y más							35.1
Encuesta Nac. de Juventud, 2005	Jóvenes de 12 a 29 años	53.3		46.2	9.1			
Encuesta Nac. de Violencia en el Noviazgo, 2007	Jóvenes de 15 a 24 años					15.4	14.0	
Encuesta Nac. Discriminación 2010	Adultos de 15 años y más		43.7					

Hs, homosexuales; Hd, homosexualidad. Fuente: *Actitudes de la población mexicana hacia la homosexualidad*. Ortiz-Hérmadez, L. Documento inédito.

Otros datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010 son que existía una aceptación en el tema del matrimonio entre parejas del mismo sexo (67.8%). Sin embargo, en contraste con esta aceptación, en la misma encuesta fue frecuente el rechazo a la adopción de menores por parejas del mismo sexo (más del 60% en las distintas categorías por edad). Además, a pesar de esta aceptación, poco más de la mitad de las personas no heterosexuales entrevistadas pensaban que el principal problema que experimentaban en sus vidas era la discriminación (52%) (8).

Estos datos nos indican que paralelo a las reformas legales, en los últimos años han existido cambios en la aceptación de la homosexualidad en las sociedades occidentales. No se trata de la eliminación de opiniones negativas hacia la homosexualidad, sino su reconfiguración. Las estadísticas nos permiten plantear

que, aunque las manifestaciones más extremas de homofobia han disminuido, aún persisten las evaluaciones negativas hacia la homosexualidad más sutiles.

Capítulo 2. Abordaje teórico para entender las desigualdades en salud asociadas a la orientación sexual

El estudio de la desigualdad social en salud por orientación sexual

Cada una de las enfermedades posee su propia historicidad, es decir éstas cambiarán de ser un grave problema a un problema menor, así como otras emergerán en el tiempo. Avanzar o retroceder dependerá de la respuesta en materia de salud de cada sociedad, pero más allá de ello, la organización social en conjunto tendrá un mayor peso. Las enfermedades no pueden verse ya como un tema meramente biológico; éstas serán distintas intra e inter grupos, en regiones del mundo y en estratos sociales. Las formas de enfermar están influenciadas por la relación de la humanidad con el medio ambiente, por medio de relaciones sociales determinadas y de adquisiciones históricas determinadas (9). En otras palabras, Rosen dice: *“Como fenómeno biológico, la causa de la enfermedad pertenece al reino de la naturaleza; pero en el hombre la enfermedad tiene además otra dimensión. En ninguna parte existe la enfermedad como <<naturaleza pura>>, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea”* (10).

La pertinencia conceptual para hablar sobre homofobia, discriminación, orientación sexual y salud mental, parte de la postulación desde la medicina social que enuncia que el proceso de salud-enfermedad colectivo tiene determinaciones económicas, políticas y culturales; enfatizando que la desigualdad social en salud presenta formas específicas de enfermar y morir que corresponden a las diversas particularidades de inserción en la sociedad de ciertos grupos humanos. Este enfoque desde la medicina social antepone el cuestionamiento respecto a lo que es posible definir

como un problema de salud colectiva. Autores como Granados Cosme, señalan que el conjunto de las características a continuación, ayudan a definir si es un tema colectivo: *a) que los daños a la salud en cuestión amenacen la permanencia histórica del grupo social, b) que los daños de la salud impliquen dificultades para que los individuos satisfagan otras necesidades; c) que los daños se muestren de manera desigual tanto al interior del grupo social como en comparación de otros grupos d) que la causalidad esté determinada socialmente* (11).

En el ámbito de la epidemiología social se postula: 1) que la realidad está organizada jerárquicamente en tres formas: social, grupal e individual, 2) que los procesos biológicos y psíquicos están subordinados a los procesos sociales (12) y 3) que los grupos presentan formas particulares de enfermar y morir que se corresponden con su particular inserción en la sociedad (12,13).

De la organización jerárquica de la realidad, se puede destacar entonces: 1) que lo social incluye, entre otras, las formas de gobierno y las formas de desigualdad social, 2) lo grupal, encontrándose la familia, los grupos de pares, el sitio de trabajo, la escuela y las localidades de residencia y 3) el nivel individual, que abarca las características biológicas, la subjetividad y las conductas de las personas (12). En relación con la segunda premisa, Breilh explica que lo natural tiene como necesario lo social, por lo que los cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción imperante. Del tercer punto, los modos de vida colectivos demarcan las condiciones económicas, políticas, de salud y culturales de cada grupo (14).

La epidemiología social permite entonces, ampliar el enfoque de la epidemiología clásica hacia el vivir social de las poblaciones y por ende posibilita un mejor conocimiento del cómo, dónde y por qué las desigualdades sociales en salud están relacionadas con la salud-enfermedad (15). Éstas han sido descritas por Krieger, como todas aquellas diferencias de salud que se consideren improcedentes, injustas, evitables e innecesarias y que afectan continuamente a ciertas poblaciones en situación de vulnerabilidad por diversos actores como las instituciones públicas, económicas y legales (16). Cabe mencionar que la desigualdad como proceso de determinación social, no tiene una forma de acción como la de los agentes

biológicos-físicos-químicos en el origen de una enfermedad, por lo que no cumplirá con características como la etiología, periodo de latencia, entre otros (17). Si el evento que se está estudiando cambia de un sujeto a otro, se infiere que sus determinantes también cambiarán de un sujeto a otro, por lo que el estudio de los determinantes, en este caso las desigualdades sociales en salud, deberá enfocarse en características individuales (18). Es decir, la desigualdad social influye en las condiciones de vida y por ende tiene un impacto en diversas patologías, sin embargo, cada patología tendrá una o más formas en la que la desigualdad social participe como forma causal (12).

Las desigualdades, se presentan en distintos niveles, tales como entre individuos, grupos sociales y áreas geográficas, y aunque en éstos hay interrelación, cada uno de ellos tendrá una influencia específica sobre la salud. Las desigualdades más estudiadas son aquellas relacionadas con la clase social, género y raza o etnia (12). Algunos autores comentan que los estudios de género contribuyen a explicar los diferentes significados y prácticas que se desprenden de las diferencias sociales en salud entre hombres y mujeres. Se insiste en que el estudiar las características de género, no representa una separación del resto de las condiciones sociales, sino por el contrario, es un “entrecruzamiento” que dará mejores resultados en comparación de hacerlo sin analizar las diferencias entre hombres y mujeres (11).

Relacionado con el análisis de la desigualdad social en salud por género, la orientación sexual también es una vía de disparidad en salud. Las desigualdades en salud están relacionadas a la distribución y la lucha por el poder dentro de una sociedad, por lo que en la orientación sexual se distinguirán a los heterosexuales como grupo dominante versus otras orientaciones sexuales, como grupos dominados (12).

Las desigualdades en salud por orientación sexual encuentran también como sustento teórico el desarrollo de investigaciones sobre género y salud, las cuales han fortalecido la explicación respecto a la determinación cultural e impacto sobre la salud debido a la carga simbólica de las diferencias sexuales que se traduce en diferencias de salud y acceso a la salud. Además, el concepto de género ha

evidenciado los efectos entre diversas condiciones sociales como raza, etnia, edad y clase social, las cuales producen inequidades mayores cuando son analizadas desde esta perspectiva. Asimismo, la categoría de homofobia permite identificar el patrón de enfermedad y muerte particular de la población homosexual, que en articulación con los conceptos de género y masculinidad permiten comprender el proceso de determinación cultural de dicho patrón. Lo más importante de este abordaje es que brinda la oportunidad de precisar las causas de fondo que generan esta desigualdad social ante la salud y, por consecuencia, plantear algunas propuestas para combatirla (11).

Violencia

La violencia es una categoría compleja de definir, ya que los acercamientos a ella pueden variar o enfatizar en aspectos distintos según la disciplina desde la que se aborde, es decir, desde algunos enfoques biologicistas se podría tender a explicar el origen “natural” de la violencia, mientras que desde un enfoque antropológico, el papel de la violencia en la cultura, o, por otro lado, desde una perspectiva jurídica, las formas en las que se regula esta conducta (19). Debido al tema de este trabajo, interesa rescatar una visión que haga hincapié en el lugar del poder en la violencia, así como sus diferentes efectos.

Existen autores, como Esplugues, que buscan hacer la diferencia entre agresión y violencia, intentando sustentar la hipótesis de que la violencia es cultural. Éste define la violencia como “agresividad alterada, principalmente, por diversos tipos de factores (en particular, socioculturales) que le quitan el carácter indeliberado y la vuelven una conducta intencional y dañina” (20). Es importante resaltar que, en la construcción teórica de la violencia, se habla también de la alteración en el orden social, por ejemplo, como una forma en la que se busca mantener el *statu quo*. La Organización Mundial de la Salud, entiende por violencia: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades

de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (21).

La violencia a la que se hace referencia en este trabajo tiene un fundamento social, de lo cual se abordará en las siguientes líneas, ya que la homofobia es un tipo de violencia que tiene su fundamento en el sistema de género.

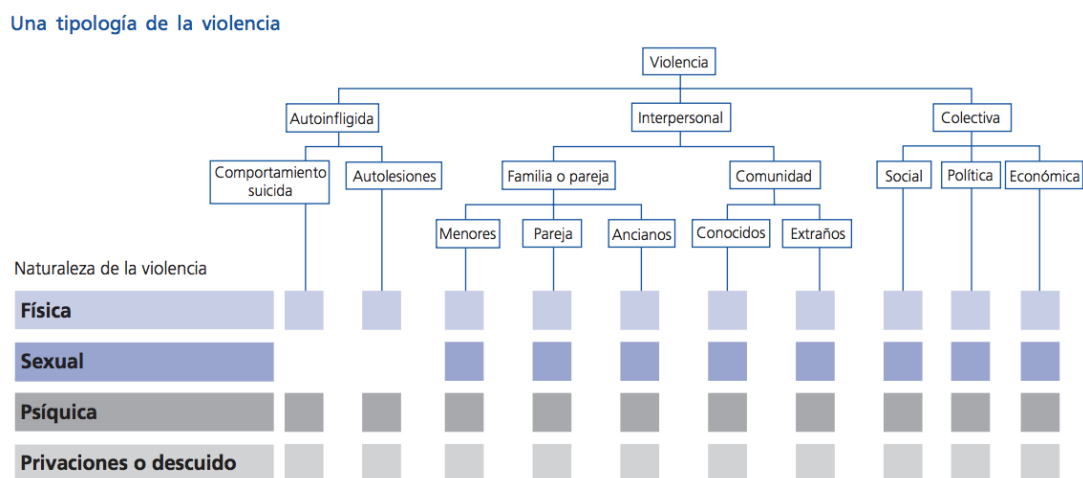
Tipos de violencia

Existen diversos criterios para clasificar la violencia. Una de las clasificaciones más citadas es la de Krug *et al*, la cual es parte del Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002; esta clasificación parte de considerar quién la ejecuta, así la violencia puede ser (21):

- a) Autodirigida: el agresor y la víctima son las mismas.
- b) Interpersonal: cuando el agresor es un individuo o grupo contra una persona.
- c) Colectiva: cuando la ejecutan grupos grandes o instituciones sociales

A su vez, esta clasificación tiene una subdivisión e identifica también la naturaleza de esa violencia, la cual puede ser: física, sexual, psicológica, privaciones o desatención. A continuación, en la figura 1 se ilustra esta clasificación.

Figura 1. Clasificación de la violencia



Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud, OMS 2003

Si bien, la clasificación expuesta en el cuadro anterior permite introducir y dar un panorama amplio sobre las formas en las que se manifiesta la violencia, es importante agregar que en dicha clasificación existen dos prioridades a resaltarse, por un lado, quién infringe la violencia (autoinfligida, interpersonal, colectiva) y cuál es su naturaleza (física, sexual, psicológica, privaciones o desatenciones). Al reflexionar sobre quién violenta, existe una dificultad conceptual debido a que, en la realidad, es cada vez más difícil saber quién es el autor del acto violento, debido que no siempre existe un solo responsable del mismo, sino además se suman circunstancias históricas y sociales que contribuyen a perpetuar la violencia, sobre todo a ciertos grupos sociales.

Debido a ello, los aportes de Galtung son de suma importancia, ya que su clasificación de la violencia, permite entender mejor cómo funciona la violencia, la cual no siempre es ejercida por un sujeto particular. La tipología de este autor, fue desarrollada en dos momentos de su producción académica; en 1969 (22) aportó al debate una clasificación sobre violencia directa o personal y violencia estructural, la cual complementó en 1990 (23), agregando la violencia cultural.

Ahondando en los tipos de violencia definidas por Galtung, tenemos las siguientes definiciones (22,23):

- Personal- Directa: Existe un autor claramente definido, que puede ser una persona o grupo de personas, mismas que agreden a otra u otras de manera física, sexual o psicológica. En palabras de Galtung: "La incapacitación somática, o la privación de la salud, sola (con el asesinato como forma extrema), a manos de un actor que pretende que esto sea la consecuencia".
- Estructural: No existe un autor definido, sino que subyace en la estructura social, la cual se manifiesta como un poder desigual y, en consecuencia, en desigualdades sociales. Es mucho menos obvia, aunque puede ser igual de mortal o más mortal que la violencia directa, ya que es la violencia que forma parte de los aspectos sociales, políticos y económicos de una sociedad. Este tipo de violencia tiene víctimas reales, pero perpetradores invisibles.

- Cultural: Se encuentra en la esfera simbólica de la sociedad, es decir, en los significados sobre el mundo y el ser humano, los cuales pueden utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa y estructural. Esta violencia puede estar presente en las religiones, ideologías, cosmovisiones, el arte, las ciencias y el lenguaje.

Es importante ahondar que tener en la mirada la existencia de la violencia estructural y cultural, permite hacer revisiones minuciosas acerca de cómo se manifiesta la violencia homofóbica, sin dejar a un lado la violencia sutil que no es fácil de registrar y mucho menos de combatir, ya que como se ha descrito, está arraigada en lo más profundo de los imaginarios sociales, y de ese modo perpetuada y naturalizada.

Microagresiones

Existe, como se ha expuesto, una tendencia a clasificar las formas de discriminación y violencia que viven las personas LGBTI, lo cual ha facilitado su visibilización y denuncia; incluso muchas leyes contra la discriminación y violencia¹ han podido tipificarlas; sin embargo, las formas en las que se manifiesta son cada vez son más complejas. Como dice Córdoba “mientras la heterosexualidad se expresa de forma pública en múltiples espacios rituales, instituciones, las relaciones homosexuales carecen de esos espacios y prácticas. Pero este mecanismo de ocultación y silenciamiento es mucho más complejo del que puede parecer a simple vista” (24) La disputa de los colectivos y organizaciones es un reclamo al espacio, tanto psíquico como público, necesario para su representación en todos ellos.

Una forma reciente de categorización de la violencia que ha permitido evidenciar las formas sutiles de ésta, es la teoría de las microagresiones, las cuales se definen como “breves y cotidianas expresiones verbales, de comportamiento o ambientales, ya sean intencionales o no intencionales, que comuniquen ofensas hostiles, despectivas o negativas e insultos hacia los miembros de grupos oprimidos”. Para

¹ Véase: Ley Federal para Prevenir para Prevenir y Eliminar la Discriminación y Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

su mayor entendimiento, autores como Nadal *et al.* señalan la existencia de siete categorías dirigidas a personas LGBTI (25):

- 1) Usar terminología heterosexista (Ejemplo: Decir que algo es de “maricones” o son “muy gays”)
- 2) Esperar que la persona se comporte de acuerdo con su género, desde una perspectiva heteronormada (Ejemplo: Decirle a una persona homosexual que actúe “heterosexual” o masculino en público)
- 3) Suponer que la experiencia LGBT es universal (Ejemplo: Pensar que todas las personas trans son “peluqueras” o trabajadoras sexuales)
- 4) Exotizar a las personas LGBTI o tratar como si fueran objetos. (Ejemplo: Pensar que las personas bisexuales siempre están dispuestas a hacer tríos).
- 5) Incomodidad o desaprobación al presenciar o convivir con homosexuales y trans. (Ejemplo: Enojarse al presenciar una pareja homosexual expresando sus afectos en público)
- 6) Negar o minimizar la existencia de homofobia y transfobia en la sociedad. (Ejemplo: Insinuar que las personas LGBTI exageran ante una situación de discriminación)
- 7) Asumir que existe una patología sexual o anormalidad (Ejemplo: El estereotipo de que por ser homosexual tienes VIH/SIDA).

Para este trabajo serán retomadas las propuestas de la tipología de la violencia directa, estructural y de las microagresiones. Entendiendo que la violencia evidente o directa estará relacionada con la violencia física y extrema, aquella que afecta somáticamente y que está relacionada con el uso de un instrumento (i.e. manos, cuchillos, gas, piedras, etc) y la violencia psicológica apegada a las emociones y sentimientos (i.e. mentiras, amenazas, insultos). Éstas dos anteriores ubicadas en un nivel personal. Sobre lo que hemos llamado en este trabajo violencia sutil, estará relacionada a la violencia psicológica, pero de tipo estructural y cultural, ya que este tipo de violencia es estable de acuerdo a las estructuras de la sociedad y está relacionada al mantenimiento de la inequidad, esto es, una relación directa con la distribución del poder.

El abordaje de las microagresiones, teoría independiente a la de Galtung, la hemos relacionado con la violencia sutil ya que amplía el sentido teórico de nuestra operacionalización de variables de estudio (capítulos 4 y 5). Ésta propuesta es importante discutirla ya que la percepción que los grupos hegemónicos (en este caso las personas heterosexuales que reproducen la supremacía de la heterosexualidad) tienen de este tipo de violencias, es que, al no ser notorias o físicas, éstas no tienen un efecto sobre las personas no heterosexuales. Esto implica por lo tanto, la nula discusión para prevenir o atender estos eventos (26).

Homofobia

Algunos investigadores han mencionado que el término homofobia pudo haber surgido en el año 1971 por Smith (27), aunque otros autores consideran que fue Weinberg en 1972, quien introduce el término en la publicación *Society and Healthy Homosexual* (28). Existen diversas discusiones acerca de la correcta utilización del término homofobia. Se advierte que por sus raíces etimológicas pueda ser considerado como una fobia desde el punto de vista clínico, sin embargo la intención original de utilizar esta palabra, según Herek al citar la comunicación personal con Weinberg, es la muestra de rechazo y/o la hostilidad hacia las personas por el hecho de ser homosexuales (28). Actualmente varios autores han seguido utilizando la palabra homofobia en este mismo contexto (11) y algunos otros le suman la importancia de ser reconocida a nivel académico, de activismo y social (27–29). Sin embargo, también ha sido modelo para describir una variedad de formas de discriminación y hostilidad hacia las poblaciones de lesbianas (lesbofobia), transgéneros (transfobia), bisexuales (bifobia), hombres con características femeninas (afeminofobia), entre otros (28).

Herek describe algunos puntos para el estudio de la homofobia (28):

1. La hostilidad a causa de la orientación sexual homosexual existe en una forma de conocimiento compartido, el cual es incorporado en la ideología cultural que

define la sexualidad, que demarca los grupos con base en ello y que asigna valores hacia estos grupos y sus miembros.

2. Estas ideologías son expresadas a través de la estructura de la sociedad, las instituciones y las relaciones de poder.

3. Los individuos internalizan estas ideologías y, a través de sus actitudes o acciones, expresan, refuerzan y desafían a éstas.

