

Violencia sutil y salud mental en población lésbico, gay y bisexual de la Ciudad de México: implicaciones para la política pública

Luis Ortiz-Hernández¹

Juan Carlos Mendoza-Pérez²

Resumen

Este artículo tiene como objetivo describir las frecuencias de experiencias de discriminación y violencia evidentes y sutiles por orientación sexual en población lésbico, gay y bisexual (LGB) de la Ciudad México y analizar la relación entre dichas experiencias con la salud mental de la población LGB. El método utilizado es con una encuesta transversal vía electrónica, la información se recabó para el proyecto denominado “Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México 2015”.

La muestra analítica fue de 1,670 participantes. Se evaluaron seis formas de discriminación y violencia explícitas y sutiles relacionadas con la orientación sexual (DV-OS). Para evaluar la asociación entre las distintas formas de DV-OS con la salud mental, se estimaron modelos de regresión lineal y modelos de regresión logística. Los resultados indican que la violencia física asociada con la homofobia fue reportada con menos frecuencia que otras formas de violencia, como la verbal o la sutil. La discriminación y violencia sutiles se asociaron con mayores niveles de distrés, menores niveles de vitalidad y mayor riesgo de ideación e intento suicida. Conforme aumentaban los espacios en los que se experimentaba discriminación y violencia, se presentaba una afectación mayor en la salud mental. A manera de conclusión la homofobia se ha transformado en formas de discriminación más sutiles. Sin embargo, estas formas sutiles

¹ Profesor. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
<https://orcid.org/0000-0002-5870-1729>

² Profesor. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://orcid.org/0000-0002-1178-6251>

también tienen impacto en la salud mental, estudiarlas es de relevancia, toda vez que éstas permiten entender las desigualdades sociales en salud que enfrentan las poblaciones no heterosexuales.

Palabras clave: homosexuales, bisexuales, salud mental, discriminación, violencia, homofobia.

1. Introducción

Sistemáticamente se ha observado que los varones gays, homosexuales y bisexuales (GHB) tienen mayor riesgo de distrés psicológico o trastornos mentales (Haas, et al. 2011; Hottes, et al. 2016; King, et al. 2008; Blondeel, et al. 2016). Estas disparidades en salud asociadas a la orientación sexual se han atribuido a experiencias adversas a las que se enfrentan.

Tanto a nivel nacional (2–4) como internacional (1,5,6) se ha observado una relación positiva entre las experiencias de discriminación y violencia asociada a la orientación sexual (DV-OS) con indicadores negativos de salud mental. Sin embargo, dado el carácter sociocultural de la homofobia, es esperable que dichas asociaciones se modifiquen en función del cambio o continuidad de las normas asociadas a la homofobia. En México existen cambios legales e institucionales para proteger los derechos de la población lésbico, gay, bisexual y trans (LGBT). La inclusión de las “preferencias sexuales” en la Constitución como motivo para no discriminar ocurrió en 2011. Otro cambio emblemático fue la modificación de constituciones y códigos civiles en varios estados de la República para permitir el matrimonio entre parejas homosexuales, comenzando por la Ciudad de México, antes Distrito Federal en el año 2009.

Paralelo a las reformas legales, en los últimos años ha habido cambios en la aceptación de la homosexualidad en las sociedades occidentales. No se trata de la eliminación de actitudes negativas hacia la homosexualidad, sino su reconfiguración. Las estadísticas que a continuación se presentan muestran que, aunque las manifestaciones más extremas de homofobia han disminuido, aún persisten las evaluaciones negativas hacia la homosexualidad más sutil. En el período 2000-2004, a nivel mundial, el 64.5% de las

personas respondieron que la homosexualidad no era justificable (7), mientras que el porcentaje se redujo a 49.6% durante 2010-2014 (8). Aunque la proporción de participantes que no les gustaría tener como vecinos a homosexuales se mantuvo prácticamente sin cambio (51.3% y 50.2%, respectivamente).

