



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**CNEGSR**

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE  
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

# GÉNERO Y SALUD en cifras



Cultura, emociones y salud mental en varones gays en México

José Arturo Granados Cosme  
Luis Roberto Aguilar Sandoval

Acompañamiento psicológico de personas LGBTQNBA+: el llamado a un ejercicio profesional crítico, ético y emancipador.

Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez

**Volumen 20, Núm.3**  
**Septiembre-diciembre**  
**2022**

# Secretaría de Salud

## Género y salud en cifras

Vol. 20 Núm. 3

Septiembre-diciembre 2022

### SECRETARIO DE SALUD

Dr. Jorge Alcocer Varela

### SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

### ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

### COMITÉ EDITORIAL

#### PRESIDENCIA

Dra. Karla Berdichevsky Feldman

Dr. Ricardo Cortés Alcalá

#### SECRETARIA EJECUTIVA

Mtra. Norma A. San José Rodríguez

#### ASESORÍA EDITORIAL

Dr. Héctor Ávila Rosas

Dra. Raffaella Schiavon Ermani

Dra. Ivonne Szasz Pianta

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez

Dra. Oliva López Sánchez

Dra. Dubravka Mindek Jagic

Dr. Luis Botello Lonngi

#### SECRETARIA TÉCNICA

Mtra. Mónica Fabiola Montero Alarcón

#### COORDINACIÓN EDITORIAL

Lic. Tzitzik Janik Valle Huerta

Comentarios y correspondencia:

[gysenc@gmail.com](mailto:gysenc@gmail.com)

Género y salud en cifras, año 20, núm. 3 Septiembre-diciembre 2022, es una publicación cuatrimestral de la Secretaría de Salud, a través de la coordinación entre la Dirección General de Promoción de Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México.

Edición: Mónica Fabiola Montero Alarcón y Tzitzik Janik Valle Huerta  
Arte y diseño: María Adriana García Hernández. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2015-100713452600-203. ISSN: 2448-7058.

Responsable de la última actualización de este número: Benjamin Hernández Iturbe, Soporte General de Informática del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Homero 213, Col. Chapultepec Morales, Alc. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México. Tel. +(55) 2000 3500, ext. 59139.

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos Periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

## Presentación

Mtra. Norma A. San José Rodríguez  
Directora de Género y Salud

## Artículos

Cultura, emociones y salud mental en varones gays en México	6
José Arturo Granados Cosme Luis Roberto Aguilar Sandoval	
Acompañamiento psicológico de personas LGBTIQNBA+: el llamado a un ejercicio profesional crítico, ético y emancipador .	20
Tania Esmeralda Rocha Sánchez	
Para compartir	36
Descifr3mo5	40
Notigénero	46
Invitación para publicar	50

# Presentación

---

El rechazo social a la homosexualidad forma parte de la cultura dominante de género en las sociedades heteronormativas. Diversos estudios muestran que los daños a la salud mental en Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transgéneros, Transexuales, Intersexuales, Queer, así como nuevas comunidades y disidencias (LGBTTTIQ+) han sido vinculados a la experiencia de la discriminación y la violencia, esto ha sido particularmente estudiado e identificado en el caso de varones homosexuales.

Adolescentes y jóvenes muestran una mayor propensión a sufrir daños a la salud mental que se complican con trastornos mentales como la ansiedad, depresión y conducta suicida; esto aumenta entre adolescentes que se auto identifican como homosexuales y bisexuales.

En esta edición, **Género y salud en cifras** ofrece el artículo *Cultura, emociones y salud mental en varones gays en México* escrito por José Arturo Granados Cosme y Luis Roberto Aguilar Sandoval, ambos profesionales de la medicina por la Universidad Autónoma Metropolitana. En este texto, los autores plantean que el impacto de la homofobia en la salud mental se encuentra mediado por un contexto hostil.

Este artículo asume un enfoque de investigación cualitativo, en el que -mediante entrevistas de profundidad- 18 hombres que viven en contextos urbanos, identificados como gays, realizaron una narrativa colectiva que describe las emociones causadas por la homofobia y la relación de ésta con su salud mental.

El rechazo a personas no heterosexuales refiere a un sistema de valores y creencias sustentados en la producción y reproducción institucional de discursos que reproducen la patologización, rechazo, discriminación de cualquier preferencia sexual distinta a la normativa.

Si bien, desde 1973, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría retiró la homosexualidad de su manual de trastornos mentales, este artículo muestra cómo aún en estos días este discurso proclamado por la medicina científica anterior sigue utilizándose como un argumento de descalificación hacia varones no heterosexuales.

Esta descalificación no proviene únicamente de sus entornos familiares, también se reproduce entre profesionales de la salud mental. En el segundo artículo de este número, *Acompañamiento psicológico de personas LBGTIQNBA+: el llamado a un ejercicio profesional crítico, ético y emancipador*, la autora, Tania Esmeralda Rocha Sánchez, hace un análisis de los factores que inciden en un ejercicio profesional discriminatorio y violento hacia estas poblaciones.

La autora adopta dentro de su texto a las siglas LBGTIQNBA+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer, No Binarias, Asexuales y más) con la finalidad de visibilizar y hacer hincapié en que, por varias décadas, las construcciones sociales y culturales de la sexualidad se han realizado desde una normativa heterosexual, binaria y homogeneizante. En estas construcciones los únicos dos parámetros válidos son lo femenino y masculino, erigiendo un rechazo y desprecio hacia cualquier persona que salga de esta norma.

A decir del artículo, esto se replica en los espacios terapéuticos, donde permean actitudes negativas, prejuicios y mitos hacia la población LBGTIQNBA+. Se hace alusión al término de microagresiones y la manera en que éstas transmiten mensajes de rechazo que gestan en los acompañamientos psicológicos.

Asimismo, se resalta la importancia de terapias afirmativas en las que las personas pueden aceptar y vivir su sexualidad de una forma plena y satisfactoria; en que, además, profesionales de la salud mental den cuenta del impacto transformador que pueden tener la vida de las personas LBGTIQ+.

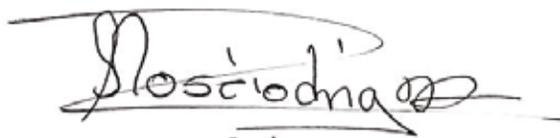
Además de estos dos reveladores artículos, en la sección *Descifremos* de este número, se muestran cifras que revelan un panorama médico hostil hacia las poblaciones de la diversidad sexogenérica. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022, de la población de 18 años y más de la diversidad sexual y de género, 37.3 % refirió haber experimentado al menos una situación de discriminación en los últimos 12 meses. Al desagregar según orientación sexual e identidad de género, 43.7 % de las personas con orientación sexual LGB+ (lesbiana, gay, bisexual y más) y 27.7 % con identidad de género T+ (transexual, travesti y más) manifestaron esta situación.

Estos datos abrumadores enfatizan la importancia de crear acciones para favorecer el acceso equitativo de las poblaciones LBGTIQ+ a servicios de salud sin estigma ni discriminación. Al respecto, la sección *Para Compartir* pone a su disposición información sobre diversos protocolos, encuestas y documentos que permitirán que profesionales de la salud –y quien así lo requiera– ahonden en información, acciones y procedimientos pensados para mejorar el acceso a la salud de las personas de la diversidad sexogenérica, mediante el respeto a sus derechos humanos.

En este mismo número y sección, agregamos en *Más allá de la gramática*, información que describe la importancia de la correcta expresión de estas poblaciones, a través del uso de discursos con un enfoque más humano. De igual manera, pretende ofrecer herramientas para el cumplimiento del Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal en el que establece que las personas servidoras públicas emplearán lenguaje incluyente en todas sus comunicaciones.

Aprovechamos para convidarles a seguir en la construcción de espacios de atención a la salud incluyentes y equitativos con las diversas poblaciones que viven desigualdades a través de sus aportes; por lo que, cerramos el número con la *Invitación a publicar*.

Por último, agradecemos como siempre el interés en los temas que trata esta publicación, esperando que la información compartida en este número nos ayude al entendimiento de que el goce pleno de los derechos, como el del derecho a la atención a la salud con la más alta calidad y respeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Norma A. San José Rodríguez', with a long horizontal flourish extending to the right.

**Mtra. Norma A. San José Rodríguez**  
Directora de Género en Salud

# Cultura, emociones y salud mental en varones gays en México



## José Arturo Granados Cosme

Médico Cirujano y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor Investigador Titular C de la Licenciatura en Medicina, de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana.  
[jcosme@correo.xoc.uam.mx](mailto:jcosme@correo.xoc.uam.mx)

## Luis Roberto Aguilar Sandoval

Médico Cirujano Pasante en Servicio Social por la Universidad Autónoma Metropolitana  
[luiggikf@gmail.com](mailto:luiggikf@gmail.com)

## Resumen

El rechazo social a la homosexualidad forma parte estructural de la cultura dominante de género en las sociedades heteronormativas. Con el objetivo de comprender el papel de las emociones en el procesamiento subjetivo de la homofobia y su influencia en la salud mental de varones homosexuales, se realizó un estudio cualitativo en el que se aplicaron entrevistas en profundidad a 18 hombres autoidentificados como gays. Los resultados muestran que la experiencia está determinada por discursos institucionales, constituidos por significados y prácticas que producen emociones que reconfiguran la subjetividad y la expresión de sintomatología compatible con trastornos mentales como la ansiedad, depresión y conducta suicida. Se concluye entonces que el impacto que tuvo la homofobia en la salud mental de este grupo social estuvo mediado por el procesamiento de las emociones en un contexto de hostilidad a la homosexualidad.

**Palabras clave:** homofobia, emociones, experiencia, salud mental

### I. El problema y el punto de partida

Los daños a la salud mental en personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) han sido vinculados a la experiencia de la discriminación y la violencia,<sup>1</sup> esto ha sido particularmente más estudiado e identificado en el caso de varones homosexuales<sup>2</sup> ya que, diversos estudios muestran que éstos tienen más riesgo<sup>3</sup> de psicopatología y tasas globales de trastornos mentales<sup>4</sup> que los heterosexuales. Diversos trabajos han identificado que adolescentes y jóvenes LGBT muestran una mayor propensión a sufrir daños a la salud

mental que se complican con intento suicida,<sup>5</sup> entre ellos, adolescentes que se autoidentifican como homosexuales y bisexuales tienen más probabilidades de deprimirse<sup>6</sup> y su orientación sexual está significativamente asociada con la intención suicida en su adolescencia.<sup>5</sup> La adolescencia es una etapa crucial para la salud mental de las y los adolescentes, además de los cambios físicos y psíquicos, se consolida la identidad sexo-genérica sobre la que pesa la exigencia social por asumir la orientación heterosexual, como puede entenderse, esta etapa es particularmente problemática para las personas LGBT en quienes con frecuencia se pueden generar conflictos que pueden matizarse o complicarse en función de factores como la aceptación familiar y social que pueden conducir a considerar el suicidio.<sup>7</sup>

Los conflictos emocionales en la conformación de la identidad homosexual en contextos de rechazo social, pueden explicarse mediante la homofobia como artefacto cultural y su interiorización en la subjetividad, en cuyo caso se denomina homofobia internalizada,<sup>8</sup> ésta se propone como dimensión moduladora en el procesamiento de las emociones vinculadas a los principales daños a la salud mental que muestran los varones homosexuales. La homofobia internalizada ha sido asociada a mayor riesgo de ideación suicida<sup>8</sup> y sintomatología de depresión severa<sup>9</sup> y ansiedad.<sup>3</sup> Incluso, dentro del espectro de identidades sexogenéricas también se han encontrado desigualdades en salud mental, ya que se ha asociado un mayor riesgo<sup>3</sup> y prevalencia<sup>10</sup> de sintomatología depresiva y ansiosa en hombres gays que en personas LBT.

Los reportes descritos arriba, permiten documentar que existe una desigualdad frente a la salud mental que está asociada a la sexualidad. Dado el carácter de construcción social de la

sexualidad,<sup>11</sup> dicha desigualdad debe ser comprendida y explicada considerándola un fenómeno socialmente producido, que para ser intervenido requiere también de un enfoque crítico. Para esto, se propone una formulación desde las principales premisas de la denominada medicina social, que brevemente se detalla a continuación.

Existen dos dimensiones de expresión de la salud y la enfermedad, una es la individual y se manifiesta mediante cuadros clínicos específicos que las médicas y médicos clasifican a través de diagnósticos; la otra es una dimensión compleja porque tiene por unidad de observación a los grupos humanos. Esta última es el dominio de interés del enfoque médico social ya que permite identificar y analizar los procesos sociales<sup>12,13</sup> involucrados en las principales causas de morbilidad que presenta una sociedad particular en un periodo de tiempo específico y que denominamos perfil epidemiológico. Los trastornos de la salud mental son actualmente uno de los principales problemas de salud en México; su reconocimiento sigue siendo subestimado, ya que las personas afectadas tienen dificultades para su reconocimiento, por la estigmatización que aún prevalece sobre la enfermedad mental y las identidades no heterosexuales.

En el proceso de determinación social de la salud-enfermedad, pueden distinguirse tres dominios de influencia, el económico, el político y el cultural.<sup>14</sup> Para el caso de los daños a la salud mental, la cultura adquiere un mayor interés, ya que tanto su manifestación como su valoración social están particularmente influenciadas por una relación dialéctica entre el conjunto de significados y prácticas que constituyen la cultura<sup>15</sup> y la subjetividad. El enfoque médico social, entre otros postulados fundamentales, plantea que la salud-enfermedad se distribuye de manera diferenciada entre

los distintos grupos que conforman a la sociedad; esta desigualdad depende de la posición que cada grupo humano tiene en la estructura social y de la correlación de fuerzas entre dichos grupos, es decir, de las relaciones de hegemonía y subordinación que son características de dicha sociedad. De igual manera, la cultura es apropiada y reproducida de manera diferente por cada conjunto social, es en esta apropiación en que se definen subjetividades colectivas que dan forma a la experiencia de las emociones como expresión concreta de la salud o la enfermedad mental.

Debido al predominio de una cultura de género<sup>16</sup> basada en la heteronorma,<sup>17,18</sup> lesbianas, gays, bisexuales y personas trans, constituyen un grupo que aún es objeto del rechazo social que los coloca al margen del orden social. En ese sentido, las problemáticas de salud que deben enfrentar las personas LGBT están determinadas en buena medida, por los significados construidos alrededor de las sexualidades no reproductivas. En el caso de la salud mental, se observan mayores riesgos y daños que en la población heterosexual, predominando los trastornos de depresión, ansiedad y la conducta suicida (ideación, intento y consumación). Esta desigualdad adquiere relevancia social y científica en virtud de que se trata de una desventaja injusta y evitable;<sup>19</sup> por ello, es importante profundizar en la explicación de este fenómeno. Un mecanismo a detallar para su comprensión es el procesamiento de las emociones en la subjetividad de varones homosexuales frente a una sociedad que les dirige prácticas de rechazo.

## II. Definición del abordaje y metodología

Una categoría analítica central en este trabajo es el procesamiento de las emociones: se considera a este mecanismo como determinado socialmente, ya que las modalidades con que se responde a las exigencias del entorno social resultan de las actitudes históricas hacia las diversas conductas humanas, entre ellas las vinculadas con la sexualidad.

En ese sentido, las emociones son reacciones psicofisiológicas a la percepción de situaciones específicas<sup>20</sup> que expresan formas particulares de adaptación de hombres y mujeres a su contexto. Dichas situaciones pueden estar compuestas por objetos, personas, relaciones entre éstas, lugares, sucesos y evocaciones sobre éstos. Con esta definición, se puede identificar el papel determinante de la experiencia como mediadora en el procesamiento de la alegría, tristeza, miedo, enojo, sorpresa, asco, confianza, interés, vergüenza, excitación, desprecio, orgullo, satisfacción o diversión. A su vez, las emociones son mediadoras en la toma de decisiones,<sup>21</sup> ya que éstas incitan a realizar acciones que finalmente dan contenido y forma a la conducta.