Dados los puntos anteriores, una explicación amplia del origen de la homofobia es la siguiente: el sistema de género es el simbolismo del cuerpo sexuado y las formas en las que éste es usado en la sociedad. En él, se encuentran las directrices del comportamiento de acuerdo al género, representado por los estereotipos de género, el androcentrismo y el heterosexismo (27,30). Con los estereotipos de género se asignan y se esperan atributos que caracterizan y definen a una persona de acuerdo al sexo asignado, masculino/valentía o femenino/debilidad (27). El androcentrismo funciona para jerarquizar la relación de los géneros, dando superioridad a lo masculino en comparación con lo femenino y finalmente el heterosexismo, se refiere a los sistemas que proveen la racionalización, justificación y las instrucciones para operar la apatía hacia las personas que no cumplen con la norma de la heterosexualidad y todas las prácticas sociales alrededor de ellas (matrimonio, reproducción, etc) (24). Estas directrices se expresan en las relaciones interpersonales en forma de violencia o discriminación (29). Un ejemplo es cuando a un hombre que siente atracción física por otro hombre (transgresión a los estereotipos de género) y que además presenta características femeninas (transgresión al androcentrismo), se le considera inferior y por ende es justificado su rechazo en distintas maneras como violencia física, psicológica, entre otras (heterosexismo traducido en homofobia).

Hablar de homofobia requiere entonces un acercamiento a categorías como género y sexualidad (31), bajo el entendimiento que la construcción social de la diferencia sexual y del deseo, subyacen en el contenido discursivo que alimenta la homofobia. Si el género, tal como menciona Scott (32) “es un elemento constitutivo de las

relaciones sociales basadas en diferencias que distinguen a los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”, se entiende esta categoría como parte de un orden social, lo cual implica un orden simbólico y social es decir de significados y relaciones, donde incluir el poder al análisis permite ir más allá de lo que significa ser hombre o mujer, sino la valoración que se da a lo femenino respecto a lo masculino y el lugar que ocupan en una sociedad patriarcal, cuestión importante al teorizar sobre homofobia.

Asimismo, la sexualidad, en tanto “dispositivo de poder” (33,34), juega un papel importante, ya que al igual que el género, establece un orden social que se ha configurado históricamente en un discurso sobre el campo del placer donde la sexualidad válida-natural es la heterosexual y reproductiva. En ese sentido, la sodomía, que fue entendida como todas las prácticas sexuales no reproductivas (35), en un esquema de jerarquías sexuales occidentales, ha estado siempre en un papel inferior. Y es hasta finales del siglo XIX, que el sujeto homosexual surge (ya que la sodomía estaba entendida en términos de prácticas) como producto del discurso médico (34,36,37).

La homofobia, según Colina (24) es una “estrategia social para indicar las fronteras de género y establece sanciones a quienes no se adecuan al modelo prescrito”, lo que significa que es un proceso social que se sustenta en la construcción social de lo que se entiende por hombre y mujer, así como en las reglas sociales del uso del cuerpo para el placer; que tiene como finalidad justificar, reproducir y mantener un orden social en el que la oposición masculino/femenino y la heterosexualidad son los pilares que regulan la conducta de los individuos y las relaciones que se establecen entre ellos.

En el caso de los hombres, a pesar de que no todos los homosexuales son femeninos, en el orden sexual occidental, se cree que el homosexual es afeminado, lo anterior porque en la construcción de lo que significa ser hombre, la heterosexualidad es parte de ello y por lo tanto el homosexual no se logra "ajustar", lo cual significa una huida simbólica hacia lo femenino, que en una sociedad, como la mexicana decanta en la concepción de que el varón homosexual es un hombre

que "quiere" ser mujer, por lo que se le extienden las valoraciones negativas que se asigna a las mujeres (11). Y cabe destacar, que la homofobia no sólo funciona contra las personas homosexuales, sino incluso a quien "lo parece" o no es lo suficientemente masculino.

Es decir, existe una masculinidad hegemónica que no acepta cualquier característica que viole el sistema de género, por lo que hace socialmente aceptable las prácticas de violencia emocional y física hacia la población gay y de otros hombres que tienen sexo con hombres (38). Como parte de los roles de poder, se legitima la agresión y hasta los crímenes de odio de aquellos que la puedan poner en riesgo (28,38,39).

Dentro del campo semántico de lo que significa ser homosexual, se encuentra también la asociación a la enfermedad, resultado de la génesis del concepto en el campo médico y desde una perspectiva patologizante. Y a pesar de que, como señalan diversos autores (11,35), desde 1973 la American Psychiatric Association (APA) y en 1990 la Organización Mundial de la Salud dejaron de considerar a la homosexualidad como una enfermedad mental, esa idea sigue presente en el imaginario social.

La homofobia, tal como se ha descrito previamente, ha hecho alusión a las características socio-culturales, enfoque que hace útil esta categoría, ya que existen también definiciones que, al igual que otras fobias, la describen como un "miedo irracional", desde donde existe el riesgo de perder de vista su carácter estructural y estructurante; dejándolo únicamente en un plano individual, el cual no deja de estar presente desde el enfoque social, ya que se entiende también que lo cultural produce subjetividades, como sería el caso de la homofobia internalizada (11,31).

La homofobia, si bien, tiene un componente social e individual, es también una conducta que se traduce en discriminación y violencia hacia estas personas, por lo que es de suma importancia poder entender las diferencias conceptuales entre ellas, para así poder hacer análisis sobre las distintas formas en las que se expresa en el ámbito individual y social.

Las prácticas discriminatorias son aprendidas del entorno en el que las personas crecen y desarrollan. La familia, la escuela o los medios de comunicación, son algunos de los ejemplos de las fuentes donde se adquieren o aprenden dichas prácticas. Estas prácticas son fomentadas por grupos dominantes y posteriormente, se reproducirá el *statu quo* adoptando esas ideologías dominantes que las legitiman. Esas prácticas traducidas en discursos, tanto en la forma oral o escrita, ayudarán a la reproducción de los prejuicios, las ideologías y la discriminación de los <<Otros>> (40).

Tipos de homofobia

Ya que se ha expuesto sobre el discurso que subyace al fenómeno de la homofobia, se vuelve importante también, ahondar sobre cómo es que se manifiesta, para lo que autores como Blumenfeld (11,39,41,42), han identificado cuatro niveles en los que opera la homofobia, que son:

1) Personal: Conjunto de creencias personales-individuales que afirman las ideas alrededor del estigma negativo de la homosexualidad, como puede ser odio o asco hacia ellos o hacia sí mismos por considerarles pervertidos sexuales.

2) Interpersonal: Afecta y repercute en las relaciones entre sujetos de una sociedad, a partir de la segregación, exclusión, agresiones, etc. Un caso de este nivel pueden ser las burlas, señalamientos o agresiones físicas hacia personas homosexuales.

3) Institucional: La acción u omisión proveniente de instituciones gubernamentales y sociales como la iglesia, la cual se manifiesta en leyes, políticas públicas, atención en servicios públicos, entre otras.

4) Cultural: Formas simbólicas traducidas en conductas que legitiman la inferioridad de la homosexualidad respecto al orden social heterosexista. Un ejemplo de ello es lo que significa usar ropa rosa en varones de una sociedad occidental. (42)

Granados Cosme (11) haciendo un análisis sobre esta clasificación de Blumenfeld, menciona que es más útil juntar el nivel personal e interpersonal y llamarlo individual, el cual se expresaría en tres direcciones: a) de los heterosexuales hacia los homosexuales, b) de los heterosexuales hacia otros heterosexuales y c) de los homosexuales hacia sí mismos.

Ahondando en lo que señala Granados Cosme, en el nivel individual en la dirección de los homosexuales hacia sí mismos, se encontraría lo que se ha conceptualizado como homofobia internalizada (41,43,44), la cual entenderemos como “el producto de la internalización de las actitudes de la sociedad hacia el sexo y el género, dando como resultado sentimientos negativos hacia uno mismo cuando se reconoce su homosexualidad o bisexualidad” (41).

En el nivel institucional, cabe destacar que la familia, la escuela y la iglesia son tres instituciones donde el rechazo a la homosexualidad opera como mecanismo con el que se difunde la heterosexualidad y la separación de los géneros. La socialización en estos ámbitos pretende la uniformidad y la regularización de la conducta sexual. Asimismo, los marcos legales y las instituciones públicas desde su acción y omisión contribuyen a la homofobia. En los últimos años, se ha tomado como un indicador importante la legalización del matrimonio como el resultado de la respuesta del Estado a la homofobia; sin embargo, estas leyes no contrarrestan del todo la homofobia institucional, aunque no deja de ser importante (4).

Y, por otro lado, el cuarto nivel que propone Blumenfeld, amerita una revisión sobre lo que significa culturalmente, ya que podría ser confuso que fuera un nivel más, cuando lo cultural en realidad atraviesa de forma transversal todos los niveles. Según Granados Cosme “la homofobia es un artefacto cultural, la cultura no es un nivel más, sino precisamente el nivel, los significados sobre la homosexualidad operan en cada uno de los demás niveles, es precisamente en la cultura donde se elabora la discriminación y en los otros niveles es que se opera mediante prácticas específicas que podemos distinguir y agrupar” (11).

Discriminación

En la búsqueda de una definición que permita describir y construir un marco referencial sobre lo que significa discriminar, es importante señalar que es una categoría que se ha ido ampliando; su uso coloquial y desde el campo político han configurado una categoría polisémica, donde es posible hallar definiciones que únicamente señalen que discriminar se refiere al acto de distinguir una cosa de otra, pero esta definición no ayuda a evidenciar el carácter de exclusión, rechazo y opresión. Por ello, es importante decir que el acercamiento a este concepto será como un fenómeno social y político, para lo cual es importante tener claro que alude a los prejuicios negativos y los estigmas hacia otro u otros que son vistos como inferiores por algún atributo específico que no le es agradable a quien discrimina, como color de piel, sexo, discapacidad, religión, etc (45,46).

Es importante sumar a esta definición, las consecuencias traducidas en violaciones de derechos fundamentales, por lo que Zepeda la define como “una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales” (45). Es necesario entonces contar con una definición que pueda servir para la política, el análisis social, la acción de las instituciones públicas, el derecho y la cultura política de los ciudadanos.

La reflexión sobre la discriminación y derechos fundamentales conlleva a un análisis sobre un derecho democrático fundamental: la libre expresión, teniendo en cuenta que ésta no puede ser restringida, sin embargo, deja de serlo cuando incita, conduce o estimula acciones contra los derechos de otras personas (45). En tanto que problema es entendida como justicia básica, la discriminación tiene un carácter estructural, por lo que corresponde a relaciones del orden social. Esto significa que condiciona comportamientos y actitudes particulares en la cultura y las relaciones subjetivas, pero sus efectos van más allá del orden cultural, pues se hace evidente

también en las relaciones económicas, la calidad de la salud, el acceso y logro educativos, los derechos políticos y otros terrenos relevantes.

En el caso de la discriminación por orientación sexual, identidad y expresión de género, el estigma² y el prejuicio traducidos en actitud y práctica repercute en las relaciones de individuos en su vida cotidiana; de esta forma, el significado desvalorizado de la homosexualidad se expresa en discriminación y violencia (47).

Tipos de discriminación

La discriminación, para autoras como Portillo Pérez es una forma de opresión que se evidencia a través de la explotación, marginalización, desempoderamiento, imperialismo cultural y violencia contra ciertos grupos (48). La opresión, según la misma autora, depende de los siguientes factores:

- *Un grupo determinado “normal” tiene el poder de definir y nombrar la realidad. Puede decidir qué es lo “normal”, “real” o “correcto”.*
- *La institucionalización del acoso, explotación, marginalización y otras formas de trato discriminatorio. Muy frecuentemente estos actos no requieren de la voluntad consciente de quien los perpetúa, sino que se han convertido en la “manera no cuestionada de ser” de las estructuras sociales.*
- *La colonización psicológica de los grupos oprimidos es posible a través de la “socialización” de la opresión y de la internalización de la situación de oprimido. Se trata de la colusión de un grupo con la ideología que lo oprime.*
- *La cultura, el lenguaje y la historia de los grupos oprimidos están mal representadas, rebajadas o erradicadas, mientras que la cultura del grupo dominante se impone.*

² Estigma entendido como “Atributo o característica que transmite una identidad que se devalúa en un contexto particular” (47)

En el caso de la discriminación por orientación sexual, el orden social referiría a la heterosexualidad y la masculinidad como el referente simbólico ostentado en diferentes instituciones y sujetos, quienes las difunden y reproducen el discurso hegemónico.

Salud Mental y Discriminación

Como se ha señalado, las vivencias de discriminación y violencia repercuten en la salud de personas LGBTI, por ello es indispensable exponer algunas de las teorías que pueden orientar a entender el vínculo entre éstos.

De lo social y lo biológico

El estrés ha sido definido como “una relación particular entre las demandas de una situación y los recursos de afrontamiento de una persona, en donde ésta valora como superior la demanda que su capacidad para afrontarlo” (49). Este concepto, definido inicialmente en 1936 por Seyle, refería ya a la respuesta o defensa ante una agresión, describiendo así el síndrome de adaptación general, conocido también como síndrome de estrés, el cual consta de tres etapas: señal de alarma, resistencia y agotamiento. La base de este modelo habla sobre la estabilidad de los sistemas fisiológicos para mantener la vida, la cual es llamada homeostasis (50).

Sin embargo, actualmente, ese concepto parece limitado a mecanismos cuyo objetivo es mantener la homeostasis, por lo que se vuelve insuficiente debido a que vivimos en una sociedad en constante cambio, con exigencias de adaptación a nuevas situaciones internas y externas, donde si los individuos no logramos esa adaptación nos enfermamos (50). Se vuelve necesaria una visión holística de la medicina, sabiendo que el estrés no se refiere únicamente al trauma y por lo tanto las respuestas a él son más complejas (51).

La respuesta fisiológica al estrés implica mecanismos complejos y dinámicos entre diferentes sistemas como neuroendocrino, cardiovascular, metabólico e inmune (49). La presencia de un estresor produce la activación del sistema nervioso

vegetativo (glándulas suprarrenales, sistema cardiovascular, respiratorio y metabólico) y algunos procesos en el sistema nervioso central, principalmente en estructuras cerebrales relacionadas con las emociones (amígdala, hipotálamo, hipocampo, septum, corteza prefrontal, porciones altas del tallo cerebral, entre otras) (52).

Es importante mencionar que en esta tesis no se abordó esta propuesta teórica, sin embargo, fue abordada para contextualizar la importancia de los posibles efectos a nivel individual de la violencia estructural a la que se enfrentan las poblaciones no heterosexuales.

Teoría de estrés psicosocial

Los trastornos físicos y psicológicos son antecidos regularmente por sucesos vitales que implican que los individuos cambien su patrón normal de adaptación. En la vida cotidiana, este proceso de adaptación hacia agentes traumáticos o estresores puede devenir en distintos males físicos y mentales (53). Los sucesos vitales estresantes pueden estar relacionados con la depresión o predisposición ante ciertos sucesos.

En general, los términos estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial se usan sin distinción para aludir al estrés generado por situaciones sociales o de relaciones interpersonales negativas. El estrés social se presenta con frecuencia en cuidadores, en situaciones laborales, así como en ambientes escolares hostiles. Según Molina “La manera en que cada persona afronta los desafíos ambientales diarios está determinada por diversos factores genéticos, ambientales, físicos, la experiencia previa o la ayuda social, entre otros” (52).

Los efectos del estrés social dependen de la percepción individual sobre los estresores sociales, la capacidad para afrontarlo, las herramientas sociales y el uso de estrategias de afrontamiento socialmente aceptadas. Los efectos en el ser humano se han investigado al corto y largo plazo, conociéndose ya que representan una amenaza a la salud y calidad de vida. Sin embargo, los aspectos

neurobiológicos que subyacen al estrés social son poco conocidos, algunos de los efectos observados son diversos cambios conductuales y fisiológicos (52,53).

Desde una perspectiva evolutiva, el estrés social es constante en la vida de todas las especies animales, incluyendo a los humanos, aunque la forma en la que éste afecta las funciones de los individuos no depende únicamente de esta situación, sino que también de la forma en la que se afronta (52).

Estrés de las minorías

Bajo la premisa de que no solamente los eventos personales son fuentes de estrés, sino también las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida de los individuos, Meyer (54,55) propone el concepto de estrés de las minorías. Éste tiene una marcada diferencia con el estrés que presentan las personas por otras situaciones (falta de trabajo, situación de vivienda, etc) ya que su origen radica en las situaciones que experimenta el individuo por pertenecer a un grupo minoritario, en este caso, por ser no heterosexual. Esto es, los individuos presentan estrés al no cumplir con los patrones sociales establecidos de la heterosexualidad como la forma de relacionarse erótica y afectivamente o por no cumplir con los estereotipos de género. Este estrés tiene las siguientes características:

1. Es un exceso del estrés que cotidianamente enfrentan las personas, por lo que requiere de un esfuerzo extra del individuo para adaptarse.
2. Crónico, la estabilidad de la cultura y estructuras sociales permiten sus efectos a largo plazo.
3. De base social, su origen rebasa situaciones individuales, proviene de instituciones o estructuras sociales.

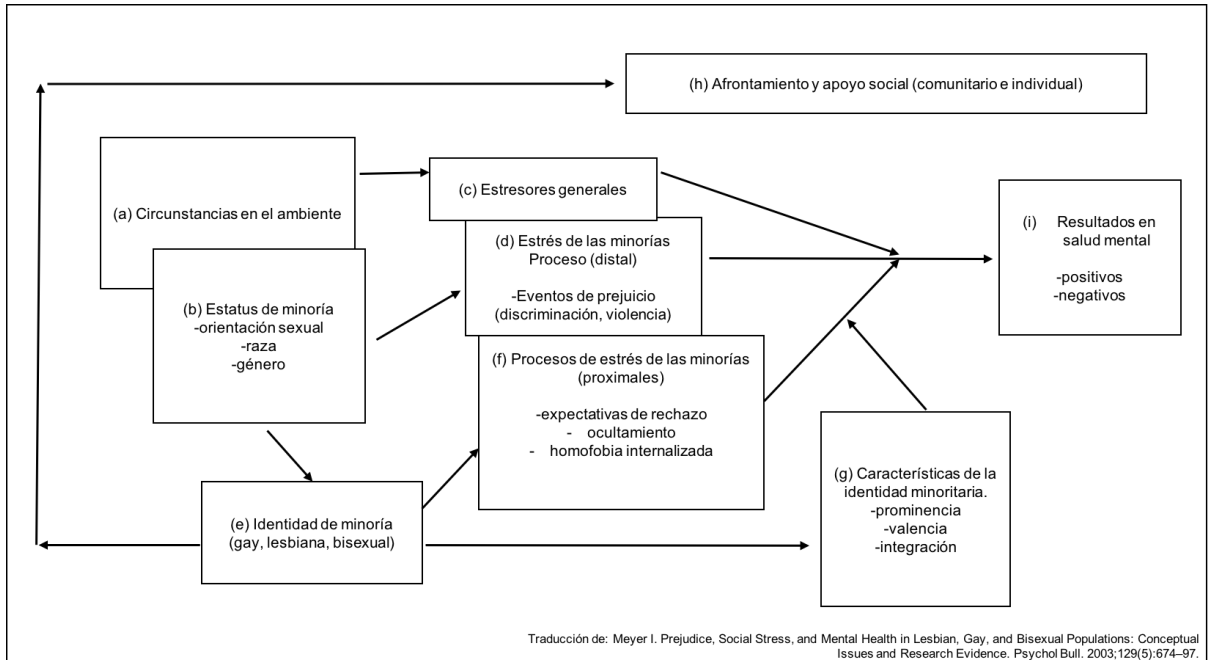
Meyer (54) propone el siguiente modelo para explicar el proceso de las afectaciones del estrés de las minorías en lesbianas, gays y bisexuales (Figura 2):

La salud mental se ve afectada positiva o negativamente de la siguiente manera por los procesos del estrés (i). El estrés de las minorías está dentro de las circunstancias generales a los que se enfrenta cualquier individuo, por ejemplo, desventajas

educativas o las condiciones de vivienda (a). Dentro de estas circunstancias se encuentra el pertenecer a un grupo minoritario, como el hecho de ser gay o lesbiana (b). Existe un traslape que representa la proximidad entre ambos. Las circunstancias del entorno desembocan en la exposición a estresores generales, como la no admisión de una materia o la pérdida de la vivienda (c) y las situaciones estresantes de las minorías que sólo afectarían a los integrantes de estas poblaciones, por ejemplo, la discriminación en la familia por el hecho de ser gay. Tal y como sucedió en las situaciones de origen, estos dos también se encuentran traslapados, implicando interdependencia. Por ejemplo, una experiencia de discriminación por orientación sexual (d) es probable que aumente la vigilancia y las expectativas de rechazo (f). Generalmente, el estatus minoritario conduce a la identificación personal con el pertenecer a una minoría (e). A su vez, esta identificación podría estar relacionada a factores de estrés adicionales relacionados con su auto-percepción como una minoría estigmatizada y devaluada. Debido a que estos procesos se relacionan con el individuo, éstos podrían originar homofobia internalizada u ocultamiento (f).