En las Américas también existe esta ambivalencia hacia la homosexualidad, pues 69% de las personas piensa que los derechos humanos se deben de aplicar a todas las personas sin importar su orientación sexual y 60% piensa que ser una persona LGBT no es un crimen. Al mismo tiempo, 64% se enojaría si un niño comentara que está enamorado de otro de su mismo sexo y 31% encontraría inaceptable que un niño se vistiera y se expresara como niña (ILGA, 2016). En México la situación es similar: aunque más de la mitad de la población responde que se deben respetar las preferencias sexuales, 43.7% no permitiría vivir en su casa a un homosexual (CONAPRED, 2011).

El estudio de la relación de las formas de prejuicio, discriminación y violencia que experimentan los hombres GHB con su salud mental debe considerar el contexto sociocultural cambiante descrito anteriormente. Investigaciones reportan frecuentemente experiencias de violencia evidentes (Haas, et al.2011), pero recientemente se ha comenzado a documentar que formas sutiles o no evidentes de violencia también pueden tener efectos negativos en la salud mental de los hombres GHB (Nadal, et al. 2016).

Distinguimos los siguientes dos grupos de experiencias de prejuicio: violencia abierta o directa y violencia sutil (Galtung, 1990). La violencia manifiesta o directa incluye los siguientes dos tipos de actos: violencia física y extrema, que afecta a la víctima físicamente y está relacionada con el uso de un instrumento por parte del perpetrador (por ejemplo, manos, cuchillos, gas, piedras, etc.), y violencia verbal y psicológica, que afecta las emociones y los sentimientos de las víctimas (por ejemplo, mentiras, amenazas o insultos).

La violencia simbólica es una manifestación implícita de heterosexismo, expectativas de estereotipos de género y androcentrismo en las relaciones interpersonales. La violencia cultural o simbólica (Bourdieu, 2012; Galtung, 1990) es comúnmente sutil porque no hay

una condena abierta de la homosexualidad, pero hay una evaluación negativa implícita de la homosexualidad o los rasgos femeninos en los hombres. Las personas que sufren violencia simbólica reciben el mensaje de que su identidad o comportamiento es socialmente indeseable porque se desvían de las normas sociales.

Por lo tanto, la violencia simbólica es estable (y, por lo tanto, un estresor crónico) porque es parte de las estructuras de la sociedad y contribuye al mantenimiento de la desigualdad porque es una reproducción de una distribución desigual del poder.

Por ende, los objetivos del presente artículo fueron: describir las frecuencias de experiencias de discriminación y violencia evidentes y sutiles por orientación sexual en hombres GHB de México y analizar la relación entre dichas circunstancias con la salud mental.

2. Material y métodos

Se realizó una encuesta transversal con una muestra por conveniencia de personas LGBTQ de México. La información se recabó para el “Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ de México 2015”, proyecto encaminado a documentar la situación de esta población. Se implementó una encuesta autoadministrada en la plataforma web Surveygizmo de febrero a septiembre de 2015. Para este reporte se analizó la información de 1,727 participantes que se identificaban como lesbianas, *gays* o bisexuales (LGB). Después de eliminar los registros incompletos y de menores de 18 años de edad, la muestra analítica fue de 1,670 GHB que residían en la Ciudad de México al momento del estudio (ver tabla 1).

El proyecto de investigación estuvo coordinado por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X) y la organización no gubernamental Inspira Cambio A.C. La difusión de la encuesta se hizo a través de redes sociales como Facebook y Twitter, también en medios electrónicos para hombres GHB (e.g. Manhunt), asociaciones civiles (e.g. Letra S) y sitios web de noticias. La encuesta tuvo difusión nacional y hubo participantes de todos los estados de México. Los aspectos científicos y éticos del proyecto fueron aprobados por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas

y de la Salud de la UAM-X.

Al inicio de la encuesta, a los participantes se les presentaba la información de la investigación, incluido el objetivo, la confidencialidad de la información, el anonimato, la voluntariedad de la participación y los datos de contacto para aclarar dudas o solicitar informes. No se solicitó información personal que permitiera identificar a los participantes.