Como mediadoras adaptativas, las emociones son universales por su carácter humano,<sup>22</sup> pero sus expresiones son histórica y culturalmente específicas.<sup>23</sup> En tanto respuesta conductual, parece haber expresiones universales de las emociones como la sonrisa o el llanto, pero la normatividad social adquiere una relevancia fundamental, tanto en la expresión como en la interpretación de la conducta. La naturaleza social de las emociones impone que su evidencia empírica sea recuperada mediante mecanismos alternativos a los tradicionales que las enfocarían como

procesos exclusivamente fisiológicos y homogéneos. Por lo tanto, el enfoque investigativo que asume este trabajo es el cualitativo, ya que éste ofrece evidencia empírica de la experiencia de los hechos sociales, atribuye a las personas informantes una capacidad reflexiva y crítica de su circunstancia y su contexto, y finalmente, permite colocar en el centro de análisis, no la homosexualidad sino al rechazo social a ésta y su impacto en la subjetividad de LGBT.

Como parte del andamiaje cultural que las sociedades heterosexistas han desarrollado para oprimir a las identidades no heteronormadas, encontramos a la homofobia. Ésta es un mecanismo de control mediante el cual se identifica, aísla y excluye la alteridad cultural que representan las personas LGBT a la cultura dominante. Si bien la vigencia del término ha sido cuestionada recientemente por sus limitaciones frente a la multiplicidad de identidades sexogenéricas, sigue siendo una buena herramienta teórica para el estudio de lo que ocurre con las emociones en varones homosexuales.

Como parte de la cultura, la homofobia es un recurso normativo de la permanente disciplina de la sexualidad: como práctica excluyente, es esencialmente violentogénica, ya que incluye modalidades cuantitativa y cualitativamente diversas que incluyen agresiones verbales y físicas, que van desde la patologización de las orientaciones no heterosexuales hasta francas políticas de exterminio. En su carácter de artefacto cultural para legitimar y reproducir el régimen heterosexista, los actos mediante los que se pone en operación la homofobia, tienen un impacto en la forma en que varones homosexuales viven su salud mental, ya sea por la experiencia personal o por conocimiento de lo que les ha ocurrido a otros homosexuales.

El presente trabajo muestra los resultados de una investigación de corte cualitativo sobre las emociones generadas a partir de la experiencia de la homofobia. Se consideró una muestra aleatoria por conveniencia de varones homosexuales de contexto urbano. Los criterios de participación incluyeron: que se autoidentificaran como varones y gays, vivieran en la Ciudad de México, fueran mayores de edad y que tuvieran disposición para hablar ampliamente de su experiencia. El reclutamiento de los informantes se realizó mediante la técnica de bola de nieve a partir de un informante perteneciente a un grupo de gays organizados para la promoción de los derechos humanos de la población LGBT, aunque finalmente no todos los participantes eran activistas. Las entrevistas fueron aplicadas de manera presencial por el primer autor, quien al inicio informó al entrevistado sobre el propósito del estudio, la confidencialidad de la información que proporcionaría, y la garantía del anonimato de su identidad; antes de la entrevista, se le solicitó su autorización para la eventual publicación de sus testimonios.

Mediante entrevistas en profundidad a 18 hombres autoidentificados como gays, de entre 19 y 42 años de edad, se buscó obtener una narrativa colectiva que describiera las emociones generadas por la homofobia y su relación con la salud mental. Se diseñó una guía con preguntas abiertas para cubrir cuatro líneas de experiencia: a) identificación de la orientación homosexual, b) confrontación con la imposición social de la heteronorma, c) experiencias homofóbicas y d) emociones e impacto en la percepción del bienestar mental, la guía fue probada en dos informantes no incluidos en los resultados y modificada con cambios

de forma, tanto el diseño, la prueba, la modificación y la aplicación final de la guía fueron realizadas por el autor principal.

De acuerdo a nuestro marco referencial, asumimos que, si bien la experiencia de un hecho social y su expresión subjetiva es particular, los grupos humanos comparten relativamente la misma determinación social de sus procesos vitales. En tanto que el objeto de análisis del enfoque médico social son los colectivos, se intentó reconstruir, a partir de las generalidades y elementos comunes de la experiencia, los datos que constituyen un discurso social. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y analizadas por los autores bajo la perspectiva del análisis de contenido; tras la lectura crítica y repetida, se identificaron categorías discursivas significativas comunes entre los informantes, y particulares de su experiencia individual, distinguiendo argumentos regulares y relacionándolos con categorías teóricas explicativas. De las regularidades discursivas, se obtuvieron los fragmentos testimoniales más representativos de las emociones, generadas con la retrospectiva reflexiva que buscaba la entrevista.

En ese sentido, en la exposición de testimonios, no se identifican de manera individual a los informantes, en virtud de que se seleccionaron aquellos fragmentos que resultaron compartidos en la experiencia de todos o de la mayoría y que, por tanto, resultaron representativos del grupo. Se destacan en negritas categorías discursivas clave que identificamos como los términos que los mismos informantes relacionaron con su experiencia con la homofobia. En el cuadro 1 se hace una breve caracterización de los informantes.

Pseudónimo	Edad (años)	Ocupación	Escolaridad concluida	Contexto	Estado civil	Convivencia
José	28	Psicólogo	Licenciatura	Urbano	Soltero	Familia nuclear
René (Hombre con discapacidad auditiva)	28	Estudiante de Diseño Industrial	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia extensa
Fabio	20	Estudiante de Comunicación	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Fernando	20	Estudiante de Comunicación	Preparatoria	Urbano	Con pareja	Familia extensa
Óscar	20	Estudiante de Química Farmacéutica	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Antonio (Hombre indígena)	28	Mecánico	Secundaria	De procedencia rural, hoy urbano	Soltero	Amigos
Pedro	29	Comerciante	Secundaria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Ernesto	42	Auxiliar administrativo	Preparatoria	Urbano	Con pareja	Pareja
Carlos	20	Estudiante de Comunicación	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Juan	19	Estudiante de Psicología	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Eduardo	21	Estudiante de Enfermería	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Isaac	21	Estudiante de Comunicación	Preparatoria	Urbano	Con pareja	Familia nuclear
Silverio	28	Laboratorista	Licenciatura	De procedencia rural, hoy urbano	Soltero	Familia nuclear
Jorge	42	Profesor	Licenciatura	De procedencia rural, hoy urbano	Soltero	Solo
Pascual	19	Estudiante de Química Farmacéutica	Preparatoria	Urbano	Soltero	Solo
Erick	24	Estudiante de Nutrición	Preparatoria	Urbano	Soltero	Familia nuclear
Leonardo	29	Auxiliar administrativo	Preparatoria	Urbano	Soltero	Solo
Luis	28	Laboratorista	Licenciatura	Urbano	Soltero	Solo

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se consideró familia nuclear a la compuesta por padre, madre, hermanas y hermanos; como familia extensa, lo más común fue observar abuelas, abuelos, tías, tíos, primas y primos; en dos casos se observó además cuñadas, cuñados, sobrinas y sobrinos.

### III. Los resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación mediante los testimonios seleccionados en función de dos criterios: su coincidencia en la mayoría de las entrevistas y su capacidad explicativa al dar cuenta de las asociaciones entre el rechazo social a la homosexualidad y las emociones. Los testimonios se organizaron en apartados con la idea de componer una secuencia que va de la experiencia de la homofobia a los daños a la salud mental, articulada por la descripción de las emociones experimentadas.

#### **Producción y reproducción institucional**

Las instituciones como productoras de discursos, mediante los cuales vehiculizan la cultura dominante, juegan un papel determinante en las emociones que experimentaron los entrevistados al ser objeto de la homofobia. Resaltan la iglesia, la familia, la escuela, la medicina científica y el trabajo como espacios institucionalizados en que se reproduce la homofobia.

*“soy católico, me confesé... me dijo el sacerdote: **arrepíentete** tú mismo, tu penitencia es que tú te arrepientas de lo que estás haciendo y lo que hiciste” (Pedro).*

Como institución, la medicina científica jugó un papel determinante en la patologización de las conductas y personas no heterosexuales durante su consolidación como una instancia de poder en la modernidad,<sup>24, 25</sup> la significación de la homosexualidad como enfermedad fue ampliamente difundida y adoptada por la población general para su descalificación:

*“...mi mamá... piensa que **es como una enfermedad**... mi papá es más de rechazo, rayando en el desprecio y el asco...” (Fabio).*

*“...con el primer médico me sentí juzgado, me sentí incómodo, como **con cierto toque de homofobia**... lo noté en el trato, al evitar al máximo tocarme, al revisarme... un tanto de ser ajeno... autoritario en sus recomendaciones sobre mi sexualidad...” (Pedro).*

La familia es el primer ámbito de experiencia de la homofobia y las figuras parentales sus primeros agentes, es así porque son las instituciones a quienes la cultura general atribuye el mandato social para hacer prevalecer la heteronorma.

*“...mi papá... **me gritaba** y se enojaba... es una persona muy severa... siempre ha estado muy marcado por lo que **debe ser**...” (José).*

*“...mi madre una vez... nos dijo a todos: ‘yo no sé qué haría **si tuviera un hijo homosexual, me moriría**’” (Eduardo).*

*“...cuando íbamos a la calle y veíamos a unos gays, mi papá decía: ‘**pinches putos!**’...” (Fabio).*

El trabajo juega un papel fundamental en la identidad de los sujetos frente a su sociedad y, por tanto, también es un ámbito en que se socializa la homofobia como instrumento disciplinario.

*“...había muchos compañeros que me empezaban a tocar o quererme tocar, o quererme abrazar...” (Antonio).*

*“...en el trabajo... llegaban a decir que, que me iban a volver hombre... que si no me gustaban las chicas, entonces que me iban a violar” (Pedro).*

La homofobia se ejerce mediante prácticas violentas que van desde el insulto,<sup>26</sup> la burla, la devaluación al considerarla una enfermedad, pasando por las agresiones físicas, pudiendo llegar hasta el homicidio. En comparación con heterosexuales, los hombres homosexuales experimentan una mayor frecuencia de eventos violentos.<sup>27</sup> Independientemente de los efectos inmediatos y específicos de cada tipo de práctica homofóbica (devaluación, exclusión, discriminación, lesiones, heridas o muerte), el efecto común es la percepción permanente del riesgo a sufrir un ataque, lo cual genera un estado de estrés constante, hallazgo que coincide con investigaciones que reportan un mayor distress psicológico.<sup>28</sup>

*“A él (hombre gay) **lo mataron**... lo habían matado...” (Jorge).*

*“...he sabido de chavos que **los golpean**, que **los corren de la casa**...” (Juan).*

*“...**recibí una golpiza**... Desde niño siempre ha habido agresiones...” (René).*

*“...cuando se enteraron (en mi casa) **me pegaron** muy fuerte... mi papá, mi mamá, mis dos hermanas... me pegaron... me dolió mucho...” (Pedro).*

Saber que la homosexualidad está fuera de la norma y que, desde la cultura dominante, se considera que debe ser penalizada, tiene consecuencias en la subjetividad, ya que se trata de una condición inevitable e inmodificable que es rechazada por los demás. El tomar conocimiento de los castigos que incluye la homofobia y ser

objeto de ellos, es una secuencia de sucesos que determinan una relación permanentemente tensa entre el sujeto homosexual y su cultura. Esta experiencia tendrá un impacto definitivo en las relaciones interpersonales e intrapsíquica al convertirse en la modalidad de regulación de las emociones.

### **Procesamiento de las emociones**

Las emociones descritas por los informantes fueron principalmente, confusión, ira, miedo, culpa, soledad y autorechazo, éstas estuvieron asociadas a conductas como aislamiento y ocultamiento de la identidad sexo-genérica:

*“Sentía **confusión**... sabía que iba en contra de lo que me habían impuesto... como concepción de vida” (Fernando).*

*“los compañeros se burlaban, eso me provocaba **ira y miedo** a la vez” (José).*

*“...sentí **culpa**... sabía que iba en contra de lo que me habían impuesto, era una **confusión**...” (Ismael).*

*“...sentirme diferente me **aislaba**... Me dije: ‘¿será que seré yo **solito** en este mundo?, ¿por qué yo?!’...” (Luis).*

*“...yo decía: ‘¡me odio!, **¡me repudio!**’, ¡no me quería!... **no me aceptaba**... decía: ‘¿qué me sucede?’... traté de **ocultarlo**... ¡yo no quería ser homosexual!” (Óscar).*

Al percibir la homofobia prevaleciente en el contexto, ésta se interiorizó en el sujeto y se materializó con actitudes negativas hacia sí mismo:

"Fue cuando me di cuenta que me ubicaba **fuera de los patrones** que llevaba la mayoría de la gente" (Carlos).

"me gustaban los hombres... **no lo puedes evitar**, es un sentimiento desde dentro..." (René).

"...yo decía: 'me gustan los hombres', pero yo no quiero que me gusten, **empecé a negarlo y reprimirlo**" (Silverio).

Ante la inevitabilidad de la condición homosexual y la exigencia social por cumplir con la heteronorma, se producen sentimientos de frustración y fracaso que contribuyen a que el daño emocional se arraigue, lo cual significa que los homosexuales introyectan también la homofobia:

"... sí, hubiera **preferido no ser homosexual**" (Leonardo).

"hubiera sido más fácil la vida siendo **normal... heterosexual**" (Óscar).

"Traté de **ocultar** mi homosexualidad... engrosando la voz, pero también por cómo camino o cómo me arreglo" (Ernesto).

"**Lo esconde** uno... porque sabes que no es algo bueno... porque ves el esquema de papá-mamá-hijos y ves hombres afeminados que son rechazados, blanco de ataque..." (Pedro).

Por otra parte, la experiencia de la homofobia desencadena estrategias que dan forma a la modulación de las emociones:

"**No salía** a jugar, todos los niños corriendo y yo sentado en mi banca" (Fabio).

"...yo veía que a los homosexuales los insultaban, el hecho de que me sentía diferente me **aislaba** de los niños" (Pascual).

"Me empecé a **cerrar** con todas las personas... a ser bien arisco y bien mala onda..." (Erick).

"...eso me llevó a ser muy **aislado, callado**" (Antonio).

Las estrategias de evitación son acciones fundamentales en la historia de vida de los homosexuales, ya que les permiten la sobrevivencia física y emocional cotidiana, pero es vivida bajo un estrés que finalmente se revierte en daño a su salud mental. Las emociones negativas son consideradas adaptativas,<sup>29</sup> pero ante su frecuencia se da un desajuste y se configuran en reacciones patológicas.

## Configuración del daño

### El miedo

Las personas entrevistadas informaron varios síntomas compatibles con sufrimiento psíquico, lo cual nos habla de una afectación importante a su salud mental. Aunque fueron diversos, nos interesa destacar los más frecuentemente relatados y asociados a su experiencia con la homofobia: el miedo, la tristeza, la autovaloración negativa y las conductas autodestructivas. El miedo, síntoma característico de la ansiedad, fue informado como tal, pero también con la denominación temor y estuvo asociado a la expectativa de ser etiquetado como homosexual y ser objeto de violencia:

"...me causaba **temor**... me escondía... digo el temor seguramente viene desde mi papá ¿no?... no recuerdo

o no me quiero acordar si me haya pegado... desde entonces agarré miedo..." (José).

"Me generaba miedo... era... mucho **miedo**... no salía de mi casa... yo no salía" (Juan).

## La tristeza

Los fracasados intentos por modificar su orientación sexual, la subsecuente frustración y la vivencia de la culpa, se ven retroalimentadas por las estrategias de evitación, particularmente el aislamiento, que incrementan los sentimientos de soledad y producen finalmente la emoción de la tristeza, ésta forma parte fundamental de la sintomatología de los trastornos depresivos:

"...me siento **triste** con frecuencia... a veces no entro a clase o el trabajo lo hago mecánicamente, me aísla, dejo de salir..." (Juan).

"...me **deprime** (...) saber que no voy a tener hijos tal vez, que nunca voy a poder entrar de la mano de mi pareja a una comida familiar..." (Óscar).