Sin embargo, la identidad de pertenecer a una minoría no es sólo una fuente de estrés, también ésta puede convertirse en un modificador del efecto del estrés. Por una parte, el hecho de identificarse como minoría puede aumentar o disminuir el impacto del estrés (g). Por otra, la identidad de minoría también puede ser protector cuando se esta se relaciona con fuentes de apoyo social, como lo son los grupos LGBT (h).

Figura 2. Proceso del estrés de las minorías en poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales



Teoría de la Alostasis

El término de alostasis fue propuesto primero en 1988 por Sterling y luego en 2002 por McEwen, intentando reflejar las circunstancias medioambientales y los estímulos a los que se expone el individuo todos los días. (49,50). McEwen postuló el nuevo término de alostasis, como el mantenimiento de la estabilidad gracias a la adaptación a cambios esperados o inesperados, así como a agentes estresores (51). La teoría de la alostasis hace referencia a la regulación de los procesos fisiológicos corporales mediante una respuesta que mantiene la estabilidad fisiológica cuando se confronta la persona con cambios o retos (49), siendo así un concepto dinámico y se diferencia respecto al de homeóstasis (50). Así es como se sostiene que la alostasis logra explicar el proceso por el cual el cuerpo responde a los eventos diarios y mantiene la estabilidad a través del cambio. Según Lemos “La alostasis es la extensión del concepto de homeóstasis y representa el proceso de adaptación de los sistemas fisiológicos a los desafíos físicos, psicosociales y ambientales” (49). La evaluación cognitiva frente a una amenaza dará una respuesta fisiológica que llevará a la alostasis, es decir, a un nuevo punto de equilibrio (50).

En la conceptualización de este proceso llamado alostasis, la “carga alostática” se entiende como “la desregulación generada por el exceso crónico de demandas, que produce un desgaste y una desregulación a largo plazo de las funciones bioquímicas de los sistemas antes mencionados, ocasionando un estado de estrés crónico” (51). Es decir, que cuando la alostasis es ineficaz o inadecuada o el estresor se prolonga por más tiempo, no existe periodo de recuperación y no se alcanza la adaptación y se produce la “carga alostática”. (50) .

La carga alostática, según algunas investigaciones, puede ser incrementada por una dieta pobre, el consumo de alcohol y tabaco o puede ser disminuida por la dieta y el ejercicio (50). Asimismo, se considera que impacta en el cerebro, la conducta, el aparato cardiovascular, el metabolismo, el sistema inmunitario; por lo que se investiga su relación con la génesis de algunas patologías como la hipertensión arterial, el infarto, diabetes, exacerbación de asma bronquial, uso de sustancias adictivas (cigarrillo, alcohol, narcóticos), úlcera péptica, los accidentes cerebrovasculares, el síndrome metabólico, las enfermedades inmunológicas y las enfermedades psiquiátricas, como la depresión (50,51).

Recientemente, aunque aún son escasas las investigaciones, se busca la relación del estrés en grupos oprimidos, como es el caso de la población LGBTI, quienes están sometidos a diferentes situaciones de estrés como “salir del clóset” o las múltiples discriminaciones a lo largo de sus vidas, lo cual puede ser un factor vinculado a la carga alostática y por ende a las distintas patologías físicas y psicológicas.

Capítulo 3. Retos en el estudio de las desigualdades en salud asociadas a la orientación sexual

Las investigaciones que se han realizado acerca de la población de hombres homosexuales, *gay*³ y otros hombres que tienen sexo con hombres presentan como predominante el tema de la salud, ligado al VIH o sus comportamientos sexuales (38,56–59). Dichas investigaciones han sido realizadas como una respuesta a las problemáticas en la salud de esta población, pero desde una visión funcionalista, la cual se encamina a identificar riesgos, conductas y otras características individuales (60). Estos modelos hegemónicos en salud tienen gran influencia en el modelo biologicista, mismo que desde sus inicios (mediados del Siglo XIX) continúa vigente(61). Sin embargo, las relaciones de salud y la enfermedad cambian constantemente dentro del cuerpo, como en el medio en el que éstas se llevan a cabo, lo que implica el reconocimiento de la determinación social en salud (10). Como ejemplo, en la población de hombres *gay* se presentan un sinnúmero de problemáticas de salud de diversa índole, que no pueden ser abordadas solamente con un enfoque biologicista en el que se considere solamente agentes bio-físico-químicos, ya que los procesos de salud-enfermedad están determinados y subordinados por las relaciones sociales de poder a las que se enfrentan cotidianamente (60).

Posterior a la gama de estudios relacionados con el VIH, se encuentra que otras problemáticas son exploradas en menor medida, pero en la actualidad adquieren relevancia, este es el caso de la investigación de la homofobia (62). Diversos estudios evidencian un panorama en el que la homofobia es una constante en la vida de las personas que asumen una orientación sexual y/o práctica sexual distinta

³ Según Granados y colaboradores, *gay* es el término para referirse a un hombre homosexual que se identifica, se acepta y asume su orientación sexual, ante un orden sexual dominante. A diferencia de un hombre homosexual, es que este término se delimita a la práctica sexual con otro hombre y no involucra asumir una orientación sexual (11).

a la heterosexual, como lo son el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esto puede traer consigo consecuencias negativas en la salud sexual (58) y física(63), y en los procesos de malestar mental como angustia, depresión, y otros (54,64,65). Lo anterior, pone sobre la mesa la pertinencia de ampliar el abordaje sobre salud, donde la salud mental emerge como un tópico relevante y desde donde se podrían visibilizar problemáticas como la depresión, suicidio y homofobia internalizada (66).

Diversas investigaciones –la mayoría realizadas en los Estados Unidos de América (EE. UU.)- han documentado las problemáticas que las poblaciones no heterosexuales enfrentan (67) De los resultados obtenidos en torno a la salud mental se encuentra en común, que las poblaciones LGB presentan con más frecuencia eventos como como baja autoestima, estado de ánimo negativo, ideación e intento suicida y depresión (67–71) En una revisión sistemática de estudios sobre desórdenes mentales donde se reportan razones de prevalencias (RP) de suicidio y auto-agresión deliberada en personas LGB se encontró que, en comparación con la población heterosexual, el intento de suicidio (RP=2.47), el riesgo de depresión y problemas de ansiedad (RP=1.54-2.58) y el intento suicida en algún momento de la vida fue más alto (RP=4.28) en estas poblaciones. Las investigaciones incluidas en esta revisión fueron realizadas en siete países de Norte América, Europa y Australasia (67).

Ante este panorama social polarizado, los hallazgos derivados de estudios de países de alto ingreso económico donde existe mayor aceptación hacia las poblaciones LGB, pueden no reflejar la realidad de países de ingreso medio. Por ello, es importante que existan nuevas direcciones en la investigación sobre el tema de la discriminación por orientación sexual en países como el nuestro.

Existe escasa evidencia generada en América Latina (72–74) y la mayoría de los estudios en poblaciones LGB tienen ciertas limitantes; algunos estudios son revisiones teóricas exclusivamente (75,76). En otros estudios predominan los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y son de corte cualitativo o se han basado en muestras por conveniencia (72–77) , lo que hace poco posible

generalizar sus hallazgos. En menor medida, se encuentran aquellos estudios que tienen muestras por conveniencia que incluyen tanto a varones homo- y bisexuales y a mujeres lesbianas y bisexuales sin hacer distinciones entre grupos (73). De este modo, es prácticamente inexistente la información sobre mujeres lesbianas y bisexuales. Esta situación puede ser resultado de que los HSH han sido una población de interés al ser una de las poblaciones más afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (11). Otros estudios han avanzado en la comparación de heterosexuales respecto no heterosexuales, pero utilizando muestras por conveniencia de poblaciones de LGB (58). Recientemente investigaciones han indagado sobre las disparidades en salud mental por orientación sexual entre adolescentes utilizando muestras probabilísticas, sin embargo no abordan las diferencias por sexo debido al limitado tamaño de muestra (74–78). Indagar las diferencias por sexo es fundamental ya que existe evidencia (79) que las inequidades en salud mental de hombres homo- y bisexuales respecto a los heterosexuales son mayores que las de mujeres lesbianas y bisexuales en relación a las que son heterosexuales.

Otro aspecto que se requiere explorar son los mediadores que pueden explicar las disparidades asociadas a la orientación sexual. Es decir, aunque sistemáticamente se han encontrado diferencias entre población heterosexual y las no-heterosexuales (80), poco se ha analizado el papel de factores como las experiencias de violencia y discriminación. Aunque teóricamente es posible que las mayores tasas de trastornos mentales observadas en los grupos no-heterosexuales puedan atribuirse a que con más frecuencia experimentan diferentes formas de prejuicio, violencia y discriminación, son pocos los estudios (74,81,82) que han verificado empíricamente tales asociaciones.

El estudio de la relación de las formas de prejuicio, discriminación y violencia que experimentan los hombres GHB con su salud mental debe considerar el contexto sociocultural cambiante descrito anteriormente. Como ya se detalló en el capítulo 1, en México existen cambios legales e institucionales para proteger los derechos de la población LGBT. Investigaciones reportan frecuentemente experiencias de

violencia evidentes (12), pero recientemente se ha comenzado a documentar que formas sutiles o no evidentes de violencia también pueden tener efectos negativos en la salud mental de los hombres GHB (75). Hasta ahora el estudio de la salud mental de los hombres gay y bisexuales mexicanos se ha restringido al Distrito Federal (2,12,13), el cual –a diferencia de la mayoría de los estados– se caracteriza por un clima de menor intolerancia hacia la homosexualidad.

Hipótesis

Considerando el contexto mexicano respecto a los derechos de la población LGB, el abordaje teórico y la revisión de la literatura, se proponen las siguientes hipótesis:

- Las manifestaciones de la homofobia en la sociedad han cambiado. Décadas atrás, se presentaba de forma evidente y agresiva, pero en la actualidad no se ha eliminado, sino ha ido transformándose para presentarse de manera sutil y con nuevas formas.
- A pesar de estos cambios, se considera que la afectación a la salud mental de las poblaciones LGB está relacionada con la experimentación de vivencias homofóbicas y que esta afectación ha sido una constante que ha presentado ligeros cambios a través del tiempo.

Del abordaje metodológico para estudiar la discriminación y su relación con la salud mental

Para este trabajo de tesis se retoman como ejes algunos de los retos planteados en el capítulo anterior.

1. El abordar temas que van más allá del VIH como lo es la salud mental de las poblaciones de LGB.
2. La exploración del contexto mexicano.
3. Determinar diferencias entre la salud mental de personas heterosexuales y LGB.
4. Retomar el enfoque que involucra la determinación social de la salud.

5. Describir el contexto de la discriminación en México en distintos momentos y su relación con la salud mental.

Estos puntos fueron retomados con el objetivo general de documentar la persistencia de las inequidades en salud asociadas a la orientación sexual que tienen su origen en las vivencias de discriminación y violencia experimentadas por las personas LGB.

Dos investigaciones con métodos independientes fueron realizadas, la primera fue un análisis de bases de datos secundarias de encuestas nacionales en población adolescente y la segunda a través de la puesta en práctica de un estudio transversal.

Los dos trabajos serán abordados en capítulos distintos (capítulos 4 y 5), en cada uno de ellos se describen sus objetivos específicos, sus métodos, resultados y discusiones.

Para realizar el vínculo entre ambas investigaciones, es importante adelantar algunos resultados de éstas. Como fue comentado en la introducción de esta tesis, cuando se concluyó el análisis de la primera investigación (Inequidades en salud mental asociadas a la orientación sexual) con población adolescente, los resultados mostraron que las experiencias de discriminación y violencia, así como su relación con la salud mental afectaban en mayor medida a los hombres que tenían relaciones de noviazgo o relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

A partir de estos resultados se plantearon algunas preguntas de investigación cómo el saber si en años más recientes el comportamiento de la discriminación y su afectación era semejante, esto relacionado a los avances legales en materia de no discriminación por preferencia sexual que se han presentado en nuestro país. Otra cuestión era conocer el comportamiento de la discriminación y violencia, así como sus efectos en población que ya se auto identificaba como gay, homosexual o bisexual (una de las limitantes del primer estudio fue que las baterías de preguntas no incluían una o varias preguntas para indagar la orientación sexual). Finalmente, ampliar los rangos de edad de los participantes del estudio.

Para resolver estas preguntas, fue analizada una base de datos del proyecto llamado “Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México 2015”. Este proyecto tenía un alcance más amplio, ya que abordaba también a otras poblaciones (mujeres lesbianas y bisexuales, intersexuales, personas trans e intersexuales), pero dado a lo anterior, se tomó la decisión de indagar en específico a la población de hombres GHB.

Realizar estas dos investigaciones permitió tener un contexto más amplio del fenómeno de la discriminación y violencia que enfrentan estas poblaciones, sus transformaciones y sus afectaciones a la salud mental. Si bien es cierto, los resultados de las investigaciones para esta tesis muestran a la población de hombres GHB como la más afectada, no se podría generalizar que las mujeres es un grupo menos afectado por el fenómeno de la discriminación.

Capítulo 4. Inequidades en salud mental asociadas a la orientación sexual

Objetivos específicos

1) Analizar el papel de moderador del sexo en la relación de la orientación sexual con la salud mental en adolescentes mexicanos. 2) Conocer si las experiencias de violencia en la familia y la escuela y las opiniones hacia la homosexualidad pueden actuar como variables mediadoras en la relación de la orientación sexual con la salud mental.

Abordaje metodológico

Se analizaron las bases de datos de las Encuestas Nacionales Sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia de Educación Media Superior (ENEIVEMS) realizadas en 2007, 2009 y 2013. La población de estudio fueron adolescentes que estudiaban en

escuelas de educación media superior de los sistemas federal, estatal y autónomo-privado de los 32 estados de la República Mexicana. El diseño de las tres encuestas fue transversal, probabilístico, estratificado y por conglomerados. Como marco muestral se utilizó el padrón de escuelas de nivel medio superior proporcionado por la Subsecretaría de Educación Media Superior de la Secretaría de Educación Pública. Este padrón incluye información geográfica y estadística de cada uno de los planteles escolares públicos correspondientes al nivel educativo. Las metodologías de las encuestas pueden ser consultadas en la sección de encuestas de la página web de la Subsecretaría de Educación Media Superior (83). Los tamaños de la población de las muestras originales son: para 2007 de 14,306, para 2009 de 9,274 y para 2013 de 1,478 personas. Los criterios de exclusión para el análisis del presente artículo fueron los siguientes: aquellas personas para las cuales no se contaba con información del sexo y la edad, cuando las personas fueron menores de 13 años y mayores a 20 años y cuando no fue posible identificar su orientación sexual por noviazgo o por relación sexual. Las muestras analíticas quedaron distribuidas de la siguiente manera: 13,136 personas para 2007; 8,977 personas para 2009 y 1,383 personas para 2013. El análisis se realizó utilizando solamente las variables que de las tres encuestas fueran compatibles. Las tres bases de datos fueron consolidadas en una sola, lo que permitió realizar análisis estratificados por sexo.

La implementación y análisis de las encuestas estuvieron a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública en los años 2007 y 2009 y de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en el año 2013. Para su implementación, además se contó con el consentimiento y asentimiento firmado por los padres y/o estudiantes participantes, según aplicara el caso.

Orientación sexual

Para analizar la orientación sexual, fueron conformadas de forma independiente dos variables: noviazgo del mismo sexo y relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Para la variable de noviazgo del mismo sexo, fueron utilizadas las preguntas

“¿Cuántos novios(as) has tenido en toda tu vida?” y “¿Tu novio(a) actual es de tu mismo sexo?”. A partir de las respuestas a estas preguntas se conformaron tres grupos: a) no ha tenido novio (NN), b) ha tenido novio(a) de distinto sexo (ND) y c) ha tenido novio(a) del mismo sexo (NMS). La variable relaciones sexuales con personas del mismo sexo fue formada analizando las preguntas “¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?” y “¿Has tenido relaciones con personas de tu mismo sexo?”. Con las respuestas de estas preguntas fue formada una variable con las siguientes opciones: a) no ha tenido relaciones sexuales (NHRS), b) ha tenido relaciones sexuales con personas de distinto sexo (RDS) y c) ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (RMS).

Variables mediadoras

Para analizar las experiencias de violencia en la familia de la población estudiantil, se realizaron preguntas relacionadas con el maltrato que alguna vez en la vida habían recibido por parte de alguna persona de su familia. En la encuesta del año 2013 las opciones de respuesta eran “sí” y “no”. En las encuestas de los años 2007 y 2009 existían cuatro opciones de respuesta, las cuales fueron dicotomizadas para hacerlas corresponder con las del año 2013: a) no ha experimentado, que incluye la opción “nunca” y b) sí ha experimentado, que incluye las opciones “pocas veces”, “regularmente” y “muchas veces”. Mediante el uso de análisis de componentes principales, se identificaron dos componentes: a) violencia familiar extrema (incluye siete preguntas como “¿te han quemado?” o “¿te han tratado de ahorcar o asfixiar?”) y b) violencia verbal y física (incluye cuatro preguntas como “¿te han insultado?” o “¿te han pegado con un cinturón, lazo, cable u objeto similar?”). Para cada factor se creó una variable a partir de la sumatoria del número de formas de violencia que reportaron los participantes.

Sobre las experiencias de violencia escolar, se indagaron las situaciones que la población estudiantil pudo haber experimentado en la relación con sus pares en la escuela en los últimos doce meses. En las encuestas de los años 2009 y 2013, se proporcionaban tres opciones de respuesta: a) “nunca”, b) “a veces” y c) “a

menudo”. Las opciones de la encuesta de 2007 eran las mismas más una adicional (“frecuentemente”), la cual se combinó con la opción “a menudo”. A través del análisis factorial fueron identificados tres componentes: a) violencia verbal y física (incluyó cinco variables como “me pegan” o “me han llamado por apodos que me ofenden o ridiculizan”), b) violencia psicológica (que incluyó cinco variables como “me han rechazado” o “me han insultado”) y c) violencia escolar extrema (que incluyó cinco variables como “me obligan con amenazas o conductas o situaciones de carácter sexual en las que no quiero participar” o “me amenazan con armas”). Los valores asignados a las opciones de respuesta fueron del 1 al 3. Posteriormente, se realizó la sumatoria de las respuestas a los eventos de violencia y se dividió por el número de variables incluidas en cada factor, lo que permitió crear una variable por cada uno de éstos.