Se analizaron las experiencias de DV-OS al que las personas vivieron alguna vez en la vida en seis espacios como en la familia, servicios de salud o espacios públicos. Los entrevistados tenían que indicar si en cada uno de esos espacios habían experimentado o no siete formas de discriminación o violencia (ver Tabla 2). En el caso del ámbito familiar, fueron indagadas además tres situaciones adicionales. Las preguntas fueron desarrolladas en función de proyectos previos (Census, 2013; Ortiz y García, 2005), así como del trabajo etnográfico realizado en tres ciudades de México. Además de formas tradicionales de violencia, se incluyeron 3 formas de discriminación y violencia sutiles (i.e. la obligación de apegarse a los estereotipos de género “Te hicieron sentir que debes ser más masculino”, no aceptar a la pareja “Te aceptan a ti, pero a tu pareja no” y no hablar sobre la orientación sexual “Sabes de tu orientación sexual, pero no quieren hablar de ello”, ver Tabla 3).

Las diez formas de SO-DV se clasificaron en las siguientes seis categorías: desaprobación del no cumplimiento de género (forma A: las personas hicieron sentir a los participantes que deberían ser más masculinos -en el caso de los varones- o femeninas -en el caso de las mujeres), falta de reconocimiento total de la orientación sexual (preguntas B y C: las personas conocen la orientación sexual de los participantes pero se niegan a reconocerla), los esfuerzos para “corregir” la orientación sexual (ECOS, preguntas D y E), violencia verbal (ítem F), violencia física (pregunta G) y rechazo (ítem H, I y J). Las dos primeras categorías se consideraron expresiones de violencia simbólica o sutil, mientras que las categorías posteriores se consideraron formas directas o evidentes de DV-OS.

Se conformaron variables dicotómicas para resumir si las personas habían o no

experimentado al menos un tipo de discriminación o violencia de acuerdo con el espacio en el que fue recibida. Finalmente, se formó una variable que describe el número de espacios donde la persona fue discriminada, las opciones fueron: 1-2, 3-4 y 5-7 espacios.

Para evaluar la salud mental fueron evaluados los siguientes eventos: distrés psicológico, vitalidad, ideación e intento suicida. Se utilizó la sección de salud mental de la escala SF36 (Zúñiga, A, et al. 1999), que explora los pensamientos durante el último mes. Las opciones de respuesta fueron seis (de nunca a siempre), a las cuales se les dio un puntaje de 0 a 5. A través de análisis de componentes principales fue posible identificar dos grupos de preguntas: a) distrés (que incluye cinco variables como “te has sentido muy nervioso” o “te has sentido desanimado/triste”) y b) vitalidad (que incluye cuatro variables como “te has sentido lleno de vida” o “te has sentido feliz”). Se obtuvieron los puntajes totales de los dos factores. La ideación suicida fue analizada con una respuesta afirmativa a la pregunta “¿alguna vez has pensado seriamente en suicidarte?” y el intento de suicidio con la respuesta afirmativa a la pregunta “¿alguna vez has intentado suicidarte?” (Borges, G, et al. 2010).

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

Fue utilizado el software Stata versión 15.0 para el análisis estadístico. Se estimaron las frecuencias de cada categoría con el fin de analizar las variables sociodemográficas. Se estimaron modelos de regresión lineal para variables continuas (distrés y vitalidad, ver

Tabla 3) y modelos de regresión de Poisson para variables dicotómicas (ideación e intento de suicidio, ver Tabla 4), en los que las variables independientes fueron los eventos de discriminación y violencia. Según cada evento de salud, se estimaron tres modelos: 1) modelos crudos en los que se analizó la asociación de cada evento de salud mental con cada tipo de discriminación y violencia de manera independiente, 2) modelos I que fueron ajustados por las covariables y 3) modelos II en los que se incluyeron todas las variables de discriminación y violencia que se relacionaron con los eventos de salud en los modelos I, además de las covariables.