"...me **deprimía** mucho por las noches. Mucho, mucho... creo que toda mi vida he estado deprimido..." (René).

Podemos comprender que las emociones transitan en la subjetividad homosexual en un ciclo. En el caso de la tristeza, ésta se produce en la secuencia percepción del rechazo social-intención por modificar la orientación sexual-fracaso-frustración, ciclo que se ve reforzado por el aislamiento social. En su permanencia, este proceso puede llegar a alcanzar los criterios suficientes en la definición de trastornos depresivos, que, también ha sido documentado, tienen una mayor prevalencia en personas LGBT.

## La autodestrucción

En el sujeto homosexual, la homofobia se traduce como rechazo a sí mismo, como culpa introyectada, así como la devaluación social se incorpora como autodevaluación, este conjunto define un piso de vulnerabilidad que puede propiciar conductas autodestructivas. El nivel constante de ansiedad, la depresión permanente y la falta de atención a estos daños, puede conducir a conducta suicida, ésta fue informada principalmente como ideación pero llegó también a manifestarse en intento:

"...**pensé en suicidarme**... hace unos dos años e inclusive recientemente, lo he llegado a pensar varias veces..." (Óscar).

"...**intenté** cortarme las venas, **luego intenté** tomando pastillas y cuando recordé el 'cállate pinche puto' [que le había dicho el padre], dije: bueno, va, ¿por qué no?, es la última..." (Leonardo).

Tanto los pensamientos suicidas como el intento, estuvieron claramente relacionados con el rechazo familiar y social a la homosexualidad. Si bien la conducta suicida puede manifestarse en la población general por diferentes motivaciones, en varones homosexuales, el rechazo a su sexualidad juega un papel central y se trata de una variable que no está presente entre los heterosexuales:

"...me sentía muy triste... pensaba: '¿porque nací así?...' Pensaba en aventarme de un puente, al metro... **todo fue por mi homosexualidad**... mi sexualidad era un problema, yo no se lo podía decir a nadie..." (René).

## IV. Discusión

En esta perspectiva analítica, las emociones son efecto de los discursos<sup>30</sup> mediante los cuales una sociedad transmite los significados y prácticas que constituyen la cultura que le caracteriza en su momento histórico. La homofobia produce emociones negativas, las que prevalecieron en la experiencia de los entrevistados fueron la confusión, miedo, sentimientos de soledad, tristeza, culpa y autorechazo; éstas estuvieron estrechamente relacionadas con la conciencia del rechazo social y la experiencia de prácticas homofóbicas.

Las emociones tienen una causa identificable y una duración determinada, sin embargo, el contexto puede generar situaciones permanentes (estrés constante, procesos adaptativos y tardanza en la búsqueda de terapia)<sup>31</sup> que ocasionan que las emociones se mantengan o se conviertan en modalidades habituales de respuesta al entorno. Un ejemplo común es el miedo, que es una emoción que permite la supervivencia al reaccionar ante amenazas que prevalecen en el ambiente. Sin embargo, el hecho de experimentarlo de forma permanente o extrapolarlo a situaciones no necesariamente peligrosas, puede obstaculizar la realización de tareas y relaciones interpersonales en la vida cotidiana y finalmente, dañar la salud mental.

La ansiedad puede alcanzar una frecuencia constante al mantenerse una sociedad hostil a la homosexualidad y produce cambios en la conducta en los que se abandonan prácticas saludables<sup>29</sup> y pueden adoptarse prácticas autodestructivas, hasta configurarse francos trastornos mentales. Esta forma de dar "trámite" al miedo genera un nivel superior de ansiedad que puede explicar las tasas más

elevadas de trastornos de la ansiedad, especialmente de fobia social, que se han identificado en homosexuales.

Además de la ideación y el intento, el suicidio también es más frecuente en homosexuales.<sup>32</sup> Puede argumentarse que todas las personas transitan por una etapa de consolidación de la identidad, las vocaciones y los planes de vida, que los hace especialmente vulnerables a emociones como los sentimientos de confusión, sobre todo durante la adolescencia; pero es un hecho que en dicho proceso los varones homosexuales enfrentan una exigencia social adicional que tiene que ver con una condición inmodificable. Por lo anterior, se trata de una mayor desventaja y al mismo tiempo, en tanto que la homofobia es una construcción social, es modificable.

## V. Reflexiones finales

Hay una idea relativamente generalizada que considera que el rechazo a las personas no heterosexuales comienza en casa, pero con frecuencia se incurre en el peligroso reduccionismo de aislar tanto la explicación de la homofobia, como sus posibles soluciones, al núcleo familiar o al ejecutor individual, este enfoque termina por ser ambiguo e inoperante y puede dejar intacta las estructuras generales que reproducen la homofobia. Al respecto, debe recordarse que los arreglos familiares están institucionalizados y que, como instituciones, las familias son producto del ordenamiento social, es decir, no son más que vehículos de la normatividad mandatada por el orden social general. Sólo así, podremos enfocar a la homofobia en su carácter estructural y estructurante.

La familia, la escuela, el trabajo, la medicina y sus agentes (figuras

parentales, personal docente, personal médico), son sujetos (sociales e individuales) producto de una sociedad determinada, son, en su carácter institucional, vehículos de la heteronormatividad mandatada por un régimen heterosexual, que para su permanencia recurre a la producción y reproducción de la homofobia. En la imposición social de la heterosexualidad, se trastoca la integridad de las personas LGBT, sobre quienes se despliegan acciones de disciplinamiento que las violentan, humillan y despojan de su dignidad e incluso, las privan de la vida, las diferentes modalidades de violencia (física, psíquica y hasta económica), son en el fondo, un continuum, ya que pueden observarse durante toda la vida.

A estas acciones se las ha denominado de forma general homofobia, pero para cada identidad sexogenérica, adquieren especificidades que exigen una discusión del término para visibilizar sus particularidades: la lesbofobia, bifobia y transfobia. En este trabajo se ha particularizado en la experiencia de varones homosexuales; en este caso, la homofobia asume matices interesantes que, si bien se derivan de la heteronorma, también se relacionan con los mandatos sociales que constituyen el modelo de masculinidad hegemónica,<sup>33</sup> diferenciándolo radicalmente de la lesbofobia. Esta vertiente amerita no sólo una discusión aparte sino exploraciones empíricas de investigaciones subsecuente.

En el caso de nuestra aproximación, logramos documentar el impacto que tuvo la homofobia, construida socialmente, en la producción de determinadas emociones que terminan constituyéndose en la psicopatología de los trastornos mentales más comunes en los varones homosexuales. Las emociones documentadas permiten analizar las regulaciones sociales que producen procesos de exclusión

social<sup>34</sup>. Hemos tratado de proponer una secuencia entre las estructuras sociales más generales (en las que se configura una cultura de género basada en un régimen heterosexual) y la estructuración de formas concretas de operación de las emociones, en un nivel general tiene lugar la producción de la homofobia como rechazo de la sociedad a la homosexualidad y en un nivel particular, ésta se concreta en homofobia interiorizada, en este tránsito es que ocurre la determinación social de la enfermedad mental en varones homosexuales.

Estos resultados contribuyen a comprender a las emociones, no como simples impulsos o reacciones fisiológicas, sino como determinadas por la cultura y ésta a su vez, por la estructura social, planteamiento que coincide con otros análisis.<sup>23</sup> Se confirma que, en hombres gays, la experiencia del rechazo social genera un profundo sufrimiento individual y termina jugando un papel central en la generación de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y conducta suicida. Los varones homosexuales enfrentan dificultades adicionales a las que enfrentan las personas heteronormadas, para su bienestar emocional. El sufrimiento psíquico, la vulnerabilidad ante la enfermedad y la muerte que pueden presentar como resultado de la homofobia, son en sí mismos una desventaja producida socialmente, que no sólo es injusta, sino que es necesario erradicar.

## Referencias bibliográficas

1. Sandford, T., Bakker, F., Schellevis, F. y Vanwesenbeeck, I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from Dutch Population Survey. *American Journal of Public Health* 2006; 96(6): 1119-1125.
2. Sattler, F.A., y Christiansen, H. How do discrepancies between victimization and rejection expectations in gay and bisexual men relate to mental health problems?. *Front Psychol* 2017; 24(8): 857.
3. Slimowicz, J., Siev, J. y Brochu, P.M. Impact of status-based rejection sensitivity on depression and anxiety symptoms in gay men. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(5): 1546.
4. Jorm, A.F., Korten, A.E., Rodgers, B., Jacomb P.A. y Christensen, H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of Young and middle-aged adults. *British Journal Psychiatry* 2002; (180): 423-7.
5. Mendizábal, A., Castellví, P., Parés, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M.J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M. y Lagares, C. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and Young adults: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2017; 211(2): 77-87.
6. Genise, G., De Giuli, S. y Di Pardo, M. Relación entre la orientación sexual y depresión en una muestra de adolescentes argentinos. *Calidad de vida y Salud* 2022; 15(1): 2-14.
7. Muñoz, G.M. y Prieto, Z.Z. Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en personas de la comunidad LGBT. Tesis de pregrado. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia, 2021.
8. Pineda, C.A. Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2019; 48(1): 2-9.
9. Tan R.K., Low, T.Q., Le, D., Tan, A., Tyler, A., Tan, C., Kwok, C., Banerjee, S., Cook, A.R. y Wong, M.L. Experienced homophobia and suicide among young gay, bisexual, transgender and queer men in Singapore: Exploring the mediating role of depression severity, self-esteem and outness in the pink carpet y cohort study. *LGBT Health* 2021; 8(5): 349-358.
10. Perkins, D.O., Stern, R.A., Golden, R.N., Murphy, C., Naftolowitz, D. y Evans, D.I. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151(2): 233-6.
11. Foucault, M. Historia de la sexualidad humana. México: Siglo Veintiuno Editores; 1996.
12. Laurell, A.C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Rodríguez, M.I. Coord. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud enfermedad. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1994, p. 1-12.
13. Laurell, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales* 1982; (19): 1-11.
14. Laurell, A.C. Investigación en sociología médica. *Salud Problema* 1978; (1): 5-9.
15. Bourdieu, P. Sociología y cultura. México: Grijalbo/CONACULTA; 1990.
16. Muñoz, E. Cuerpo, representación y poder. México en los albores de la reconstrucción nacional 1920-1934. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2002.
17. Wittig, M. El pensamiento heterosexual y otros ensayos. Madrid: Egales; 2006.
18. Rubin, G. El tráfico de las mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología* 1986; 8(30): 95-145.
19. OMS. Subsanan las desigualdades de una generación. Comisión de determinantes. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008.
20. Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Obillas, L.A. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica* 2009; 16(2): 85-112.
21. Henao, J.F., Marín, A.E. y Vanegas, J.H. La enseñanza en vilo de las emociones: una perspectiva emocional de la educación. *Educación y Educadores* 2017; 20(3): 451-465.
22. Chóliz, M. Psicología de la emoción: el proceso emocional. España: Universidad de Valencia; 2005.
23. Cruz, A.L. La razón de las emociones formación social, política y cultural de las emociones. *Eleuthera* 2012; 6(): 64-81.
24. Foucault, M. Defender la sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
25. Granados, J.A. Normalización y normatividad de la homosexualidad: una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina. *Salud Problema* 2015; 8(16): 88-102.
26. Huebner, D.M., Rebchook, G.M. y Kegeles, S.M. Experiences of harassment discrimination and physical violence among Young gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2004; 94(7): 1200-3.

27. Williams, T., Connolly, J., Pepler, D. y Craig, W. Questions and sexual minority adolescents: high school experiences of bullying, sexual harassment and physical abuse. *Can J Commun Ment Health* 2003; 22(2): 47-58.
28. Balsam, K.F., Huang, B., Fieland, K.C., Simoni, J.M. y Walters, K.L. Culture, trauma and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual and two-spirit native americans. *Culture Divers Minor Psychol* 2004; 10(3): 278-301.
29. Cano, A. y Miguel, J. Emociones y salud. *Ansiedad estrés* 2001; 7(2/3): 111-121.
30. Charaudeau, P. Las emociones como efectos de discurso. *Versión* 2011; (26): 97-118.
31. Rosser, B.R., Bockting, W., Ross, M. y Miner, M. The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity and mental health in men who have sex with men. *Journal of Homosexuality* 2008; 55(2): 185-203.
32. Balsam, K.F., Beuchaine, T.P., Mickey, R.M. y Rothblum, E.D. Mental health of lesbian, gay and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation and family. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(3): 471-6
33. Conell, R.W. Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender and Society* 2005; 19(6): 829-859.
34. Figari, C.E. Las emociones de lo abyecto: repugnancia e indignación. En: Figari, C. y Scribano, A. Comps. *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS, 2009. p. 131-139.

# Acompañamiento psicológico de personas LGBTIQNBA+: el llamado a un ejercicio profesional crítico, ético y emancipador<sup>1</sup>



## Tania Esmeralda Rocha Sánchez

Profesora e investigadora (T.C.) en la Facultad de Psicología. Coordinadora del grupo de Investigación de Estudios de Género y Sexualidad (Facultad de Psicología- UNAM). Es integrante de la Red Multidisciplinaria de Investigación sobre Discriminación del COPRED (Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México). Integrante del grupo consultor de Diversidad Sexual y Genérica en la Coordinación de Género de la UNAM. Integrante de la Comisión Interna de Igualdad de Género de la Facultad de Psicología. Integrante del Observatorio Internacional de Terapias de Conversión apoyado por la Embajada de Canadá en México. Dirigió el proyecto de investigación "Familiasxigual" para promover el reconocimiento de las familias en su diversidad y prácticas de crianza que promueven la igualdad de género y la inclusión. Colaboró en la guía *Nada que curar*, proyecto colectivo entre la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONU-UNODOC, por su nombre en inglés); Yaaj, Transformando tu vida, A.C; COPRED y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), encaminada a proporcionar información verídica y oportuna en torno al daño que generan los esfuerzos por corregir la orientación sexual y la identidad de género (ECOSIG), así como para proporcionar herramientas a profesionales de la salud para acompañar adecuadamente a las personas LGBTTTIQ. En su experiencia laboral, ha trabajado con diversas instituciones educativas y gubernamentales para la implementación de la perspectiva de género y el enfoque de diversidad sexual y derechos humanos. Recientemente, fue galardonada con el premio al desarrollo profesional de la psicología en las Américas "José Toro Alfonso" otorgado por la Sociedad Interamericana de Psicología.

## Resumen:

Son innegables los avances que la población de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer, No Binarias, Asexuales y más (LGBTIQNBA+) <sup>I</sup> ha tenido en las últimas décadas en cuanto al reconocimiento y ejercicio de sus derechos. En la medida en la que se han generado cambios como la creación de leyes y acciones en contra de la discriminación, se han hecho más visibles a las personas LGBTIQNBA+, así como las necesidades y problemáticas que enfrentan<sup>1</sup>; sin embargo, la discriminación y la violencia hacia este sector poblacional sigue siendo una realidad abrumadora.

El ejercicio de profesionales de la salud mental no está exento de ser un espacio en el que se reproducen prejuicios y prácticas discriminatorias y violentas. Por lo anterior, en el presente texto se hace un análisis de los factores que inciden en un ejercicio profesional poco oportuno, ético y responsable desde profesionales de la salud frente a las personas LGBTIQNBA+, y se bosquejan algunas de las consideraciones y acciones indispensables para transformar dicho ejercicio y contribuir a la creación de espacios seguros, libres de prejuicios y estigmatización.

