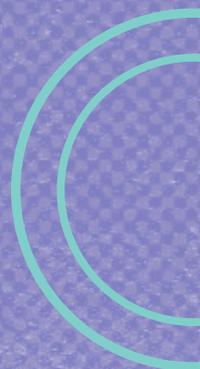
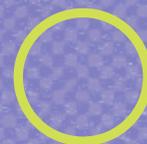
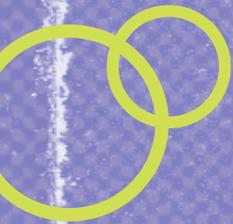


# SALUD MENTAL LGBTIQ+ EN PERÚ 2024





Asociación Civil Más Igualdad Perú

**Autores**

Alexandra Hernandez Muro  
Rodrigo Flores Castro

**Coordinación regional**

Moshikas Diversas  
Clauco Velasquez Wong  
Bruno Montenegro Mamani

**Diseño y Diagramación**

Juan José Vásquez

**Fotografías**

Esteban Monzón Marchand  
Sergio Caro Caro  
Andre Aguilar Gambini  
Yeyson Jaño  
Xairo Ramírez  
Brenda Quispe

[www.masigualdad.pe](http://www.masigualdad.pe)

Publicado por: Más Igualdad Perú  
Lima, Perú.  
1a. edición - Diciembre 2024

Más Igualdad Perú  
Lima, Perú.

# CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS

06

GLOSARIO

07

INTRODUCCIÓN

12

ANTECEDENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

17

METODOLOGÍA

47

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

57

CONCLUSIONES PARA LA MUESTRA GENERAL  
LGBTIQ+Y COMPARATIVOS CON MUESTRA  
TRANS, INTERSEX, BISEXUAL Y NO BINARIA

111

RECOMENDACIONES

111



# AGRADECIMIENTOS

En el 2019 se realizó el primer estudio exploratorio sobre salud mental de personas LGBTQ+ en el Perú. Este primer acercamiento a la salud mental de la población gay, lésbica, trans, no binaria y bisexual trajo información que ha permitido establecer y mantener en la agenda la necesidad de implementar un enfoque afirmativo en la atención de la salud mental, ya que existe alto riesgo de discriminación en los servicios de salud, obstáculos para el acceso a una atención de calidad y de pasar por prácticas de conversión, que buscan “cambiar” sin éxito la orientación sexual y la identidad de género de estas personas (conocidas como Esfuerzos por cambiar la orientación sexual, identidad y expresión de género - ECOSIEG).

Luego de mucho esfuerzo, se ha logrado realizar un estudio sobre salud mental que supone una mejora en el recojo de información sobre temáticas de salud mental, como la medición del estrés de minorías, y sintomatología no siempre formalmente diagnosticada, como la desregulación emocional, la ansiedad y depresión. De la misma manera, se recogió información sobre las prácticas de conversión y ECOSIEG y el acceso al sistema de salud para la atención de la salud mental.

Este estudio no se hubiera podido lograr sin el involucramiento de diversos profesionales y activistas que formaron parte de la toma de información, análisis, y asesoría. Agradecemos infinitamente a Clauco Velasquez, Bruno Montenegro y Moshikas Diversas, quienes asumieron las funciones de coordinación en las macrorregiones Oriente, Sur y Norte del Perú. También a Cathe Revollar quien realizó funciones de entrevista, a Ffran Medina por la asesoría y supervisión legal, a Regina Limo por la revisión de estilo y a Juan José Vásquez por la diagramación.

Finalmente, queremos agradecer a las más de 1200 personas que contestaron la encuesta, y a Manolo, Zaid, Nico, Bea, Warmi XY, Majo, Javier, A.B., Andrea, G, Alexander, Leni, Mishell, Celeste, Demian, Angel, Kela, Flaps, Danny y Mario, quienes accedieron a una entrevista para recoger sus experiencias y humanizar este estudio.

Alex Hernández y Rodrigo Flores (investigadores)

# GLOSARIO

## ||| BIFOBIA

Discriminación contra personas bisexuales o prejuicios contra la bisexualidad. Suelen ejercerla contra personas bisexuales tanto personas heterosexuales como lesbianas, gays y personas trans.

## ||| BISEXUALIDAD

Orientación sexual plurisexual, es decir, la capacidad de sentir atracción sexual y afectiva por personas de más de un género. Otras definiciones la entienden como la atracción sexual hacia el mismo y otros géneros. La bisexualidad no excluye la atracción hacia personas no binarias, tampoco hacia personas trans.

## ||| CISGÉNERO

Persona que tiene una identidad de género que coincide con el sexo que se le asignó al nacer. Por ejemplo, una persona que se identifica como mujer habiendo sido asignada como mujer al momento del nacimiento, es una persona cisgénero.

## ||| CISHETEROSEXISMO / ||| CISHETERONORMATIVIDAD

Estructura social que valora por encima de cualquier otra las ideas, normas sociales, creencias y cultura por la que se rigen las personas cuya identidad de género se corresponde con la que le fue asignada al nacer y que se consideran heterosexuales.

## ||| DEMISEXUAL

Persona que solo siente atracción sexual luego de establecer una conexión afectiva o significativa y emocional con otra persona.

## ||| ENFOQUE AFIRMATIVO

Enfoque de salud mental que reconoce como válidas a las identidades LGBTIQ+ a través de herramientas que afirman su identidad. Contrario al enfoque patologizador. Ver también Terapia afirmativa.

## ≡ **ESTRÉS DE MINORÍAS**

Modelo teórico que reconoce que existen condiciones y eventos adversos que experimentan las personas LGTBQ+ por ser un grupo "minoritario" (entendido como opuesto al grupo "mayoritario" en la sociedad). Estas condiciones y eventos generan un estrés específico y adicional que puede afectar su salud mental a largo plazo.

## ≡ **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Condición psicológica de personas que han pasado por situaciones traumáticas o violentas y que, a raíz de ello, presentan síntomas como crisis de ansiedad, depresión, flashbacks de la situación traumática, etc.

## ≡ **EXPRESIÓN DE GÉNERO**

Forma en que nos presentamos socialmente. El pelo, la ropa, el pronombre, nombre que usamos, manerismos, etc., forman parte de nuestra expresión de género. Esta puede estar dentro de los cánones típicos de lo "masculino" o lo "femenino" y, en otras ocasiones, puede tomar forma andrógina, incorporando actitudes y características de lo tradicionalmente femenino y masculino.

## ≡ **GÉNERO**

Sistema que opera asignando roles y características diferenciadas a las personas según el sexo que se les asigna al nacer, hombre o mujer. Como identidad (identidad de género o género) responde a la sensación personal y subjetiva de ser "hombre" o "mujer", ser ninguno o ambos a la vez (personas de género no binario).

## ≡ **HETERONORMATIVIDAD / HETEROSEXISMO**

Ideología que valora y prescribe la heterosexualidad como una asignación "natural", y, a su vez, determinante de las conductas e identidades. Procede de la diferencia biológica asociada a la reproducción de la especie. Este régimen considera como única posibilidad a la heterosexualidad, dificultando la existencia de otras formas de orientación sexual y, por consiguiente, identidades de género que se revelan a la prescripción dictada por la genitalidad.

## ≡ **HOMBRE TRANS - TRANSMASCULINO**

Personas que fueron asignadas al sexo femenino al momento del nacimiento, pero cuya identidad de género es masculina.

## ≡ **HOMONEGATIVIDAD**

Es la imagen, valoración y actitud negativas hacia la homosexualidad.

## ≡ **LGBTIQ+**

Acrónimo que representa al conjunto de personas lesbianas, gays, trans, intersex, bisexuales, queer y otras identidades sexuales, como la no binaria.

## ≡ **MODELO BINARIO**

Modelo que reduce la sexualidad a dualidades, sin admitir ninguna otra categoría entre ellas. Se aplica a género, sexualidad y sexo biológico.

## ≡ **MUJER TRANS - TRANSFEMENINA**

Personas que fueron asignadas al sexo masculino al momento del nacimiento, pero cuya identidad de género es femenina.

## ≡ **NO BINARIE**

Persona cuyo género (o identidad de género) no se circunscribe al sistema binario, es decir, que sale del binomio hombre-mujer. En algunos casos la persona se identifica con ambos a la vez, ninguno o tiene una identidad que es fluida.

## ≡ **ORIENTACIÓN SEXUAL**

Capacidad de sentir atracción sexual por las personas según el género y expresión de género de estas. Hay personas con orientación monosexual (atracción solo por un género), como los gays, lesbianas y heterosexuales, y personas con orientación plurisexual (atracción por más de un género), como las personas bisexuales, pansexuales, etc.

## ≡ **PANSEXUAL**

Persona que siente atracción sexual por otras personas independientemente de su género.

## ≡ **PATOLOGIZACIÓN**

Acción de reducir las identidades LGBTIQ+ a enfermedades o trastornos mentales a pesar de que existe un consenso global y científico de que no lo son.

## ≡ **QUEER**

Término reapropiado por la comunidad LGBTIQ+ que sirve como paraguas para agrupar a todas aquellas identidades no heterosexuales y no cisgénero.

## REGULACIÓN/DESREGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación emocional implica la habilidad de tomar consciencia, entender y aceptar nuestras emociones. Asimismo, la capacidad de controlar y reemplazar conductas impulsivas por conductas orientadas a nuestras metas personales cuando nos encontramos experimentando emociones desagradables, a través de estrategias flexibles y pertinentes para cada situación. La desregulación emocional implicaría la ausencia o déficit en cualquiera de estas habilidades.

## SALUD MENTAL

Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).

## SISTEMA DE GÉNERO

Ver Género.

## TERAPIA AFIRMATIVA

Enfoque psicoterapéutico que incluye una visión positiva de las identidades trans, bisexuales, lesbianas, gays y queer, así como sus vínculos, reconociendo las influencias negativas que la homofobia y la transfobia y el heterosexismo tienen sobre la vida de las personas LGBTIQ+.

## TERAPIA DE CONVERSIÓN

Cualquier intento por cambiar la orientación sexual o la identidad de género de personas LGBTIQ+. El nombre adecuado es "práctica de conversión" o Esfuerzos por cambiar la orientación sexual, identidad y expresión de género (ECOSIEG).

## TRANSFOBIA

Discriminación hacia las personas trans por su identidad de género. Comúnmente es la negación de la identidad de género de las personas y la señalización a través de discriminación o violencia de la identidad asignada al momento de nacer (que se consigna en el registro de nacimiento). Esto acarrea el no reconocimiento de la identidad en el documento nacional y en el acceso a diversos servicios y derechos fundamentales.

## TRANSGÉNERO

Persona que tiene una identidad de género distinta del sexo que se le asignó al momento de nacer.

## **TRANSICIÓN (PROCESO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO)**

Conjunto de acciones que realiza una persona que no se identifica con el sexo asignado al nacer (trans o no binaria) para afirmar su identidad de género<sup>1</sup>. Estas acciones pueden ser médicas o estéticas, pero también pueden ser sociales, como el uso del nombre, pronombre, ropa, etc., es decir, a través de su expresión de género.

---

<sup>1</sup> Las personas cisgénero también realizan acciones para afirmar su género a través de procedimientos estéticos y médicos. Estas acciones no están estigmatizadas como en el caso de las personas trans.