3. Resultados

Los hombres gays representaron la mayor proporción de participantes mientras que los bisexuales fueron minoría (Tabla 1). De 21 a 45 años fue el rango de edad en el que se concentró la mayoría de la población, y predominaron los solteros y participantes con licenciatura y/o posgrado. La escolaridad predominante del jefe de familia fue licenciatura.

La familia y la escuela son los principales espacios en donde se experimenta la discriminación y la violencia por causa de la orientación sexual, seguidos de los espacios públicos y el trabajo (Tabla 2). La exigencia de ser más masculino o femenina fue de las formas más frecuentes de discriminación y violencia, con excepción de los espacios privados. En la familia, trabajo y servicios de salud, el hecho evitar hablar sobre la orientación sexual de los participantes, fue una de las formas más comunes de discriminación y violencia. La violencia verbal (gritos, insultos, amenazas o burlas) fue otra de las maneras comunes de discriminación y violencia en la escuela, servicios de justicia, espacios privados y públicos.

Los análisis de la asociación de las experiencias de discriminación y violencia con el estrés y la vitalidad están en la Tabla 3. Tanto en los modelos crudos como en los ajustados por covariables se observó que todas las formas de discriminación y violencia se asociaron con niveles más altos de estrés. En los modelos crudos, todas las variables de discriminación y violencia se asociaron con niveles menores de vitalidad, excepto las experiencias de rechazo. Después de ajustar por las covariables, los niveles más bajos

de vitalidad se asociaron con la obligación a apearse a los estereotipos de género, falta de aceptación completa de orientación sexual y las violencias física y verbal.

En los modelos en los que se incluyeron todas las variables de discriminación y violencia, la falta de aceptación completa de orientación sexual y la violencia física se asociaron con niveles más altos de estrés, pero más bajos de vitalidad. Tanto en los modelos crudos, como en los ajustados por las covariables, se verificó que conforme aumentaba el número de espacios en los que se recibió discriminación, hubo aumento en niveles de estrés y disminución en vitalidad.

En la Tabla 4 se presentan los resultados de la asociación entre la ideación suicida e intento de suicidio con los eventos de discriminación y violencia. En los modelos crudos y en los ajustados por las covariables, así como en los ajustados, todas las variables de discriminación y violencia se asociaron con mayor posibilidad de ideación e intento suicida. En los modelos en los que se incluyen todos los tipos de violencia y discriminación, la falta de aceptación completa de la orientación sexual, los esfuerzos para cambiar orientación sexual y las violencias física y verbal se asociaron con mayor riesgo de experimentar ambas conductas suicidas.

4. Discusión

Entre la población LGB de la Ciudad de México, las formas de violencia más agresivas fueron relativamente poco comunes. Por ejemplo, una décima parte o menos reportó violencia física. En contraste, otras formas de discriminación y violencia que no implican contacto físico fueron más prevalentes. Más aún, las formas sutiles de discriminación y violencia fueron las más comunes. Esto es congruente con el planteamiento de que más que reducir la homofobia, ésta se ha reconfigurado y se manifiesta en formas que, aunque no son agresivas físicamente, implican desconocimiento y/o devaluación de las sexualidades no-normativas.

Estas formas sutiles de discriminación y violencia pueden ser una forma en que la sociedad sanciona por la transgresión de los estereotipos de género de los hombres y mujeres LGB. Este estigma ha sido un proceso en el que intervienen las relaciones de

poder, en este caso brindando superioridad a toda persona que cumpla “cabalmente” con la heterosexualidad (Ortiz-Hernández y Granados-Cosme, 2006).