<sup>I</sup> Este artículo es una extensión de la conferencia "Intervención psicológica en población LGBTTTIQ+: consideraciones éticas" celebrada el 8 de noviembre de 2022 en el Instituto Tecnológico de Sonora a través de la DES de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Psicología y Centro de Atención e Investigación del Comportamiento Humano. Asimismo tiene como antecedente mi colaboración para la Guía "Nada que Curar" avalada por la ONU (2018) [Guía «Nada que Curar» para profesionales de la Salud en el combate a los ECOSIG - Yaaj: Transformando tu vida A.C. (yaajmexico.org)] y mi participación en el análisis del Diagnóstico Nacional Sobre Acceso a la Salud de población LGBT+ en México coordinado por Fundación Arcoiris y la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) [Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México | Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)]. Cabe mencionar que todo lo expuesto está fundamentado en una revisión académica, aunado a mi experiencia profesional y de investigación con personas LGBTIQ+.

<sup>II</sup> Quienes realizan investigación o trabajan en el tema, utilizan el símbolo de "+" para hacer referencia a cualquier persona que en el marco de la amplia diversidad de posibilidades sexuales y sexo-genéricas, tenga opción para reconocerse o sentirse identificada como parte de dicho sector, ya que por principio las siglas LGBTIQA pueden dejar fuera otras identidades y en cuanto a la vivencia de su sexualidad.

<sup>III</sup> La disidencia sexual a diferencia del término diversidad sexual, es relacional, en la medida en la que no sólo congrega un conjunto de identidades sexuales diversas, sino que hace énfasis en la existencia de una norma social (la norma heterosexual) y por tanto, como refiere Granados-Cosme (2015) hace explícito "el carácter de transgresión (consciente o no) de la normatividad sexual que se deriva de una cultura hegemónica de género y sexualidad, enfatizando las relaciones de poder, desigualdad y subordinación que entraña dicha cultura y que frecuentemente son relativizadas con la noción de diversidad"<sup>2</sup>.

**Palabras clave:** acompañamiento, LGBTIQNBA+, diversidad, derechos humanos

## Introducción

Por varias décadas, las personas que forman parte de las disidencias sexuales<sup>III,2</sup>, han sido objeto no sólo del escarnio, la burla, el rechazo y la violencia, sino también de un proceso de patologización en torno a su existencia y su sexualidad. Social y culturalmente se han establecido construcciones respecto a la sexualidad bajo una normativa *heterosexual, binaria y homogeneizante*,<sup>3</sup> es decir, no sólo se ha estructurado la sociedad y se han creado reglas, normas, orden, regulación y control de recursos desde un orden binario y dicotómico que alude a la existencia de sólo dos parámetros (lo masculino y lo femenino); además, se ha erigido la heteronorma, en donde la heterosexualidad no es una mera orientación sexual, sino el parámetro de normalidad, de tal suerte que toda persona que sale de estos patrones es tratada con rechazo y desprecio<sup>4,5</sup> e incluso como sugiere Judith Butler<sup>6</sup>, entran en el terreno de la *ininteligibilidad*<sup>IV</sup>.

Así, la estigmatización de las personas LGBTIQNBA+ se reproduce en razón ya sea de su identidad y expresión de género, su orientación sexual, o incluso por su diversidad corporal y funcional, implicando diversas consecuencias tanto en términos de exclusión social, de negación y violación de derechos, así como en función de su salud mental, emocional y relacional.

Son múltiples las investigaciones que dan cuenta de los efectos que la discriminación y la violencia tienen en la salud mental de las personas LGBTIQNBA+<sup>7,8,9,10,17,37,44,45</sup> que además los terminan constituyendo en un grupo de alto riesgo de suicidio.<sup>10,48</sup> Cabe recordar que los prejuicios sexuales<sup>v</sup> que sustentan estos procesos de discriminación y violencia, pueden presentarse en diferentes niveles, a saber: a) en el *nivel individual*, a través del conjunto de ideas y actitudes negativas que los individuos tienen hacia personas LGBTIQNBA+ por considerarles “anormales”, b) en la *interacción o el plano interpersonal*, cuando estos prejuicios llevan a acciones discriminatorias y violentas, y c) en el *institucional*, que se traduce en prácticas de discriminación normalizadas y justificadas en diferentes espacios como los educativos, de salud, religiosos, empresariales o profesionales<sup>11</sup>.

En México, datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) del 2022<sup>12</sup> dan cuenta del grado de rechazo hacia las personas LGBTIQNBA+. Un 37.3% de la población de 18 años y más de la diversidad sexual y de género declaró haber sido discriminada en los últimos 12 meses. De éste, 41.8% declaró haberlo sido por su forma de vestir o arreglo personal (tatuajes, ropa, forma de peinarse, etc.) y un 32.1% vivió discriminación debido a su orientación sexual.

Por otra parte, y de acuerdo con los resultados de la primera encuesta nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) aplicada en 2021<sup>13</sup>, aunque muchas de las personas LGBTIQNBA+ cuentan con el apoyo y aceptación de sus familias, no es así para todas, ya que son obligadas a asistir con personal médico, autoridad religiosa u otra persona con la idea de “corregir” su orientación sexual y/o identidad de género. Según los datos arrojados por esta encuesta, 13.9% de personas trans y/o con identidades de género disidentes y el 9.8% de personas no heterosexuales vivieron una situación de esta naturaleza. En tanto, un 22.2% de personas trans o con identidades disidentes, así como el 16% de personas no heterosexuales se enfrentaron a agresiones e incluso fueron corridas de sus hogares. Cabe destacar que, aunque cualquier escenario puede ser

<sup>IV</sup> Butler establece que el esquema de inteligibilidad prepara al marco de reconocimiento, es decir, son pautas de reconocibilidad según los cánones sociales, así bajo la noción de la matriz heterosexual, hace referencia a “la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos...un modelo discursivo/epistémico hegemónico de inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable (masculino expresa hombre, femenino expresa mujer) que se define históricamente y por oposición mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad” (Butler, 2007)<sup>6</sup>.

<sup>v</sup> Si bien de manera coloquial se hace referencia a homofobia, bifobia, lesbofobia, transfobia y lgbtqfobias, desde un abordaje crítico y ético se considera que es más oportuno enunciarlo como prejuicios sexuales (Herek, 2007), en la medida en la que lo que está detrás de la discriminación y violencia no es una fobia, sino una hostilidad dirigida contra las personas LGBTIQNBA+, hostilidad que se traduce en acciones de rechazo y odio intencional.<sup>68</sup>

un lugar *no seguro* para las personas LGBTIQNBA+, ésta y otras encuestas en el contexto de nuestro país<sup>14,15</sup> han reiterado que los espacios en donde las personas LGBTIQNBA+ enfrentan más violencias *derivadas del estigma social son la escuela, los espacios públicos y la familia*.

### Las prácticas de discriminación y violencia desde profesionales de la salud mental.

Por desgracia, el escenario de atención a la salud mental no se encuentra libre de prejuicio y rechazo hacia esta población. En la literatura emergente sobre el tema de la atención sanitaria a las personas LGBTIQNBA+<sup>16,17,19,20,21,22,23,25,26,27,29,30,33,34,35,36,37</sup> se reitera la presencia de prejuicios vinculados tanto con el género como con la cisheteronorma<sup>iv</sup>, y el efecto que estas imposiciones socioculturales, a la par que los poderes jurídicos y biomédicos, han reproducido, provocando vulnerabilidad y desigualdades en materia de salud. Particularmente, destaca la presencia de términos, definiciones, representaciones gráficas y prácticas clínicas que patologizan la diversidad y disidencias sexuales y sexo-genéricas, y que contribuyen a perpetuar un modelo de atención basado en la *cisheteronormatividad*.<sup>16,17,30,34,35,36</sup>

En términos del tipo de prácticas profesionales y/o servicio, los datos disponibles sugieren que en la profesión psicológica permean actitudes negativas, prejuicios y mitos hacia la población LGBTIQNBA+, incidiendo de manera particular en las actitudes negativas, de desaprobación y rechazo que se

presentan en el espacio terapéutico.<sup>19,20,21,29,48,49</sup> En un estudio realizado en la Universidad de Buenos Aires, en la carrera de psicología, se encontró que la atención que se brinda a personas trans y travesti no sólo carece de un enfoque de género y diversidad, sino que profesionales de la salud mental tiene concepciones erradas, prejuicios y pocas herramientas para abordar las problemáticas de este sector, traduciéndose en una barrera importante para el acceso a la salud mental.<sup>4</sup> Esta ausencia de formación y desconocimiento se hace presente en otros contextos de atención a la salud mental<sup>23,27,30,34,38</sup> reiterando que la preparación sigue siendo inadecuada en términos de atención psicológica y psicoterapéutica sensible y empática a las necesidades de este sector poblacional.<sup>19,24,25</sup>

De hecho, en cuanto a la formación universitaria de profesionales de la salud, se presenta *homofobia* en el estudiantado, pues la preparación que reciben está regida bajo los parámetros heterosexistas.<sup>4,9,26,27,28,29,30</sup> lo que influye en el acoso homofóbico que puede darse en el contexto educativo.<sup>35</sup> En algunos casos, parecería que existe una mayor apertura hacia la diversidad sexual, no obstante, lo que ocurre es que hay un mayor cuidado en no hacer explícitos los *lgbtiq+prejuicios*, de manera que prevalecen acciones y actitudes sutiles tanto en estudiantes.<sup>32</sup> como en profesionales de la psicología.<sup>22,30</sup> Lo anterior se complejiza ante la falta de una preparación oportuna en torno a la población LGBTIQNBA+ en el currículo educativo.<sup>31,32</sup>

<sup>vi</sup>“Se entiende por cisheteronormatividad al marco sociojurídico, descriptivo y prescriptivo que justifica y resalta que las personas se dividen (irremediablemente) de forma natural en dos sexos y dos géneros diferentes y excluyentes (hombres/mujeres, masculino/femenino) y que poseen papeles de comportamiento específicos (performatividades exclusivas). Además, esta noción defiende la postura de que la heterosexualidad es la única identidad sexual del deseo esperable y excluye la diversidad restante. Consecuentemente, esta noción alinea la plasticidad del sexo biológico (principalmente la genitalidad), la identidad de género, el rol de género y las identidades sexuales del deseo, en una misma ecuación.”<sup>18</sup>

Por otra parte, si se hace alusión a la atención que se brinda a personas trans, existe aún mayor invisibilidad y desconocimiento, y dentro del ejercicio psicoterapéutico se han evidenciado los efectos negativos que puede llegar a tener lo anterior en el trabajo con dicha población.<sup>33,34</sup>

En un estudio realizado en Puerto Rico exprofesamente para conocer las actitudes y el conocimiento de psicoterapeutas sobre personas trans<sup>35</sup>, se hizo evidente que un porcentaje importante de terapeutas no siente comodidad al tener que trabajar con personas trans, no tienen claridad sobre la diferencia entre identidad de género y orientación sexual, e incluso hacen manifiestos prejuicios como que “no debería haber personas trans donde hay niñas y niños”, “no compartirían una oficina”, o “no se sentirían cómodas/os si sus hijas/hijos tuvieran como maestra/o a una persona trans”. Así, lo que se reitera es que la discriminación e invisibilidad hacia este sector poblacional también se enfrenta a partir de la falta de preparación de profesionales de la salud mental, del desconocimiento y sin duda, de los prejuicios presentes. Por ejemplo, en un par de estudios<sup>36,37</sup> se señala la frustración que supone para muchas personas trans, al ser el *primer cliente* trans de sus terapeutas y tener que dedicar tiempo y espacio a educarles respecto a sus necesidades, e incluso respecto al mismo tema de lo que significa el término trans, transgénero y transexual.<sup>21</sup>

En el estudio realizado en la Universidad de Buenos Aires, también se exploró en qué medida los discursos y textos brindados durante su formación en las clases de psicología, habían resultado

incómodos, violentos u ofensivos para algunas personas, ante lo cual el 71.6% de participantes respondió de manera afirmativa. Asimismo, en dicha investigación dieron cuenta de cómo a través de las enseñanzas había una asociación del término identidad sexual con la palabra perversión y *psicosis*, es decir, que bajo la misma formación se transmite la idea de que las identidades de género y orientaciones sexuales disidentes son una patología.<sup>4</sup>

Desafortunadamente, en el marco del conocimiento que se fomenta en la psicología, psiquiatría y disciplinas afines, aún se manejan conceptos preestablecidos del comportamiento individual y/o grupal, afines a la cisheteronormatividad, mismos que pueden interferir en el trabajo práctico con personas LGBTIQNBA+.<sup>38</sup>

### Las microagresiones hacia las personas LGBTIQNBA+ en el contexto psicoterapéutico.

Así, respecto a las prácticas ejercidas por profesionales de la salud en el espacio psicoterapéutico, la literatura revisada destaca el ejercicio de lo que se ha nombrado microagresiones hacia las personas LGBTIQNBA+. Por *microagresiones* se hace referencia a formas cubiertas y sutiles de cisheterosexismo<sup>VII</sup> que se dan dentro de los espacios terapéuticos y de acompañamiento psicológico; formas en las que se transmite el prejuicio y la discriminación, por ejemplo: los desaires, las miradas y gestos con desdén o desprecio, así como aquellas acciones cuya intención es mandar un mensaje -oculto- humillante, hostil o negativo hacia las personas o grupos.<sup>39</sup>

<sup>VII</sup> Derivado del término cisgenerismo y heterosexismo, el término cisheterosexismo refiere el prejuicio que patologiza, margina y deslegitima las formas de expresión, roles e identidades no cisgenerizadas ni heteronormadas.<sup>69</sup>

Estas microagresiones son parte de un amplio sistema de opresión que menoscaba la salud y bienestar de los grupos marginados, en este caso el de las personas LGBTIQNBA+. Así, se han identificado ideas centrales en torno a las cuáles se gestan las microagresiones hacia las mujeres cisgénero y las personas LGBTIQNBA+: a) el asumir la patología sexual y la anormalidad, b) la incomodidad y desaprobación de la no heterosexualidad y de las experiencias trans o no binarias, c) universalizar las experiencias y d) la *exotización* de las personas LGBTIQNBA+.

De forma más puntual y bajo la idea de poder tomar conciencia en torno a las microagresiones que se pueden gestar en el espacio de acompañamiento psicológico, en la Tabla 1 se pueden ver algunas de estas microagresiones y el mensaje que está detrás de las mismas.

**Tabla 1. Microagresiones sexuales en el espacio psicoterapéutico**

Microagresiones	Mensaje que se transmite
Dar por sentado que la orientación sexual e identidad de género disidentes a la cisheteronorma son la causa de los síntomas y conflictos que experimentan las personas.	Tu orientación sexual es el problema. Tu orientación sexual requiere ser tratada.
Evitar abordar o minimizar la orientación sexual, identidad y expresión de género como área de exploración relevante en la conversación terapéutica -si así lo manifiesta la persona que consulta-.	No es relevante hablar de tu orientación sexual/ identidad de género. Debes sentirte mal respecto a tu orientación sexual y/o identidad disidente. Tu disidencia sexual genera incomodidad.
Intentar “sobreidentificarse” con las personas LGBTIQNBA+ (dando por sentado similitudes o aparentado ser LGBTIQNBA+ “friendly”).	Asumir que se “entiende” lo que te pasa porque el o la terapeuta conoce gente como tú. Decir que no se es homofóbico/a porque conoce a otras personas LGBTIQNBA+.
Hacer evidente una cosmovisión estereotipada o llena de prejuicios en torno a las personas LGBTIQNBA+ (p.e. “eres muy bonita para ser lesbiana”).	Todas las personas LGBTIQNBA+ son iguales.
Externar (y hacer intervenciones a partir de) sesgos heteronormativos (p.e. la heterosexualidad como norma o parámetro de normalidad).	No eres una persona normal. Lo que sientes no es normal.
Asumir que las personas LGBTIQNBA+ necesitan atención psicológica o psiquiátrica por el hecho de serlo..	Necesitas cambiar tu orientación y/o identidad para estar bien.
Externar advertencias o comentarios persuasivos respecto a los riesgos y problemas que supondrá para la persona identificarse y/o vivirse como una persona LGBTIQNBA+.	Tienes que ser consciente de los problemas que tendrás por ser una persona LGBTIQNBA+.

Fuente: Shelton & Delgado-Romero (2013).<sup>39</sup>

Nota: Traducción y adaptación propia.