# INTRODUCCIÓN

En el 2017, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó la primera encuesta virtual para personas LGBTIQ+, la cual permitió tener una primera aproximación a la realidad de dicha población en el Perú<sup>2</sup>. Dentro de la información más relevante identificada, se encontró que el 63% de personas encuestadas afirmaba haber sido víctimas de algún acto de discriminación o violencia, la mayoría en espacios públicos (65.9%) y a través de violencia verbal, amenazas u hostigamiento (84.9%). Asimismo, el 56.5% de personas encuestadas afirmó sentir temor de expresar su orientación sexual o identidad de género, reconociendo como principal motivo el miedo a ser discriminado o agredido (72%). Datos similares reportó un estudio realizado por la asociación Más Igualdad Perú (2019)<sup>3</sup>, el cual identificó que el 83% había sufrido algún tipo de de violencia, así como el 75% afirmó haber sufrido discriminación por su orientación sexual o identidad de género.

La evidencia que se tiene hasta el momento muestra que estos hechos han tenido consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas, identificándose sentimientos de exclusión y aislamiento social (70%); sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia (64%); y sensación de fatiga y falta de energía, estrés e irritabilidad (51%), indicadores que alertan de una posible afectación a la salud mental de dicha población<sup>4</sup>. Adicionalmente, es importante considerar el impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en las personas LGBTIQ+ en Perú. Si bien existen algunas investigaciones que reconocen una

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI. Recuperado de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>.

<sup>3</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTIQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

<sup>4</sup> INEI (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI. Recuperado de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>.

afectación a la salud mental en la población general<sup>5</sup>, no existe información específica por parte de la mayoría de las instituciones del Estado peruano que permita conocer el impacto real de la pandemia en las personas LGBTQ+<sup>6</sup>. No obstante, este hecho nos permite inferir que no han existido políticas públicas que atiendan las necesidades específicas de esta población, como el acceso a servicios de atención a la salud mental sin discriminación.

Si bien los datos evidencian la necesidad de que las personas LGBTQ+ accedan a servicios de salud mental de calidad, la información existente muestra la presencia de diferentes prejuicios en los profesionales de salud mental, lo cual implica una barrera para acceder a servicios de atención que no repliquen la discriminación existente en la sociedad. Según el estudio realizado por Más Igualdad Perú, el 61.9% de personas encuestadas informó haber encontrado prejuicios o ideas falsas sobre ser LGBTQ+ en los profesionales de salud mental que las atendieron. Adicionalmente, cerca del 40% de las personas encuestadas afirmó haber sido sometido a alguna “práctica de conversión” o intento de cambiar su orientación sexual o identidad de género<sup>7</sup>, aún cuando estas han sido consideradas crueles, degradantes y discriminatorias en su naturaleza por el experto independiente de la ONU<sup>8</sup>.

De acuerdo con lo mencionado, es importante seguir reconociendo y profundizando en los estresores específicos que afectan la salud mental de las personas LGBTQ+, haciendo especial énfasis en la prevalencia de las llamadas “prácticas de conversión”. Adicionalmente, es necesario identificar los diferentes factores protectores que permiten prevenir afectaciones a la salud mental de las personas LGBTQ+ y ayudan a promocionar su bienestar integral, como es el enfoque afirmativo en los servicios de atención de salud mental<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> Prieto-Molinaria, D. E. et al. (2020) Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272020000200009http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272020000200009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272020000200009http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272020000200009&lng=es&nrm=iso).

<sup>6</sup> Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX] (2022) Informe anual sobre la situación de los derechos humanos de las personas LGTBI en el Perú 2021. Recuperado de [https://promsex.org/publicaciones/resumen-ejecutivo\\_informe\\_sobre\\_la\\_situacion\\_de\\_los\\_derechos\\_humanos\\_de\\_las\\_personas\\_lgbti\\_en\\_el\\_peru/#:~:text=Descargar%20Publicaci%C3%B3n%20en%20PDF](https://promsex.org/publicaciones/resumen-ejecutivo_informe_sobre_la_situacion_de_los_derechos_humanos_de_las_personas_lgbti_en_el_peru/#:~:text=Descargar%20Publicaci%C3%B3n%20en%20PDF).

<sup>7</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

<sup>8</sup> Madrigal-Borloz, M. (2020) Práctica de las llamadas “terapias de conversión”: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Consejo de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>.

<sup>9</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

## ¿POR QUÉ ESTUDIAR LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS LGBTIQ+ EN EL PERÚ?

El reconocimiento de la existencia de múltiples experiencias de discriminación y violencia hacia personas LGBTIQ+ que viven en el Perú, tanto por parte de otros ciudadanos como por parte de las instituciones del Estado peruano, hace necesario conocer a mayor profundidad cuál es el estado de la salud mental de dicha población, a fin de reconocer los estresores específicos que la afectan, así como las secuelas específicas de dichas experiencias.

La encuesta realizada por el INEI (2017) evidenció que el 54.4% de las personas que afirmaron tener un problema de salud durante los últimos 12 meses presentaban problemas de salud mental como ansiedad y depresión<sup>10</sup>. Por su parte, el estudio realizado por Más Igualdad Perú identificó que las sintomatologías más frecuentes estaban relacionadas a problemas de salud mental como ansiedad (60%), baja autoestima e inseguridad (60%), y depresión (58%)<sup>11</sup>.

Por otro lado, un estudio realizado por Rodríguez-Espartal y colaboradores (2022)<sup>12</sup> identificó que el bienestar psicológico de las personas LGBTIQ+ en el Perú está muy relacionado a contar con recursos básicos para desarrollar sus proyectos de vida, así como la oportunidad de poder contar con acompañamiento psicológico en casos de violencia, algo a lo que muy pocas personas pueden acceder. Asimismo, el contar con una red de soporte social está muy relacionado al bienestar psicológico de las personas LGBTIQ+, especialmente por parte de las familias elegidas<sup>13</sup>, lo que se conoce como factores protectores.

A pesar de los avances descritos, muchos de los estudios con los que se cuentan presentan algunas limitaciones metodológicas que impiden la generalización de los resultados. Una de las principales limitaciones es que la mayoría de personas encuestadas se encontraban en la provincia de Lima. Para reconocer las circunstancias particulares de las personas LGBTIQ+ en otras regiones del Perú, es necesario que exista un mayor porcentaje de personas encuestadas en las diferentes regiones del país. En segundo lugar, el tipo de muestreo fue no probabilístico circunstancial, lo cual no permite la generalización de los resultados a todas las personas LGBTIQ+ peruanas o que viven en el Perú. Si bien las

---

<sup>10</sup> INEI (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI recuperado de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>.

<sup>11</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/\\_files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/_files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

<sup>12</sup> Rodríguez-Espartal N. et. al. (2022) Desde el Arcoíris. Bienes psicológico y soporte social percibido es personas LGBTQ+ peruanas activistas y no activistas. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Arcoiris-1.pdf>.

<sup>13</sup> *Ibidem*

características particulares que afectan a esta población ponen barreras adicionales a su participación, como el ocultamiento de su identidad, buscar el incremento del número de participantes permitirá acercarse a tener una muestra más representativa. Además, en la mayoría de casos, el instrumento utilizado se aplicó a través de internet, lo cual limita la posibilidad de acceso a quienes no dispongan de este servicio. Un estudio que incluya medios adicionales de contacto podría incrementar el número de personas encuestadas.

Otra limitación encontrada se relaciona con el marco teórico en el cual se sustentan las investigaciones para elaborar sus instrumentos. Los estudios citados parten de definiciones generales de discriminación, violencia y bienestar psicológico, las cuales, si bien ayudan a tener una aproximación a la salud mental de las personas LGBTIQ+ desde diferentes disciplinas, no tienen en cuenta los diferentes modelos explicativos de la salud mental en personas LGBTIQ+ como el modelo de “estrés de minorías”. Esta inclusión permitiría identificar la presencia de los estresores señalados por estos modelos teóricos en las personas encuestadas, lo que generará conocimiento sobre el estado de salud mental de las personas LGBTIQ+ que sea específico y sensible a su vivencia particular. Asimismo, si bien se ha logrado una primera aproximación a los factores protectores que permiten un mayor bienestar en personas LGBTIQ+, es importante obtener información que permita una mayor especificidad y generalización de los datos, como puede ser el reconocer el impacto que ha tenido en las personas encuestadas el recibir atención bajo un enfoque afirmativo.

Finalmente, tal como lo reportan informes como uno realizado por PROMSEX<sup>14</sup>, la ausencia de información específica impide que puedan implementarse políticas públicas que respondan a las necesidades específicas de las personas LGBTIQ+. El contar con información actualizada, recopilada tras el contexto de la pandemia de la COVID-19 y la actual crisis política, permitirá tener una mirada más acertada de las necesidades de esta población.

De acuerdo con lo mencionado, la realización de un estudio que profundice sobre el estado de la salud mental de las personas LGBTIQ+ tendrá relevancia tanto teórica y metodológica, como práctica.

---

<sup>14</sup> PROMSEX (2022) Informe anual sobre la situación de los derechos humanos de las personas LGTBI en el Perú 2021. Recuperado de [https://promsex.org/publicaciones/resumen-ejecutivo\\_informe-sobre-la-situacion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-lgbti-en-el-peru/#:~:text=Descargar%20Publicaci%C3%B3n%20en%20PDF](https://promsex.org/publicaciones/resumen-ejecutivo_informe-sobre-la-situacion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-lgbti-en-el-peru/#:~:text=Descargar%20Publicaci%C3%B3n%20en%20PDF).

## ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL LGBTIQ+ EN PERÚ

El presente estudio tiene **4 objetivos generales:**

- Identificar los factores de estrés de minorías y factores protectores relacionados a la salud mental de las personas LGBTIQ+ que viven en Perú
- Identificar y describir la situación de salud mental y la prevalencia de diagnósticos clínicos de las personas LGBTIQ+ que viven en Perú.
- Identificar y describir la prevalencia y la naturaleza de las prácticas de conversión por las que han pasado las personas LGBTIQ+ que viven en Perú.
- Identificar y describir la situación de la atención en salud mental y los servicios de salud mental a los cuales recurren las personas LGBTIQ+ que viven en Perú.

También tiene **objetivos específicos:**

- Conocer la relación que existe entre la discriminación y violencia y los distintos problemas de salud mental
- Conocer la relación que existe entre haber pasado por prácticas de conversión y los distintos problemas de salud mental
- Caracterizar a la población bisexual, intersex, no binaria y trans de manera específica

### LIMITACIONES

Las limitaciones centrales de la presente investigación tienen que ver con el nivel de representatividad que tiene la muestra para caracterizar al universo de personas LGBTIQ+ peruanas o viviendo en el Perú. Por ello, esta investigación no tiene la intención de representar más que a quienes llegaron a través de sus métodos de muestreo.

Esto también se evidencia en la cantidad de personas de cada identidad LGBTIQ+ que ha respondido a la encuesta, ya que por diversas razones, en muchos casos relacionadas a la facilidad de acceso virtual, a la llegada de la propia organización en medios y redes sociales, a las personas que realizan la investigación y a quienes fueron empleadas para realizar las funciones de coordinación de recojo de información en las regiones priorizadas, se han generado focos de recojo de información así como sesgos en el alcance que afectan una distribución más equitativa o accesible de esta investigación a diversas identidades y la representación de las mismas.

A pesar de ello, esta investigación ha alcanzado a una diversidad de identidades, corporalidades y orientaciones que existen en el amplio espectro de la diversidad sexual, y en ello radica su importancia.

A photograph of a man in a grey sweater hugging a person wrapped in a rainbow flag. They are in a crowd at a pride event. In the background, there are signs for 'FARMACIA CENTRAL Y&J' and 'FARMACIA SAN PABLO'. A large black sign with white text and a rainbow icon is prominent.