El abuso sexual fue evaluado con la respuesta afirmativa a la pregunta: “¿Alguna vez alguien ha tocado tus genitales o te ha hecho cosas sexuales cuando tú no querías?”.

Para analizar las opiniones hacia la homosexualidad (considerando que estas pueden reflejar homofobia internalizada, esto es, cuando la población que tiene NMS o RSM tenga opiniones negativas hacia la homosexualidad), a la población estudiantil se le presentaron una serie de afirmaciones acerca de ciertos grupos y se le pedía posicionarse en el punto que mejor reflejará su opinión. Para las afirmaciones “se debería reconocer el derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente” y “despedir de su empleo a un maestro por ser homosexual es una violación a sus derechos”, las encuestas de 2007 y 2009 presentaron diferencias en las opciones de respuesta en comparación con la encuesta del 2013 cuyas opciones de respuesta eran: a) “nada de acuerdo”, b) “algo de acuerdo”, c) “bastante de acuerdo” y c) “totalmente de acuerdo”. En las encuestas del 2007 y 2009 para responder esta pregunta los entrevistados podían responder en una escala de 0 a 7; donde el valor más bajo correspondía a “ningún acuerdo” y el más alto a “máximo acuerdo”. Para tener correspondencia con la encuesta de 2013, los puntajes de los años anteriores fueron recodificados de la siguiente manera: a)

“nada acuerdo”: con puntuación de 0, b) “algo de acuerdo”: con puntuación de 1 a 3, c) “bastante de acuerdo”: con puntuación de 4 a 6 y d) “totalmente de acuerdo”: con puntuación de 7. Los valores de respuesta asignados para estas variables fueron del 1 al 4. Otra variable relacionada a la homofobia internalizada fue “¿Hasta qué punto te gustaría tener como compañero en la escuela a un alumno(a) homosexual?”. En las encuestas del 2007 y 2009 para responder esta pregunta los entrevistados podían responder una escala de 1 a 7; donde el valor más bajo correspondía a “me gustaría muy poco” y el más alto a “me gustaría mucho”. En la encuesta del año 2013 la escala para responder fue del 1 al 10, donde el valor más bajo correspondía a “no me gustaría” y el más alto a “me gustaría mucho”. Con el fin de hacer corresponder estas opciones con las opciones de las encuestas previas, los valores de las respuestas de esta variable para 2013, fueron ordenados en una escala del 1 al 7, quedando de la siguiente manera: a) 1: puntuación 1 y 2, b) 2: puntuación 3 y 4, c) 3: puntuación 5, d) 4: puntuación 6 y 7, e) 5: puntuación 8, f) 6: puntuación 9 y g) 7: puntuación 10.

Eventos de salud mental

La salud mental fue evaluada a través de los siguientes eventos: estado de ánimo, ideación e intento suicida y autoestima. Para indagar sobre el estado de ánimo, las encuestas utilizaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (84), que explora los pensamientos experimentados durante el último mes. A través de análisis factorial fue posible identificar dos grupos de preguntas: a) estado de ánimo negativo (que incluye doce variables como “creí que mi vida había sido un fracaso” o “tenía ganas de llorar”) y b) autoestima personal (que incluye tres variables como “pensé que valía tanto como otras personas” o “me sentí esperanzado(a) con respecto al futuro”). Las opciones de respuesta fueron “nunca”, “algunas veces”, “muchas veces” y “siempre”, a los que se les asignó valores de 1 a 4, los cuales posteriormente fueron sumados.

Para analizar la autoestima las personas participantes tenían que seleccionar una opción con la que se identificaran de acuerdo a una serie de frases que describían

formas de ser, pensar y de comportarse, esta sección de preguntas de las ENEIVEMS estuvo basada en la escala de Autoconcepto Forma A (85). Con el uso de análisis factorial fueron identificados tres componentes: a) autoestima relacionada con la familia (que incluye cinco preguntas como “me siento querido(a) por mis padres” o “me siento feliz en casa”), b) autoestima relacionada al entorno escolar (que incluye cuatro variables como “mis profesores me estiman” o “soy buen estudiante”) y c) autoconcepto negativo (que incluye seis variables como “es difícil para mí hacer amigos(as)” o “cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso(a)”). Las opciones de respuesta fueron “nunca”, “pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” y “siempre, con valores asignados del 1 a 5 y posteriormente los valores de cada respuesta fueron sumados.

La ideación suicida fue analizada con una respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas: “¿Has tenido la sensación de que no vale la pena vivir?”, “¿Has vivido situaciones ante las que has deseado dejar de existir?” y “¿Has pensado que vale más morir que vivir?”. El intento suicida se analizó cuando se respondió afirmativamente a las preguntas “¿Has intentado quitarte la vida?” o “¿Te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?”. Estas dos variables tuvieron como base la Escala de Okasha (86).

Otras covariables

Como variables confusoras se incluyeron la edad, el estado civil con las opciones: soltero(a), casado(a) y unión libre) y la ocupación (con las opciones: sólo estudia y estudia y trabaja) de la población entrevistada. También se incluyó la escolaridad del jefe(a) de familia, para lo cual en la mayoría de los casos correspondió a la escolaridad del padre del adolescente y cuando este no cohabitaba con el adolescente se utilizó la escolaridad de la madre. Las opciones para la escolaridad fueron las siguientes: hasta primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, técnico, licenciatura y posgrado o especialidad). Se crearon las siguientes regiones geográficas: norte (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa, Sonora, Coahuila, Durango, Nuevo León y Tamaulipas) occidente (San Luis Potosí,

Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas), centro (Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala) y sur (Guerrero, Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán). El año de la encuesta (2007, 2009 y 2013) también fue considerado como covariable.

Análisis estadístico

Fue utilizado el software estadístico *Stata* versión 13.1 para realizar el análisis estadístico. Tomando en cuenta el diseño de las ENEIVEMS, fueron utilizados los comandos de encuestas (*svy*) de STATA que permiten analizar datos de encuestas complejas realizando ajustes en los errores de muestreo de acuerdo con el diseño de éstas (87). Los ponderadores de cada año fueron divididos entre tres (por ser el número de encuestas que fueron combinadas), con lo cual las estimaciones obtenidas corresponderían a la población existente en el punto medio del periodo en estudio(88). Se realizaron análisis descriptivos de las variables a estudiar de los cuales se obtuvieron frecuencias relativas y absolutas (Tablas 4.1 y 4.2). Con la finalidad de comparar los grupos, se estimó la prueba de *Chi cuadrada* para variables categóricas y para variables continuas se estimaron las pruebas t de *Student* para muestras independientes.

Fueron realizados modelos de regresión logística y lineal en los que las variables dependientes fueron los eventos de salud mental y las independientes las relacionadas con la orientación sexual (Tabla 4.3). Los modelos fueron ajustados por las covariables. Para determinar si las experiencias de violencia actuaban como mediadoras de la relación de la orientación sexual con los eventos de salud se evaluó si las siguientes premisas se corroboraban (89,90): 1) las experiencias de violencia debían ser más altas en los adolescentes con NMS o con RMS; 2) los indicadores negativos de salud mental (e.g. ideación suicida) tendrían que ser más frecuentes en aquellos que habían tenido experiencias de violencia; mientras que lo contrario ocurriría con los indicadores positivos salud mental (e.g. autoestima), y 3) cuando las experiencias de violencia son incluidas en los modelos de regresión,

resulta una disminución en las estimaciones de asociación entre la orientación sexual y los eventos de salud mental. La segunda premisa solamente se evaluó para aquellos indicadores de salud que tuvieron diferencias por orientación sexual. Para la tercera premisa se estimaron modelos de regresión utilizando el comando *khb* (Karlson, Holm y Breen) (91) del paquete estadístico *Stata*, analizando solamente los indicadores de salud que tuvieron diferencias estadísticamente significativas por orientación sexual. El método *khb* es un caso particular de los métodos de descomposición general, dicho método recupera el grado en el que una variable mediadora (Z) explica la relación entre la variable de exposición (X) y la variable del evento (Y), de manera similar a un modelo de probabilidad no lineal. Además, el método puede descomponer el efecto tanto de variables continuas como discretas, puede ser usado para calcular el efecto marginal promedio y proporciona pruebas estadísticas determinadas analíticamente. En los modelos reducidos se estimó la posibilidad de presentar un evento de salud mental de acuerdo a la orientación sexual (por noviazgo o relaciones sexuales). Los modelos completos incluyeron las variables mediadoras que tuvieron diferencias estadísticamente significativas por orientación sexual. Las covariables fueron incluidas como confusores de efecto. Se estimaron modelos de regresión logística para el caso de la ideación y el intento de suicidio y modelos de regresión lineal para ánimo negativo, autoestima personal, autoestima relacionada con el entorno escolar y autoconcepto negativo. Todos los análisis fueron estratificados por sexo.

Resultados

El 4.8% (n=429) de los hombres y 5.2% (n=592) de las mujeres reportaron haber tenido NMS, mientras que 3% (n=266) de los hombres y 0.7% (n=94) de las mujeres tuvo RSM.

Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 4.1. La mayoría de la población adolescente se encontraba predominantemente entre los 16 y 17 años de edad y estudiaba solamente. Conforme aumentaba la edad, eran mayores las proporciones de personas que tenían relaciones de noviazgo y de tipo sexual, tanto

en hombres como en mujeres. La población de hombres que han tenido un noviazgo con personas de su mismo sexo se encontró en mayor proporción cuando la escolaridad del (la) jefe(a) de familia era alta. Existió un incremento del año 2007 al año 2013, en las proporciones de hombres y mujeres que tuvieron NMS y en hombres que tuvieron RMS.

Las diferencias en eventos de salud mental de acuerdo a la orientación sexual, se muestran en la tabla 4.2. En comparación con los hombres y mujeres que NN, NDS, NHRS y RDS, las personas que habían tenido NMS y RMS, presentaron mayores prevalencias de ideación e intento suicida, respectivamente (ideación suicida en hombres NM 24.3% y en mujeres NM 39%; ideación suicida en hombres RMS 33.3% y en mujeres RMS 47.2%; intento suicida en hombres NM 8.4% y en mujeres NM 13.4%; intento suicida en hombres RMS 11.2% y en mujeres RMS 22.3%). Se presentaron puntuaciones más altas de ánimo negativo en las mujeres que habían tenido NMS ($M^4=1.97$), así como en los hombres ($M=1.79$) y mujeres ($M=2.22$) que tuvieron RMS respecto a sus contrapartes. En autoestima personal, se presentaron mayores puntajes en el grupo de hombres que tuvieron NMS ($M=2.45$). Los hombres que tuvieron RMS presentaron menor puntuación en la autoestima relacionada con la familia ($M=2.59$).

En la tabla 4.3 se reporta la asociación entre los eventos de salud mental y la orientación sexual de acuerdo al sexo. Tomando en cuenta que el grupo de comparación fueron las personas que habían tenido NDS y las personas que tuvieron RDS. En los hombres que tuvieron NMS se encontró una asociación estadísticamente significativa con la ideación ($RM^5= 1.77$) e intento suicida ($RM=2.64$), el ánimo negativo ($B^6=0.17$), autoestima personal ($B=0.42$) y el autoconcepto negativo ($B=0.20$). En las mujeres que tuvieron NMS, se encontró una asociación con la ideación suicida ($RM=1.69$) y el ánimo negativo ($RM=1.51$). En los hombres que tuvieron RMS se encontró una asociación estadísticamente significativa con la ideación ($RM= 2.25$) e intento suicida ($RM= 2.86$), ánimo negativo

⁴ M= media

⁵ Razón de momios

⁶ B= coeficiente de regresión lineal

($B= 0.17$), autoestima personal ($B=0.35$), autoestima relacionada con la familia ($B=-0.42$) y el autoconcepto negativo ($B= 0.25$).

Las diferencias en violencia y opiniones hacia la homosexualidad según la orientación sexual, se encuentran en la tabla 4.4. Con respecto al abuso sexual, se encontraron mayores proporciones de haberlo presentado en hombres (16.2%) y mujeres (12.4%) que han tenido NMS, así como en hombres (24.9%) y mujeres (27.6%) que tuvieron RMS en comparación con los otros grupos. Los hombres que tuvieron NMS y RMS, presentaron mayor puntaje de violencia escolar extrema ($M=1.16$ y $M=1.18$). En comparación con los otros grupos, los hombres que tuvieron NMS y RMS presentaron mayor puntaje en la violencia verbal y física y psicológica relacionadas al entorno escolar. En los hombres y mujeres que habían tenido NMS o RMS hubo una mayor aceptación del matrimonio entre personas del mismo sexo (en hombres NMS $M= 2.74$ y en hombres RMS $M=2.92$; en mujeres NMS $M=2.93$ y en mujeres RMS $M=3.24$) y de tener un compañero(a) homosexual en la escuela (en hombres NMS $M= 4.84$ y en hombres RMS $M=5.43$; en mujeres NMS $M=5.13$ y en mujeres RMS $M=5.55$).

La asociación de las experiencias de violencia y las opiniones hacia la homosexualidad con los eventos de salud se presentan en la tabla 3.5. Los puntajes más altos se presentaron en la asociación de las experiencias de discriminación y violencia en el caso de los hombres, con el intento suicida y en las mujeres en la relación con la ideación suicida. En los hombres el abuso sexual, la violencia escolar extrema, verbal y física y psicológica estuvieron asociadas con mayor probabilidad de intento e ideación suicida, niveles altos de ánimo negativo y autoconcepto negativo, así como con menores niveles de autoestima relacionada con la familia. La violencia escolar verbal y física y la psicológica se asociaron con niveles altos de autoestima personal. La violencia familiar verbal y física se relacionó con mayores niveles de autoconcepto negativo. Opiniones positivas hacia la homosexualidad se asociaron con niveles altos de autoestima personal y niveles bajos de autoestima relacionada con la familia. Los adolescentes que estaban de acuerdo con el derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente tuvieron mayor probabilidad de

ideación suicida y niveles más altos de ánimo negativo. Estar en contra de despedir de su empleo a un maestro por ser homosexual se asoció con niveles altos de ánimo negativo; mientras que el agrado por tener un compañero en la escuela que sea homosexual se asoció con mayor posibilidad de intento suicida. En las mujeres, existió asociación del abuso sexual con la ideación suicida y el ánimo negativo. Los tres tipos de violencia escolar, la violencia familiar verbal y física y las opiniones positivas hacia la homosexualidad (excepto la relacionada con el despedir a un maestro por ser homosexual), estuvieron asociadas con tener ánimo negativo. El estar de acuerdo con el derecho de las parejas homosexuales a casarse estuvo asociado con la ideación suicida.

Los resultados de los modelos de mediación son presentados en la tabla 3.6. Entre hombres que tuvieron NMS o RMS, las experiencias de violencia y las opiniones hacia la homosexualidad explicaron las diferencias en ideación e intento suicida, ánimo negativo, autoestima personal y autoconcepto negativo. Entre mujeres que tuvieron NMS, solamente explicaron las diferencias en el ánimo negativo. Esto es, si los grupos (NDS vs NMS o RDS vs RMS) tuvieran la misma posibilidad de estar expuestos a los mediadores, las diferencias en la frecuencia del evento de salud mental no serían estadísticamente significativas. Las variables que en mayor medida explicaron las diferencias en los hombres son las relacionadas con la violencia escolar, el abuso sexual y una actitud positiva hacia la homosexualidad, mientras que en las mujeres fueron una actitud positiva ante la homosexualidad y el abuso sexual.

Discusión

La finalidad del estudio fue evaluar las diferencias en salud mental asociadas con la orientación sexual, además de analizar el papel del sexo como modificador de efecto y de la violencia y las opiniones hacia la homosexualidad como variables mediadoras. En comparación con los adolescentes que tuvieron algún tipo de relación heterosexual, los adolescentes que tuvieron NMS o RMS presentaron mayor posibilidad de experimentar eventos de violencia y de tener eventos de salud

mental adversos. Existieron diferencias entre sexos (tanto con la variable de noviazgo como con la de relaciones sexuales), ya que entre los hombres existieron más disparidades que entre las mujeres. Los resultados sugieren que las experiencias de violencia y las opiniones hacia la homosexualidad pueden ser mediadores en la relación entre orientación sexual y la mayoría de los eventos de salud en los hombres; mientras que en las mujeres solamente explicaron las diferencias en el ánimo negativo de acuerdo a la orientación sexual definida por el noviazgo.

En los hombres las diferencias de eventos en salud por orientación sexual de acuerdo al noviazgo fueron explicadas principalmente por la violencia escolar y las opiniones hacia la homosexualidad. En el caso de las diferencias por orientación sexual definida por las relaciones sexuales, las principales variables mediadoras fueron la violencia escolar y el abuso sexual, así como la actitud positiva hacia la homosexualidad. Incluso, en varios casos las diferencias en salud mental por orientación sexual desaparecían por completo cuando las experiencias de violencia fueron introducidas en los modelos, lo cual significaría que los adolescentes homo- y bi-sexuales podrían tener los mismos niveles de salud mental que sus contrapartes heterosexuales si no sufrieran los niveles más altos de violencia a los que están expuestos. La vivencia de violencia influye de manera negativa en la salud mental de las personas, más aún cuando se trata de grupos que no cumplen con la heteronormatividad, sobre todo en el caso de los varones que tienen RSM o NMS (26,54). A pesar de que, en el presente estudio, no se reporta que la vivencia de violencia fue por causa de la orientación sexual, al encontrarse en mayor proporción en los grupos no heterosexuales, se plantea la hipótesis de una posible relación entre ambas variables. Por ello es probable que los problemas de salud mental en la población no heterosexual no son *per se* por causa de su orientación sexual, sino por la mediación de la violencia que experimentan por transgredir el *statu quo* de la heteronormatividad.

Al analizar las diferencias de las experiencias de violencia de acuerdo a la orientación sexual, los niveles de violencia escolar fueron notoriamente más altos

en los hombres que tuvieron NMS o RMS en comparación con los otros grupos de estudio. Tanto en México (92) como en otros países se han encontrado resultados semejantes en encuestas por conveniencia o probabilísticas (93,94). Las proporciones de abuso sexual fueron mayores en hombres que tuvieron NMS y RMS en comparación con los hombres que tuvieron NDS y RDS. Resultados semejantes fueron encontrados en un meta-análisis de estudios realizados en escuelas de Estados Unidos, en donde los hombres pertenecientes a minorías sexuales (gays o bisexuales) presentaron 4.9 veces más la posibilidad de experimentar abuso sexual en comparación con los hombres que no pertenecían a las minorías sexuales (95). Las diferencias en los grupos de hombres que tuvieron NMS o RMS, hacen suponer una relación con el estigma de género, que incluye todos los procesos de estigmatización por no cumplir con la heteronormatividad. Un adolescente que tiene NMS es violentado verbal y psicológicamente por no cumplir con la norma hegemónica de tener un noviazgo heterosexual, lo que conlleva a que mantengan una posición subordinada en sus relaciones interpersonales y grupales (96).

A diferencia de lo ocurrido entre los hombres, en las mujeres solo se observó diferencia en el ánimo negativo entre mujeres que tuvieron NMS y sus contrapartes; es decir, en los otros indicadores de salud mental no existieron diferencias. Al igual que en otros estudios se encontró que las mujeres no heterosexuales, tenían diferencias en salud mental (81) en comparación con las mujeres heterosexuales, aunque en el presente estudio solamente el ánimo negativo se asoció en el grupo que tuvo NMS. Una primera explicación de las menores diferencias en salud mental entre las mujeres se puede relacionar con las experiencias de violencias: los hombres homosexuales presentan tasas más altas que los heterosexuales, mientras que entre mujeres lesbianas y heterosexuales las diferencias son menores o no existen.