Así, las microagresiones están basadas tanto en la orientación sexual como en las identidades de género e incluyen temas clave como usar terminología heterosexista o transfóbica, avalar la heteronormatividad y el binarismo de género, asumir que la diversidad sexual es una patología y desaprobar las identidades y experiencias LGBTIQNBA+.<sup>40</sup> Estas microagresiones tienen un impacto en la salud emocional de las personas LGBTIQNBA+ pues abonan a la presencia de depresión, baja autoestima y trauma,<sup>41</sup> así como a dejar de asistir al proceso psicoterapéutico o bien a ocultar la identidad de género u orientación sexual aun cuando sea un tema central con respeto al malestar que la persona puede experimentar.<sup>24,42</sup>

En ese sentido, es importante reiterar que los prejuicios en torno a las personas LGBTIQNBA+ se comunican no sólo a partir de las acciones verbales, sino también desde lo *no verbal*, incluyendo el lenguaje corporal, las posturas, gestos y lenguaje empleado, así como la forma en la que se hacen preguntas y por la información que se ignora o desestima en la conversación terapéutica.<sup>43</sup> Además, habría que considerar la forma en la que las y los terapeutas “reaccionan” frente a las personas LGBTIQNBA+ (p.e. mostrando ansiedad, lástima, vergüenza, evitación del contacto físico o incluso rechazo), lo cual también incide en el malestar emocional de las personas que asisten a terapia.<sup>43</sup>

En el marco de estas prácticas que violentan, también es necesario problematizar los *Esfuerzos por Corregir la Identidad de Género y Orientación Sexual (ECOSIG)*<sup>44</sup>, mismos que han sido mal llamados “terapias reparativas o de conversión”. Aunque no existen registros sistemáticos respecto a su frecuencia, en el último informe generado por la Asociación Internacional de Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex

(ILGA) titulado “Poniendo límites al engaño”<sup>45</sup> se da cuenta de que estas prácticas ocurren en diferentes países, y en muchos casos son realizadas por personas que cuentan con algún tipo de licencia profesional en el campo de la salud mental. Estos esfuerzos históricamente han ido desde prácticas de tortura, secuestro, aislamiento, uso de choques eléctricos y violaciones correctivas hasta el ejercicio de supuestas “terapias” que buscan “curar” o cambiar la identidad y expresión de género o la orientación sexual disidente de las personas. Como refiere el informe, todas estas prácticas no tienen ninguna fundamentación científica y resultan iatrogénicas, abonando a problemas de salud mental e incluso al riesgo de suicidio en quienes son sus víctimas.<sup>46</sup>

En Estados Unidos se realizó un estudio en 2015<sup>47</sup>, en el cual, de 27,715 personas, 20% refirió que alguna vez habían estado expuestas a este tipo de “terapias” por parte de profesionales de la salud. En Reino Unido, en una encuesta realizada en 2009 a más de 1,300 profesionales de la salud, alrededor de 15% señalaron haber ofrecido algún tipo de terapia de conversión, a la vez que 35% de sus pacientes habían sido referidos para algún tipo de tratamiento de esa naturaleza por parte del personal médico. En Corea del Sur, en 2016, la Red por la Eliminación de la Terapia de Conversión encontró que 57% de quienes participaron en la realización de estos ECOSIG fueron “especialistas”. Es importante destacar, además, que conforme los datos recopilados en dicho informe, se hace un particular señalamiento sobre la doble probabilidad que tienen las personas trans en comparación con otros grupos, de estar expuestas o ser obligadas a este tipo de esfuerzos. Y si a ello, se incorpora la mirada interseccional, son las niñas y las juventudes quienes se encuentran en mayor riesgo de enfrentar este tipo de ECOSIG.

## La apuesta por la despatologización de las diversidades y disidencias sexuales y sexo-genéricas.

Frente a este panorama, la Asociación Americana de Psicología (APA), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>49</sup>, y la Organización de las Naciones Unidas (ONU)<sup>50</sup>, han buscado reforzar la despatologización de las diversidades y disidencias sexuales y sexo-genéricas, lo cual ha requerido convocar y orientar a profesionales de la salud y la salud mental para que ofrezcan servicios que sean oportunos, éticos y responsables ante las personas LGBTIQNBA+. Así, se ha hecho énfasis en las *terapias afirmativas*<sup>VIII</sup>, cuyo objetivo es coadyuvar a que las personas puedan aceptar y vivir su sexualidad de una forma plena y satisfactoria, siendo conscientes de que mucho de su malestar es derivado no de su orientación o identidad per se, sino de los prejuicios y proceso de discriminación y rechazo entorno a ello<sup>3</sup>. Como refiere Rubén Ardila<sup>51</sup> la terapia afirmativa concibe a las diversidades sexuales como alternativas válidas, aceptables y respetables, frente a lo cual, las y los profesionales de la salud tienen como responsabilidad ética y profesional enmarcar su práctica con las personas LGBTIQNBA+ desde el *respeto por la dignidad humana, el valor y los derechos*<sup>52</sup>.

No obstante, existe una mirada controversial en torno al tema de las terapias afirmativas, en principio porque parecieran ser entendidas como un método psicoterapéutico específico, cuando en realidad, constituyen un enfoque o perspectiva que busca

enriquecer los métodos terapéuticos ya existentes, poniendo como ejes vertebrales *el reconocimiento y respeto a la diversidad y disidencias sexuales, la búsqueda de un acompañamiento ético*, regido por el respeto a los derechos humanos de toda persona, y que pueda coadyuvar a que las personas LGBTIQNBA+ reconozcan que el malestar que experimentan no es por sus orientaciones y/o identidades disidentes, sino por el contexto hostil y discriminatorio.

Por otra parte, se cuestiona la efectividad de esta aproximación, en tanto la investigación sistemática respecto al tema aún es incipiente, y aunque hay estudios que dan cuenta de su efecto benéfico<sup>3,55,51,63,64,65,68,69</sup> también existen diversas problemáticas, como por ejemplo que un gran número de los estudios se ha centrado en varones gay y bisexuales, dejando de lado las experiencias de mujeres lesbianas y bisexuales, así como otras orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género disidentes. Lo anterior, sin contar la ausencia de otros grupos como personas afrodescendientes, adolescentes, o personas con algún padecimiento dentro de las disidencias sexuales y sexogenéricas que no esté vinculado con el abuso de sustancias, depresión y VIH<sup>24,57</sup>.

Además, se ha hecho insistencia en que el impacto de incorporar esta perspectiva en la atención psicológica puede ser diferente en función de los escenarios en los que se ofrecen el acompañamiento, de tal suerte que en el contexto hospitalario

<sup>VIII</sup>Esta definición ha sido ampliamente utilizada, pero también criticada por las dificultades para ser operacionalizada, implementada y evaluada. Se sugiere hablar más de un enfoque o adaptación afirmativa en el proceso psicoterapéutico o de acompañamiento psicológico, que busca enriquecer y optimizar los modelos terapéuticos ya existentes. El aspecto central es que se busca dar lugar a la validación y apoyo de las identidades y experiencias de sexo y género disidentes, enfatizando la necesidad de reconocer los efectos del estrés y malestar vinculado con el estigma y la discriminación.

por ejemplo tiene menos impacto que fuera de éste<sup>57,58</sup>. Así, hay cierta coincidencia en la literatura sobre considerar que la práctica afirmativa basada en evidencia requiere de una sistematización del tratamiento, de sus componentes y destinatarios, así como la determinación de bajo qué circunstancias es eficaz, cómo influye el contexto estructural en los resultados, así como las competencias de la o el terapeuta.<sup>57,58</sup>

A pesar de ello, no está por demás señalar que en este tipo de valoraciones prima una lógica positivista de la psicología<sup>IX,59</sup> que no sólo se traduce en la predilección por investigaciones y estudios de corte cuantitativo que involucran grandes cantidades de participantes y mediciones estandarizadas, en la búsqueda de modelos universales de atención, sino que también se desestima la complejidad del fenómeno ligado a los prejuicios sexuales y su efecto en la salud mental, y las dinámicas que se pueden gestar en las relaciones psicoterapéuticas como reproductoras de lógicas cisheteronormativas.

Además, conforme se *individualiza* el problema se reduce el objetivo de la atención o intervención psicológica a que la persona aprenda a “lidiar” con un contexto hostil, buscando “reforzar” comportamientos que abonen a disminuir la ansiedad, el estrés y el malestar, traduciendo el éxito de la terapia en la reducción de síntomas. Con lo anterior, se perpetua la idea de que la salud mental es un asunto

individual que se resuelve en un consultorio, y desconoce algo que es consistente a través de la literatura, a saber, las continuas situaciones de discriminación y violencia que enfrentan las personas LGBTIQNBA+ en diferentes escenarios, incluyendo el que involucra al personal de salud y de salud mental.

Más allá de la intervención, una apuesta por un quehacer profesional crítico, ético y emancipador.

Contrario a lo que esa mirada apuntalaría, bajo una apuesta afirmativa crítica es necesario pensar más allá de la intervención psicológica. Y aunque sin duda es oportuno seguir investigando cuáles pueden ser las formas -psicoterapéuticamente hablando- más adecuadas frente a las necesidades y malestares particulares de las personas LGBTIQNBA+, no puede desconocerse u obviarse que es urgente atender la formación educativa de profesionales de la salud y poner atención a los contenidos curriculares y las producciones teóricas, así como los saberes disciplinarios que forman parte de sus aprendizajes. Como refieren Mauricio Albores y Soledad Hernández,<sup>60</sup> desde la *psicología mainstreaming* se ha perpetuado un poder hegemónico heterosexista y de clase, tanto en la comprensión del sexo como del género, abonando a el ejercicio de una violencia disciplinar hacia las personas LGBTIQNBA+, la cual se fomenta tanto en los programas académicos de formación, así como en el ejercicio profesional

<sup>IX</sup>“Esta perspectiva epistemológica sustenta el paradigma cuantitativo empírico-analítico de investigación social. Y lo que se problematiza, como refiere Efraín Márquez Pérez es que “la perspectiva epistemológica objetivista establece la vinculación de la ciencia social positivista con la esfera política a través del paradigma cuantitativo. Ello debido a que el carácter lógico que le atribuye a la investigación social ha estandarizado las investigaciones generalizando sus procedimientos a escala planetaria, con lo cual la ciencia social neopositivista establece estrechos vínculos con las relaciones de poder lo cual induce al mantenimiento del estatus quo, la monopolización, divulgación y traslado del conocimiento por parte de una élite intelectual burocratizada, mayormente al servicio de poderes hegemónicos”<sup>59</sup>.

de estudiantes de psicología. De tal suerte que, es indispensable repensar y cuestionarse cómo se contribuye a la intervención desde esta perspectiva que patologiza y castiga la existencia de las personas LGBTIQNBA+ y que incluso ejerce violencias a partir de las prácticas que se desarrollan en los procesos de formación.

Así, resulta ineludible poner en el centro dos dimensiones que históricamente han sido pensadas como accesorio más que como ejes transversales en el ejercicio de la disciplina psicológica, a saber, la dimensión ética y la política<sup>61</sup>. Por una parte, *la dimensión ética* coloca en el centro la pregunta de *¿quién es el otro y cuál es el lugar que tiene en la producción de conocimiento?*, en tanto la dimensión política se cuestiona sobre *¿qué tipo de relaciones tenemos con ese otro y para quién es el conocimiento que se produce?* Bajo ese tenor, queda claro con todo lo expuesto hasta ahora, que la voz y las experiencias de las personas LGBTIQNBA+ no han tenido un lugar referente en la generación del conocimiento, y que en la medida en la que han sido colocadas en el plano de la otredad, este conocimiento ha estado al servicio de una mirada cisheteronormada y hegemónica, que no sólo desconoce las necesidades y vivencias de dicha población, sino que además patologiza y castiga sus existencias. De ahí que sea tan importante el llamado a formar profesionales de la salud mental desde un lugar no tradicionalista, hegemónico y heteronormado, bajo la apuesta de una formación; otra que permita intervenciones más humanas y horizontales<sup>65</sup>.

Por tanto, el proceso de *acompañar psicológicamente* a las personas LGBTIQNBA+ supone algo más que la puesta en práctica de un enfoque afirmativo, sin desconocer las fortalezas que el mismo puede tener; implica una transformación profunda en los saberes hegemónicos en torno a la sexualidad y la diversidad sexual, así como en el tipo de conocimientos y habilidades que se transmiten durante la formación profesional y la transformación de las *violencias disciplinarias* que pueden hacerse manifiestas en la práctica. Revisitar los “saberes” teóricos que, dentro del campo de esta disciplina y otras afines, se han perpetuado bajo una cosmovisión cisheteronormativa y binaria patologizante es una tarea ineludible, así como también lo es revisar el *habitus*<sup>x</sup> de las prácticas profesionales, sobre todo en lo que compete al campo clínico, para poder reconfigurar todos los espacios y servicios de atención psicológica como espacios seguros, libres de prejuicio y discriminación, en donde las violencias disciplinares hacia las personas diversas y disidentes de su género y sexualidad no tengan lugar.

En la medida en la que no hay en el contexto de México un mecanismo de regulación del ejercicio de la disciplina psicológica, es indispensable revisar la manera en la que tanto en la formación profesional como en el ejercicio *per se* de profesionales de la salud se pone en juego la dimensión ética. ¿Hasta dónde los saberes transmitidos al estudiantado en formación responden a convencionalismos morales, pero no necesariamente éticos? Como señala

<sup>x</sup>Pierre Bourdieu hace referencia al concepto de *habitus* como “sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin, sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta”<sup>67</sup>.

Maritza Montero<sup>61</sup>, no basta con que existan códigos o decálogos que regulen el actuar profesional, si no se analiza la concepción implícita que se tiene del otro, y que está en juego en las concepciones normativas respecto a las personas LGBTIQNBA+, pues así se crea el riesgo de incurrir en prácticas poco éticas e incluso violentas.

Además, es necesario problematizar cómo se concibe desde la psicología el tema de la diversidad y disidencias sexual y de género, y cómo se concibe por tanto a las personas LGBTIQNBA+, ya que no sólo cruza por lo ético, sino también por lo político, en el sentido que como refiere Maritza Montero<sup>61</sup>, “*producir conocimiento “producir conocimiento entonces tiene consecuencias políticas y puede ser el producto de una política. Saber es un fenómeno con consecuencias políticas; publicar o privatizar el conocimiento es un hecho político y también lo es el lugar que se ocupa en la relación de conocimiento”* (p.7)<sup>61</sup>. Dicho de otra forma, tiene consecuencias para las personas LGBTIQNBA+ que en la psicología mainstreaming prevalezca una cosmovisión que patologiza y excluye sus vivencias. ¿Actualmente la disciplina psicológica está brindando una formación y una atención coincidente a las necesidades de este colectivo? Como señalan Mauricio Albores y Soledad Hernández<sup>60</sup>, la realidad ha excedido los estatismos teóricos-académicos desde la disciplina psicológica en las formaciones.