**ABRAZOS  
GRATIS DE  
PAPÁ**

**ANTECEDENTES  
TEÓRICOS Y  
CONCEPTUALES**

## ≡ 1. ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

Según la OMS, la salud mental puede entenderse como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”<sup>15</sup>. La salud mental es parte fundamental del bienestar integral de una persona y se le reconoce como necesaria para que podamos desarrollarnos tanto individual como colectivamente. Es, por lo tanto, un derecho humano al cual todas las personas debemos acceder para poder vivir dignamente.

Contrariamente a concepciones existentes en el pasado, la salud mental no se entiende únicamente como la ausencia de trastornos mentales, sino que implica reconocer que cada persona experimenta y afronta las dificultades de la vida de manera distinta, encontrando manifestaciones tanto clínicas como sociales muy diferentes en cada caso<sup>16</sup>.

*En el Perú, según cifras del Ministerio de Salud, cerca de un tercio de peruanos tendrá alguna vez en su vida algún trastorno de salud mental<sup>17</sup>, además, se estima que el 20% de las infancias y adolescencias sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental; sin embargo, muchas de estas necesidades nunca son atendidas. El Ministerio de Salud registró más de 1.8 millones de atenciones en salud mental durante el año 2023, la mayoría por sintomatología depresiva o ansiosa.*

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

<sup>16</sup> *Ibidem*

<sup>17</sup> USIL (2024) <https://blogs.usil.edu.pe/novedades/uno-de-cada-tres-peruanos-sufre-un-trastorno-mental>.

## DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Tal como lo reconoce la OMS, la salud mental está influenciada por distintos determinantes estructurales, individuales y sociales. Es así que a las variables biológicas como la genética se suman factores contextuales de riesgo como la existencia de pobreza y violencia en la sociedad<sup>18</sup>. Adicionalmente, se reconoce la existencia de diferentes factores protectores, tanto individuales como contextuales, los cuales influyen positivamente en la salud mental de las personas<sup>19</sup>. Es importante resaltar que tanto los factores de riesgo o de protección no garantizan que una persona desarrolle o no problemas de salud mental, sino que en conjunto influyen tanto positiva como negativamente en esta<sup>20</sup>.

## AFECTACIONES A LA SALUD MENTAL Y LOS LLAMADOS "TRASTORNOS MENTALES"

Según la OMS, las afectaciones a la salud mental incluyen a los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales, además de "otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva"<sup>21</sup>. Por otro lado, los conocidos como "trastornos mentales" se entienden como una "alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo"<sup>22</sup>. Existen diferentes tipos de trastornos mentales, los cuales se encuentran clasificados según sus características en manuales diagnósticos como el CIE-11<sup>23</sup>.

Sin embargo, en el argot de la salud mental han aparecido otras nomenclaturas para enunciar la presencia de condiciones de la salud mental sin estigmatizarlas o considerarlas "anormales". Es así que términos como "neurodivergente" aparecen. Este concepto, traducido al español, nace de las comunidades autistas a mediados de los años 90 para posicionarse desde la autodeterminación. Paralelo a este término surge "neurotípico" para señalar la normatividad imperante. Actualmente, el término neurodivergente es usado ampliamente por personas autistas y por otras con condiciones del neurodesarrollo como el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), dislexia, trisomía 21, etc., e incluso por personas con depresión crónica, trastorno bipolar y otras condiciones como los trastornos de personalidad.

<sup>18</sup> Alegría, M. et. al. (2018) Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6181118/>.

<sup>19</sup> Oliveros B. et. al. (2022) Risk and Protective Factors of Mental Health Conditions: Impact of Employment, Deprivation and Social Relationships. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9180102/>.

<sup>20</sup> OMS (2022) Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

<sup>21</sup> IBIDEM

<sup>22</sup> OMS (2022) Trastornos mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

<sup>23</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 11.

## 2. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS LGBTQ+

Durante los últimos años se han desarrollado diferentes modelos teóricos que ayudan a entender y explicar la afectación particular de la salud mental de las personas LGBTQ+, los cuales presentan un cambio de paradigma que implica dejar de considerar que existe algo inherentemente malo en las personas que forman parte de esta colectividad, y más bien considerar las circunstancias y realidad social en la que viven.

Uno de estos modelos teóricos es el de “Estrés de Minorías” de Ilan Meyer<sup>24</sup>. Este modelo desarrolló el concepto de estrés social, reconociendo que al estrés habitual generado por condiciones y estructuras existentes en el contexto social, se suman estresores específicos por ser parte de un grupo poblacional estigmatizado y marginalizado “minoritario”, el cual vive excluido por el grupo social mayoritario.

Meyer identifica y clasifica los estresores específicos en distales o próximos, dependiendo de si son generados por situaciones concretas y específicas o bien por la interpretación y valor subjetivo que le brinda la persona a lo que ocurre en su contexto. El modelo resalta que existen condiciones y eventos estresantes que experimentan los grupos “minoritarios”, los cuales pueden ocurrir de manera intensa una única vez o se dan de manera periódica a lo largo del tiempo. Estos eventos generan en las personas, por un lado, la expectativa de que vuelvan a ocurrir, lo cual las mantiene en un estado de tensión e hipervigilancia; y por otro lado, las predispone a interiorizar muchos de los mensajes negativos de la sociedad sobre la diversidad sexual o de género, los cuales contribuyen a que la persona desarrolle un autoconcepto negativo.

En sus versiones más actuales, Meyer<sup>25</sup> reconoce como estresores específicos para las personas LGBTQ+ las situaciones de discriminación o violencia, las cuales incluyen desde situaciones cotidianas llamadas microagresiones como el asumir que alguien es hetero/cisgénero, hasta experiencias de agresión física motivadas por la lgbtifobia; el estigma interiorizado o internalizado, la cual implica un autoconcepto negativo directamente influenciado por mensajes de la sociedad de que existe algo inherentemente negativo con ser LGBTQ+; la expectativa de rechazo, la cual implica el esperar constantemente que algo negativo ocurrirá al saber los demás que son LGBTQ+; el ocultamiento de la identidad de género y/o orientación sexual, el cual está relacionado a la creencia de que la única manera de adaptarse a la sociedad es evitar compartir que se es parte de la diversidad

---

<sup>24</sup> Meyer I. H. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>.

<sup>25</sup> Meyer I. H. (2015) Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf>.

sexual y género; y en el caso específico de las personas trans y de género no binario, el no respeto a su identidad de género; el cual implica la angustia y estrés de tener que defender y reafirmar su identidad frente a una sociedad que la niega constantemente.

Meyer también profundiza respecto a los factores protectores dentro del modelo de estrés de minorías, identificando la importancia de variables como las habilidades de afrontamiento y la resiliencia individual. No obstante, resalta especialmente el impacto que tiene la resiliencia comunitaria en grupos en situación de vulnerabilidad como las personas LGBTIQ+<sup>26</sup>.

La constante discriminación y estigmatización a la cual las personas LGBTIQ+ están expuestas hace que sea esperable que la prevalencia de cuadros y diagnósticos de salud mental tienda a ser mayor que en personas heterosexuales y cisgénero.

Una revisión integrativa de la literatura existente al respecto realizada en el 2021<sup>27</sup> encontró 3 principales desafíos a la salud mental de las personas LGBTIQ+:



**Estrés emocional, el cual incluye experiencias tempranas adversas, ansiedad, depresión, ideación e intento suicida.**



**Estigmatización, discriminación, victimización y exclusión social.**



**Barreras para acceder a servicios de salud mental.**

<sup>26</sup> Meyer I. H. (2015) Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf>.

<sup>27</sup> Moagi M.M. (2021) Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7876969/>.

Existen otros modelos que buscan reconocer cómo variables individuales, como los procesos psicológicos de una persona, pueden ser mediadores y moderadores del impacto que tiene el estrés de minorías en su salud mental, ayudando a entender cómo los estresores específicos a los cuales están expuestas las personas LGTBQ+ se convierten finalmente en cuadros psicopatológicos<sup>28</sup>. Dentro de estos procesos se resaltan las habilidades de afrontamiento y regulación emocional de la persona, el soporte interpersonal y/o social y factores cognitivos como un autoconcepto positivo.

## 2.1 AFECTACIONES ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS LGTBQ+

Si bien las personas LGTBQ+ presentan experiencias comunes, desde una mirada interseccional, es importante reconocer que cada identidad que conforma el acrónimo vive una realidad distinta y presenta necesidades diferentes. Respecto a ello, la organización británica MIND resalta algunas dificultades específicas derivadas de experiencias típicas a las que cada identidad del acrónimo LGTBQ+ puede estar expuesta<sup>29</sup>:



**1. Personas homosexuales (gays / lesbianas):** Dentro de las experiencias típicas que pueden afectar su salud mental se encuentran:

- a) Discriminación y violencia basada en homofobia: La cual hace referencia a la actitud negativa que los demás pueden adoptar al conocer la orientación sexual de una persona. Esto incluye desde el asumir que una persona es heterosexual hasta situaciones de abuso y violencia. Esto puede generar experiencias de soledad y temor de expresarse libremente en público, así como cuadros de ansiedad. De la misma manera, en el caso de las lesbianas, la lesbofobia específica derivada de los mandatos de heterosexualidad obligatoria, afectan su vida en la medida en la que se les discrimina por ser mujeres y por tener una orientación sexual no centrada en la mirada / placer masculinos<sup>30</sup>.

---

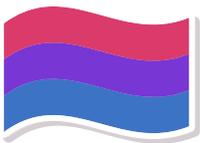
<sup>28</sup> Hatzenbuehler, M. L. (2009) How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789474/>.

<sup>29</sup> MIND (2024) LGBTQIA+ mental health Recuperado de: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/lgbtqi-mental-health/>.

<sup>30</sup> Costa, R. (2024) “Performar para sobrevivir”: Heterosexualidad obligatoria en mujeres lesbianas y bisexuales de Lima Metropolitana. Recuperado de [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/28190/COSTA\\_HIDALGO\\_REBECA\\_FABIOLA\\_PERFORMAR\\_SOBREVIVIR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/28190/COSTA_HIDALGO_REBECA_FABIOLA_PERFORMAR_SOBREVIVIR.pdf?sequence=1&isAllowed=y).



- b) Experiencias difíciles relacionadas a salir del clóset: El salir del clóset puede ser una experiencia muy positiva para la salud mental de las personas LGBTQIA+. No obstante, en algunos casos, esto implica para muchos gays y lesbianas exponerse a situaciones de discriminación y violencia. A la larga, estas dificultades pueden predisponer a desarrollar problemas de salud mental como ansiedad y depresión.
- c) Terapias de conversión: Las cuales incluyen diferentes prácticas que prometen cambiar la orientación sexual de una persona al considerarla negativa. Estas pueden generar baja autoestima, ira, ideación suicida, así como cuadros de ansiedad y depresión.
- d) Homofobia internalizada: Las personas gays y lesbianas pueden interiorizar los mensajes negativos sobre su orientación sexual, pudiendo creer que existe algo intrínsecamente negativo en ellos. Esto puede generar problemas de baja autoestima, ansiedad y depresión.



**2. Personas bisexuales<sup>31</sup>:** Dentro de las experiencias típicas que pueden afectar su salud mental se encuentran:

- a) Bifobia: La cual incluye actitudes negativas hacia las personas bisexuales basadas en prejuicios como que las personas bisexuales son promiscuas o que están confundidas. Es importante resaltar que estas actitudes también pueden venir de otras personas de la diversidad sexual y de género, por lo cual la bifobia puede generar en las personas bisexuales una sensación de soledad y no pertenencia.