En las mujeres una de las variables mediadoras más importantes fue el abuso sexual. En el presente estudio se encontró una mayor proporción de abuso sexual en mujeres no heterosexuales en comparación con las mujeres heterosexuales, lo

que concuerda con estudios de otros países (97). Una de las posibles causas de las tasas más altas de abuso sexual infantil entre las mujeres lesbianas, es la transgresión a los estereotipos de género (98). La relevancia de este hallazgo radica en que el abuso sexual ha sido relacionado como un predictor negativo de la salud mental(99).

En ambos sexos las opiniones positivas hacia la homosexualidad resultaron ser posibles variables que explican las disparidades asociadas a la orientación sexual respecto a ideación e intento suicida, ánimo negativo y autoestima personal. Estos son resultados contrarios a lo esperado, ya que la homofobia internalizada (que se vería reflejada en tener una actitud negativa hacia la homosexualidad) tiene consecuencias negativas en la salud mental (100,101). Resulta paradójico que las personas que tienen más experiencias de violencia también tengan opiniones más positivas hacia la homosexualidad; una posible explicación de esta paradoja es que las personas que tienen NMS o RMS y que tienen mayor aceptación hacia la homosexualidad podrían tener mayor auto-aceptación y ser socialmente más visibles. El asumir públicamente una orientación sexual no heterosexual está relacionado a la exposición de experiencias de violencia (95,96), lo que podría conllevar a experimentar problemas de salud mental. En mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales de EE.UU. se reportó que si una mujer bisexual o lesbiana había revelado su orientación sexual, tenían mayor probabilidad de tener o haber tenido problemas de salud mental (82). Al mismo tiempo, esas personas pueden presentar niveles altos de autoestima personal pues son individuos que tienden a tener una actitud positiva ante situaciones adversas, es decir, tienden a tener más resiliencia (96). Esto es, las personas violentadas no se mantienen estáticas ante estos estímulos negativos, éstas pueden hacer uso de estrategias, como las actitudes positivas ante la vida (relacionadas con la autoestima personal) para hacerles contrapeso.

Con relación a las características sociodemográficas, la población de estudio tuvo un rango predominante de entre 16 y 17 años. Tal como se esperaba, las proporciones de personas que tenían relaciones con personas de su mismo sexo

eran mayores cuando las personas tenían mayor edad, situación que puede estar relacionada con el desarrollo de la identidad asociada a la orientación sexual. Este comportamiento también se observó en los diferentes años en los que se realizó la encuesta. Un hallazgo interesante es que en el último año (2013) se presentó casi el doble de personas en comparación con el primer año en el que fue implementada la encuesta. Para el año 2013, ya existían en México avances en materia legal sobre el derecho a la no discriminación, lo cual pudo haber influido en un contexto de mayor apertura para responder las preguntas de la encuesta que abordaban el noviazgo o la relación sexual con personas del mismo sexo.

Se ha encontrado que hay una subestimación de la población no heterosexual cuando solamente se reporta comportamiento sexual (102) ya que hay adolescentes que aún no inician su vida sexual y por otro lado, existe mayor reporte de eventos de violencia cuando solamente se indaga identidad (95), ya que las personas pueden tener una mayor capacidad de percibirlos. Nuestro estudio indagó dos formas de clasificar la orientación sexual: prácticas sexuales y noviazgo, la primera que aborda el comportamiento sexual y la segunda la atracción sexual (103). De este modo, el contar con dos indicadores de la orientación sexual es una fortaleza de este estudio. Otra de las fortalezas es que las tres encuestas fueron representativas a nivel nacional lo que permite extrapolar los resultados a la población estudiantil de educación media superior.

Algunas de las limitaciones de esta investigación son que las experiencias de violencia no midieron directamente la vivencia homofóbica. Sin embargo, los adolescentes que no cumplían con la heteronorma (por noviazgo o relación sexual) con más frecuencia tenían experiencias de violencia, lo que hace suponer que dicho exceso de violencia pudiera ser derivado de las sanciones a las que son acreedores por transgredir las normas dominantes. Otra de las limitantes del estudio son los tamaños de muestra reducidos de las personas que tuvieron NMS y RDS, situación especialmente clara en las mujeres. Sin embargo, al consolidar en una base los datos de las tres encuestas se contó con muestras que permitieron detectar diferencias significativas entre grupos de sexo y orientación sexual. Finalmente, a

pesar de ser una fortaleza como se mencionó anteriormente, también se reconoce como debilidad la forma en la que se evaluó la orientación sexual. La limitante de los estudios originales de no indagar este tópico de forma adecuada, representa un reto a incluir en próximas investigaciones. La evaluación de la orientación sexual debería incluir elementos como la atracción sexual, auto-identificación y el comportamiento sexual (103)

Tabla 4.1. Características sociodemográficas de acuerdo al sexo y la orientación sexual

	Noviazgo								Relaciones sexuales							
	Hombres				Mujeres				Hombres				Mujeres			
	NN	ND	NMS	p	NN	ND	NMS	p	NHRS	RDS	RMS	p	NHRS	RDS	RMS	p
n	1,573	8,530	429		1,682	9,840	592		7,250	3,292	266		10,267	2,003	94	
Edad	%	%	%		%	%	%		%	%	%		%	%	%	
De 14 a 15 años	15.6	81.5	2.9	0.000	16.6	79.4	4.0	0.001	78.5	20.7	0.8	0.000	90.4	9.2	0.4	0.000
16 años	8.7	87.3	4.0		11.3	85.1	3.6		68.6	28.7	2.7		82.1	16.9	0.9	
17 años	11.4	83.2	5.3		11.3	82.5	6.2		59.0	37.9	3.1		72.7	26.8	0.6	
De 18 a 19 años	7.4	85.5	7.1		9.8	82.5	7.7		43.2	51.5	5.3		63.5	36.0	0.6	
Ocupación																
Sólo estudia	11.1	84.1	4.8	0.676	13.1	81.4	5.5	0.000	65.6	31.4	3.0	0.000	78.6	20.8	0.6	0.000
Estudia y trabaja	9.8	85.2	5.0		7.2	88.8	4.0		53.3	43.5	3.2		69.6	29.5	0.9	
Escolaridad jefe(a) de familia																
Hasta primaria	14.5	80.9	4.6	0.000	14.2	82.4	3.4	0.025	65.0	31.6	3.4	0.254	80.6	19.0	0.4	0.007
Secundaria	9.5	86.9	3.6		10.3	82.0	7.7		64.7	32.3	2.9		78.1	21.6	0.3	
Bachillerato	7.6	88.3	4.1		12.1	82.8	5.0		58.8	38.6	2.7		72.7	26.3	1.0	
Licenciatura o más	12.3	80.2	7.4		12.1	82.8	5.1		61.0	36.1	3.0		78.0	21.0	1.0	
Zonas																
Norte	9.0	85.8	5.2	0.178	12.6	81.4	6.0	0.097	61.9	34.5	3.6	0.834	80.5	19.0	0.6	0.000
Occidente	10.4	85.9	3.7		11.5	84.4	4.1		63.1	34.8	2.1		73.3	25.2	1.5	
Centro	12.8	83.1	4.1		9.7	84.0	6.3		61.3	35.5	3.3		72.0	27.8	0.2	
Sur	11.4	82.2	6.4		14.7	81.0	4.4		62.3	34.9	2.8		82.2	17.6	0.2	
Año de la encuesta																
2007	16.6	79.3	4.2	0.000	15.5	79.0	5.2	0.002	67.2	30.5	2.3	0.004	84.1	15.1	0.8	0.000
2009	10.4	86.5	3.0		10.9	85.5	3.6		61.5	36.5	2.0		79.2	20.2	0.6	
2013	9.4	83.6	7.0		12.2	80.7	7.1		61.5	34.4	4.0		73.1	26.3	0.6	

NN, no ha tenido noviazgos; ND, noviazgo de diferente sexo; NMS, noviazgo del mismo sexo; NHRS, no ha tenido relaciones sexuales; RDS, relaciones sexuales con personas de distinto sexo; RMS, relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

Tabla 4.2. Diferencias en eventos de salud mental de acuerdo al sexo y la orientación sexual

	Noviazgo								Relaciones sexuales							
	Hombres				Mujeres				Hombres				Mujeres			
	NN	ND	NMS	p	NN	ND	NMS	p	NHRS	RDS	RMS	p	NHRS	RDS	RMS	p
%	%	%		%	%	%		%	%	%		%	%	%		
Ideación suicida																
No	84.3	83.7	75.7	0.100	78.7	71.2	61.0	0.000	86.1	81.4	66.7	0.000	74.7	64.2	52.8	0.000
Sí	15.7	16.3	24.3		21.3	28.8	39.0		13.9	18.6	33.3		25.3	35.8	47.2	
Intento Suicida																
No	97.3	96.5	91.6	0.054	95.5	90.7	86.6	0.011	97.7	95.3	88.8	0.000	93.1	86.7	77.7	0.000
Sí	2.7	3.5	8.4		4.5	9.3	13.4		2.3	4.7	11.2		6.9	13.3	22.3	
	M	M	M		M	M	M		M	M	M		M	M	M	
Ánimo negativo	1.60	1.62	1.77		1.68 ^{ab}	1.86 ^a	1.97 ^b		1.58 ^{ab}	1.66 ^a	1.79 ^b		1.78 ^{ab}	1.96 ^a	2.22 ^b	
Autoestima personal	2.24 ^b	2.18 ^c	2.65 ^{bc}		2.16 ^{ab}	2.31 ^a	2.45 ^b		2.21 ^b	2.21 ^{bc}	2.59 ^c		2.28	2.35	2.64	
Autoestima - familia	3.91	3.92	3.76		4.08	3.92	3.86									
									3.96 ^b	3.88 ^c	3.41 ^{bc}		3.99	3.86	3.56	
Autoestima - escolar	3.38 ^a	3.22 ^a	3.38		3.62 ^{ab}	3.35 ^a	3.35 ^b		3.33 ^a	3.18 ^a	3.22		3.45	3.34	3.37	
Autoconcepto negativo	2.27 ^a	2.08 ^a	2.30		2.32	2.26	2.35		2.11 ^b	2.09 ^c	2.36 ^{bc}		2.27	2.30	2.22	

NN, no ha tenido noviazgos; ND, noviazgo de diferente sexo; NMS, noviazgo del mismo sexo; NHRS, no ha tenido relaciones sexuales; RDS, relaciones sexuales con personas de distinto sexo; RMS, relaciones sexuales con personas del mismo sexo. M, media. Mismos súper índices indican que los intervalos de confianza no se traslapan.

Tabla 4.3. Modelos de regresión logística y lineal para evaluar la asociación entre los eventos de salud mental y la orientación sexual de acuerdo al sexo

Variables	Noviazgo				Relaciones sexuales			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	NMS RM	IC	NMS RM	IC	RMS RM	IC	RMS RM	IC
Ideación suicida								
Crudo	1.64	0.99, 2.73	1.57	1.06, 2.33	2.18	1.21, 3.90	1.60	0.68, 3.74
Ajustado	1.77	1.05, 3.00	1.69	1.12, 2.55	2.25	1.23, 4.10	1.59	0.63, 4.03
Intento suicida								
Crudo	2.54	1.13, 5.72	1.50	0.91, 2.49	2.57	1.13, 5.84	1.87	0.69, 5.05
Ajustado	2.64	1.15, 6.03	1.51	0.91, 2.50	2.86	1.25, 6.53	1.82	0.67, 4.94
	B		B		B		B	
Ánimo negativo								
Crudo	0.14	0.00, 0.28	0.11	0.00, 0.22	0.13	-0.03, 0.30	0.25	-0.02, 0.54
Ajustado	0.17	0.03, 0.31	0.15	0.04, 0.26	0.17	0.0, 0.34	0.23	-0.07, 0.53
Autoestima personal								
Crudo	0.46	0.25, 0.67	0.13	-0.03, 0.30	0.38	0.11, 0.66	0.29	-0.04, 0.63
Ajustado	0.42	0.20, 0.64	0.14	-0.0, 0.30	0.35	0.06, 0.64	0.25	-0.10, 0.60
Autoestima- familia								
Crudo	-0.15	-0.38, 0.07	-0.06	-0.21, 0.09	-0.46	-0.73, 0.20	-0.30	-0.70, 0.10
Ajustado	-0.12	-0.35, 0.10	-0.06	-0.22, 0.08	-0.42	-0.69, -0.15	-0.25	-0.64, 0.13
Autoestima - escolar								
Crudo	0.15	-0.03, 0.34	-0.00	-0.15, 0.15	0.03	-0.16, 0.24	0.03	-0.38, 0.20
Ajustado	0.07	-0.19, 0.27	-0.04	-0.20, 0.10	-0.03	-0.25, 0.17	0.09	-0.33, 0.52
Autoconcepto negativo								
Crudo	0.21	0.02, 0.40	0.08	-0.05, 0.23	0.27	0.06, 0.48	-0.08	-0.5, 0.34
Ajustado	0.20	0.00, 0.40	0.09	-0.05, 0.23	0.25	0.03, 0.47	-0.10	-0.55, 0.34

NN, no ha tenido noviazgos; ND, noviazgo de diferente sexo; NMS, noviazgo del mismo sexo; NHRS, no ha tenido relaciones sexuales; RDS, relaciones sexuales con personas de distinto sexo; RMS, relaciones sexuales con personas del mismo sexo. RM, razón de momios. B= coeficiente de regresión lineal. IC, intervalos de confianza al 95%. Modelos ajustados por edad, estado civil, ocupación del entrevistado, escolaridad del jefe(a) de familia, zona geográfica y año de la encuesta.

Tabla 4.4. Diferencias en experiencias de violencia y opiniones hacia la homosexualidad de acuerdo al sexo y la orientación sexual

	Noviazgo								Relaciones sexuales							
	Hombres				Mujeres				Hombres				Mujeres			
	NN	ND	NMS	p	NN	ND	NMS	p	NHRS	RDS	RMS	p	NHRS	RDS	RMS	p
%	%	%		%	%	%		%	%	%		%	%	%		
Abuso sexual	3.0	6.4	16.2	0.000	4.8	8.3	12.4	0.040	3.8	8.9	24.9	0.000	5.7	14.4	27.6	0.000
	M	M	M		M	M	M		M	M	M		M	M	M	
Violencia familiar																
Extrema	0.04	0.03	0.02		0.01	0.02	0.05		0.03	0.04	0.03		0.02	0.04	0.02	
Verbal y física	0.29	0.30	0.27		0.24 ^a	0.33 ^a	0.30		0.28	0.32	0.28		0.28 ^{ab}	0.38 ^a	0.44 ^b	
Violencia escolar																
Extrema	1.04 ^b	1.04 ^c	1.16 ^{bc}		1.02	1.03	1.04		1.04 ^b	1.05 ^c	1.18 ^{bc}		1.03	1.05	1.05	
Verbal y física	1.24 ^b	1.25 ^c	1.38 ^{bc}		1.14	1.17	1.19		1.23 ^b	1.28	1.40 ^b		1.16	1.19	1.16	
Psicológica	1.35	1.35 ^c	1.48 ^c		1.29	1.31	1.29		1.34	1.36	1.41		1.28 ^a	1.37 ^a	1.25	
Opinión acerca de la homosexualidad																
Derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente.	1.93 ^b	2.05 ^c	2.74 ^{bc}		2.36 ^b	2.53 ^c	2.93 ^{bc}		1.99 ^{ab}	2.15 ^{ac}	2.92 ^{bc}		2.49 ^{ab}	2.66 ^{ac}	3.24 ^{bc}	
Despedir de su empleo a un maestro por ser homosexual es una violación a sus derechos	2.19	2.12	2.11		2.53 ^a	2.26 ^a	2.19		2.13	2.11	2.01		2.28	2.33	2.55	
Tener como compañero en la escuela a un alumno(a) homosexual	3.16 ^b	3.25 ^c	4.84 ^{bc}		4.57 ^b	4.68 ^c	5.43 ^{bc}		3.31 ^d	3.41 ^c	5.13 ^{bc}		4.61 ^{ab}	5.10 ^a	5.55 ^b	

NN, no ha tenido noviazgos; ND, noviazgo de diferente sexo; NMS, noviazgo del mismo sexo; NHRS, no ha tenido relaciones sexuales; RDS, relaciones sexuales con personas de distinto sexo; RMS, relaciones sexuales con personas del mismo sexo. M, media. Mismos súper índices indican que los intervalos de confianza no se traslapan.

Tabla 4.5. Modelos de regresión lineal y logística para evaluar la asociación entre los eventos de salud mental y las experiencias de violencia y opiniones hacia la homosexualidad

	Hombres												Mujeres			
	Ideación suicida		Intento suicida		Ánimo negativo		Autoestima personal		Autoestima- familia		Autoconcepto negativo		Ideación suicida		Ánimo negativo	
	RM	IC 95%	RM	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	RM	IC 95%	B	IC 95%
Abuso sexual	2.84	1.94, 4.17	4.04	2.26, 7.24	0.21	0.08, 0.33	0.04	-0.12, 0.19	-0.60	-0.77, -0.43	0.21	0.10, 0.32	3.99	2.99, 5.34	0.40	0.31, 0.49
Violencia familiar																
Extrema	2.78	1.41, 5.50	7.17	3.25, 15.89	0.02	-0.21, 0.26	-0.55	-0.85, -0.25	-1.16	-1.63, -0.69	0.15	-0.11, 0.41	3.17	1.32, 7.60	0.08	-0.22, 0.38
Verbal y física	4.22	3.09, 5.76	7.07	3.67, 13.63	0.40	0.33, 0.47	0.29	0.18, 0.41	-0.47	-0.60, -0.34	0.23	0.14, 0.33	7.43	5.72, 9.65	0.61	0.54, 0.68
Violencia escolar																
Extrema	2.44	1.47, 4.06	5.83	2.90, 11.70	0.39	0.21, 0.57	0.01	-0.23, 0.24	-0.59	-0.89, -0.28	0.49	0.29, 0.69	2.63	1.43, 4.83	0.33	0.13, 0.54
Verbal y física	2.75	2.00, 3.79	4.90	2.94, 8.17	0.48	0.38, 0.57	0.14	0.01, 0.27	-0.51	-0.68, -0.35	0.39	0.26, 0.52	4.40	3.07, 6.29	0.62	0.52, 0.73
Psicológica	3.23	2.42, 4.3	5.52	3.50, 8.69	0.45	0.38, 0.52	0.15	0.04, 0.25	-0.43	-0.55, -0.31	0.32	0.21, 0.43	4.07	3.12, 5.31	0.57	0.50, 0.63
Opinión acerca de la homosexualidad																
Derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente.	1.11	1.00, 1.22	1.13	0.92, 1.37	0.06	0.04, 0.08	0.11	0.07, 0.14	0.07	0.04, 0.11	0.02	-0.01, 0.05	1.16	1.08, 1.25	0.05	0.03, 0.07
Despedir de su empleo a un maestro por ser homosexual es una violación a sus derechos	1.08	0.99, 1.17	0.96	0.80, 1.15	0.03	0.01, 0.05	0.10	0.07, 0.13	0.03	0.00, 0.06	0.00	-0.02, 0.03	1.02	0.95, 1.08	0.00	-0.01, 0.02
Tener como compañero en la escuela a un alumno(a) homosexual	1.05	0.99, 1.10	1.14	1.03, 1.26	0.01	-0.00, 0.02	0.04	0.02, 0.06	0.03	0.01, 0.05	0.01	-0.01, 0.02	1.04	1.00, 1.08	0.02	0.01, 0.03

RM, razón de momios. B= coeficiente de regresión lineal. IC, intervalos de confianza al 95%.