Una manera de mantener este “equilibrio” es la invisibilización de la transgresión a los estereotipos de género y de las formas no-heterosexuales de afecto. Además, a diferencia de las formas de violencia abiertas, las expresiones sutiles son socialmente toleradas. Es decir, los recientes cambios legales e institucionales han inhibido expresiones homofóbicas abiertas, pero nadie se extraña que se hagan señalamientos sobre lo alejado que están los homosexuales de la heteronormatividad. Nuestros resultados son congruentes con estudios previos que muestran que la violencia verbal y física se relaciona con mayor probabilidad de eventos negativos de salud mental. Pero hay que subrayar que el principal hallazgo de nuestro estudio es que independientemente de estas formas de violencia evidente, las formas sutiles también se relacionan con mayor riesgo de presentar pobre salud mental.

A pesar de que estas manifestaciones sutiles de discriminación y violencia también tienen efecto en la salud mental y este efecto incluso es mayor e independiente de otras formas de violencia como la verbal o física, su estudio es un campo emergente, por lo cual existe poca literatura al respecto (Nadal, et al.2016). La invisibilización de características de las personas (e.g. la transgresión de los estereotipos de género o la orientación sexual no dominante) puede conllevar a una pérdida de estatus social que influye en la salud mental de las personas LGB, ya que éstas pueden construir su identidad con referentes negativos su orientación sexual. Esto a su vez, podría resultar en la expresión de homofobia internalizada –percepción negativa de sí mismos–, que finalmente desembocaría en el incremento de estrés psicosocial (Ortiz-Hernández, 2004; Saavedra & Robles, 2016). Además, las formas sutiles de homofobia son experimentadas de manera cotidiana, como un estresor crónico.

En nuestro estudio, experimentar esfuerzos para cambiar orientación sexual se asoció con eventos negativos de salud mental. En otras muestras LGBT, los esfuerzos para cambiar orientación sexual se correlacionó con el comportamiento suicida, la depresión, la ansiedad y la baja autoestima (Flentje, Heck y Cochran, 2014; Ryan, et al. 2018;

Shidlo, 2002). Nuestra medida se centró en el fomento de esfuerzos para cambiar orientación sexual por parte de los padres. En los jóvenes LGBT estadounidenses, los esfuerzos para cambiar orientación sexual realizado por un terapeuta o líder religioso estaban relacionado con la depresión y el comportamiento suicida, y estas asociaciones fueron más fuertes cuando los padres alentaron a SOCE (Ryan, et al. 2018). En México, el debate para prohibir legalmente este tipo de prácticas ha comenzado. Nuestros resultados deberían ser considerados en esta discusión.

Existen retos conceptuales y metodológicos para el estudio del efecto de la violencia y la discriminación sobre la salud mental. En primer término, es difícil discernir si los efectos varían en función del lugar y tipo de violencia. En un intento para explicar esta premisa, construimos modelos donde se incluían simultáneamente diferentes formas de violencia como variables independientes. Pero en este enfoque estaría implícito que los efectos son independientes, cuando eso en realidad puede no ocurrir. Por ello, construimos una variable en la que se sumó el número de espacios donde se había experimentado discriminación y violencia. Como esperábamos, esta medida se relacionó de forma lineal con los cuatro indicadores de salud mental evaluados. Otro estudio ha comprobado que la acumulación de vivencias de diversas formas de discriminación y violencia tienen un efecto sobre la salud mental de hombres gay (Mustanski, et al. 2016). Esto indica que las experiencias de violencia pueden actuar de forma aditiva en su impacto negativo en el bienestar psicológico.

Entre las principales fortalezas de este estudio está que la aplicación electrónica del cuestionario permitió que el tamaño de muestra haya sido amplio. Por ello, no sólo se incluyen a los asistentes de espacios de recreación u organizaciones civiles LGBT, que ha sido la estrategia de muestreo común (Ortiz-Hernández & García Torres, 2005), por lo que se incrementó la posibilidad de encuestar a personas no asumidas socialmente como gays o lesbianas o con características distintas a las que asisten a estos espacios. La aplicación de instrumentos por computadora puede dar respuestas menos sesgadas que entrevistas cara a cara debido a que la persona mantiene completo anonimato (Eysenbach y Wyatt, 2002). Al mismo tiempo, el uso de encuestas electrónicas impone limitaciones, ya que se excluyen a todas las personas que no acceden o no saben utilizar

computadora y/o internet. El resultado es que en las muestras las clases sociales media o alta están sobrerrepresentadas y se excluyen a clases sociales bajas.