---

<sup>31</sup> MIND (2024) LGBTQIA+ mental health. Recuperado de: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/lgbtqia-mental-health/>.

- b) Exclusión de espacios LGTIQ+: En muchas ocasiones, las personas bisexuales pueden ser separadas por parte de otras personas de la diversidad sexual y de género al considerar que se encuentran en una situación de privilegio frente a otras identidades, debido al monosexismo<sup>32</sup>. Esto puede contribuir a que las personas bisexuales se sientan aisladas y solas.
- c) Bifobia internalizada: Los mensajes negativos que reciben las personas bisexuales pueden generar dudas sobre su pertenencia a la diversidad sexual y de género, especialmente si en ese momento se encuentran en una relación percibida como "heterosexual". Esta experiencia puede estar relacionada a una baja autoestima y síntomas depresivos.



### 3. Personas trans y no binarias<sup>33</sup>: Dentro de las experiencias típicas que pueden afectar su salud mental se encuentran:

- a) Transfobia / nbfobia<sup>34</sup>: La cual incluye múltiples manifestaciones como situaciones donde las personas trans y no binarias ven negada su identidad por los demás (ej: no usando su nombre elegido o no usando sus pronombres), estar expuestas a mensajes que las estigmatizan o ridiculizan, entre otras. Estas circunstancias pueden generar temor de expresarse libremente en público, así como también estar asociadas a sentimientos de aislamiento.
- b) Problemas en citas y relaciones amorosas: Los prejuicios y mensajes negativos sobre las personas trans y no binarias pueden dificultarles encontrar una pareja que las acepte abiertamente y como son. Esto puede generar sentimientos de soledad y, a largo plazo, depresión.
- c) Transfobia internalizada: Las personas trans y no binarias pueden interiorizar muchos de los mensajes negativos presentes en su contexto. Esto puede generar sentimientos de vergüenza de su propia identidad y buscar ocultarla. Asimismo, la transfobia internalizada puede generar baja autoestima, ansiedad y depresión.

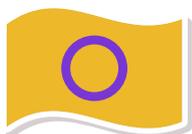
---

<sup>32</sup> El monosexismo es una estructura social que presupone e impone que todas las personas nos sentimos atraídas hacia un único género. Debido al monosexismo existe la creencia de que la bisexualidad no existe, siendo una fase o un estado de confusión que eventualmente revelará una orientación monosexual (hetero u homosexual).

<sup>33</sup> MIND (2024) LGBTQIA+ mental health Recuperado de <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/lgbtqia-mental-health/>.

<sup>34</sup> Término que se pronuncia "enebefobia" y que se refiere a la discriminación contra las personas no binarias por su identidad o expresión de género.

- d) **Incongruencia / disforia de género:** El que el sexo asignado al nacer y la identidad de género de la persona no “coincidan” puede generar malestar emocional significativo en algunas personas trans y no binarias. Esta incongruencia entre el significado social que se le asigna a la corporalidad y genitalidad y la identidad de las personas, así como situaciones donde las demás personas asumen su género, o el no sentirse “suficiente” masculino o femenina para ser reconocido como parte del grupo que se identifica con su mismo género, entre otras, puede generar malestar psicológico considerable.
- e) **No reconocimiento legal:** No existe ningún marco legal que permita a las personas trans y no binarias cambiar los datos de su DNI a través de un proceso administrativo. Esto las expone a procesos judiciales extensos, los cuales pueden exponerlas a situaciones de discriminación y tratos denigrantes, generando una respuesta de estrés constante.
- f) **Acoso y crímenes de odio:** Las personas trans y no binarias son particularmente vulnerables a ser víctimas de amenazas, bullying cibernético, daño a sus pertenencias, y hasta asesinato motivado por tener una identidad trans o no binaria. Esto usualmente ocasiona un daño importante a su salud mental, generando problemas de sueño, ansiedad, ideación suicida y trastorno de estrés postraumático.



**4. Personas intersexuales:** Dentro de las experiencias típicas que pueden afectar su salud mental se encuentran:

- a) **Estrés emocional relacionado a descubrir que son intersex:** Muchas personas pueden descubrir que son intersex en una edad avanzada. Esto puede generar estrés al tener que asimilar nueva información sobre su persona, su salud y su corporalidad. Asimismo, en muchos casos, implica reconocer que fueron sometidas a procedimientos médicos sin su consentimiento.
- b) **Vergüenza y estigma:** Los prejuicios e ideas negativas respecto a ser intersex pueden llevar a las personas a pensar que la única manera de vivir es ocultando esa parte de su identidad. Asimismo, puede generar sentimientos de exclusión social.



**5. Interseccionalidad:** Se reconoce que el ser una persona LGTBQ+ interactúa con otras características de nuestra identidad, pudiendo exponer a la persona a estresores adicionales. Algunas variables a tener en cuenta son la edad, ser una persona con discapacidad o alguna condición médica, ser neurodivergente, el nivel socioeconómico, la etnicidad, el estatus migratorio, entre otros<sup>35</sup>.

Aún se hace necesario realizar investigación sobre los distintos factores que influyen específicamente en la salud mental de las personas LGTBQ+ desde una mirada interseccional para poder seguir perfeccionando los diferentes modelos existentes, ya que existen estructuras sociales adicionales que deben ser consideradas para entender el nivel de afectación diferenciado en la salud mental de las personas LGTBQ+, como el racismo y el clasismo.

La literatura científica existente a la fecha respecto a la salud mental de las personas LGTBQ+ evidencia que existe una disparidad cuando se compara con sus contrapartes cis-heterosexuales, siendo más comunes problemas de salud mental en las personas de la diversidad sexual y de género. No obstante, contrariamente a los mensajes patologizantes de la diversidad sexual y de género, hoy se reconoce que el ser LGTBQ+ no es en sí mismo un trastorno ni condiciona a la persona a presentar problemas de salud mental, sino que implica un riesgo mayor asociado a variables contextuales mencionadas anteriormente, tales como experiencias de discriminación, rechazo y exclusión social, entre otras<sup>36</sup>.

La Asociación Americana de Psiquiatría realizó una revisión de diferentes estudios publicados a la fecha, identificando cómo se presenta esta disparidad en distintos cuadros clínicos. Dentro de los diferentes datos encontrados, se evidencia que las personas LGTBQ+ presentan aproximadamente el doble de probabilidades de presentar un problema de salud mental a lo largo de su vida que sus contrapartes cisheterosexuales. Adicionalmente, con respecto a diagnósticos como ansiedad, depresión y abuso de sustancias, las personas LGTBQ+ presentan 2.5 más probabilidades de presentar estos cuadros clínicos que sus contrapartes cis-heterosexuales<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> MIND (2024) LGBTQIA+ mental health Recuperado de: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/lgbtqia-mental-health/>.

<sup>36</sup> Mental Health Foundation (2023) Explore mental health. Mental health statistics: LGBTQ+ people: statistics. Recuperado de: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/lgbtq-people-statistics>.

<sup>37</sup> American Psychiatric Association [APA] (2017) Mental Health Disparities: LGBTQ. Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Mental-Health-Disparities/Mental-Health-Facts-for-LGBTQ.pdf>.

Los datos de esta revisión también muestran una disparidad al interior del acrónimo LGBTIQ+. Con respecto a orientación sexual, información de diferentes encuestas realizadas en Estados Unidos muestra que las mujeres bisexuales tienen el mayor índice de prevalencia de trastornos depresivos, los cuales oscilan entre 35.8% y 58.7%<sup>38</sup>. Asimismo, presentan una mayor prevalencia en el caso de los trastornos de ansiedad, la cual puede llegar a 57.8%.<sup>39</sup> En el caso de los intentos de suicidio, son los hombres bisexuales los que suelen presentar la mayor prevalencia, llegando a ser de 10%, pudiendo ser hasta 4 veces más que sus pares heterosexuales<sup>40</sup>.

En el caso de la identidad de género, son las personas no binarias asignadas mujer al nacer y trans masculinas las que presentan la mayor prevalencia de trastornos depresivos<sup>41</sup>. Para el caso de los trastornos de ansiedad, son las personas trans masculinas las que presentan el mayor índice, pudiendo llegar a 47%<sup>42</sup>. El mismo caso ocurre al revisar información respecto a intentos de suicidio, mostrando algunos estudios una prevalencia de hasta 32%, un porcentaje que puede llegar a ser entre 7 a 12 veces el porcentaje de sus pares cisgénero<sup>43</sup>.

En el Perú, la situación de la salud mental de las personas de la diversidad sexual y de género es incierta ya que la data poblacional en temas de salud mental nunca diferencia entre quienes se identifican dentro de esta población y quienes no. A pesar de ello, hay iniciativas de investigación y recojo de información que pueden brindar algunas luces sobre la situación en nuestro país.

Teniendo en cuenta que la discriminación y la violencia son grandes fuentes de estrés para esta población, un estudio editado por Cáceres y Salazar<sup>44</sup> resalta que el ambiente escolar en las instituciones educativas peruanas normaliza y hasta puede fomentar el bullying homofóbico al considerar las situaciones de violencia como una práctica lúdica inofensiva.

---

<sup>38</sup> Chodzen, G., Mays, V. y Cochran, S. Depression and Mood Disorders among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>39</sup> Weiss, B. y Owens, B. Anxiety Disorders among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>40</sup> Haas, A. y Owens B. Suicidal Behavior among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>41</sup> Chodzen, G., Mays, V. y Cochran, S. Depression and Mood Disorders among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>42</sup> Weiss, B. y Owens, B. Anxiety Disorders among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>43</sup> Haas, A. y Owens B. Suicidal Behavior among Sexual and Gender Minority Populations. En: Rothblum, E. (ed.) (2020) *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*.

<sup>44</sup> Cáceres, C. F. y Salazar, X. (eds) (2013) «Era como ir todos los días al matadero...» El bullying homofóbico en instituciones educativas públicas en Chile, Guatemala y Perú. Recuperado de: <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4424/Era%20como%20ir%20todos%20los%20d%C3%ADas%20al%20matadero%20el%20bullying%20homof%C3%B3bico%20en%20instituciones%20educativas%20p%C3%BAblicas%20de%20Chile%2c%20Guatemala%20y%20Per%C3%BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Resultados similares mostró un estudio realizado por PROMSEX<sup>45</sup>, el cual evidenció una alta prevalencia de situaciones de violencia LGTBQfóbica en los ambientes escolares.

Según el estudio, el 70.1% de las y los adolescentes encuestados sintieron inseguridad dentro de su ambiente escolar debido a su orientación sexual, así como el 29.3% experimentó inseguridad a causa de su expresión de género. Adicionalmente, el 58.8% ha escuchado a otros estudiantes realizar comentarios denigrantes sobre su orientación sexual real o percibida. El 79.1% reportan haber escuchado estos comentarios de parte de los docentes o del personal escolar, afirmando el 19.6% que esto ocurre con una frecuencia alta<sup>46</sup>.