Tabla 4.6. Modelos de regresión que explican la mediación de las experiencias de violencia y las opiniones hacia la homosexualidad en los eventos de salud

	Hombres												Mujeres				
	Ideaación suicida		Intento suicida		Ánimo negativo		Autoestima personal		Autoconcepto negativo		Autoestima- Familia		Ideaación suicida		Ánimo negativo		
	RM	IC 95%	RM	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	RM	IC 95%	B	IC 95%	
Estimaciones para NMS																	
Reducido	1.75	1.02, 3.02	2.62	1.10, 6.20	0.17	0.30, 0.31	0.36	0.16, 0.56	0.17	-0.15, 0.35			1.58	1.06, 2.35	0.19	0.09, 0.29	
Completo	1.17	0.68, 2.02	1.38	0.58, 3.30	0.03	-0.10, 0.18	0.23	0.02, 0.43	0.06	-0.12, 0.25			1.41	0.95, 2.10	0.15	0.05, 0.25	
Diferencia	1.49	1.23, 1.82	1.89	1.42, 2.51	0.13	0.07, 0.18	0.13	0.07, 0.18	0.10	0.04, 0.16			1.11	0.99, 1.26	0.04	0.01, 0.07	
Contribución de variable	%		%		%		%		%		%		%		%		
Abuso sexual	12.33		8.08		5.00				10.16				13.34		8.15		
Violencia escolar extrema	6.35		10.80						19.09								
Violencia escolar verbal y física	6.81		6.30		18.02		0.95		16.31								
Violencia escolar psicológica	24.52		17.12		28.99		5.27		17.34								
Derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente.	10.46				25.30		17.95						11.06		9.04		
Tener como compañero en la escuela a un alumno(a) homosexual	11.21		23.82				11.79								4.09		
Estimaciones para RSM	RM	IC 95%	RM	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%	B	IC 95%					
Reducido	2.31	1.26, 4.22	2.80	1.21, 6.45	0.18	0.00, 0.36	0.22	-0.02, 0.48	0.15	-0.03, 0.34	-0.43	-0.72, -0.15					
Completo	1.58	0.85, 2.92	1.51	0.64, 3.56	0.06	-0.11, 0.25	0.19	-0.14, 0.36	0.04	-0.13, 0.23	-0.35	-0.65, -0.06					
Diferencia	1.46	1.20, 1.76	1.85	1.37, 2.48	0.11	0.06, 0.17	0.11	0.06, 0.17	0.10	0.04, 0.16	-0.07	-0.17, 0.01					
Contribución de variable	%		%		%		%		%		%		%		%		
Abuso sexual	19.14		14.53		14.73				24.95		20.28						
Violencia escolar extrema	13.05		21.02		26.03				42.67		15.30						
Violencia escolar verbal y física																	
Violencia escolar psicológica																	
Derecho de las parejas homosexuales a casarse legalmente.	3.95				23.84		26.31				-10.90						
Tener como compañero en la escuela a un alumno(a) homosexual	9.09		24.12				25.31				-6.50						

NMS, noviazgo del mismo sexo; RMS, relaciones sexuales con personas del mismo sexo. RM, razón de momios. B, coeficiente de regresión lineal. % contribución de las variables mediadoras al riesgo de NM o RSM. Grupos de referencia: noviazgos o personas que tuvieron relaciones con personas de distinto sexo. Los modelos reducidos no incluyen las variables mediadoras, los modelos completos incluyen las variables mediadoras. Todos los modelos fueron ajustados por edad, estado civil, ocupación del entrevistado, escolaridad del jefe(a) de familia, zona geográfica y año de la encuesta.

Capítulo 5. Impacto de las violencias evidentes y sutiles en la salud mental de hombres gay, homosexuales y bisexuales de México

Objetivos específicos

Describir las frecuencias de experiencias de discriminación y violencia evidentes y sutiles por orientación sexual en hombres GHB de México y analizar la relación entre dichas circunstancias con la salud mental.

Abordaje metodológico

Se realizó una encuesta transversal con una muestra por conveniencia de personas LGBTQ de México. La información se recabó para el “Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México 2015”, proyecto encaminado a documentar la situación de esta población. Se implementó una encuesta auto administrada en la plataforma web *Surveygizmo* de febrero a septiembre de 2015. Los datos de 6,052 hombres GBH fueron recolectados durante este período. Después de eliminar los registros incompletos y de menores de 15 años de edad, la muestra analítica fue de 4,938 GHB que residían en la República Mexicana al momento del estudio. El proyecto de investigación estuvo coordinado por el autor de esta tesis como parte de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, además contó con la colaboración de la organización no gubernamental Inspira Cambio A.C. La difusión de la encuesta se hizo a través de redes sociales como Facebook y Twitter, también en medios electrónicos para hombres GHB (e.g. Manhunt), asociaciones civiles (e.g. Letra S) y sitios web de noticias. La encuesta tuvo difusión nacional y hubo participantes todos los estados de México.

Los aspectos científicos y éticos del proyecto fueron aprobados por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X. Al inicio de la encuesta, a los participantes se les presentaba la información de la investigación, incluido el objetivo, la confidencialidad de la información, el anonimato, la voluntariedad de la

participación y los datos de contacto para aclarar dudas o solicitar informes. Al final de estas declaraciones, los participantes podían dar clic en un botón que les daba la opción de continuar al resto de la encuesta, en caso contrario el participante podía cerrar la ventana con la encuesta. No se solicitó información personal que permitiera identificar a los participantes. Recientemente se ha discutido (104) la pertinencia del consentimiento de los padres de menores en investigaciones de bajo riesgo, sobre todo cuando éstos pertenecen a grupos vulnerados, como los adolescentes LGBT. El exigir el consentimiento de los padres podría conllevar a una escasa o nula participación, lo que podría implicar que las mismas investigaciones contribuyan a la continuación de inequidades, pues se excluye a quienes tienen más necesidades en salud (105). Es decir, el no contar con información sobre las experiencias de personas menores de edad LGBT, merma la posibilidad de emprender acciones para disminuir o eliminar desigualdades en salud en estas poblaciones. Retomando estos argumentos, se decidió incluir a menores de edad sólo con su asentimiento.

Discriminación y violencia

Se analizaron las experiencias de discriminación y violencia a causa de la orientación sexual que las personas vivieron alguna vez en la vida en seis espacios como en la familia, servicios de salud o espacios públicos. Los entrevistados tenían que indicar si en cada uno de esos espacios habían experimentado o no siete formas de discriminación o violencia (ver Tabla 5.2). En el caso del ámbito familiar, fueron indagadas además tres situaciones adicionales que estaban relacionadas con este ámbito como la obligación a asistir a cultos religiosos, servicios de psicología y el que les hayan dejado de hablar familiares. Las preguntas fueron desarrolladas en función de proyectos previos (58,106,107), así como del trabajo etnográfico realizado en tres ciudades de México. Además de formas tradicionales de violencia, se incluyeron 3 formas de discriminación y violencia sutiles: “Te hicieron sentir que debes ser más masculino”, “Te aceptan a ti, pero a tu pareja no” y no hablar sobre la orientación sexual “Sabes de tu orientación sexual, pero no quieren hablar de ello” (la obligación de apegarse a los estereotipos de género, no aceptar a la pareja). Con el fin de reducir las variables, se realizaron análisis de componentes principales de las diferentes formas de discriminación y violencia

experimentadas en cada espacio (ver Tabla 5.3). Cuando no se obtuvieron soluciones teóricamente interpretables, se recurrió a la rotación varimax. En la familia se identificaron dos factores: violencia verbal y física y violencia simbólica. En la escuela se hallaron dos factores: violencia verbal y física y negación. En el trabajo se identificaron dos factores: violencia verbal y simbólica y violencia física. En los servicios de salud se encontraron dos factores: violencia verbal y simbólica y violencia física. En los servicios de justicia, espacios privados y espacios públicos fue identificado un solo factor para cada rubro. Para cada sujeto se estimó una puntuación de Bartlett derivada de cada uno de los factores utilizando el comando *predict* del programa *Stata*.

Se conformaron variables dicotómicas para resumir si las personas habían o no experimentado al menos un tipo de discriminación o violencia de acuerdo con el espacio en el que fue recibida. Finalmente, se formó una variable que describe el número de espacios donde la persona fue discriminada, las opciones fueron: 1-2, 3-4 y 5-7 espacios.

Salud mental

Para evaluar la salud mental fueron evaluados los siguientes eventos: distrés psicológico (reacción que incrementa la carga de respuesta de un sujeto a eventos traumáticos o negativos), vitalidad (la sensación de una persona de sentirse viva y alerta), ideación e intento suicida. Se utilizó la sección de salud mental de la escala SF36 (108), que explora los pensamientos durante el último mes. Las opciones de respuesta fueron seis (de nunca a siempre), a las cuales se les dio un puntaje de 0 a 5. A través de análisis de componentes principales fue posible identificar dos grupos de preguntas: a) distrés (que incluye cinco variables como “te has sentido muy nervioso” o “te has sentido desanimado/triste”) y b) vitalidad (que incluye cuatro variables como “te has sentido lleno de vida” o “te has sentido feliz”). Se obtuvieron los puntajes Bartlett derivados de los dos factores. La ideación suicida fue analizada con una respuesta afirmativa a la pregunta “¿alguna vez has pensado seriamente en suicidarte?” y el intento de suicidio con la respuesta afirmativa a la pregunta “¿alguna vez has intentado suicidarte?” (109).

Covariables

La orientación sexual fue analizada mediante dos posibles opciones de auto identificación: “gay/homosexual” y “hombre bisexual”. Se crearon cinco categorías de edad (15-20, 21-25, 26-30, 31-45 y 45 años o más). El estado civil fue analizado con las siguientes opciones: soltero, algún tipo de unión (“Unión libre”, “Sociedad de convivencia o sociedad civil” y “Casado”), separado/divorciado y viudo. Se indagó tanto la escolaridad del participante como del jefe de familia, entendiendo al último como la persona con mayor contribución al ingreso familiar. El nivel educativo del participante fue clasificado en dos grupos: hasta preparatoria y licenciatura y/o posgrados. La escolaridad del jefe de familia se midió de la siguiente forma: hasta secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado. Se crearon cinco zonas geográficas clasificadas de la siguiente manera: norte, occidente, centro, sur y Distrito Federal (ahora Ciudad de México).

Análisis estadístico

Fue utilizado el software *Stata* versión 14.2 para el análisis estadístico. Se estimaron las frecuencias de cada categoría con el fin de analizar las variables sociodemográficas. Se estimaron modelos de regresión lineal para variables continuas (distrés y vitalidad, ver Tabla 5.4) y modelos de regresión logística para variables dicotómicas (ideación e intento de suicidio, ver Tabla 5.5), en los que las variables independientes fueron los eventos de discriminación y violencia. Según cada evento de salud, se estimaron tres modelos: 1) “modelos crudos o sin ajustar” en los que se analizó la asociación de cada evento de salud mental con cada tipo de discriminación y violencia de manera independiente, 2) “modelos I” que fueron realizados como los crudos, pero ajustados por las covariables (orientación sexual, edad, estado civil, nivel educativo del participante, educación del jefe(a) de la familia y zona geográfica) y 3) “modelos II” en los que se incluyeron todas las variables de discriminación y violencia que se relacionaron con los eventos de salud en los modelos I, además de las covariables.

Resultados

Los hombres gays representaron la mayor proporción de participantes (86.2%) mientras que los bisexuales fueron minoría (13.8%) (Tabla 5.1). De 21 a 45 años fue el rango de edad en el que se concentró la mayoría de la población, y predominaron los solteros (84.9%) y participantes con licenciatura y/o posgrado (73%). La escolaridad predominante del jefe de familia fue licenciatura (52.6%). Con relación a la zona geográfica, el Distrito Federal (28.7%) y el norte tuvieron mayor participación (21.7%).

La familia y la escuela son los principales espacios en donde se experimenta la discriminación y la violencia por causa de la orientación sexual, seguidos de los espacios públicos y el trabajo (Tabla 5.2). La exigencia de ser más masculino fue de las formas más frecuentes de discriminación y violencia, con excepción de los espacios privados. En la familia (34.8%), escuela (11.3%) y trabajo (16.7%), el hecho evitar hablar sobre la orientación sexual del entrevistado, fue una de las formas más comunes de discriminación y violencia. La violencia verbal (gritos, insultos, amenazas o burlas) fue otra de las maneras comunes de discriminación y violencia en la escuela (34.3%), espacios públicos (26.2%) y en la familia (13.9%).

Los análisis de la asociación de las experiencias de discriminación y violencia con el estrés y la vitalidad están en la Tabla 5.4. Tanto en los modelos crudos como en los ajustados por covariables se observó que, con excepción de la violencia física en los servicios de salud, todas las formas de discriminación y violencia se asociaron con niveles más altos de estrés. En el modelo en el que se incluyeron todas las variables de discriminación y violencia asociadas a los eventos de salud mental (y que fue ajustado por las covariables) los eventos de discriminación y violencia que se asociaron con niveles más altos de estrés fueron los relacionados con la familia (violencia verbal y física y simbólica), la escuela (violencia verbal y física y negación) y el trabajo (violencia psicológica). En los modelos crudos, las dos formas de discriminación en la familia, la discriminación verbal y física en la escuela, la discriminación psicológica en el trabajo, la discriminación psicológica y simbólica en los servicios de salud, en los espacios privados y en los públicos se asociaron con

niveles menores de vitalidad. Después de ajustar por las covariables, los niveles más bajos de vitalidad se asociaron con las dos formas de violencia en la familia, violencia verbal y física en la escuela, la violencia psicológica en el trabajo y en los espacios privados. En el modelo donde fueron incluidas todas las variables de discriminación y violencia y que fue ajustado por las covariables, sólo la violencia verbal y física y la simbólica en la familia se asociaron con niveles más bajos de distrés. Tanto en los modelos crudos, como en los ajustados por las covariables, se verificó que conforme aumentaba el número de espacios en los que se recibió discriminación, hubo aumento en niveles de distrés y disminución en vitalidad.

En la Tabla 5.5 se presentan los resultados de la asociación entre la ideación suicida e intento de suicidio con los eventos de discriminación y violencia. En los modelos crudos, así como en los ajustados, todas las variables de discriminación y violencia (excepto la violencia física en los servicios de salud) se asociaron con mayor posibilidad de ideación e intento suicida. En los modelos ajustados por las covariables, todos los eventos de discriminación y violencia se asociaron con mayor posibilidad de ideación como de intento suicida. En los modelos en los que se incluyen todos los tipos de violencia y discriminación y que fueron ajustados por las covariables, la violencia experimentada en la familia (verbal y física y simbólica), la escuela (verbal y física y negación) y los espacios públicos se asociaron con mayor posibilidad de ideación suicida. La mayor posibilidad de intento suicida se vinculó con la violencia en la familia (verbal y física y simbólica), la escuela (verbal y física) y los espacios públicos. A mayor número de espacios donde se experimentó discriminación y violencia se presentaron mayores posibilidades de ideación e intento suicida, tanto en modelos crudos, como en ajustados.

Discusión

Entre los participantes de nuestro estudio, la violencia física asociada con la homofobia fue reportada con menos frecuencia que otras formas de violencia, como la verbal o simbólica. En general, las diferentes formas de discriminación y violencia se asociaron con mayores niveles de distrés, menores niveles de vitalidad y mayor

riesgo de ideación e intento suicida. Los espacios en los que se experimentaba la discriminación y violencia que tuvieron mayor asociación con la salud mental de los participantes fueron la familia y la escuela, seguidos por el trabajo y los espacios privados y públicos. Conforme aumentaban los espacios en los que se experimentaba discriminación y violencia, se presentaba una afectación mayor en la salud mental.

Entre los hombres GHB, las formas de violencia más agresivas fueron relativamente poco comunes. Por ejemplo, una décima parte o menos reportó violencia física. En contraste, otras formas de discriminación y violencia que no implican contacto físico fueron más prevalentes. Más aún, las formas sutiles de discriminación y violencia fueron las más comunes. Esto es congruente con el planteamiento de que más que reducir la homofobia, ésta se ha reconfigurado y se manifiesta en formas que, aunque no son agresivas físicamente, implican desconocimiento y/o devaluación de las sexualidades no-normativas. Estas formas sutiles de discriminación y violencia pueden ser una forma en que la sociedad sanciona por la transgresión de los estereotipos de género de los hombres GHB. Este estigma ha sido un proceso en el que intervienen las relaciones de poder, en este caso brindando superioridad a toda persona que cumpla “cabalmente” con la heterosexualidad (96). Una manera de mantener este “equilibrio” es la invisibilización de la transgresión a los estereotipos de género y de las formas no-heterosexuales de afecto. Además, a diferencia de las formas de violencia abiertas, las expresiones sutiles son socialmente toleradas. Es decir, los recientes cambios legales e institucionales han inhibido expresiones homofóbicas abiertas, pero nadie se extraña que se hagan señalamientos sobre lo alejado que están los homosexuales de la heteronormatividad.

A pesar de que estas manifestaciones sutiles de discriminación y violencia también tienen efecto en la salud mental y este efecto incluso es mayor e independiente de otras formas de violencia como la verbal o física, su estudio es un campo emergente, por lo cual existe poca literatura al respecto (26). La invisibilización de características de las personas (e.g. la transgresión de los estereotipos de género

o la orientación sexual no dominante) puede conllevar a una pérdida de estatus social que influye en la salud mental de las personas GHB, ya que éstas pueden construir su identidad con referentes negativos de su orientación sexual. Es decir, cuando las familias se niegan a discutir abiertamente algunos aspectos de la sexualidad de los varones GHB o les exigen modificar ciertas conductas, implícitamente se manda el mensaje que esos aspectos son negativos. Al aceptar ese “silencio” o exigencia, los varones GHB aceptan esas evaluaciones negativas y con ello la subordinación (o pérdida de estatus) que ello implica. Esto a su vez, podría resultar en la expresión de homofobia internalizada –percepción negativa de sí mismos–, que finalmente desembocaría en el incremento de estrés psicosocial (110,111). Además, las formas sutiles de homofobia son experimentadas de manera cotidiana, como un estresor crónico.

La familia y la escuela fueron los espacios donde se presentaron las frecuencias más altas de discriminación y violencia. Además, éstas fueron las que tuvieron mayor asociación con eventos negativos a la salud mental. Otros estudios han reportado resultados semejantes, por ejemplo, jóvenes LGBT de Estados Unidos (112) y Canadá (113) que no tuvieron apoyo familiar presentaron niveles más altos de distrés. En México, tanto cualitativamente como cuantitativamente se ha reportado que hombres gay y bisexuales habían tenido problemas de salud mental a causa de discriminación y violencia en la escuela (74,77,114). La niñez y la adolescencia se desarrollan principalmente en estos dos espacios. Estas etapas son de relevancia ya que, por un lado, durante ellas se da el desarrollo emocional y físico que determinará a largo plazo la calidad de vida de las personas y, por otro lado, existe dependencia económica y emocional hacia la familia que impide en la mayoría de los casos evitar la exposición a dichos eventos de discriminación y violencia. Esto implica la búsqueda de estrategias de intervención para prevenir y eliminar la discriminación en estos contextos. Por ejemplo, en familias en las que existe mayor aceptación y soporte (112), así como en escuelas con un clima positivo hacia la homosexualidad (115), las personas LGB tienen mejores niveles de salud mental o elementos para enfrentar situaciones discriminatorias e incluso mejor rendimiento escolar. Es un reto desarrollar programas para crear ambientes

familiares sin discriminación, pues son considerados aún como espacios privados en los que la acción estatal debe limitarse.