Así, se vuelve prioritario que profesionales de la salud mental:

- a. Sean conscientes de la relación de poder que tienen frente a sus consultantes o clientes y, por tanto, confronten esa posición de autoridad epistémica generando espacio para que la voz de las personas LGBTIQNBA+ tenga lugar y reconocimiento abonando a una mejor comprensión y acercamiento a sus realidades.
- b. Tengan *claridad conceptual* con respecto a lo que suponen las diferentes letras del acrónimo, y los ejes de la sexualidad que se ponen en juego, ya que prevalece una confusión y traslape entre lo que compete a los términos y nociones de las identidades de género, la expresión de género, y aquello que se entiende como la orientación erótico-afectiva y sexual de una persona<sup>62</sup>, dando lugar no sólo a malentendidos sino también a prejuicios e intervenciones poco asertivas.
- c. Realicen un *proceso constante de toma de conciencia de los prejuicios* que pueden acompañar su hacer, sobre todo en relación con esta población, ya que como se señaló antes, las microagresiones que pueden tener cabida en el espacio terapéutico no sólo se manifiestan abiertamente sino también de maneras sutiles o que incluso pueden pasar desapercibidas.
- d. Reconozcan que todo conocimiento es situado y, por lo tanto, no hay una *aproximación neutral*. Por el contrario, el lugar desde dónde la o el profesional de la salud está ubicado en el entramado de relaciones de poder y opresión, puede abonar a una mayor o menor distancia con respecto a las vivencias de las personas LGBTIQNBA+ <sup>XI</sup>

<sup>XI</sup>Al respecto, y de acuerdo con la investigación de Kilgore y colaboradores<sup>65</sup>, fueron las terapeutas mujeres quienes mostraron una mayor aceptación y apoyo a las personas LGBTIQNBA+, así como mayor apertura a una formación desde la perspectiva afirmativa en contraste con terapeutas varones. De manera que, sin duda, resulta crucial reconocer y desnaturalizar las relaciones de poder y desigualdad que se gestan entre las personas a la luz del sistema binario, cisheteronormado y jerárquico “sexo-género”, incluida la relación entre terapeutas y la persona consultante

e. Pongan en práctica un acompañamiento afirmativo, el cual no sólo debe aludir al entendimiento y la aceptación, sino como refiere Langdrige cuando apela a una “terapia éticamente afirmativa”, significa que hay un interés propositivo por aminorar los efectos que el sistema (cis) heterosexista ha implicado para las personas LGBTIQNBA+. O como señala Kort, las y los terapeutas buscan combatir el heterosexismo, reconocen el privilegio heterosexual, son conscientes y buscan combatir los prejuicios interiorizados y los de su clientela.

Así, una aproximación psicológica y psicoterapéutica ética y política que atienda a esta apuesta afirmativa está lejos de suponer una agenda única. En todo caso, lo que resulta central es que el espacio y el trabajo psicoterapéutico posibilite la normalización del impacto que tiene el contexto hostil en la salud mental de las personas LGBTIQNBA+ para que las personas puedan reconocer sus fortalezas y resiliencias y que contribuya a contrarrestar el efecto del discurso que patologiza y abona a la idea de deficiencias individuales.

Que en la relación que se gesté entre profesionales de la salud y consultantes se habiliten *otras formas* que socaven la mirada que *exotiza*, rechaza y desconoce y que así, las personas LGBTIQNBA+ se puedan ver y pensar desde un lugar que abrace sus diferencias, que enfatice sus fortalezas, que le permita reconocer

sus derechos y los del colectivo y, que le posibilite validar sus experiencias bajo una cosmovisión positiva de su diversidad<sup>65</sup>.

Finalmente, lo que se espera, es que dentro o fuera del consultorio, las y los profesionales de la salud, actúen con plena conciencia y conocimiento del impacto transformador que su intervención puede tener en la vida de las personas LGBTIQNBA+, y que, bajo una consideración no meramente teórica, sino también ética y política, asuman el compromiso respetar y *reconocer al Otro, en tanto igual*.

\*La autora utiliza las siglas LGBTIQNBA+ para visibilizar a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer, No Binarias, Asexuales y más; siendo ésta otra forma de mencionar a poblaciones de la diversidad sexogenérica, además de la habitual, LGBTTIQ+.

## Referencias bibliográficas

1. Bolderston A, & Ralph S. (2016) Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Radiography*, 22, e207-e211.
2. Granados A. (2015). Disidencia sexual y derecho a la salud. México diverso entre avances y retrocesos. *Salud Problema*, 17, 66-78.
3. Zuñiga E, Valdiviezo J, Ruiz O, Baldus D, Paz C. (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGBTIQ+ en Ecuador: cambios en el malestar psicológico. *Terapia Afirmativa*, 39(3) 353-374.
4. Tolone C. (2021). Hacia una práctica ética: la formación en psicología como causa posible de la patologización LGBT+. En XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
5. Benavides A, Carrasco B, Chávez C, Garrido V, Oreñana MJ. (2020). Barreras facilitadores y buenas prácticas en la atención de salud a población LGBTIQ+: una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia* 3(2),108-113.
6. Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. España: Paidós.
7. Gilbey, D., Mahfouda, S., Ohan, J., Lin, A., & Perry, Y. (2020). Trajectories of mental health difficulties in young people who are attracted to the same gender: a systematic review. *Adolescent Research Review*, 5, 281-293.
8. Porta, C. M., Watson, R. J., Doull, M., Eisenberg, M. E., GrumdaHL, N., & Saewyc, E. (2018). Trend disparities in emotional distress and suicidality among sexual minority and heterosexual Minnesota adolescents from 1998 to 2010. *Journal of School Health*, 88(8), 605-614.
9. Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C., Aguayo, F. (2018). Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+: Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS), Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.
10. Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144, 723-733.
11. Penna, M. y Mateos, C. (2014) Los niveles de homofobia en los futuros docentes. *Revista Iberoamericana de Educación* 66, 23-142.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2022). Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022, ENADIS, Diseño conceptual. Recuperado de: Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022 (inegi.org.mx)
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género 2021, ENDISEG. Comunicado de prensa núm. 340/22 28 de junio de 2022 página 1/31. Recuperado de: Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021 (inegi.org.mx)
14. Lozano, I., & Salinas, F. (2016). Conociendo nuestra diversidad: discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI. Ciudad de México, México: Actúa, DF, COPRED.
15. Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México (2018). México: Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Fundación Arcoiris Por el Respeto a la Diversidad Sexual.
16. Gash A., Gregori N., Hurtado I., Suess A., Ruiz M.T.(2021). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación de las ciencias de la salud *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 383-388.
17. Tomicic, A., Martínez, C., & Immel, N. (2021). Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 55(1), e1453-e1453.
18. Caravaca-Morera, J. A. & Padilha, M. I. (2017). Social representations of sex and gender among trans people. *Revista brasileira de enfermagem*, 70, 1235-1243.
19. Angulo, A. (2017). Profesionales de la salud mental y su relación con las familias homoparentales en México. *Debate Feminista* 54, 1-17.

20. Vázquez-Rivera, M., Nazario-Serrano, J., & Sayers-Montalvo, S. (2012). Actitudes hacia gays y lesbianas en psicoterapia de estudiantes graduados/as de psicología y psicólogos/as clínicos/as con licencia. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 46(3), 435-446.
21. Angulo, A., Granados, J., y González, M.M. (2014). Experiencias de familias homoparentales con profesionales de la psicología en México, Distrito Federal. Una aproximación cualitativa. *Cuicuilco*, 59, 211-236.
22. Gómez, M. F. (2015). Prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 3 (18), 1261-1284.
23. Moral J, Valle A, y Martínez, E. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 526-550.
24. Bidell, M. P., & Stepleman, L. M. (2017). An interdisciplinary approach to lesbian, gay, bisexual, and transgender clinical competence, professional training, and ethical care: Introduction to the special issue. *Journal of homosexuality*, 64(10), 1305-1329.
25. Rutherford, K., McIntyre, J., Daley, A., & Ross, L. E. (2012). Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual, and transgender communities. *Medical education*, 46(9), 903-913.
26. Piña JM, y Aguayo HB. (2015) Homofobia en estudiantes universitarios de México. *Región y sociedad*, 2015; 27(64), 05-35.
27. Coppari N, Arcondo G, Bagnoli L, Chaves M, Corvalán M, Enciso A, Melgarejo K, & Rodríguez, X. (2016). Prejuicio y distancia social hacia la homosexualidad en universitarios de psicología de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(3), 240-252.
28. Orcasita, L. T., Vera Noriega, J. Á., Kusserow, M., & Montenegro Céspedes, J. L. (2020). Percepciones y actitudes sobre homofobia en estudiantes universitarios. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 28-37.
29. Rodríguez Otero, L. M., & Treviño Martínez, L. (2016). Sexismo y actitudes hacia la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad en estudiantes de Trabajo Social mexicanos. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 6 (11), 3-30.
30. Rodríguez Otero, L. M., & Treviño Martínez, L. (2016). Sexismo y actitudes hacia la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad en estudiantes de Trabajo Social mexicanos. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 6 (11), 3-30.
31. Biaggio, M., Orchard, S., Larson, J., Petrino, K., & Mihara, R. (2003). Guidelines for gay/lesbian/bisexual-affirmative educational practices in graduate psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 548.
32. Gastelo-Flores, C., & Padilla, M. Á. S. (2020). Prejuicio, discriminación y homofobia hacia las personas LGTBTTI desde el ámbito de la salud mental. *Revista científica del Amazonas*, 3(5), 67-80.
33. McCann, E., & Sharek, D. (2014). Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *International journal of mental health nursing*, 23(2), 118-127.
34. Shukla, V., Asp, A., Dwyer, M., Georgescu, C., & Duggan, J. (2014). Barriers to healthcare in the transgender community: A case report. *LGBT health*, 1(3), 229-232.
35. Francia-Martínez, M., Esteban, C. & Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 1, (28), 098-113.
36. Mayock, P., Bryan, A., Carr, N., & Kitching, K. (2008). Supporting LGBT lives: A study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Gay and Lesbian Equality Network [GLEN]. ISBN: 978-0-9561023-2-4
37. McCann, E., & Sharek, D. (2014). Challenges to and opportunities for improving mental health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland: A narrative account. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 525-533.
38. Moon LT. (2010). *Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*. Farnham: Ashgate.
39. Shelton K, & Delgado E., A. (2013). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual and queer clients in psychotherapy. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1: 59-70.
40. Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions: Implications for mental health and counseling. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217-240). John Wiley & Sons, Inc.
41. Kevin L. Nadal (2019) Measuring LGBTQ Microaggressions: The Sexual Orientation Microaggressions Scale (SOMS) and the Gender Identity Microaggressions Scale (GIMS), *Journal of Homosexuality*, 66 (10), 1404-1414, DOI: 10.1080/00918369.2018.1542206.

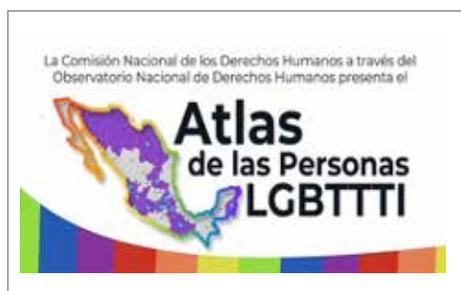
42. Bidell, M. P. (2016). Treating transgressors: Mental health providers and LGBT issues. *Journal of Psychological Therapies*, 1(1), 7-10.
43. Newcomb, M. & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30(8), 1019-1029.
44. ONUDC (2018). Nada que Curar: Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG\*. México: ONUDC, UNAM, COPRED, Yaaj.
45. ILGA Mundo: Lucas Ramón Mendos (2020). Poniéndole límites al engaño: Un estudio jurídico mundial sobre la regulación legal de las mal llamadas "terapias de conversión". Ginebra: ILGA Mundo.
46. Turban J.L, Beckwith N, Reisner S.L, & Keuroghlian A.S. (2020). Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68-76. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2285
47. Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., & Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: estimated prevalence across US States. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1452-1454.
48. D. Scasta, P. Bialer & American Psychiatric Association (2013). Position statement on issues related to homosexuality. Arlington County: American Psychiatric Association. Disponible en: [www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/policy-finder](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/policy-finder)
49. World Health Organization (WHA)/ Pan American Health Organization (PAHO). (2015). LGBT health sees progress and challenges 15 years after homosexuality ceased being considered a disease - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. Disponible en: [LGBT health sees progress and challenges 15 years after homosexuality ceased being considered a disease - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](https://www.paho.org/es/lgbt-health-sees-progress-and-challenges-15-years-after-homosexuality-ceased-being-considered-a-disease)
50. Naciones Unidas (ONU). (2011). Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos\* 17/19. Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género. Disponible en: [AG/RES. 2653 \(XLI-O/11\). Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género \(acnur.org\)](https://www.acnur.org/)
51. Ardila R. Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas (2007). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1): 67-77.
52. Santiago-Hernández M., y Toro-Alfonso J. (2010). La cura que es (lo) cura: una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Salud & Sociedad*, 1(2), 136-144.
53. O'Shaughnessy T, & Speir, Z. (2018) The State of LGBQ Affirmative Therapy Clinical Research: A Mixed-Methods Systematic Synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82-98.
54. Bazán, A., & Mansilla, M. (2022). La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática. *Perspectivas teóricas. Revista Clínica Contemporánea*, 13(1), 1-3.
55. Zuñiga-Salazar, E et. al., (2021). Servicios psicológicos afirmativos para personas LGTBQ+ en Ecuador: cambio en el malestar psicológico. *Terapia Psicológica*, 3 (39), 353-374.
56. Rimes, K. A., Ion, D., Wingrove, J., & Carter, B. (2019). Sexual orientation differences in psychological treatment outcomes for depression and anxiety: National cohort study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 577-589. <https://doi.org/10.1037/ccp0000416>.
57. Proujansky R., A. & Pachankis J. E. (2014) Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 10(2), 117-131.
58. Márquez Pérez, E. (2013). La perspectiva epistemológica objetivista y la hegemonía de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. *Revista de investigación*, 37(78), 13-50.
59. Albores, A. M., & Hernández, S., H. (2021) Violencias disciplinares a la población LGTBQ. (2021). Violencias disciplinares a la población LGTBQ+. En C. García Lara et al. (Coords.) *Rostros y Huellas de las violencias en América Latina* (p.p. 91-99). Lito Grapo-UNICAH: México
60. Montero, M. (2001). Ética y política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital*, 1-10.
61. Francia-Martínez, M., Esteban C. y Lespier Z. (2017) Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28, 98-113.
62. Langdridge, D. (2007). Gay affirmative therapy: A theoretical framework and defence. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 11, 27-43.
63. Kort, J. (2008) *Gay affirmative therapy for the straight clinician*. New York, N.Y.: W.W. Norton and Company.
64. Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum C., y Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente competente con pacientes LGBT+*: Una guía para

psicoterapeutas y profesionales de la salud mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Santiago-Chile: Universidad Diego Portales (CEPSS-UDP).

65. Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. El sentido práctico, 91-111. Madrid: Taurus Ediciones.
66. Herek, G. M. (2000) The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 19-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00051>
67. Tan, K. K. (2022). It's time to consider LGBTQ-affirmative psychology in Malaysia. *Journal of Psychosexual Health*, 4(1), 43-48.

# Para compartir

## Atlas de las personas LGBTTTI



El Atlas de las personas LGBTTTI, realizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, contiene 65 indicadores en siete dimensiones que dan una muestra de la situación y problemáticas que vive la población LGBTTIQ+ dentro del territorio mexicano.

La información de este documento se recopiló de censos, encuestas de discriminación, tabuladores de nupcialidad y compendios de mención de rectificación sexo/género en instituciones de registro civil; mediante ésta se tiene una idea más amplia de cómo la discriminación impacta de manera diferente dependiendo del sexo, identidad y expresión de género.

Para consultar este atlas es necesario ingresar al siguiente sitio: [https://observatorio.cndh.org.mx/atlas/10?indicator\\_id=1203&show\\_time=0](https://observatorio.cndh.org.mx/atlas/10?indicator_id=1203&show_time=0)

## Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género WEB 2022

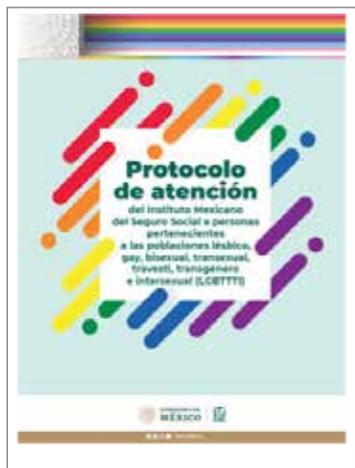


Los resultados de la *Encuesta Nacional sobre la Diversidad Sexual y de Género WEB (ENDISEG WEB) 2022* fueron recientemente publicados. Esta herramienta estadística tiene como objetivo obtener información de la población de 15 años y más que se reconoce a sí misma con orientación sexual y/o identidad de género (OSIG) LGBTI+, esto es, no normativa o no convencional, así como conocer sus principales características, tales como: sexualidad, educación, empleo, servicios de salud, salud emocional, satisfacción personal, entre otros.