Respecto a la realidad específica de los y las estudiantes LGTBQ+, el 82.8% afirmó haber sufrido acoso verbal (amenazas o insultos) a causa de su orientación sexual, identidad o expresión de género, reportando el 24.8% que esto ocurre de manera frecuente. Por otro lado, el 33.2% indicó haber sufrido agresión física (atropellos y empujones) por su orientación sexual, mientras que el 25.8% debido a su expresión de género. Un 19.9% indicó haber sido víctima de agresión física por su orientación sexual, identidad o expresión de género. Finalmente, el 89.7% afirma haber sido víctima de rumores o mentiras malintencionadas, de los cuales el 37.2% reporta que esto ocurre con mucha frecuencia o siempre. Un 81.6% informó haberse sentido excluido deliberadamente, de los cuales un 29.9% informa que esto ocurre con mucha frecuencia o siempre<sup>47</sup>. Esta realidad transmite a las y los estudiantes LGTBQ+ el mensaje de que no son importantes y que para sobrevivir al ambiente escolar deben recurrir al aislamiento, la invisibilidad y el ocultamiento.

Por otro lado, la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2018<sup>48</sup> dió algunos indicios del impacto negativo de la existencia de variables sociales adversas como hechos de discriminación y violencia en la salud mental de las personas LGTBQ+. El 70,0% reportó sentimientos de exclusión y aislamiento social, el 64,5% tuvo sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia y el 51,4% sintió fatiga y falta de energía, estrés e irritabilidad.

El estudio exploratorio realizado por Más Igualdad Perú<sup>49</sup> permitió identificar que las personas LGTBQ+ encuestadas reportaron síntomas relacionados a cuadros psicopatológicos

---

<sup>45</sup> PROMSEX (2016) Estudio nacional sobre clima escolar en el Perú 2016. Recuperado de: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2016/08/IAEPeruWebGlesen.pdf>.

<sup>46</sup> *Ibidem*

<sup>47</sup> *Ibidem*

<sup>48</sup> INEI (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI recuperado de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>.

<sup>49</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGTBQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/\\_files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/_files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

y otras problemáticas de salud mental. El 60% reportó presentar síntomas relacionados a la ansiedad y otros síntomas vinculados a baja autoestima e inseguridad; y el 58% sintomatología depresiva. Adicionalmente, algunos participantes reportaron síntomas asociados a condiciones como trastorno bipolar (22%), estrés postraumático (15.5%), trastorno límite de personalidad (12.1%) y abuso de sustancias (10%).

El estudio realiza un análisis diferenciado teniendo en cuenta las diferentes identidades que conforman el acrónimo LGBTQ+, reconociendo que cada una presenta una realidad particular y, por lo tanto, un nivel de afectación diferente a su salud mental. Respecto a la orientación sexual, las personas bisexuales reportan los indicadores más altos de síntomas asociados a depresión (67%) y de ansiedad (65%). Estos indicadores, en algunos casos, están relacionados a la presencia de ideación e intento suicida. Respecto a la identidad de género, las personas de género no binario presentan el índice más elevado de sintomatología asociada a depresión con un 67%, mientras que las mujeres trans y transfemeninas presentan el índice más elevado de sintomatología asociada a ansiedad con un 75%. Se encontró que los síntomas asociados a estrés postraumático son reportados en mayor medida por hombres trans y transmasculinos y personas de género no binario, mientras que los síntomas asociados a trastorno límite de la personalidad se reportaron con mayor frecuencia en personas transmasculinas y transfemeninas con un 25%<sup>50</sup>.

Por otro lado, el informe “Desde el Arcoíris”, realizado por PROMSEX el 2022<sup>51</sup>, tuvo el objetivo de explorar el rol del soporte social percibido y el bienestar psicológico en personas LGBTQ+ pertenecientes a las cinco macrorregiones del Perú. Los resultados muestran que contar con recursos básicos es condición necesaria para alcanzar la estabilidad suficiente que permita reconocer aquello en lo que se puede mejorar como persona y fomentar nuestro bienestar emocional.

Adicionalmente, las personas entrevistadas para dicho informe reconocen la importancia del acceso a acompañamiento psicológico para poder afrontar situaciones de violencia a las que las personas LGBTQ+ están expuestas. No obstante, este sigue siendo un privilegio debido a su elevado costo. Adicionalmente, se señala la importancia de contar con una red de apoyo, muchas veces encontrándola en la “familia elegida” constituida por amistades y personas miembros de algún espacio colectivo. Esta red de apoyo constituye un factor protector especialmente durante y después de “salir del clóset”<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true).

<sup>51</sup> Rodríguez-Espartal N. et. al. (2022) Desde el Arcoíris. Bienes psicológico y soporte social percibido es personas LGBTQ+ peruanas activistas y no activistas. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Arcoiris-1.pdf>.

<sup>52</sup> La frase “salir del clóset” hace referencia a hacer visible la identidad como persona LGBTQ+ de manera pública, según espacios (la familia, el trabajo, las amistades, etc.)



## PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN O ECOSIEG<sup>53</sup>

Según un informe emitido por el Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género de la ONU, las mal llamadas “terapias de conversión” son un conjunto de intervenciones de diferente tipo que tienen en común la creencia de que la orientación sexual o la identidad de género de una persona pueden y deben cambiarse. Asimismo, concluye que estas son inherentemente discriminatorias, degradantes y humillantes, además de producir daños profundos tanto físicos como psicológicos<sup>54</sup>.

Durante la primera mitad del siglo XX existió una mirada patologizante de la diversidad sexual y de género desde las diferentes disciplinas que abordan la salud mental, considerando a la homosexualidad como una enfermedad médica y/o una conducta anormal y/o socialmente condenable.<sup>55</sup> En el caso de Estados Unidos, las dos corrientes psicoterapéuticas

<sup>53</sup> Esfuerzos por cambiar la orientación sexual, identidad y expresión de género

<sup>54</sup> Madrigal-Borloz, M. (2020) Práctica de las llamadas “terapias de conversión”: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Consejo de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>

<sup>55</sup> Asociación Americana de Psicología [APA] (2009) Reporte del grupo de trabajo sobre respuestas apropiadas a la orientación sexual. Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

predominantes, el psicoanálisis y la terapia de conducta, implementaron una serie de intervenciones y técnicas con la intención de cambiar la orientación sexual de las personas o bien adaptar sus comportamientos a lo que socialmente se esperaba de ellas de acuerdo al género asignado al nacer. Varias de estas intervenciones se basaron en técnicas aversivas o incluso procedimientos médicos invasivos, los cuales fueron reconocidos posteriormente como inapropiados, inhumanos y antiéticos<sup>56</sup>. Con el retiro de la homosexualidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) por la Asociación Americana de Psiquiatría, muchas otras organizaciones comenzaron a pronunciarse en contra de la patologización de la diversidad sexual y de los diferentes esfuerzos por cambiarla<sup>57</sup>.

A pesar de ello, las terapias de conversión siguen ocurriendo sin impunidad a nivel global. Según el informe del Experto Independiente de la ONU, estas se realizan desde diferentes enfoques, siendo los principales los psicoterapéuticos, médicos y religiosos<sup>58</sup>. El estudio realizado por Más Igualdad Perú<sup>59</sup> encontró que de una muestra de 323 personas, el 37% afirmó haber pasado por una terapia de conversión, de los cuales el 62% fue sometido a estas prácticas siendo menor de edad. Adicionalmente, el 46.7% reporta haber pasado por terapias de conversión obligados por sus padres o familia. Finalmente, se encontró que el 50% de las personas o lugares donde se realizan estas prácticas son de naturaleza religiosa y el 45% profesionales de la salud (psicólogo, psicoanalista, psiquiatra).

La investigación realizada por Rodríguez-Espartal confirma igualmente la existencia de las malas llamadas “terapias de conversión” en el contexto peruano, a la vez que resalta la existencia de discursos patologizantes, biologicistas y binarios en los diferentes especialistas de salud mental<sup>60</sup>.

La existencia de las mal llamadas “terapias de conversión” implican una amenaza al derecho de toda persona LGBTIQ+ de acceder a servicios de atención de la salud mental de calidad, y la expone a situaciones que afectan su dignidad y que pueden incrementar el nivel de afectación de su salud mental. Esto, a pesar de que las más prestigiosas instancias internacionales de derechos humanos y científicas ya se han posicionado en contra de estas prácticas porque no son eficaces<sup>61</sup> y constituyen situaciones de violencia contra las personas LGBTIQ+.

---

<sup>56</sup> APA (2009) Reporte del grupo de trabajo sobre respuestas apropiadas a la orientación sexual. Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

<sup>57</sup> PROMSEX (2023) Informe Anual LGTBI 2023. Recuperado de: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2024/05/InformeAnualLGBTI2023.pdf>

<sup>59</sup> Madrigal-Borloz, M. (2020) Práctica de las llamadas “terapias de conversión”: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Consejo de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>

<sup>60</sup> Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTIQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/\\_files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/_files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true)

<sup>61</sup> American Psychiatry Association (2000) Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). Recuperado de [https://media.mlive.com/news/detroit\\_impact/other/APA\\_position\\_conversion%20therapy.pdf](https://media.mlive.com/news/detroit_impact/other/APA_position_conversion%20therapy.pdf)



## Reporte del Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre prácticas de conversión

El reporte del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género sobre las mal llamadas “terapias de conversión” identificó que estas aún se practican en al menos 68 países, ocurriendo de manera más frecuente en África, América Latina y el Caribe<sup>62</sup>.

**Respecto a los promotores y proveedores de las mal llamadas “terapias de conversión”,** el informe reconoce que son muchas veces los cuidadores y otros familiares que rodean a la víctima los más interesados en que sean sometidas a estas prácticas, y las obligan a ir por medio de diferentes métodos de coacción. Esta motivación está muchas veces basada en concepciones erróneas y estigmatizantes sobre la diversidad sexual y de género, entendiéndose como algo transitorio y negativo, y por lo tanto, tratable. Otro dato importante reportado en el informe es que muchas veces las personas son sometidas a estas prácticas cuando son menores de edad, lo cual las pone en un alto riesgo de ser coaccionadas o influenciadas por las motivaciones de sus cuidadores u otras personas que las rodeen.