En síntesis, en la población LGB de este estudio existió asociación entre el haber recibido discriminación y violencia por causa de la orientación sexual y presentar niveles altos de distrés psicológico, bajos de vitalidad y con la ideación e intento suicida.

Las experiencias de discriminación y violencia tuvieron mayor impacto cuando número de espacios en donde se recibieron era mayor. Además, algunos de los hallazgos del estudio indican que algunos de los cambios legales en materia de no discriminación son favorables en tanto que las formas más abiertas de discriminación y violencia son menos frecuentes. Al mismo tiempo, otros hallazgos muestran que el prejuicio contra la homosexualidad se ha transformado y permanecido y ahora se expresa en formas de discriminación más sutiles o menos evidentes. Sin embargo, estas formas sutiles también tienen impacto en la salud mental. La importancia del estudio de la homofobia, sus cambios y permanencias tiene relevancia en el tema de la salud, toda vez que ésta permite entender las desigualdades sociales en salud que enfrentan las poblaciones LGBT.

Es necesaria la creación de políticas públicas que aborden la prevención y eliminación tanto de las formas abiertas como de las sutiles de discriminación y violencia, donde existe el reto de identificar estrategias para evidenciarlas y prevenirlas. El estado debería de reforzar su actuación en materia de no discriminación en la escuela y centros de trabajo. En el primer espacio, la inclusión de la educación sexual en los programas educativos, así como del bullying homofóbico en los planes de prevención del acoso escolar y la capacitación de docentes en materia de no discriminación, son algunas acciones que pudieran contribuir a la solución. Del segundo espacio, se sugiere la capacitación y certificación en no discriminación por orientación sexual (e.g. espacios libres de discriminación); la supervisión de organismos gubernamentales del cumplimiento de las leyes nacionales contra la discriminación en materia laboral; la sanción efectiva a quienes no las cumplan, y la formulación de estrategias para favorecer ambientes amigables para los hombres GHB.

Creemos que la evidencia que presentamos sugiere que la violencia simbólica o sutil podría estar asociada con resultados negativos en salud mental. El concepto de violencia simbólica se basa en la premisa de que el poder opera a través de la aceptación de las normas sociales, lo que a veces implica la estigmatización de algunos grupos. Analizar la violencia desde esta perspectiva es conducente a considerar que, para evitar eventos de prejuicio, todas las manifestaciones (desde violencia sutil hasta crímenes de odio) de estigmatización de la homosexualidad y la trasgresión de los estereotipos de género deben erradicarse, lo cual solo puede lograrse a través de cambios socioculturales importantes en todas las esferas sociales y no solo cambiando las actitudes individuales. Las políticas a nivel institucional (por ejemplo, la regulación de los medios y la prohibición de los discursos de odio por parte de las instituciones dominantes) deben implementarse para des-estigmatizar las expresiones no dominantes de identidad de género y orientación sexual.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los hombres gay y bisexuales y mujeres lesbianas y bisexuales. Ciudad de México, 2015

	N	%
Identidad		
Hombres gay	1,235	74.0
Hombres bisexuales	147	8.8
Mujeres lesbianas	179	10.7
Mujeres bisexuales	109	6.5
Edad, años		
18 a 20	170	10.2
21 a 25	397	23.8
26 a 30	363	21.7
31 a 45	524	31.4
46 y más	216	13.0
Estado civil		
Soltero	687	81.5
Algún tipo de unión	144	17.1
Separado/divorciado	8	1.0
Viudo	3	0.4
Nivel educativo		
Hasta preparatoria	405	24.4
Licenciatura y/o posgrados	1,257	75.6
Escolaridad de jefe(a) de familia		
Hasta secundaria	618	12.5
Preparatoria	767	15.6
Licenciatura	2,592	52.6
Posgrado	949	19.3