La información vertida permite complementar los resultados de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021 y nos permite un acercamiento a la naturaleza y circunstancias que esta población vive en México.

Para conocer sus resultados, consulta: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/endiseg/2022/>

## **Protocolo de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social a personas pertenecientes a las poblaciones lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual (LGBTTTI)**



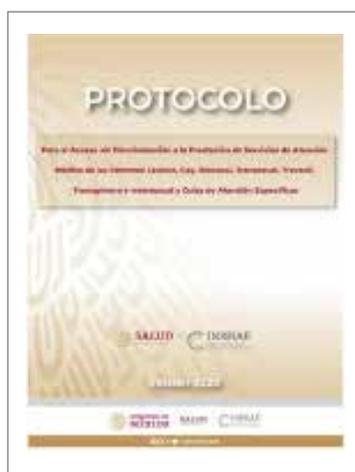
Mediante el *Protocolo de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social a personas pertenecientes a las poblaciones lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual* se busca mejorar la atención que reciben las personas LGBTTTI derechohabientes y usuarias del Instituto, a través de un trato respetuoso y digno.

Para las personas servidoras públicas del Instituto, este Protocolo será de observancia general y obligatoria, en el marco de sus funciones, atribuciones y responsabilidades, quienes deberán seguir los principios de respeto a los derechos humanos, derecho a la igualdad y no discriminación, libre desarrollo de la personalidad, consentimiento y confidencialidad.

El documento puede ser revisado en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/726463/V3\\_Protocolo\\_de\\_Atencion.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/726463/V3_Protocolo_de_Atencion.pdf)

## **Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas**



La Secretaría de Salud (Ssa), a través de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, publicó en su página la tercera edición del *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas*.

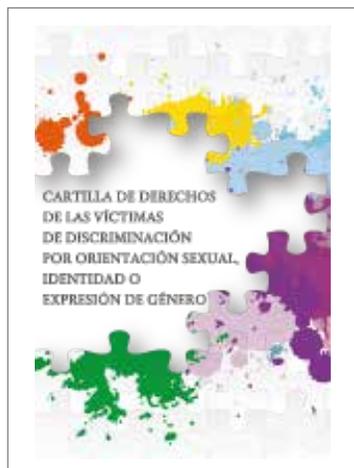
Con este protocolo se busca contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas LGBTTTI+, así como la demás que se integran la diversidad de expresiones sexuales no normativas, mediante el establecimiento de criterios orientadores y acciones específicas a ser observadas en la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Este protocolo contiene guías para la atención de personas transgénero, de mujeres lesbianas y bisexuales, de reconocimiento para la atención médica de la intersexualidad y variación en la diferenciación sexual y para la atención de hombres gays.

Si deseas consultarlo, visita:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi\\_n\\_15\\_DE\\_JUNIO\\_2020\\_Protocolo\\_Comunidad\\_LGBTTI\\_DT\\_Versi\\_n\\_V\\_20.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_V_20.pdf)

## Cartilla de los derechos de las víctimas de discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género



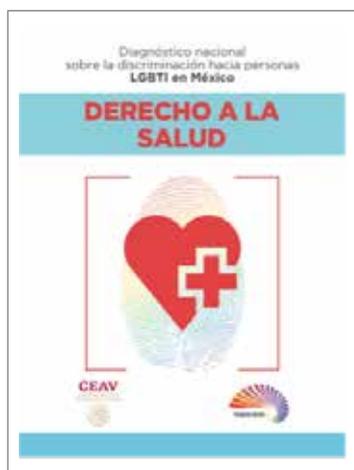
La diversidad sexual en la actualidad se ha convertido en un tema que se encuentra inmerso en todo los ámbitos y sectores; la población LGBTTTI\* forma parte de la vida cotidiana, pero en la realidad sigue siendo un tema complejo y desconocido para gran parte de la sociedad. La diversidad va más allá de la homosexualidad o de la bisexualidad, incluye conceptos como la orientación o la identidad sexual, entre otros. Sin embargo, su terminología en ocasiones genera confusión u omisión, por ello, es importante saber a qué se refiere o bien, conocer que significado conceptual tiene.

El documento puede ser revisado, en la liga:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131259/cartilla\\_LGBTTTI-baja.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131259/cartilla_LGBTTTI-baja.pdf)

## Diagnóstico nacional sobre la discriminación hacia personas LGBTI en México

En 2018, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), en coordinación con la Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual A. C., integró informes especializados que consideran a las treinta y dos entidades federativas con el propósito de contar con una perspectiva más amplia sobre la prestación de servicios públicos y privados a las personas LGBTI.



A partir de estos informes se integraron cuatro diagnósticos temáticos (salud, educación, trabajo y seguridad y acceso a la justicia) con el objetivo de identificar los principales desafíos en relación a la atención de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales en estos rubros.

Las dimensiones que contemplan los diagnósticos permiten conocer las percepciones que tienen las personas LGBTI sobre la violación o protección de sus derechos y cómo afecta en diversos aspectos de su vida.

Los resultados obtenidos sobre el derecho a la salud se encuentran disponibles para su consulta en:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/437845/FINAL.\\_DiagnosticoNacionalSalud\\_1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/437845/FINAL._DiagnosticoNacionalSalud_1.pdf)

\*Añadimos el símbolo + para incluir todos los colectivos que no están representados en las siglas utilizadas de forma más común de nombrar el “Día Internacional del Orgullo LGBTTTI+”.

## Más allá de la gramática

**Población lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual (LGBTTTIQ+)**

**Las expresiones excluyentes para referirse a esta población reflejan y refuerzan la hegemonía de la heterosexualidad frente a las otras expresiones de la diversidad sexual.**

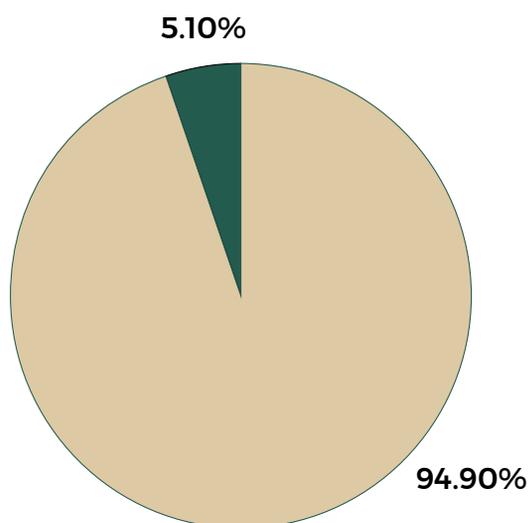
**Su uso enfatiza y visibiliza a aquellas identidades que históricamente han sido discriminadas por un orden heteronormativo y patriarcal.**

**Se recomienda utilizar adjetivos, no sustantivos, en consideración de que la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género son características de las personas, no es lo que las define, asimismo, se sugiere nombrar a cada población y no englobarles en la categoría “personas con preferencias distintas a la heterosexual”, ya que cada identidad debe ser visibilizada.**

# Desciframos

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y Género (ENDISEG WEB 2022), una de cada 20 personas mexicanas se identifica dentro del colectivo LGBTTTI+. Al menos millones de personas en México pertenecen a esta comunidad. La información de esta encuesta, complementa los resultados de la ENDISEG realizada en 2021, ambas desarrolladas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

**Gráfica 1. Distribución porcentual de la población de 15 años y más según autoidentificación LGBTI+**



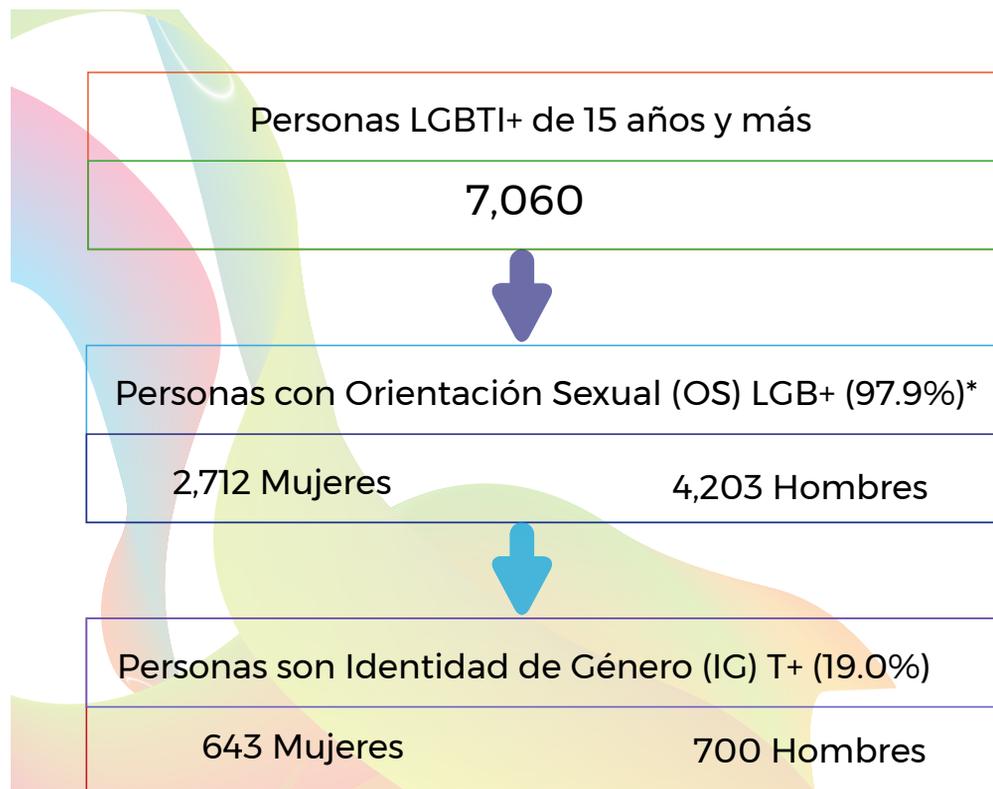
**Población LGBTI+** **Población No LGBTI+**

Fuente: Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021.

Estas encuestas abarcan a dos grandes grupos de esta comunidad: personas con Orientación Sexual (OS) LGB+ y personas con Identidad de Género (IG) Trans+. El primero de ellos incluye a lesbianas, gays y bisexuales; el segundo, a personas transgénero, transexuales y de otras identidades genéricas.

En la encuesta web realizada en este año, 7,060 personas de 15 años y más se auto identificaron dentro de la población LGBTI+, con una distribución porcentual, respecto a los grupos principales, de la siguiente forma:

**Figura 1. Distribución porcentual de la población LGBTI+, con base en su OS e IG**



FUENTE: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y Género (ENDISEG) WEB 2022

**Figura 2. Personas con orientación sexual (OS) LGB+**

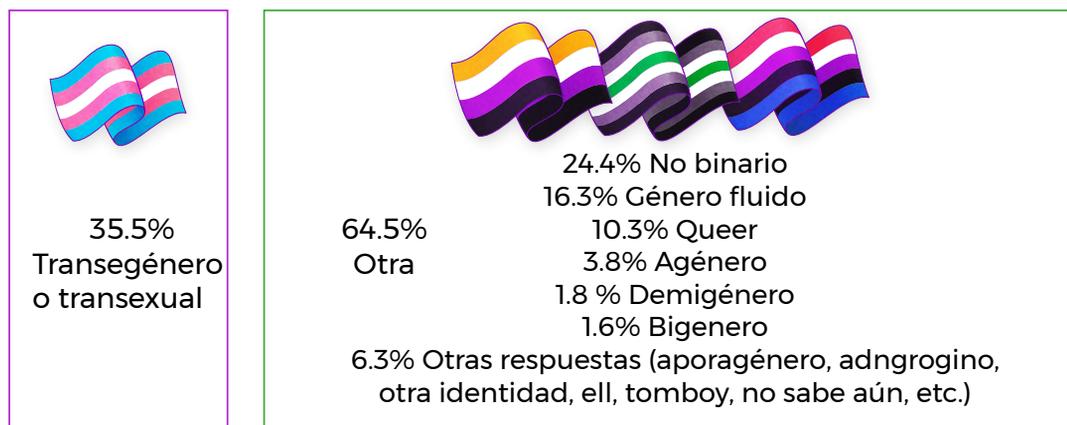
**Usted considera que su orientación es:**



FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) Web 2022

**Figura 3. Personas con identidad de género (IG) T+**

## Usted considera que su orientación es:



FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) Web 2022

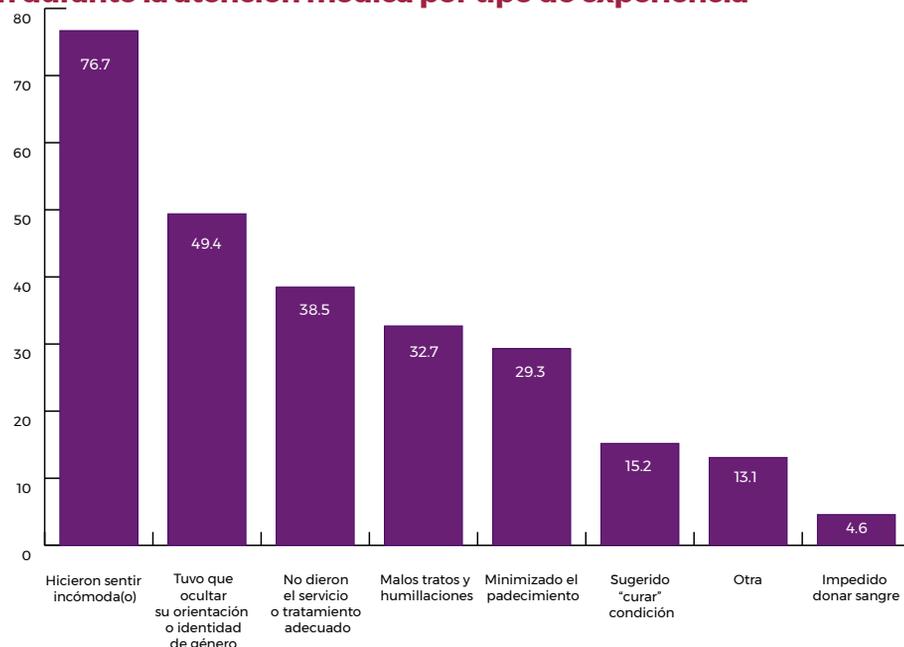
Estos acercamientos estadísticos para la visibilización de la población LGBTTTI+ permiten conocer y reconocer la naturaleza y problemática en el acceso a los derechos que viven uno de los grupos que enfrenta mayor rechazo, discriminación y violencia, incluso dentro de su seno familiar. De acuerdo con la *Encuesta sobre Discriminación por motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018*, realizada en conjunto por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), **una de cada cuatro personas con orientaciones sexuales o identidades de género (OSIG) no normativas reportó rechazo por parte de su padre y madre**; este tipo de reacciones se incrementa en más de diez puntos porcentuales cuando se trata de la identidad de género (39.4% para el padre y 38.9% para la madre). La ausencia de apoyo de las familias o las comunidades tiene como consecuencia que jóvenes LGBTTTI+ tengan una probabilidad significativamente mayor de no tener hogar, lo que conlleva a otros problemas sociales y de salud.

En la encuesta un alto porcentaje de personas (96.8%) reportaron haber escuchado chistes ofensivos sobre personas de la diversidad sexual y de género (83.3%, con mucha frecuencia) y 93.3 por ciento ha presenciado expresiones de odio, agresiones físicas y de acoso en contra de este grupo poblacional.

En el periodo del 2012 a marzo del 2022, el CONAPRED ha registrado mil 175 quejas relacionadas con personas de la diversidad sexual y de género, de las cuales 708 corresponden a actos relacionados con homofobia; 240 por lesbofobia, 220 por transfobia, cuatro por intersexfobia y tres por bifobia.