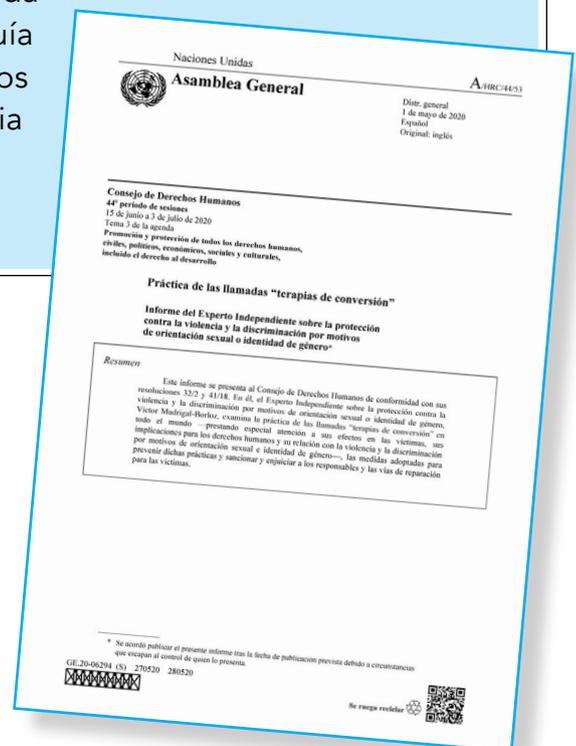
**En relación a las personas que realizan estas prácticas,** el informe recoge una encuesta mundial realizada a supervivientes de las “terapias de conversión”, la cual permite identificar a profesionales médicos y de salud mental como los principales perpetradores de dichas prácticas. No obstante, aunque figuren con un menor porcentaje, se identifican también diferentes organizaciones y figuras religiosas, las cuales actúan con límites más difusos brindando acompañamiento a familias y asesorías a otras organizaciones. Esta característica hace que sea más difícil poder contar con data objetiva de su verdadero alcance<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Madrigal-Borloz, M. (2020) Práctica de las llamadas “terapias de conversión”: Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Consejo de Derechos Humanos. Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>

<sup>63</sup> *Ibidem*

El informe clasifica las diferentes modalidades en que las “terapias de conversión” son realizadas, identificando principalmente 3 tipos:

- a) Enfoques terapéuticos:** Estas prácticas están basadas principalmente en la creencia de que la diversidad sexual y de género es el resultado del aprendizaje erróneo o de haber vivido experiencias anormales. Por lo tanto, estas se enfocan en “corregir” los comportamientos que no calzan con la cisheteronorma. Las diferentes técnicas empleadas incluyen desde la terapia hablada hasta procedimientos más denigrantes e invasivos como la terapia aversiva como intento de cambiar la orientación sexual y el entrenar comportamientos estereotípicos como forma de cambiar la identidad de género.
- b) Enfoques médicos:** Estas prácticas están basadas en la idea de que la diversidad sexual y de género están basadas en una disfunción biológica que puede ser corregida. Actualmente, se reconoce como la práctica más difundida el uso de tratamientos hormonales para “curar la homosexualidad”.
- c) Enfoques religiosos:** Estas prácticas abordan la diversidad sexual y de género como algo pecaminoso. Dentro de las diferentes modalidades empleadas el informe reporta el abordar la orientación sexual e identidad de género diversa como un adicción que puede ser superada siguiendo las recomendaciones de algún guía espiritual, así como el uso exorcismos y otros tratos denigrantes que incluyen la violencia física<sup>64</sup>.



<sup>64</sup> <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/71/PDF/G2010871.pdf?OpenElement>

### 3. SERVICIOS Y ACCESO A LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ PARA LAS PERSONAS LGBTIQ+

El informe defensorial N° 180 realizado en el 2018 reconoce que la oferta de servicios de salud mental del Estado Peruano se basa principalmente en dos; las redes de atención comunitaria del Minsa y las redes asistenciales de EsSalud<sup>65</sup>.

- a) Redes de atención comunitaria del MINSA: Estas siguen un modelo de atención centrado en la comunidad, fomentando su participación en promoción y protección de la salud mental. Están conformadas por establecimientos de salud sin internamiento, con internamiento y servicios médicos de apoyo, en los cuales se encuentran los Centros de Salud Mental Comunitarios, los Centros de Rehabilitación Laboral y Psicosocial, los Hogares y Residencias Protegidas y los Hospitales y Centros de Salud.
- b) Redes asistenciales de EsSalud: La Defensoría del Pueblo constató que 8 Centros Asistenciales de Salud cuentan con una Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (Uhsma). Estos se encuentran ubicados en las regiones de Lima, Arequipa, Cusco, Junín, Lambayeque, Pasco y Puno. Asimismo, reconoció que 24 hospitales generales con nivel II de atención en adelante atienden problemas de salud mental a través de sus consultorios externos.

En una entrevista realizada para el diario El Comercio en octubre del 2023, la encargada de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud explicó que a la fecha se han inaugurado 272 centros de salud mental comunitarios (CSMC) en todo el país. No obstante, señala que se debe llegar a 600 establecimientos para poder cubrir la demanda. Por otro lado, resaltó que se han incrementado las unidades de hospitalización en los 48 hospitales generales, así como la implementación de 94 hogares de protección a nivel nacional para todas las personas que hayan sido víctimas de abandono familiar y estén en condición de calle<sup>66</sup>.

---

<sup>65</sup> Defensoría del Pueblo (2018) Derecho a la Salud Mental. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

<sup>66</sup> Acosta, M. (2023) Entrevista July Caballero, Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Mental del MINSA. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/peru/salud-mental-july-caballero-para-darle-una-atencion-a-toda-la-poblacion-del-pais-requerimos-cerca-de-600-centros-de-comunitarios-ahora-tenemos-272-entrevista-direccion-de-salud-mental-del-ministerio-de-salud-minsa-noticia/?ref=ecr>

El acceso a una atención de salud y salud mental de calidad en países como el Perú tiene múltiples obstáculos en el caso de las personas LGBTQ+, debido a su identidad de género, orientación sexual o características sexuales, aunados a otros que pueden derivarse de ser personas indígenas, afroperuanas, tener alguna discapacidad, ser neurodivergentes<sup>67</sup> o vivir en situación de pobreza.

En el Perú, la encuesta virtual para personas LGBTQ+ (INEI<sup>68</sup>, 2017), reveló que más de la mitad de encuestados reportan problemas de salud mental como principales problemas de salud. A pesar de ello, en nuestro país son muy recientes los intentos para asegurar una atención en salud mental en esta población.

En el estudio de salud mental realizado por Más Igualdad Perú (2019)<sup>69</sup>, se encontró que el acceso a la atención de salud mental de calidad y sin discriminación puede llevar múltiples obstáculos, como el costo excesivo de las consultas para atender la salud mental con profesionales especializados, la falta de capacitación al personal de salud en temas de diversidad sexual y de género, y la falta de información sobre profesionales que sean especialistas en atender a personas de la diversidad sexual y de género.

Además, la discriminación contra las personas LGBTQ+ en las atenciones de salud y los prejuicios de las personas profesionales pueden interferir en el tratamiento brindado, como reporta el informe defensorial 175<sup>70</sup>, haciendo que muchos no revelen su identidad, por miedo a ser discriminados, lo que genera mayor estrés, peor adherencia al tratamiento e incrementa la prevalencia de los trastornos mentales y problemas psicosociales.

---

<sup>67</sup>Término que hace referencia a variaciones en la sociabilidad, aprendizaje, atención y otras funciones ejecutivas. Típicamente hace referencia a personas autistas, con déficit de atención e hiperactividad y otras condiciones similares del neurodesarrollo.

<sup>68</sup>INEI (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

<sup>69</sup>Hernández, A. (2019) Salud mental de personas LGBTQ+. Más Igualdad Perú. Recuperado de [https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54\\_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true](https://www.masigualdad.pe/files/ugd/4aec54_d267bbb3a8564e1980f90ccd15281c39.pdf?index=true)

<sup>70</sup>Defensoría del Pueblo (2016) Derechos humanos de las personas LGBTI: Necesidad de una política pública para la igualdad en el Perú. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-175--Derechos-humanos-de-personas-LGBTI.pdf>

## SENTENCIAS EN LA CORTE IDH QUE SANCIONAN AL PERÚ EN TEMAS DE SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTIQ+

	<b>Azul Rojas Marín y otra vs. Perú (2020)</b>	<b>Olivera Fuentes vs. Perú (2023)</b>
<b>¿Qué sucedió?</b>	Azul Rojas Marín fue detenida de manera irregular dentro de la Comisaría de Casa Grande, en Ascope, Región La libertad. Fue víctima de violencia psicológica, física y sexual por agentes de la Comisaría. Se archivaron todas las investigaciones por presunta falta de elementos de convicción. Azul denunció al Perú al no encontrar justicia en su país.	En el 2014, Crissthian Olivera y su expareja expresaban su afecto en las instalaciones de un centro comercial cuando fueron intervenidos por personal del centro comercial y un policía, quienes les solicitaron que se retiren del espacio indicando que “sus acciones (mostrar su afecto) afectaba a las personas presentes, sobre todo, a las infancias”.
<b>¿Qué dijo la Corte sobre la integridad psicológica de las víctimas?</b>	La Corte indicó que el artículo 5.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos consagra en términos generales el derecho a la integridad personal, tanto física y psíquica Por su parte, el artículo 5.2 establece, de manera más específica, la prohibición absoluta de someter a alguien a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. (Considerando 139).	La Corte indicó que las personas LGBTIQ+ han sido históricamente víctimas de discriminación estructural, estigmatización, así como de diversas formas de violencia (...) basada en prejuicios, por “el deseo de “castigar” a quienes se considera que desafían las normas de género. Indicó, además, que estas acciones van en contra del principio de igualdad y no discriminación recogidos en los artículos 1.1 y 24 de la Convención Americana (Considerando 85 y 86)

	<b>Azul Rojas Marín y otra vs. Perú (2020)</b>	<b>Olivera Fuentes vs. Perú (2023)</b>
<b>¿Qué medidas ordenó la Corte?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difundir la sentencia y realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional</li> <li>• Brindar tratamiento médico y psicológico y/o psiquiátrico a Azul Rojas Marín</li> <li>• Adoptar un protocolo de investigación y administración de justicia durante los procesos penales para casos de personas LGBTI víctimas de violencia.</li> <li>• Crear e implementar un plan de capacitación y sensibilización sobre violencia contra las personas LGBTI.</li> <li>• Diseñar e implementar un sistema de recopilación y producción estadística de violencia contra personas LGBTI.</li> <li>• Eliminar el indicador de “erradicación de homosexuales y travestis” de los Planes de Seguridad Ciudadana de las Regiones y Distritos del Perú</li> <li>• Pagar las cantidades fijadas en la Sentencia por concepto de indemnizaciones por daños materiales e inmateriales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso gratuito, inmediato, oportuno, adecuado y efectivo a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.</li> <li>• Diseño e implementación de una campaña informativa de sensibilización sobre la promoción de una cultura de respeto, no discriminación y garantía de los derechos de las personas LGBTIQ+.</li> <li>• La elaboración de un plan pedagógico integral en materia de diversidad sexual y de género, igualdad y no discriminación, perspectiva de género y derechos humanos de las personas LGBTIQ+ en el ámbito de consumo.</li> <li>• El diseño e implementación de una política pública con el objetivo monitorear y fiscalizar que las empresas y sus trabajadores cumplan con la legislación nacional, así como con los estándares interamericanos sobre igualdad y no discriminación de las personas LGBTIQ+.</li> <li>• Pagar la reparación civil fijada por el daño inmaterial, y la difusión de esta sentencia.</li> </ul>

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ Y SU RELACIÓN CON LAS PERSONAS LGBTIQ+

En el año 2012 se modifica la ley general de salud para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental<sup>71</sup>, pero es recién en el año 2019 que en el Perú se publica una ley específica para la atención en salud mental, la ley 30947<sup>72</sup>, que incluye en su artículo 3, como principio, la atención con enfoque de equidad, derechos humanos e igualdad, por lo que “los planes y programas de salud mental del Estado prestan especial atención a la satisfacción diferenciada de las necesidades específicas de poblaciones vulnerables”.

A pesar de estos enfoques, en su artículo 6 (prioridades en salud mental), no reconoce que las personas LGBTIQ+ son una población vulnerable, como sí hace con la primera infancia, la adolescencia, las mujeres y los adultos mayores.

Es ya con la reglamentación<sup>73</sup> de esta ley, publicada en el 2020, que se hace mención al respeto por la diversidad sexual y de género (artículo 13.3), la implementación de programas que regulen las necesidades de las personas LGBTIQ+ (artículo 12.2.2.b) y el fomento de la tolerancia y la valoración de la diversidad sexual (artículo 14.1.2.b). Esto, en línea con un documento técnico publicado en el 2018, llamado “lineamientos de política sectorial en salud mental”<sup>74</sup>, que incorpora el enfoque de género y de interseccionalidad en la atención de la salud mental, mencionando explícitamente por primera vez la protección a identidad de género y orientación sexual y considerando a las personas LGBTIQ+ como población vulnerable en términos de atención y acceso a servicios de salud mental. En este documento se reconoce la importancia de tratar los problemas de salud mental de las personas LGBTIQ+ como producto de la estigmatización y a la discriminación, y no como inherentes a su orientación sexual, identidad de género o características sexuales.