No identificamos estudios previos que analizaran el efecto de formas de discriminación y violencia en espacios específicos sobre salud mental, como se hizo en el presente estudio. De estos espacios, se encontró que en los hombres GHB de México la discriminación en el trabajo y los espacios públicos se asociaron con niveles más altos de estrés y los espacios privados con ideación e intento suicida. La discriminación en el trabajo y la discriminación tienen una semejanza con el caso de la familia y la escuela, pues es un espacio en el que la mayoría de las personas dedican un tiempo considerable. Las relaciones interpersonales que se desarrollan en este espacio en contextos hostiles hacia los hombres GHB pueden influir negativamente en su salud mental (116). La asociación entre problemas de salud mental y discriminación, tanto en espacios públicos y privados, amplía la discusión del alcance que tiene el experimentar discriminación y violencia y sus efectos en la salud de los hombres GHB, lo que da pauta a profundizar en futuras investigaciones.

Existen retos conceptuales y metodológicos para el estudio del efecto de la violencia y la discriminación sobre la salud mental. En primer término, es difícil discernir si los efectos varían en función del lugar y tipo de violencia. En un intento para explicar esta premisa, construimos modelos donde se incluían simultáneamente diferentes formas de violencia como variables independientes. Pero en este enfoque estaría implícito que los efectos son independientes, cuando eso en realidad puede no ocurrir. Por ello, construimos una variable en la que se sumó el número de espacios donde se había experimentado discriminación y violencia. Como esperábamos, esta medida se relacionó de forma lineal con los cuatro indicadores de salud mental evaluados. Otro estudio ha comprobado que la acumulación de vivencias de diversas formas de discriminación y violencia tienen un efecto sobre la salud mental de hombres gay (117). Esto indica que las experiencias de violencia pueden actuar de forma aditiva en su impacto negativo en el bienestar psicológico.

Entre las principales fortalezas de este estudio están que la aplicación electrónica del cuestionario permitió que el tamaño de muestra haya sido amplio y contar con

participantes de todos los estados del país. Por ello, no sólo se incluyen a los asistentes de espacios de recreación u organizaciones civiles LGBT, que ha sido la estrategia de muestreo común (64), por lo que se incrementó la posibilidad de encuestar a personas no asumidas socialmente como gays o con características distintas a las que asisten a estos espacios. La aplicación de instrumentos por computadora puede dar respuestas menos sesgadas que entrevistas cara a cara debido a que la persona mantiene completo anonimato (118). Al mismo tiempo, el uso de encuestas electrónicas impone limitaciones, ya que se excluyen a todas las personas que no acceden o no saben utilizar computadora y/o internet. El resultado es que en las muestras las clases sociales media o alta están sobrerrepresentadas y se excluyen a clases sociales bajas. Además, se pudo presentar el sesgo de autoselección i.e., las personas que respondieron quizás tengan más conciencia sobre las vivencias que se indagaron y/o probablemente tengan mayor interés en participar en movimientos sociales LGBT. Otras limitantes del estudio son la falta de representatividad y su diseño transversal.

Tabla 5.1. Características sociodemográficas de los hombres gay, homosexuales y bisexuales. México, 2015

	N	%
Identidad		
Gay	4,259	86.2
Bisexual	679	13.8
Edad, años		
15 a 20	584	11.8
21 a 25	1,315	26.6
26 a 30	1,008	20.4
31 a 45	1,438	29.1
46 y más	593	12.0
Estado civil		
Soltero	2,270	84.9
Algún tipo de unión	381	14.3
Separado/divorciado	16	0.6
Viudo	5	0.2
Nivel educativo		
Hasta preparatoria	1,329	27.0
Licenciatura y/o posgrados	3,588	73.0
Escolaridad de jefe(a) de familia		
Hasta secundaria	618	12.5
Preparatoria	767	15.6
Licenciatura	2,592	52.6
Posgrado	949	19.3
Zona geográfica		
Norte	1,073	21.7
Occidente	888	18.0
Centro	983	20.0
Sur	575	11.6
Distrito Federal	1,419	28.7

Tabla 5.2. Tipos de experiencias de discriminación y violencia de acuerdo a los espacios en donde fueron experimentadas por hombres gay, homosexuales y bisexuales de México (N= 4,938)

	Familia (%)	Escuela (%)	Trabajo (%)	Servicios de salud (%)	Servicios de justicia (%)	Espacios privados (%)	Espacios públicos (%)
Te hicieron sentir que debes ser más masculino	27.9	37.1	17.1	3.1	7.7	8.6	15.4
Te aceptan a ti, pero a tu pareja no	8.8	2.5	3.3	2.4	2.4	2.7	4.7
Te corrieron del lugar o casa	4.0	1.7	3.2	1.0	2.1	8.8	9.7
Saben de tu orientación sexual, pero no quieren hablar de ello	34.8	11.3	16.7	3.5	2.9	3.8	4.9
Te golpearon o te agredieron físicamente	4.3	10.9	1.5	0.2	2.5	2.1	5.5
Te gritaron, insultaron, amenazaron y/o se burlaron	13.9	34.3	11.8	2.5	8.4	10.4	26.2
Te negaron el servicio		1.1	1.7	3.9	3.3	1.5	3.2
Te obligaron a asistir a cultos religiosos	6.5						
Te impusieron asistir a servicios de psicología, psiquiatría, cura o pastor para "curarte" o "cambiarte"	13.1						
Te dejaron de hablar uno o más familiares	13.5						
Alguna forma de discriminación	50.6	49.5	31.2	10.5	15.4	21.7	36.4

Tabla 5.3. Análisis factorial exploratorio de la discriminación y violencia basada en la orientación sexual de hombres gay, homosexuales y bisexuales de México

	Familia		Escuela		Trabajo		Servicios de salud		Servicios de justicia	Espacios privados	Espacios públicos
	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F1	F1
Eigenvalue	3.08	1.07	2.2	1.25	2.18	1.05	2.22	1.00	2.61	2.27	2.36
% varianza	34	11	31	17	31	15	31	14	37	32	33
Te hicieron sentir que debes ser más masculino	0.31	0.61	0.79	0.03	0.77	0.08	0.59	0.05	0.65	0.64	0.65
Te aceptan a ti, pero a tu pareja no	-0.03	0.68	0.09	0.55	0.26	0.41	0.47	-0.20	0.49	0.46	0.53
Te corrieron del lugar o casa	0.67	0.08	0.06	0.75	0.09	0.73	0.68	-0.14	0.59	0.61	0.62
Saben de tu orientación sexual, pero no quieren hablar de ello	0.09	0.75	0.36	0.34	0.69	0.00	0.51	-0.03	0.52	0.49	0.50
Te golpearon o te agredieron físicamente	0.76	-0.01	0.68	0.12	0.26	0.42	0.20	0.94	0.60	0.51	0.54
Te gritaron, insultaron, amenazaron y/o se burlaron	0.66	0.28	0.83	0.05	0.72	0.22	0.68	0.17	0.73	0.72	0.66
Te negaron el servicio			0.05	0.70	0.07	0.75	0.65	-0.20	0.66	0.52	0.56
Te obligaron a asistir a cultos religiosos	0.42	0.39									
Te impusieron asistir a servicios de psicología, psiquiatría, cura o pastor para "curarte" o "cambiarte"	0.39	0.46									
Te dejaron de hablar uno o más familiares	0.50	0.41									

Tabla 5.4. Modelos de regresión lineal de la asociación entre salud mental y experiencias de discriminación y violencia por orientación sexual en hombres gay, homosexuales y bisexuales de México

	Distrés						Vitalidad					
	Modelos crudos		Modelos I		Modelo II		Modelos crudos		Modelos I		Modelo II	
	B	p	B	p	B	p	B	P	B	p	B	P
Discriminación y violencia												
Familia												
Violencia verbal y física	0.08	0.000	0.09	0.000	0.04	0.030	-0.04	0.001	-0.04	0.021	-0.04	0.025
Violencia simbólica	0.12	0.000	0.12	0.000	0.05	0.010	-0.09	0.000	-0.08	0.000	-0.08	0.000
Escuela												
Violencia verbal y física	0.14	0.000	0.15	0.000	0.08	0.000	-0.08	0.000	-0.05	0.011		
Negación	0.09	0.000	0.11	0.000	0.07	0.000	-0.02	0.109				
Trabajo												
Violencia psicológica	0.12	0.000	0.14	0.000	0.04	0.054	-0.06	0.000	-0.06	0.003		
Violencia laboral y física	0.03	0.042	0.06	0.006			-0.02	0.073	-0.01	0.441		
Servicios de salud												
Violencia psicológica y simbólica	0.10	0.000	0.10	0.000			-0.02	0.152				
Violencia física	0.01	0.262					0.02	0.060	0.29	0.158		
Instancias de justicia												
Discriminación	0.10	0.000	0.10	0.000			-0.02	0.094				
Espacios privados												
Discriminación	0.11	0.000	0.11	0.000			-0.05	0.000	-0.05	0.005		
Espacios públicos												
Discriminación	0.13	0.000	0.13	0.000	0.03	0.087	-0.04	0.004	-0.03	0.087		
Número de espacios en donde recibió discriminación o violencia												
1 o 2	0.05	0.179	0.06	0.194			0.01	0.611	0.09	0.071		
3 o 4	0.27	0.000	0.30	0.000			-0.15	0.000	-0.07	0.132		
5 a 7	0.42	0.000	0.42	0.000			-0.22	0.000	-0.14	0.028		

En los modelos I cada experiencia de discriminación y violencia fueron introducidas en modelos por separado. En el modelo II todas las variables de discriminación y violencia fueron introducidas simultáneamente en el mismo modelo. Los modelos I y II fueron ajustados por identidad sexual, edad, estado civil y escolaridad del entrevistado; escolaridad del jefe de familia y zona geográfica. B, coeficiente de regresión lineal.

Tabla 5.5. Modelos de regresión logística de la asociación entre salud mental y experiencias de discriminación y violencia por orientación sexual en hombres gay, homosexuales y bisexuales de México

Discriminación y violencia	Ideación suicida						Intento suicida					
	Modelos crudos		Modelos I		Modelos II		Modelos crudos		Modelos I		Modelos II	
	RM	IC 95%	RM	IC 95%	RM	IC 95%	RM	IC 95%	RM	IC 95%	RM	IC 95%
Familia												
Violencia verbal y física	1.43	1.34-1.52	1.36	1.25-1.49	1.25	1.14-1.38	1.43	1.34-1.52	1.46	1.33-1.60	1.33	1.21-1.47
Violencia simbólica	1.45	1.37-1.54	1.51	1.39-1.64	1.32	1.21-1.45	1.38	1.28-1.48	1.40	1.27-1.55	1.26	1.12-1.41
Escuela												
Violencia verbal y física	1.55	1.46-1.65	1.57	1.45-1.71	1.30	1.18-1.44	1.52	1.41-1.64	1.46	1.31-1.61	1.15	1.02-1.30
Negación	1.16	1.09-1.24	1.22	1.12-1.33	1.11	1.01-1.22	1.20	1.13-1.28	1.23	1.13-1.33		
Trabajo												
Violencia psicológica	1.22	1.14-1.30	1.25	1.14-1.38			1.34	1.25-1.44	1.40	1.26-1.55		
Violencia laboral y física	1.16	1.09-1.23	1.20	1.09-1.32			1.20	1.13-1.28	1.23	1.12-1.35		
Servicios de salud												
Violencia psicológica y simbólica	1.22	1.14-1.30	1.25	1.14-1.38			1.28	1.21-1.37	1.23	1.13-1.35		
Violencia física	0.96	0.89-1.03					1.01	0.94-1.09				
Instancias de justicia												
Discriminación	1.24	1.17-1.31	1.29	1.18-1.41			1.36	1.28-1.45	1.38	1.26-1.51		
Espacios privados												
Discriminación	1.37	1.29-1.46	1.42	1.30-1.55	1.15	1.04-1.27	1.42	1.33-1.52	1.44	1.31-1.57	1.22	1.10-1.35
Espacios públicos												
Discriminación	1.41	1.33-1.50	1.43	1.32-1.55			1.44	1.35-1.54	1.43	1.31-1.55		
Número de espacios en donde recibió discriminación o violencia												
1 o 2	1.89	1.59-2.24	1.78	1.41-2.24			2.01	1.56-2.59	2.02	1.46-2.79		
3 o 4	2.35	2.00-2.77	2.25	1.81-2.80			2.41	1.90-3.06	1.98	1.45-2.70		
5 a 7	4.08	3.37-4.95	4.29	3.29-5.59			4.53	3.52-5.82	4.78	3.44-6.63		

En los modelos I cada experiencia de discriminación y violencia fueron introducidas en modelos por separado. En el modelo II todas las variables de discriminación y violencia fueron introducidas simultáneamente en el mismo modelo. Los modelos I y II fueron ajustados por identidad sexual, edad, estado civil y escolaridad del entrevistado; escolaridad del jefe de familia y zona geográfica. RM, razón de momios; IC, intervalos de confianza.

Capítulo 6. Conclusiones

Una de las premisas que guiaron el presente trabajo fue que las disparidades en salud y enfermedad asociados a la orientación sexual solo pueden ser entendidas considerando la posición que tienen las poblaciones LGB en la sociedad. Para ello, se propuso que las experiencias negativas a las que se enfrentan las personas LGB son en la mayoría de los casos sanciones por transgredir el sistema de género. Al respecto, en los resultados de los estudios realizados para esta tesis que apoyan esta conceptualización, se reporta la mayor experiencia de violencia en los grupos de personas que no cumplen con la heteronorma. Este hallazgo concuerda con el concepto *dispositivo de poder* abordado por Foucault. Este dispositivo sirve para vigilar y castigar a aquellos que violan las reglas de quienes dominan y proponen las directrices del sistema, en este caso la subordinación es del grupo que no cumple con las directrices binarias del género o de la sexualidad (hombre-mujer). Para ampliar este concepto podemos retomar la interpretación que realiza Piedra Guillen del texto de Foucault *Vigilar y castigar* (119): *“Es un sistema que se apoya unos sobre otros: vigilantes, perpetuamente vigilados. A pesar de contar con un jefe, es el aparato entero el que produce el poder y distribuye esos individuos en ese campo permanente y continuo. Permite así que el poder disciplinar sea totalmente indiscreto, ya que está por doquier y siempre alerta. A la vez es discreto, ya que funciona permanentemente y en una buena parte en silencio. A través de la disciplina se hace posible contar con un poder relacional que se sostiene a sí mismo por sus propios mecanismos y que sustituye la resonancia —por las miradas calculadas”*. Estos dispositivos son ejercidos entonces a través de las acciones de discriminación y violencia auto dirigidas, interpersonales y colectivas. Considerando lo anterior, los hallazgos indican que la teoría del sistema de género como una propuesta para entender el origen de las inequidades asociadas a la orientación sexual es adecuada, considerando que el binarismo sexual, el binarismo de género y el binarismo erótico permanecen como elementos vigentes de control y poder.

En términos de la epidemiología social se plantea que los procesos macro sociales influyen en las condiciones de salud a través de procesos en el nivel meso-social. En el tema que nos ocupa, las normas sociales (nivel macro) son implementadas en diferentes instituciones sociales (nivel meso), entre las que se encuentra los espacios de socialización como la familia, el trabajo, las instituciones gubernamentales y las áreas privadas. Por ello, es esperable que las experiencias en estos espacios sean diferentes de acuerdo a la ubicación en los grupos y categorías sociales. Los resultados indican que efectivamente, las experiencias en la familia, la escuela, el trabajo, los servicios y empresas difieren de acuerdo a la orientación sexual. Los resultados de las investigaciones para este trabajo, concuerdan en que la familia y la escuela son los espacios en los que la discriminación y la violencia son mayormente experimentadas. Estos espacios son relevantes toda vez que son instituciones en las que se aprenden las regulaciones sociales, su socialización y el castigo a quienes no las cumplen. Además, es importante acotar que son espacios en donde las personas se desenvuelven durante un lapso considerable de sus vidas y en las que su campo de acción individual es reducido (i.e. los niños o adolescentes que dependen económicamente de sus padres), por lo que es poco probable que sólo las respuestas individuales eliminen o disminuyan la problemática.

En tanto norma cultural, la homofobia difícilmente será erradicada con modificaciones legales o institucionales. Por ello, en este trabajo se propuso como hipótesis que la homofobia en la sociedad mexicana se ha reconfigurado y de tener manifestaciones claras, ahora se presenta con formas sutiles. Conceptos como violencia indirecta o microagresiones, como elementos que ayudan a identificar y analizar las nuevas expresiones de violencia, y no para minimizarles, son claves para el estudio del fenómeno de la discriminación por orientación sexual. Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre los efectos de la homofobia sobre la salud de la población LGB se han centrado en manifestaciones abiertas de violencia y discriminación. Algunos de nuestros resultados confirman que las formas de violencia extremas o evidentes siguen presentes (i.e. el abuso sexual), sin embargo, uno de nuestros aportes principales es la descripción del cambio en la forma en las

que se manifiesta la violencia hacia las personas que no cumplen con las reglas del sistema de género. Esto se comprueba con la notoria disminución del reporte de estas agresiones extremas y, por el contrario, el aumento de situaciones más sutiles. La discriminación y la violencia por causa de la transgresión al sistema de género, no se han eliminado, sino que permanecen transformadas.

Finalmente, la hipótesis que indica que la salud de las personas LGB está relacionada con la experimentación de vivencias homofóbicas se comprueba. Esto es, las disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual permanecen, siendo las diferencias mayores entre los hombres que entre las mujeres. Además, en la mayoría de los casos, dichas disparidades pueden ser producto de la mayor exposición a la violencia que sufren los varones, probablemente por la transgresión a las directrices del sistema de género. Resultados que pueden ser respaldados con el Modelo del Estrés de las Minorías de Meyer (54,55), en el que la conjunción de elementos colectivos e individuales, influyen en la salud mental de las personas LGB. Estas afectaciones se presentan aún a pesar de que las experiencias de discriminación y violencia se reciban de forma sutil o indirecta.

La importancia del estudio de la homofobia, sus cambios y permanencias tiene relevancia en el tema de la salud, toda vez que ésta permite entender las desigualdades sociales en salud que enfrentan las poblaciones LGB. Estos hallazgos pueden tener implicaciones en términos de política pública y de investigación.

Recomendaciones

En próximas investigaciones como lo son las encuestas nacionales, la inclusión de la variable orientación sexual permitiría conocer las problemáticas específicas que afectan a estas poblaciones. Además, los resultados del análisis por orientación sexual, podrían considerarse insumos para el monitoreo y evaluación de las políticas públicas en materia de discriminación. La evaluación de la orientación

sexual deberá incluir la atracción sexual, la auto-identificación y el comportamiento sexual (103).

Como propuesta de nuevas líneas de investigación, se encuentra la investigación sobre la resiliencia en población LGB mexicana. Este es un tema del cual no se ha abordado en gran medida en los diversos estudios en poblaciones no heterosexuales, por lo que es necesario conocer los recursos que disponen las personas LGB para hacer frente a sus problemáticas (96). En el futuro, es necesario indagar los efectos a largo plazo de la vivencia homofóbica en la salud de las personas LGB.

El abuso sexual es un tema poco explorado y de urgente intervención en nuestro país, al tiempo que fue uno de los eventos más relevantes para explicar las disparidades en salud mental.