En México, la discriminación por tener una orientación sexual y, sobre todo, una identidad de género no normativa es una situación recurrente, a decir de la EDOSING 2018, una cuarta parte de las personas trans reporta vivir discriminación durante la atención médica (más del doble de las mujeres lesbianas, la categoría de orientación sexual no normativa con el reporte más alto, con 12%).

**Gráfica 2. Porcentaje de la población encuestada que tuvo alguna experiencia de discriminación durante la atención médica por tipo de experiencia**



FUENTE: Encuesta sobre Discriminación por Motivos de Orientación Sexual e Identidad de Género 2018

Resulta significativo que, a más de 30 años de que la OMS dejara de considerar a la homosexualidad como una enfermedad, al 15.2% se le sugirió una terapia o tratamiento para “curar” o “corregir” su OSIG.

De manera histórica, la sociedad se ha reglamentado con un discurso heteronormativo, en el que, la heterosexualidad y la relación unificada del sexo/género se asocia a lo “normal” y deseable socialmente. Los prejuicios y rechazos referentes a esto, se reflejan en los diversos aspectos de la vida, uno de ellos, en el acceso a la salud, entendida ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (dicho por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud).

A pesar de que son limitados los datos sobre la morbilidad y la mortalidad, así como sobre el acceso a los servicios de salud, la investigación existente y la información estratégica epidemiológica preliminar indican que las personas LGBT se enfrentan con obstáculos para obtener acceso a una atención de salud apropiada y centrada en el paciente, y no logran utilizar de manera temprana y oportuna los servicios de atención de salud o no los utilizan en absoluto. La OMS observó en un informe del 2011 que existen pruebas científicas de larga data del “estigma generalizado contra la homosexualidad y la ignorancia acerca de la identidad de género en la sociedad establecida y en los sistemas de salud”.

En este sentido, los estereotipos asociados a la cultura segregan a la población LGBTTI+, causando disparidades en el pleno acceso a su derecho a la salud. En el documento *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, (2013, OMS/OPS) algunos de los obstáculos a la atención en salud son:

- Comprensión inadecuada de los problemas específicos de cada grupo de población, ya que no se abordan las necesidades específicas de atención en salud de las personas LGBTTTI+, ni temas de salud como lesiones y aspectos conductuales, asociados con la discriminación.
- Negación de la atención (cuando se rechaza a las personas en los hospitales o consultorios locales debido a quienes son o se supone que son)
- Atención inadecuada, abuso verbal, comportamiento irrespetuoso o no toman el tiempo para abordar las necesidades de la persona consultante
- Restricción a incluir a personas importantes en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo o de toma de decisiones
- Suposiciones inapropiadas acerca de la causa de la enfermedad o los trastornos asociados al comportamiento
- Evitar el tratamiento.

Asimismo, de acuerdo con la OPS, muchas barreras contribuyen a las disparidades del ejercicio del derecho al acceso a atención de salud plena: la falta de una legislación adecuada, el escaso conocimiento y la sensibilización por parte de proveedores de atención médica y el estigma y la discriminación que pesa sobre esta población. Entre estas barreras, también se encuentra el número limitado de análisis de la situación de salud de las poblaciones LGBTTTI+ y los datos desagregados.

Se ha identificado que la población con diversidad en su orientación sexual e identidad sexo genérica presenta tasas mayores de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso del alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio e ideas suicidas como resultado del estrés crónico, el aislamiento social y la desconexión con respecto a una variedad de servicios de salud y de apoyo.

La diferencia en la tasa de intento de suicidio es de seis veces cuando se considera exclusivamente a población trans indígenas (27%) y las personas no binarias (28%). Las mujeres lesbianas y bisexuales pueden usar servicios de salud preventivos con menor frecuencia que las mujeres heterosexuales y pueden correr un riesgo mayor de sufrir obesidad y cáncer de mama. Los hombres homosexuales tienen un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, incluidas las hepatitis virales.

Las personas transgénero tienen una alta prevalencia de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual, victimización, trastornos de salud mental y suicidio, y tiene menos probabilidades de tener un seguro de enfermedad que las personas de heterosexuales o LGB. Las personas transgénero se encuentran también en mayor peligro de estar desempleadas, experimentan discriminación en el lugar de trabajo y son víctimas de la violencia en la comunidad. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la expectativa de vida de las personas transgénero en el país es de 35 años

Las personas LGBT de mayor edad se enfrentan con mayores obstáculos para acceder a servicios de salud debido al aislamiento y a la falta de servicios sociales y de proveedores culturalmente competentes.

Es necesario conocer las condiciones y características de la población con identidad

sexo genérica y de orientación sexual diferente a la cisgénero y heterosexual, con el propósito de identificar sus necesidades en diversos aspectos, especialmente en salud, para poder brindarles una atención médica oportuna y sin discriminación, a fin de que gocen plenamente de su derecho a la salud.

## Diversidad Sexual en Salud

Como personal de salud, ¿cómo puedes contribuir a eliminar las barreras e inequidades en el acceso a los servicios y a la atención en salud de las personas LGBTTTIQ+ en tu Unidad de Salud?

Participa en cursos de sensibilización y capacitación para comprender las necesidades de atención en salud de la población LGBTTTI+.

Brinda una atención adecuada, con calidad, calidez, libre de estigma y discriminación, respetando su identidad sexo-genérica y nombrándole de acuerdo a la autodenominación de la persona.

Considera a personas de confianza de las personas LGBTTTI+ en el tratamiento familiar o en funciones de apoyo o de toma de decisiones.

Conoce e implementa el Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas.

# Notigénero

## **La igualdad de género podría tomar hasta 300 años**

Al ritmo del progreso actual, la igualdad para las mujeres podría costar 300 años, de acuerdo con el informe *Progreso en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): La Instantánea de Género 2022*, publicado por la ONU Mujeres y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA), en septiembre de este año.

Esta publicación destaca que diversos desafíos como la pandemia por la COVID-19, el cambio climático y conflictos violentos agravan aún más las disparidades de género. Derivado de esto, el informe destaca que el ODS 5 – lograr la igualdad de género – no se cumplirá para 2030.

El informe también señala que con cada año adicional de escolaridad puede aumentar los ingresos de una niña como adulta hasta en un 20%, con mayores repercusiones en la reducción de la pobreza, una mejor salud materna, una menor mortalidad infantil, una mayor prevención del VIH y una reducción de la violencia contra la mujer.

Adicionalmente, el informe señala que una de cada tres mujeres vive en ambientes de inseguridad alimentaria moderada o grave; mientras que una de cada diez mujeres y niñas padece violencia sexual o doméstica.

## **En Sonora, las niñas podrán elegir llevar falda o pantalón a la escuela**

El Congreso de Sonora aprobó, durante sesión del 13 de septiembre, la utilización del uniforme neutro para que niñas y adolescentes puedan vestir falda o pantalón en las escuelas con uniforme escolar, por considerar que la exigencia de usar falda atenta contra los derechos de esta población e implica una violación y falta de reconocimiento de un derecho fundamental que tiene que ver con el libre desarrollo de la personalidad del ser humano.

## **La Suprema Corte de Justicia invalida el “derecho a la vida desde la concepción” en normativa de Aguascalientes**

Durante octubre de este año, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) invalidó la porción normativa de la Constitución de Aguascalientes que tutelaba el derecho a la vida desde la concepción y hasta la muerte natural, tras dos acciones de inconstitucionalidad interpuestas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Aguascalientes y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

De acuerdo con la Corte, las entidades federativas no se encuentran facultadas para modificar el concepto de persona dentro de sus constituciones locales. El alto tribunal del país consideró que la norma impugnada podría comprometer el ejercicio de los derechos a la autonomía reproductiva, vida, igualdad, salud e integridad personal de las mujeres y personas gestantes.

### **Las parejas del mismo sexo ya podrán casarse en todo México**

El pasado 26 de octubre, Tamaulipas se convirtió en la última de las 32 entidades federativas mexicanas en aprobar la unión entre personas del mismo sexo. Durante el último bimestre, Durango, Estado de México y Guerrero (11 de septiembre, 11 de octubre y 26 de octubre, respectivamente) realizaron reformas a sus leyes para el reconocimiento de este derecho.

Hace 12 años la Ciudad de México se convirtió en la entidad pionera en celebrar las uniones matrimoniales entre personas del mismo sexo. Mientras que, en 2015, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) declaró inconstitucional la prohibición del matrimonio igualitario.

Por el momento, 27 estados de la República Mexicana ya tienen dentro de sus leyes la posibilidad de realizar el matrimonio civil igualitario, mientras que en cinco más se permite por decreto u orden judicial: Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato y Nuevo León.

### **Quintana Roo despenalizó el aborto**

El Congreso de Quintana Roo, mediante un decreto, despenalizó el aborto en toda la entidad, durante la madrugada del miércoles 26 de octubre del año en curso. Las reformas aprobadas al Código Penal local permiten a mujeres y personas gestantes decidir sobre la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación.

En concordancia con lo asentado en la Norma Oficial Mexicana 046, el estado de Quintana Roo destaca la eliminación del requisito de denuncia para poder abortar caso de mujeres o personas con capacidad de gestar que hayan sufrido una violación.

Entre los logros a favor de los derechos humanos, sobresale la inclusión y definición de las personas gestantes. De acuerdo con el artículo 92 del Código Penal Local, se entiende por persona gestante a “cualquier persona con aparato reproductor femenino y por ende con capacidad de gestar, independientemente de su edad, apariencia física u orientación sexual”.

Aunque las penas para quienes interrumpen un embarazo posterior a las 12 semanas de gestación no fueron modificadas -a diferencia de la tendencia en otros estados-, Quintana Roo se convirtió en la décima entidad en reconocer la capacidad de las mujeres, niñas y adolescentes a decidir sobre sus cuerpos y ejercer su autonomía reproductiva después de Ciudad de México (2007), Oaxaca (2019), Veracruz (2021), Hidalgo (2021), Baja California (2021), Colima (2021), Sinaloa (2022), Guerrero (2022) y Baja California Sur (2022).

## **Hidalgo se convierte en la primera entidad en el país en reconocer las identidades de las personas no binarias**

El pasado 04 de noviembre, el estado de Hidalgo hizo historia al convertirse en la primera entidad federativa en reconocer a las personas no binarias en México. A través de la Ley para La Familia del Estado de Hidalgo y la Ley Orgánica Municipal es posible que todas las personas que no se identifiquen en las categorías de femenino o masculino tengan el derecho al reconocimiento e inscripción de su género como no binario.

Asimismo, la reforma, llevada a cabo por la LXV Legislatura, permite a las personas transgénero modificar sus documentos desde los municipios donde vivan. Este cambio pretende avanzar en materia de identidad de género y abrir una brecha en el reconocimiento y defensa de los derechos de las personas de la diversidad sexual; así como, garantiza el libre desarrollo de la personalidad jurídica, el derecho al nombre y a la identidad.

En este sentido, La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que el criterio primario al momento de identificar a una persona es la forma en que se reconoce a sí misma.

# SALUD Y DERECHOS HUMANOS



**23**  
**Día Internacional de la Bisexualidad**  
 A partir de 1999 se conmemora este día para visibilizar a las personas bisexuales como respuesta a la bifobia, prejuicios y marginación que viven.



**23**  
**Día Internacional del Lenguaje de Señas**  
 Día instaurado para apoyar y proteger la identidad lingüística y la diversidad cultural de todas las personas sordas y otras usuarias de la lengua de signos.



**28**  
**Día de Acción Global por el Acceso al Aborto Legal y Seguro**  
 También conocido como Día por la Despenalización y Legalización del Aborto, busca eliminar prejuicios y estigmas sobre el tema, entendiendo al aborto seguro y legal como un elemento indispensable para el derecho fundamental de la mujer a la igualdad, a la privacidad, a la salud física y mental.



**10**  
**Día Mundial de la Salud Mental**  
 Esta conmemoración representa un compromiso global para crear conciencia sobre los problemas de salud mental en todo el mundo y movilizar esfuerzos a favor de ésta. En la región de las Américas, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (SNM) y el suicidio representan más de un tercio (34%) del total de años vividos con discapacidad.



**11**  
**Día Internacional de la Niña**  
 Fecha proclamada en 2012 que nos invita a recordar los desafíos que enfrentan niñas y adolescentes. Se estima que 21 millones de niñas entre los 15 y los 19 años de las regiones en desarrollo quedan embarazadas anualmente, y aproximadamente 12 millones de ellas dan a luz.



**03**  
**Día Mundial de los Hombres**  
 Apoyado por la ONU, desde 1999, pretende concentrar la atención en la salud de los hombres y los niños varones, mejorar las relaciones de género y poner de relieve modelos masculinos positivos.



**20**  
**Día Internacional de la Memoria Trans**  
 Esta conmemoración, iniciada en 1998, busca recordar a las personas que han sido asesinadas a causa de la transfobia.



**25**  
**Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer**  
 Anualmente, desde 1999, se busca impulsar acciones para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas en todo el mundo.



**1**  
**Día Mundial de la Lucha contra el SIDA**  
 Entre otras acciones, este día pretende impulsar aquellas prácticas necesarias para abordar las desigualdades y ayudar a poner fin al sida; así como, garantizar que todas las personas que viven con el VIH tengan acceso al tratamiento, proteger y fomentar los derechos humanos.

**3**  
**Día Internacional de las Personas con Discapacidad**  
 Día Internacional de las Personas con Discapacidad. Esta conmemoración promueve el desarrollo, la inclusión, los derechos y el bienestar de todas las personas con discapacidad y visibiliza la situación de vulnerabilidad de este grupo poblacional en todos los aspectos de la vida. La OMS estima que el 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad y, es probable, que casi todas las personas experimenten alguna forma de discapacidad –temporal o permanente– en algún momento de su vida.



## Invitación para publicar

La revista **Género y salud en cifras** se enfoca en la difusión de distintos análisis sobre el tema de género en salud para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y lograr el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo. Por esta razón es que invitamos a especialistas y personas estudiosas de la materia a colaborar con sus investigaciones.

Nuestros criterios de publicación son los siguientes:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica o especializada, testimonios o reseñas inéditas o reelaboraciones de materiales ya publicados. Es fundamental que estén documentadas de forma adecuada y que incorporen el análisis de género en salud.
2. Emplear letra Arial de 12 puntos a doble espacio (10 puntos para las citas, pies de página y referencias bibliográficas), con extensión máxima de 20 a 25 cuartillas (incluyendo cuadros, gráficas, figuras y referencias bibliográficas), en el caso de ensayos y artículos de divulgación. Los testimonios o reseñas tendrán una extensión de 10 a 15 cuartillas. Las páginas deben estar numeradas y enviarse en archivo en formato Word.
3. Incluir un resumen de 250 palabras y de tres a cinco palabras clave que reflejen los principales temas abordados en la colaboración.
4. Enviar, como anexo, la semblanza curricular de quienes ostenten la autoría, indicando el correo electrónico que autoriza para su publicación.
5. Manejar lenguaje incluyente, no androcéntrico ni sexista, usando términos neutros o con referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Es conveniente utilizar una narración en tercera persona del singular y una redacción clara y explicativa.
6. Incorporar a pie de página solo notas aclaratorias e indicarlas con números romanos en superíndice (i, ii, iii, iv).
7. Los datos estadísticos deberán presentarse desagregados por sexo. Se considerarán cuadros los tabulados de cifras; las gráficas serán la representación visual de datos y/o valores numéricos en forma de columnas, líneas, círculos, barras, áreas y dispersión, entre otras y finalmente, las figuras son dibujos, flujogramas, calendarios, mapas o imágenes utilizadas como apoyo para la exposición de datos diversos. Se numerarán en el orden que aparecen en el texto y deberán enviarse los datos de origen en un archivo Excel.
8. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver, con las referencias de bibliografía en números arábigos en superíndice <sup>(1, 2, 3)</sup>. Para consultar este tipo de citación se sugiere el siguiente vínculo:

1. <http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva respecto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes: [gysenc@gmail.com](mailto:gysenc@gmail.com)



[gob.mx/salud/cnegsr](http://gob.mx/salud/cnegsr)