---

<sup>71</sup> Ley N° 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley 26842 [http://www.aprodeh.org.pe/documentos/marco-normativo/discapacidad/Reglamento\\_de\\_la\\_Ley\\_N\\_29889\\_Ley\\_que\\_modifica\\_el\\_articulo\\_11\\_de\\_la\\_Ley\\_26842\\_Ley\\_General\\_de\\_Salud\\_y\\_garantiza\\_los\\_derechos\\_de\\_las\\_personas\\_con\\_problemas\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.aprodeh.org.pe/documentos/marco-normativo/discapacidad/Reglamento_de_la_Ley_N_29889_Ley_que_modifica_el_articulo_11_de_la_Ley_26842_Ley_General_de_Salud_y_garantiza_los_derechos_de_las_personas_con_problemas_de_salud_mental.pdf)

<sup>72</sup> Ley N° 30947 Ley de Salud Mental

<sup>73</sup> DS N° 007-2020-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>

<sup>74</sup> Resolución ministerial 935-2018/MINSA <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Este documento va más allá y hace mención a que los prejuicios y la patologización de las identidades LGBTQ+ están en la base de malas prácticas en la atención en salud mental que brindan ciertos profesionales de la salud, haciendo énfasis en las siguientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el cuidado integral de la salud mental de esta población:

- Despatologización de personas LGBTQ+
- Desarrollo de redes comunitarias LGBTQ+
- Sensibilización y capacitación al personal de salud y salud mental

A nivel de la atención de la salud mental de población adolescente, se publicó el documento Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente<sup>75</sup>, que especifica que las adolescencias no deben ser sometidas a esfuerzos o tratamientos para intentar cambiar su orientación sexual, identidad o expresión de género (conocidas como prácticas o terapias de conversión) que puedan atentar contra su dignidad. Además de ello, se señalan las siguientes orientaciones:

- Intervenir empáticamente en los aspectos emocionales que implica la vivencia de la sexualidad en los/las adolescentes LGBTQ+.
- Tener una postura ética afirmativa ante la diversidad sexual y respeto de toda forma de expresión de la orientación sexual e identidad de género.
- Contar con competencias para reconocer comportamientos y contextos vulnerables, que pueden implicar riesgo de ITS, embarazos no deseados, problemas de salud mental y otros.
- Reconocer que los malestares y problemáticas de la salud no se desprenden de la condición LGBTQ+, sino que son resultado del rechazo y la violencia que se ejercen sobre las personas de la diversidad sexual en nuestra sociedad.
- Detectar en el entorno familiar y comunitario del adolescente, cualquier acción que tenga la intención de modificar la orientación sexual o la identidad de género (terapias de reconversión o reparativas), para evitar daños a su salud mental

---

<sup>75</sup> MINSa (2021) Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3287360/Orientaciones%20t%C3%A9cnicas%20para%20el%20cuidado%20integral%20de%20la%20salud%20mental%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adolescente.pdf?v=1655931201>

La Defensoría del Pueblo viene realizando seguimiento a las demandas LGBTIQ+ desde años atrás. En el 2016 publicó el Informe Defensorial 175<sup>76</sup> que revela la situación de salud (en su capítulo 5) de personas LGBTIQ+. En este informe recogen el registro de situaciones de violencia y discriminación por orientación sexual o identidad de género en los servicios de salud y, además, los problemas y obstáculos que suelen enfrentar estas personas al momento de buscar ayuda por su salud. Además, la misma institución ha manifestado su rechazo y condena hacia las prácticas de conversión, debido a que “atentan contra miembros de esta comunidad, valiéndose de argumentos prejuiciosos, estigmatizantes y discriminatorios, fundamentados a partir de creencias religiosas o sin un sustento científico que lo justifique”<sup>77</sup>.

Sin embargo, a pesar de estos avances a nivel de políticas que, aunque no perfectos, logran plantear bases para una atención afirmativa, también se han identificado retrocesos importantes.

En mayo de 2024 el Poder Ejecutivo del Perú publicó el Decreto 009-2024 en actualización de la ley del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), con el fin de “incorporar” en su cobertura de salud mental a las identidades trans, usando categorías diagnósticas del CIE 10, vigente en el Perú, que las considera como patologías o trastornos mentales.

Esto generó la respuesta de organizaciones LGBTIQ+, instituciones de salud mental, Colegios Médico, de Psicólogos y de Abogados de Lima, y el pronunciamiento de varios otros organismos en contra de la medida, así como de la prensa nacional e internacional.

La publicación de este decreto generó la validación de discursos de patologización y estigmatización de personas LGBTIQ+, especialmente de personas trans, lo que desencadenó hostigamiento virtual, discriminación laboral, y la imposibilidad de acceder a servicios sin discriminación. Además, este decreto pone en riesgo a las personas de la diversidad sexual y de género a ser expuestas o sometidas a prácticas de conversión, especialmente durante la infancia y adolescencia, donde son más vulnerables a este tipo de prácticas que atentan contra su identidad, como demuestran los estudios e informes citados anteriormente.

---

<sup>76</sup> Defensoría del Pueblo (2016) Informe N° 175. Derechos Humanos de personas LGBTI

<sup>77</sup> Defensoría del Pueblo (13 de agosto de 2019) Terapias de Conversión constituyen actos de tortura contra las personas LGBTI. Nota de prensa 247 / OCII / DP / 2019 <sup>78</sup> Resolución Ministerial N.º 447-2024-MINSA <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5689118-447-2024-minsa>



A raíz de la publicación de este decreto se abrió el diálogo sobre la necesidad de implementar el CIE 11 en el Perú, clasificación que está apta para su aplicación desde el 2022 y que la OMS insta a utilizar debido a que supera muchas categorías de diagnóstico que son estigmatizantes, como las categorías “transexualidad” y “homosexualidad egodistónica”, entre otras.

Debido al reclamo de la ciudadanía organizada, el Ministerio de Salud accedió a tener reuniones con representantes de la sociedad civil LGBTIQ+, expertos, gremios de profesionales y, tomando en cuenta opiniones técnicas enviadas por diversas instituciones, emitió la Resolución Ministerial 447-2024<sup>78</sup>, en la que actualiza el CIE 10 para hacer efectivos cambios en el uso de la codificación, eliminando las categorías que patologizan a las personas de la diversidad sexual y de género que aparecen en dicha clasificación. Esta resolución ha permitido incorporar el término “discordancia de género” y “asesoramiento relacionado con el comportamiento y la orientación sexual o las reclamaciones sexuales de las personas”, dentro del capítulo 21, que corresponde ya no a enfermedades o patologías mentales, sino a factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud.

Así, a pesar de que aún no se cuenta con un protocolo claro de implementación del CIE 11, esta modificatoria del CIE 10 a nivel Perú, ratifica que las identidades trans y otras que conforman la diversidad sexual y de género no deben ser consideradas trastornos o enfermedades mentales, alineándose con la evidencia científica y consensos internacionales sobre temática LGBTIQ+ y la salud mental.

A pesar de que existe esta resolución ministerial, a la fecha<sup>79</sup>, el decreto 009-2024 sigue sin ser derogado, lo cual pone de manifiesto la poca claridad que existen en el sector salud sobre la aplicación de políticas y la poca consciencia de que mensajes de este tipo pueden terminar afectando a poblaciones, como la LGBTIQ+, que requieren de iniciativas afirmativas claras para contrarrestar la historia de vulneración a sus derechos.

---

<sup>78</sup> La última actualización de datos de este estudio se hizo en septiembre 2024.

## **CIE 10, CIE 11 y despatologización de identidades LGBTQ+**

La Clasificación Internacional de Enfermedades es un documento consensuado de codificación de todas las enfermedades y condiciones de salud a nivel global. En su versión 10, publicada en 1990, se retiró la categoría “homosexualidad” de la lista de patologías mentales, logrando uno de los primeros hitos de despenalización de identidades LGBTQ+. Sin embargo, las identidades trans se mantuvieron dentro de esta clasificación bajo terminologías como “transexualidad” y otras similares que las consideraban trastornos mentales.

El trabajo de incidencia de organizaciones trans a lo largo de los siguientes años permitió que se revisaran los conceptos que continuaban patologizando a identidades trans, logrando así que para la versión 11 de esta clasificación, se eliminaran estos términos del capítulo V “Trastornos Mentales o del Comportamiento” y se incluyera el término “incongruencia de género” en el capítulo “Condiciones relacionadas con la salud sexual”.

El planteamiento de que la condición trans no debería reconocerse como un problema de salud mental nace de la consideración de que un trastorno mental, por definición, debe ocasionar malestar significativo o disfunción por sí mismo y no debido al estigma o discriminación. Un estudio<sup>80</sup> realizado en México, Brasil, Francia, India, Líbano y Sudáfrica demostró que fueron las experiencias de rechazo las que generaron estrés y no la disforia o discordancia de género en sí.

En el CIE 11 se mantuvo el término “incongruencia o discordancia de género” para poder clasificar atenciones afirmativas relacionadas a las personas trans y a sus experiencias de vida, como el acceso a terapias o cirugías de afirmación de género. Esto aún es un punto de controversia entre diversas organizaciones y estudiosos en la temática.

---

<sup>80</sup> R. Robles, et al. (2016) Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27474250/><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27474250/>

## 1.4 ENFOQUE AFIRMATIVO PARA ATENDER A PERSONAS LGBTIQ+

El enfoque afirmativo, también conocido como “Terapia Afirmativa”, fue creado en 1982 por Alan Malyon como una intervención dirigida exclusivamente para hombres gays, pero posteriormente se fue implementando en el trabajo con todas las personas LGBTIQ+. Este puede entenderse como un enfoque terapéutico que ve a las identidades lésbicas, gays, bisexuales, trans y no binarias, como identidades y vínculos válidos, así como también hace frente a las influencias que el heterosexismo<sup>81</sup>, la homofobia, bifobia y la transfobia tiene sobre las personas LGBTIQ+<sup>82</sup>.

Algunas de las características más importantes del Enfoque Afirmativo incluyen una práctica respetuosa de los derechos humanos, una atención basada en información de la realidad y problemáticas que viven las personas LGBTIQ+, y un trabajo de autorreflexión constante de los propios profesionales de salud mental respecto a los prejuicios y mandatos sociales han interiorizado basados en la cisheteronorma.

En 2009, un grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psicología (APA) realizó un reporte acerca de las respuestas terapéuticas apropiadas a la orientación sexual, el cual estableció una serie de recomendaciones para aplicar de manera apropiada el enfoque afirmativo. Estas recomendaciones incluyen: mostrar una postura de apertura y soporte, realizar una evaluación amplia de todo el contexto de la persona, desarrollar estrategias activas de afrontamiento, construir redes de apoyo social y permitir la exploración y desarrollo de su identidad<sup>83</sup>.

En 2021, la APA ha realizado una actualización a sus lineamientos de atención para responder de manera adecuada a personas de la diversidad sexual y de género. Estos se basan en tres pilares importantes: el reconocimiento de la afectación particular de la salud mental de las personas LGBTIQ+ desde el modelo de estrés de minorías, una mirada interseccional en la cual se reconoce que múltiples identidades pueden intersectar en una misma persona, y un entendimiento de la diversidad sexual y de género desde los postulados científicos de la psicología afirmativa<sup>84</sup>.