Tabla 2. Tipos de experiencias de discriminación y violencia de acuerdo a los espacios en donde fueron experimentadas por hombres gay y bisexuales y mujeres lesbianas y bisexuales de la Ciudad de México

	Familia	Escuela	Trabajo	Servicios de salud	Servicios de justicia
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
A. Te hicieron sentir que debes ser más masculino	28.6	36.1	17.4	3.2	7.1
B. Saben de tu orientación sexual, pero no quieren hablar de ello	36.3	9.5	15.6	3.4	2.8
C. Te aceptan a ti, pero a tu pareja no	10.1	2.2	4.0	3.2	2.0
Cualquier forma de falta de reconocimiento pleno de orientación sexual	38.5	10.9	17.5	6.1	4.2
D. Te obligaron a asistir a cultos religiosos	5.2				
E. Te impusieron asistir a servicios de psicología, psiquiatría, cura o pastor para "curarte" o "cambiarle"	13.1				
Alguna forma de esfuerzos para "corregir" la orientación sexual	15.1				
F. Te gritaron, insultaron, amenazaron y/o se burlaron	14.2	30.7	9.6	2.8	7.7
G. Te golpearon o te agredieron físicamente	4.1	9.8	1.2	0.2	2.1
H. Te corrieron del lugar o casa	3.7	2.5	3.5	0.8	1.9
I. Te negaron el servicio		1.2	1.6	4.9	3.1
J. Te dejaron de hablar uno o más familiares	14.5				
Alguna forma de rechazo	15.9	3.1	4.4	5.2	4.3
Alguna forma de discriminación o violencia	50.6	49.5	31.2	10.5	15.4

Tabla 3. Modelos de regresión lineal de la asociación entre salud mental y experiencias de discriminación y violencia por orientación sexual en hombres gay y bisexuales y mujeres lesbianas y bisexuales de la Ciudad de México

	Distrés psicológico			Vitalidad		
	Modelos crudos	Modelos I	Modelo II	Modelos crudos	Modelos I	Modelo II
Tipos de experiencias de discriminación y violencia	B	B	B	B	B	B
Obligación a apegarse a los estereotipos de género	0.93***	1.03***		-0.63**	-0.66**	
Falta de aceptación completa de orientación sexual	1.10***	1.14***	0.96***	-1.38***	-0.97***	-0.87***
Esfuerzos para cambiar orientación sexual	1.08**	0.98**		-0.57*	-0.47	
Rechazo	0.48*	0.45		-0.21	-0.12	
Violencia física	1.28***	1.36***	1.08***	-0.77**	-0.81**	-0.55*
Violencia verbal	0.70**	0.71**		-0.73***	-0.76***	
Número de espacios en donde recibió discriminación o violencia						
1 o 2	-0.03	-0.01		0.01	0.05	
3 o 4	0.91**	0.93**		-0.65*	-0.65*	
5 a 7	1.51***	1.62***		-1.24***	-1.30***	

En los modelos I cada experiencia de discriminación y violencia fueron introducidas en modelos por separado. En el modelo II todas las variables de discriminación y violencia fueron introducidas simultáneamente en el mismo modelo. Los modelos I y II fueron ajustados por identidad sexual, edad, estado civil y escolaridad del entrevistado y escolaridad del jefe de familia. B, coeficiente de regresión lineal. * p < 0.050, ** p < 0.010, *** p < 0.001.