La relación entre la salud mental y las experiencias de discriminación y violencia de las mujeres lesbianas y bisexuales se podría explorar desde otros paradigmas de investigación, como el cualitativo. Posiblemente con este tipo de abordaje metodológico se pueda profundizar en las vivencias y experiencias que permitan ampliar nuestros supuestos de trabajo.

Las políticas públicas en materia de discriminación por orientación sexual deberán incluir a la población adolescente, esto es, se deben buscar estrategias para reducir la brecha entre la legislación y el entorno donde se desenvuelve la vida cotidiana. Al crear ambientes respetuosos e incluyentes, es que posiblemente se podría encontrar lo esperado: que las personas no heterosexuales no tengan que ocultar su orientación o identidad sexual para evitar las experiencias de violencia y discriminación.

Es necesaria la creación de políticas públicas que aborden la prevención y eliminación tanto de las formas abiertas como de las sutiles de discriminación y violencia, donde existe el reto de identificar estrategias para evidenciarlas y prevenirlas. El Estado debería de reforzar su actuación en materia de no discriminación en la escuela y centros de trabajo. En el primer espacio, la inclusión

de la educación sexual en los programas educativos, así como del bullying homofóbico en los planes de prevención del acoso escolar y la capacitación de docentes en materia de no discriminación, son algunas acciones que pudieran contribuir a la solución. Del segundo espacio, se sugiere la capacitación y certificación en no discriminación por orientación sexual (e.g. espacios libres de discriminación); la supervisión de organismos gubernamentales del cumplimiento de las leyes nacionales contra la discriminación en materia laboral; la sanción efectiva a quienes no las cumplan, y la formulación de estrategias para favorecer ambientes amigables para los hombres GHB.

En el tema de la familia como uno de los precursores de las prácticas homofóbicas, se plantea la creación de modelos educativos en materia de “familias” –esto es eliminar la creencia de un modelo hegemónico hombre/mujer- con perspectiva de género y con apego al respeto al derecho a la no discriminación. De igual modo, se debe difundir la convicción de que dentro de las familias existe diversidad: las niñas pueden ser masculinas o femeninas, lo mismo que los niños pueden ser femeninos o masculinos; además de que todas las personas tienen el derecho de expresar su sexualidad, especialmente la población adolescente, debería tener el derecho de comunicarse libremente con sus padres acerca de su sexualidad independientemente de su orientación sexual o identidad de género. Esto debería ser liderado por el Estado y siempre en colaboración continua de la sociedad civil y la academia.

Por último, ante la nulidad o escasez (se reconoce que algunas organizaciones de la sociedad abordan el tema con algunas intervenciones, pero por lo general éstas son a un nivel local) se recomienda la planeación y puesta en práctica de acciones en materia de prevención y atención de las problemáticas en salud mental que enfrentan las poblaciones LGB. Esta tarea debería estar bajo la rectoría de los departamentos de salud de las diferentes instituciones de nuestro sistema de salud, siempre acompañados de los consejos federales y/o estatales que previenen la discriminación.

Literatura citada

1. Medina Trejo A. Diagnóstico Nacional sobre la situación LGBTTTI y el reconocimiento de sus derechos. México; 2016.
2. Ulloa S. De la persecución al reconocimiento de las minorías sexuales en la Ciudad de México. *El Cotid.* 2017;402:59–72.
3. Marín Mercado D. Diagnóstico local de la discriminación y su impacto en otros derechos humanos de las poblaciones LGBTI en el Estado de San Luis Potosí. México; 2016.
4. Carroll A, Mendos LR. Homofobia de Estado. Estudio Jurídico Mundial sobre la Orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento. 12th ed. Ginebra: ILGA; 2017. 1-134 p.
5. International Lesbian, Gay B and T and IA (ILGA), Logo. The ILGA RIWI 2016. Global attitudes survey on LGBTI people in partnership with Logo [Internet]. 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: http://ilga.org/downloads/07_THE_ILGA_RIWI_2016_GLOBAL_ATTITUDES_SURVEY_ON_LGBTI_PEOPLE.pdf
6. World Values Survey Association. World Values Survey wave 4 (1999-2004) [Internet]. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: www.worldvaluessurvey.org
7. World Values Survey Association. World Values Survey wave 6 (2010-2014) [Internet]. 2014 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.worldvaluessurvey.org>
8. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados sobre diversidad sexual. Primera Ed. México D.F.; 2011.
9. Berlinguer G. El capital como factor patógeno, en Medicina y política. In: El capital como factor patógeno, en Medicina y política. Cuarto Mundo, Buenos Aires; 1975.
10. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Segunda Ed. Siglo XXI, editor. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI editores; 2005.
11. Granados Cosme JA, Delgado Sánchez G, Méndez Tapia JM. Homofobia y salud. *Nueva Época/Salud Probl.* 2006;11(20):35–53.
12. Ortiz-Hernández L. Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones. *Salud Probl.*

2004;8:17–26.

13. Laurell A. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. In: OPS/OMS, editor. *Lo biológico y lo social*, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. 1994. p. 1–19.
14. Breilh J. La epidemiología crítica : una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colect.* 2010;6(1):83–101.
15. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev.* 2000 Jan 1;22(1):155–63.
16. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(10):693–700.
17. López-Arellano, Escudero J, Moreno L. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Med Soc.* 2008;3(4):323–35.
18. Diez Roux A V. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Región y Soc.* 2008;20(2):77–91.
19. Jiménez-bautista F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Converg Rev Ciencias Soc.* 2012;58(58):13–52.
20. Esplugues JS. Concepto y tipos de violencia. In: Esplugues JSM, Gutiérrez R, Martínez J, Vera JL, editors. *Reflexiones sobre la violencia*. México: Siglo XXI, Instituto Reina Sofía; 2010. p. 11–33.
21. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi a B, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Vol. 45, Organización Panamericana de la Salud. 2003.
22. Galtung J. Violence, Pease, and Peace Research. *J Peace Res.* 1969;6(3):167–91.
23. Galtung J. Cultural Violence. *J Peace Res.* 1990 Aug 1;27(3):291–305.
24. Colina C. La homofobia: heterosexismo, masculinidad hegemónica y eclosión de la diversidad sexual. *Razón y Palabra.* 2009;14(67).
25. Nadal KL, Wong Y, Issa M-A, Meterko V, Leon J, Wideman M. Sexual Orientation Microaggressions: Processes and Coping Mechanisms for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *J LGBT Issues Couns.* 2011;5(1):21–46.
26. Nadal KL, Whitman CN, Davis LS, Erazo T, Davidoff KC. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *J Sex Res.* 2016 May 3;53(4–5):488–508.

27. Ortiz-Hernández L. La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cult.* 2004;22:161–82.
28. Herek GM. Beyond “ Homophobia ”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sex Res Soc Policy J NSRC.* 2004;1(2):6–24.
29. Ahmad S, Bhugra D. Homophobia: an updated review of the literature. *Sex Relatsh Ther.* 2010 Nov;25(4):447–55.
30. Balbuena Bello R. La construcción sociocultural de la homosexualidad. Enseñando a vivir en el anonimato. *Culturales.* 2010;6(11):63–82.
31. Amaral Madureira AF. The Psychological Basis of Homophobia: Cultural Construction of a Barrier. *Integr Psychol Behav Sci.* 2007 Oct 18;41(3–4):225–47.
32. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: Nash y Amelang, editor. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. 1990. p. 22–56.
33. Lechuga G. Breve introducción al pensamiento de Michael Foucault. Primera. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2008. 226 p.
34. Campos Fernández E. Reseña “Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber” de Michel Foucault. *Sapiens Rev Univ Investig.* 2010;11(1):232–3.
35. Mercado Mondragón J. Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociológica.* 2009;69:123–56.
36. Weeks J. La construcción cultural de las sexualidades: ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad? In: Saesz I, editor. *Sexualidades en México Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales.* México: COLMEX; 2000.
37. Laguarda R. Gay en México: lucha de representaciones e identidad. *Alteridades.* 2007;17(33):127–33.
38. Toro-Alfonso J. Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: La otra historia de la masculinidad. Primera ed. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.* Perú; 2002. 81-102 p.
39. Cruz-Sierra S. Homofobia y masculinidad. *El Cotid.* 2002;18(113):8–14.
40. Van Dijk T. Racismo y discurso en América Latina: una introducción. In:

Discurso y racismo en América Latina. España: Gedisa; 2007. p. 21–34.

41. Russell GM, Bohan JS. The Case of Internalized Homophobia. *Theory Psychol.* 2006;16(3):343–66.
42. Blummenfeld WJ. *Homophobia. How we all pay the prices.* USA: Beacon Press; 1992.
43. Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo L. Internalized homophobia in homosexual men: a qualitative study. *Rev Duazary.* 2015;12(2):140–6.
44. Szymanski DM, Kashubeck-West S, Meyer J, Szymanski DM, Kashubeck-west S. *Internalized Heterosexism. A Historical and Theoretical Overview.* 2008;
45. Rodríguez Zapeda J. *Un marco teórico para la discriminación.* México: CONAPRED; 2006.
46. Zepeda Rodriguez J. Definición y concepto de la Discriminación. *El Cotid.* 2005;134:23–9.
47. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27(1):363–85.
48. Karla PP. Discriminación estructural, cultural, institucional y personal. Un análisis de la producción y reproducción de la discriminación. In: *El Estado constitucional contemporáneo Culturas y sistemas jurídicos comparados.* 2006. p. 687–723.
49. Lemos M. La teoría de la alóstasis como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *An Psicol.* 2015;31(2):452–61.
50. Pilnik SD. El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Rev Hosp Ital BAires Vol.* 2010;30(1).
51. Vega-Gorgoso F de la. Fundamentos neurobiológicos de la relación entre estrés y enfermedad, en la primera década del siglo XXI. *Rev la Asoc Gall Psiquiatr.* 2013;102–9.
52. Molina-Jiménez T, Gutiérrez-García AG, Hernández-Domínguez L, Contreras CM. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *An Psicol.* 2008;24(2):353–60.
53. Murcia U De, Tobón S, Vinaccia S, Sandín B, Del I, Psicosocial E, et al. Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *An Psicol.* 2003;19(2):223–34.

54. Meyer I. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–97.
55. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* [Internet]. 1995 Mar [cited 2016 Oct 26];36(1):38–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738327>
56. Smith D, Mathews W. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: survey of a California Medical Society-revisited (PATHH-II). *J Homosex.* 2007;52(3/4):1–9.
57. Gutiérrez J-P, Molina-Yeppez D, Morrison K, Samuels F, Bertozzi SM. Correlates of condom use in a sample of MSM in Ecuador. *BMC Public Health.* 2006 Jan;6(1):152.
58. Ortiz Hernández L, García Torres MI. Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Rev Saude Publica.* 2005;39(6):956–64.
59. Mendoza-Pérez JC, Ortiz-Hernández L. Factors associated with infrequent condom use amongst men having sex with other men in Ciudad Juárez. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2009 Oct;11(5):700–12.
60. López-Arellano O, Blanco-Gil J. Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Publica Mex.* 1994;36:374–84.
61. Hernández Giron C, Orozco Nuñez E, Arredondo Lopez A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev salud pública.* 2012;14(2):315–24.
62. Ortiz-Hernández L. Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales. *Salud Probl Nueva Época.* 2004;16:19–39.
63. Kubicek K, McDavitt B. “God Made Me Gay for a Reason” Young Men Who Have Sex With Men’s Resiliency in Resolving Internalized Homophobia From Religious Sources. *J Adolesc Res.* 2009;24(5):1–23.
64. Ortiz-Hernández L, García Torres MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad saúde pública.* 2005;21(3):913–25.
65. Díaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin B V. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health.* 2001 Jun;91(6):927–32.
66. Wright ER, Perry BL. Sexual identity distress, social support, and the health of

- gay, lesbian, and bisexual youth. *J Homosex*. 2006;51(May 2014):37–41.
67. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008 Jan;8(1):70.
 68. Hsieh N. Explaining the Mental Health Disparity by Sexual Orientation: The Importance of Social Resources. *Soc Ment Health*. 2014;4(2):129–46.
 69. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10–51.
 70. Schneeberger AR, Dietl MF, Muenzenmaier KH, Huber CG, Lang UE. Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(9):1427–45.
 71. Brady S. The impact of sexual abuse on sexual identity formation in gay men. *J Child Sex Abus*. 2008;17(3–4):359–76.
 72. José TA, Díaz NV, Iván AB, Luis ENR. Strengths and vulnerabilities of a sample of gay and bisexual male adolescents in Puerto Rico. *Interam J Psychol*. 2006;40(1):59–68.
 73. Gómez F, Delgado JEB. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile Fabiola. *Sex Salud y Soc - Rev Latinoam*. 2012;10:100–23.
 74. Ortiz-Hernández L, Valencia-Valero RG. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cad Saude Publica*. 2015 Feb;31(2):417–30.
 75. Konrad Lorenz FU. Orientación sexual y salud mental. *Rev Latinoam Psicol*. 2004;36(2):359–60.
 76. Pineda Roa CA. Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Psicogente*. 2013;16(29):218–34.
 77. Granados-Cosme JA, Delgado-Sánchez G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad Saude Publica*. 2008;24(5):1042–50.
 78. de Assis SG, Gomes R, Pires T de O. Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):43–51.
 79. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders,

- psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol.* 2003 Feb;71(1):53–61.
80. Shilo G, Savaya R. Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Young Adults: Differential Effects of Age, Gender, Religiosity, and Sexual Orientation. *J Res Adolesc.* 2012 Jun 10;22(2):310–25.
 81. la Roi C, Kretschmer T, Dijkstra JK, Veenstra R, Oldehinkel AJ. Disparities in Depressive Symptoms Between Heterosexual and Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in a Dutch Cohort: The TRAILS Study. *J Youth Adolesc.* 2016 Mar 9;45(3):440–56.
 82. Koh AS, Ross LK. Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *J Homosex.* 2006 Sep 25;51(1):33–57.
 83. Superior- SS de EM. Encuestas [Internet]. Encuestas de Exclusión, Intolerancia y Violencia en la Educación Media Superior. 2013 [cited 2016 Jun 13]. Available from: http://www.sems.gob.mx/en_mx/sems/encuestas_dc
 84. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas.* 1977 Jun 1;1(3):385–401.
 85. Musitu G, García F, Gutiérrez M. AFA: autoconcepto forma-A. Madrid: TEA Ediciones. 1994.
 86. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand.* 1981 May;63(5):409–15.
 87. Kreuter F, Valliant R. A survey on survey statistics: What is done and can be done in Stata. *Stata J.* 2007;7(1):1–21.
 88. Prevention C for DC and. Variance Estimation Guidance, NHIS 2006-2015 (Adapted from the 2006-2015 NHIS Survey Description Documents) [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 26]. p. 1–18. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/2006var.pdf>
 89. García MA, Vallejo G. Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica. *An Psicol.* 2011;27(2):550–61.
 90. Karlson KB, Holm A. Decomposing primary and secondary effects: A new decomposition method. *Res Soc Stratif Mobil.* 2011;29(2):221–37.
 91. Kohler U, Karlson KB, Holm A. Comparing coefficients of nested nonlinear probability models. *Stata J.* 2011;11(3):420–38.
 92. Ortiz-Hernández L, Tello BLG, Valdés J. The association of sexual orientation

with self-rated health, and cigarette and alcohol use in Mexican adolescents and youths. *Soc Sci Med*. 2009 Jul;69(1):85–93.

93. Zou C, Andersen JP. Comparing the rates of early childhood victimization across sexual orientations: Heterosexual, lesbian, gay, bisexual, and mostly heterosexual. *PLoS One*. 2015;10(10):1–16.
94. Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Heal*. 2002;30(5):364–74.
95. Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health*. 2011;101(8):1481–94.
96. Barón Vioque S, Cascone M, Martínez C. Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Polit y Soc*. 2013;50(3):837–64.
97. Wilsnack SC, Kristjanson AF, Hughes TL, Benson PW. Characteristics of childhood sexual abuse in lesbians and heterosexual women. *Child Abuse Negl*. 2012 Mar;36(3):260–5.
98. Tjaden P, Thoennes N, Allison CJ. Comparing violence over the life span in samples of same-sex and opposite-sex cohabitants. *Violence Vict*. 1999;14(4):413–25.
99. Campagna AF. Review of From Child Sexual Abuse to Adult Sexual Risk: Trauma, Revictimization, and Intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):626–7.
100. Feinstein BA, Goldfried MR, Davila J. The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(5):917–27.
101. Rosser BRS, Bockting WO, Ross MW, Miner MH, Coleman E. The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men. *J Homosex*. 2008;55(2):185–203.
102. Bybee JA, Sullivan EL, Zielonka E, Moes E. Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *J Adult Dev*. 2009;16(3):144–54.
103. Sell RL. Defining and Measuring Sexual Orientation for Research. *Heal Sex Minor Public Heal Perspect Lesbian, Gay, Bisexual Transgender Popul*. 2007;26(1941):355–74.

104. Mustanski B, Fisher CB. HIV rates are increasing in gay/bisexual teens: IRB barriers to research must be resolved to bend the curve. *Am J Prev Med.* 2016;51(2):249–52.
105. Newcomb ME, Mustanski B. The Importance of Measuring Internalized Homophobia/Homonegativity: Reply to Ross, Rosser, and Smolenski (2010a). *Arch Sex Behav.* 2010 Jul 16;39(6):1209–11.
106. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador [Internet]. Quito, Ecuador; 2013 [cited 2017 May 15]. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec
107. Instituto Mexicano de la Juventud, Universidad Nacional Autónoma de México. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012 [Internet]. 2012 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://historico.juridicas.unam.mx/invest/areas/opinion/envaj/>
108. Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México*. *Salud Publica Mex.* 1999;41(2):110–8.
109. Colchero MA, Cortés-Ortiz MA, Romero-Martínez M, Vega H, Román R, Franco-Núñez A, et al. HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica Mex.* 2015;57(3):99–106.
110. Ortiz-Hernández L. La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cult.* 2004;(22):161–82.
111. Saavedra JE, Robles Y. La discriminación y su influencia en la salud mental. *Rev An Salud Ment.* 2016;27(2):9–13.
112. McConnell EA, Birkett M, Mustanski B. Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *J Adolesc Heal.* 2016;59(6):674–80.
113. Bergeron F-A, Blais M, Hébert M. Le rôle du soutien parental dans la relation entre la victimisation homophobe, l'homophobie intériorisée et la détresse psychologique chez les jeunes de minorités sexuelles (JMS) : une approche de médiation modérée. *Sante Ment Que.* 2015;40(3):109–27.
114. Lozano Verduzco I. Violencia institucional homofóbica y emociones de hombres gay de la Ciudad de México. *Rev Puertorriquena Psicol.* 2014;25(2):298–312.
115. Birkett M, Espelage DL, Koenig B. LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative

outcomes. *J Youth Adolesc.* 2009;38(7):989–1000.

116. Huffman AH, Watrous-Rodriguez KM, King EB. Supporting a diverse workforce: What type of support is most meaningful for lesbian and gay employees? *Hum Resour Manage.* 2008;47(2):237–53.
117. Mustanski B, Andrews R, Puckett JA. The effects of cumulative victimization on mental health among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults. *Am J Public Health.* 2016;106(3):527–33.
118. Eysenbach G, Wyatt J. Using the Internet for surveys and health research. *J Med Internet Res.* 2002;4(2):E13.
119. Piedra Guillen N. Relaciones de poder: leyendo a Foucault Desde la perspectiva de género. *Rev Ciencias Soc.* 2004;106:123–41.