Tabla 4. Modelos de regresión logística de la asociación entre salud mental y experiencias de discriminación y violencia por orientación sexual en hombres gay y bisexuales y mujeres lesbianas y bisexuales de la Ciudad de México

	Ideaación suicida		Intento de suicidio			
	Modelos crudos	Modelos I RP	Modelo II RP	Modelos crudos	Modelos I RP	Modelo II RP
Tipos de experiencias de discriminación y violencia						
Obligación a apegarse a los estereotipos de género	1.55***	1.53***		1.93***	1.95***	
Falta de aceptación completa de orientación sexual	1.73***	1.69***	1.35***	2.14***	2.10***	1.45*
Esfuerzos para cambiar orientación sexual	1.74***	1.67***	1.32***	2.40***	2.34***	1.70***
Rechazo	1.44***	1.40***		2.03***	1.98***	
Violencia física	1.57***	1.58***	1.22*	1.95***	2.00***	1.38*
Violencia verbal	1.73***	1.70***	1.30**	2.16***	2.16***	1.44*
Número de espacios en donde recibió discriminación o violencia						
1 o 2	1.45***	1.43***		1.88**	1.93**	
3 o 4	1.70***	1.66***		2.21***	2.19***	
5 a 7	2.12***	2.11***		3.18***	3.30***	

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

Referencias bibliográficas

- BLONDEEL, Karel, et al. 2016, "Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews". *Int J Equity Health* 15, 16. DOI:10.1186/s12939-016-0304-1.
- BORGES, Guilherme, et al. 2010, "Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública en México*", vol.52, n.4 [citado 2019-12-10], pp.292-304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&nrm=iso.BOURDIEU, Pierre, 2012, "Symbolic violence", *Revista Latina de Sociología*, 2: 1-4. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/12136>
- CONAPRED. (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados sobre diversidad sexual (Primera Ed)*. México D.F.
- FLENTIE, Annesa, et al. 2014, "Experiences of Ex-Ex-Gay Individuals in Sexual Reorientation Therapy: Reasons for Seeking Treatment, Perceived Helpfulness and Harmfulness of Treatment, and Post-Treatment" Identification, *Journal of Homosexuality*, 61:9, 1242-1268.
- GALTUNG, Johan, et al. 1990, "Cultural Violence", *Journal of Peace Research*, Volume: 27 issue: 3, page(s): 291-305, Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>
- HOTTES, Travis, et al. 2016, "Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis", *American Journal of Public Health* 106, e1_e12, Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>
- ILGA. (2016). *Global attitudes survey on LGBTI people in partnership with*. Disponible en: https://ilga.org/downloads/07_THE_ILGA_RIWI_2016_GLOBAL_ATTITUDES_SURVEY_ON_LGBTI_PEOPLE.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2013, "Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador", Quito, Ecuador. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec
- KING, Michael, et al. 2008, "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people", *BMC Psychiatry* 8, 70. DOI:10.1186/1471-244X-8-70
- MUSTANSKI, Brian et al. 2016, "The Effects of Cumulative Victimization on Mental Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents and

Young Adults.” American Journal of Public Health vol. 106,3 (2016): 527-33.
DOI:10.2105/AJPH.2015.302976

NADAL, Kevin, et al. 2016, “Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature”, The Journal of Sex Research, 53:4-5, 488-508, DOI: 10.1080/00224499.2016.1142495

ORTIZ, Luis, García, Isabel, 2005, “Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México”. Cadernos de Saúde Pública, 21(3), 913-925. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300026>

ORTIZ, Luis, Granados, J, 2006, “Violence Against Bisexuals, Gays and Lesbians in Mexico City”, Journal of Homosexuality, 50:4, 113-140. DOI: 10.1300/J082v50n04_06

RYAN, Caitlin, et al. 2018, “Parent-Initiated Sexual Orientation Change Efforts With LGBT Adolescents: Implications for Young Adult Mental Health and Adjustment”. Journal of Homosexuality. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>

SHIDLO, Ariel, Schroeder, Michael, 2002. “Changing sexual orientation: A consumers’ report”, Professional Psychology: Research and Practice, 33(3), 249–259. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>

ZÚÑIGA, Miguel et al. 1999, “Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México”, Salud Pública de México, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 110-118, mar. 1999. ISSN1606-7916. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6138>.