---

<sup>81</sup> Estructura social que prioriza la heterosexualidad, marginalizando a aquellas personas que no se identifican a sí mismas como heterosexuales. Implica que la heterosexualidad es superior a la homosexualidad y a otras identidades y orientaciones sexuales, por ello, se debe entender al heterosexismo como un ejercicio de poder.

<sup>82</sup> UNODC et. al. (2019) Nada Que Curar: Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG. Recuperado de: <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/guia-nada-que-curar.pdf>

<sup>83</sup> APA (2009) Reporte del grupo de trabajo sobre respuestas apropiadas a la orientación sexual. Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

<sup>84</sup> APA (2021) APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>

## ¿Qué implica ejercer la salud mental con enfoque afirmativo?

La aplicación del enfoque afirmativo en la atención de salud mental ha comenzado a ganar relevancia en los últimos años. No obstante, aún existen diferentes barreras que pueden dificultar su implementación efectiva.

Una de las principales barreras para la aplicación del enfoque afirmativo es que este requiere un trabajo de constante cuestionamiento por parte del profesional de la salud mental, con el fin de deconstruir la cisheteronormatividad<sup>85</sup> presente en sus propias asunciones y prácticas.

Para reconocer a un profesional de la salud mental afirmativo, Jithin Joseph<sup>86</sup> propone tres perfiles que permiten identificarlos sobre profesionales que no han integrado el enfoque:

- Profesional de salud mental *neutral*: Usualmente reconoce que la identidad de género y la orientación sexual de las personas es un tema personal del cual no tiene mucho que decir. Si bien no considera la diversidad sexual y de género como enfermedades o patologías, no tiene conocimiento ni está sensibilizado respecto al contexto histórico, político y social de las personas LGBTQ+ y como este puede impactar en su salud mental.
- Profesional de salud mental *amigable/empático*: Desea ayudar a las personas LGBTQ+ genuinamente y posee información sobre sus necesidades específicas, pero esta es limitada.
- Profesional de salud mental *afirmativo*: Se presenta como profesional de salud mental afirmativo ante sus colegas y sus clientes. Trabaja activamente para deconstruir la influencia del cisheterosexismo en las diferentes disciplinas que abordan la salud mental y en otros contextos donde las personas LGBTQ+ se desarrollan. Reconoce el impacto psicológico de los estresores específicos que afectan a las personas de la diversidad sexual y de género. Busca diversificar sus círculos sociales para conocer directamente la realidad de las personas LGBTQ+ en su vida personal.

Joseph<sup>87</sup> reconoce que el primer paso para convertirse en un profesional de salud mental afirmativo implica poder reconocer el impacto del cisheterosexismo en nuestras vidas.

---

<sup>85</sup> Estructura social que valora por encima de cualquier otra las ideas, normas sociales, creencias y cultura por la que se rigen las personas cuya identidad de género se corresponde con la que le fue asignada al nacer y que se consideran heterosexuales.

<sup>86</sup> Joseph, J.T. (2023) Queer Affirmative Approach in Mental Health: A Need of the Hour in Indian Mental Health Care. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/26318318231181697?icid=int.sj-full-text.citing-articles.19#bibr13-26318318231181697>

<sup>87</sup> Joseph, J.T. (2023) Queer Affirmative Approach in Mental Health: A Need of the Hour in Indian Mental Health Care. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/26318318231181697?icid=int.sj-full-text.citing-articles.19#bibr13-26318318231181697>

Esto implica identificar las asunciones que realizamos sin darnos cuenta que refuerzan el mensaje de que lo "normal" es ser heterosexual y cisgénero, las normativas existentes a nivel institucional que promueven un estilo de vida heterosexual y cisgénero sobre cualquier otro, y reconocer los privilegios que una persona obtiene en una sociedad donde se encuentra plenamente integrado.

Tras haber tomado conciencia de la influencia del cisheterosexismo, todo profesional de salud mental debe realizar un trabajo de autoexploración y cuestionamiento, especialmente si se trata de un profesional de la salud mental que no se identifica como personas LGBTIQ+. Para ello, propone 3 estrategias:

1. Explorar asunciones basadas en el cisheterosexismo, las cuales muchas veces ocurren de manera inconsciente. De no ser cuestionadas, estas pueden dar lugar a que ocurran microagresiones en el contexto de consulta.
2. Explorar cómo los privilegios relacionados al cisheterosexismo están presentes en su día a día.
3. Explorar el proceso de desarrollo de su propia identidad cishetero. Esto ayudará a que puedan identificar la existencia de otras identidades fuera del cisheterosexismo.

Adicionalmente, el Instituto Pink Therapy del Reino Unido, reconocido por el desarrollo de la terapia enfocada en la diversidad sexual, de género y relacional, reconoce algunos componentes claves que debe tener todo terapeuta que trabaja con personas LGBTIQ+ desde el enfoque afirmativo; realizar una práctica terapéutica basada en una postura filosófica que busque la justicia, lo cual implica reconocer el impacto negativo de diferentes estructuras y prácticas sociales como el racismo, cisheterosexismo, el monosexismo, etc.; demostrar humildad y competencia cultural; entender los efectos negativos de la opresión sobre las personas; entender los efectos fisiológicos y psicológicos del trauma, duelo y estigma; conocer de sexología contemporánea; integrar modelos teóricos vigentes sobre la diversidad sexual, de género y relacional; y un aproximamiento basado en la compasión y en el fomentar emociones positivas<sup>88</sup>.

El uso del enfoque afirmativo ha demostrado estar asociado a una mejoría en el estado de la salud mental de las personas LGBTIQ+. Un ejemplo de esto es el uso del nombre elegido con adolescentes y jóvenes trans y no conformes con el género. La evidencia muestra que el uso de este en múltiples contextos está asociado a una reducción de sintomatología depresiva, ideación y conducta suicida<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> Davies, D. (2023) Components Of Gender, Sex And Relationship Diversity (GSRD) Therapy. Recuperado de: <https://pinktherapy.com/components-of-gender-sex-and-relationship-diversity-gsrd-therapy/>

<sup>89</sup> Russell, S. T. et. al. (2018) Chosen Name Use is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation and Behavior among Transgender Youth. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165713/>

Asimismo, si bien se reconoce que es necesario seguir investigando el impacto de las intervenciones psicoterapéuticas que incorporan el enfoque afirmativo, es importante reconocer que múltiples instituciones con prestigio internacional han elaborado diferentes listas de buenas prácticas basadas en una mirada afirmativa de la diversidad sexual y de género como el estándar de atención<sup>90</sup>.

Un informe diagnóstico realizado por Más Igualdad Perú para identificar las necesidades de los profesionales de salud mental de servicios públicos para brindar una atención adecuada a personas LGBTQ+ identificó que si bien existe una noción básica sobre la existencia de otras orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, no existe un conocimiento adecuado respecto a la bisexualidad y asexualidad, así como nociones bastante limitadas, y en algunos casos erradas, respecto a las identidades trans y no binarias<sup>91</sup>.

A pesar de ello, se identificaron las siguientes actitudes/intervenciones como fortalezas:

- Mostrar empatía hacia las personas LGBTQ+ que acuden a los servicios de salud mental.
- Mostrar desacuerdo con las prácticas de conversión y la realización de intervenciones con familiares de personas LGBTQ+ que llegan a consulta con la idea de cambiar a sus familiares.
- Identificar a tiempo el riesgo de prácticas de conversión y otras formas de violencia familiar basada en prejuicios hacia las personas LGBTQ+.

Por otro lado, se identificó que los profesionales entrevistados no tenían conocimiento respecto del enfoque afirmativo, algo que limita considerablemente su capacidad de brindar una atención adecuada a personas LGBTQ+. Esto se vio reflejado en la incapacidad de reconocer los estresores específicos que afectan a las personas LGBTQ+, no logrando especificar un abordaje diferenciado al que realizan con personas cishetero. No obstante, se identificó que, en general, los profesionales tenían interés en profundizar sobre dichos temas.

---

<sup>90</sup> APA (2024) A Guide for Working With Transgender and Gender Nonconforming Patients: Best Practices. Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/best-practices>

<sup>91</sup> Cuba, L. et. al. (2023) Necesidades para la mejora de los servicios y espacios comunitarios de atención en salud mental para personas LGBTQ+. Recuperado de: [https://www.masigualdad.pe/\\_files/ugd/4aec54\\_4486fe46fd714a658921339423da0f5e.pdf](https://www.masigualdad.pe/_files/ugd/4aec54_4486fe46fd714a658921339423da0f5e.pdf)

A crowd of people is gathered for a protest. In the background, a large equestrian statue of a man on a horse stands on a pedestal. The scene is set in an urban area with classical buildings. A sign is held up in the foreground, and several balloons are visible on the right side.

TU HOMOFOBIA  
NO PODRÁ CON  
♥ NOSOTRXS ♥

# METODOLOGÍA

## ≡ 1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO INVESTIGACIÓN

La investigación es de nivel no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, ya que aspira a describir un fenómeno dentro de un contexto específico temporal y espacial, y además, busca describir las asociaciones entre las variables estudiadas, con el fin de conocer relaciones de concomitancia<sup>92</sup>.

El diseño de la investigación es de tipo mixto, cuantitativo y cualitativo.

## ≡ 2. NATURALEZA DE LA MUESTRA

### 2.1. POBLACIÓN

La población que se estudió son personas que se identifican como LGBTQ+, es decir, como lesbianas, bisexuales, trans, gays, intersex, o dentro del espectro queer (no binarias, de género, fluido, agénero, etc.), o que están en cuestionamiento de serlo. No existen datos exactos sobre la extensión de esta población en el Perú, ya que estas variables no están contempladas en ningún tipo de censo poblacional y debido a que existe un componente importante de invisibilidad debido a la poca información sobre el tema que pueda tener un sector de la población (no conocer sobre las etiquetas de identificación que se suelen utilizar) o por no querer hacerse visibles por razones de estigma y discriminación

Sin embargo, en una encuesta nacional realizada en el 2020 (IPSOS) encontró que el 8% de las personas mayores de 18 años en el Perú no se identificaba como heterosexuales. Este número representa más de 1.7 millones de peruanos y peruanas. Este 8% coincide con otras mediciones a nivel internacional que encuentran que alrededor del 10% de la población es LGBTQ+<sup>93</sup>. A pesar de estas cifras, se considera que el 8% es un número conservador, ya que solo mide a personas mayores de 18 años y que no se identifican como “heterosexuales”, sin tomar en cuenta temas de identidad de género de manera explícita.

---

<sup>92</sup> Condori-Ojeda, P. (2020) Condori-Ojeda, Porfirio (2020). Niveles de investigación. Curso Taller. Recuperado de <https://www.aacademica.org/cporfirio/17.pdf>

<sup>93</sup> Ministerio de Justicia y Poblaciones Vulnerables e Ipsos (2019) II Encuesta Nacional de Derechos Humanos, recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1611180/3.-Informe-completo-de-la-II-Encuesta-Nacional-de-Derechos-Humanos.pdf.pdf>

## 2.2. MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

La muestra para esta investigación fue de 1267 personas LGBTIQ+ o en cuestionamiento. El método de muestreo fue de tipo circunstancial, no aleatorio. La técnica para el recojo muestral fue de tipo "bola de nieve", además de la contratación de coordinadores de recojo de información en 3 macrorregiones del Perú (Norte, Oriente y Sur), lo que permitió llegar a más personas en distintas partes del país y lograr mayor representatividad de identidades.

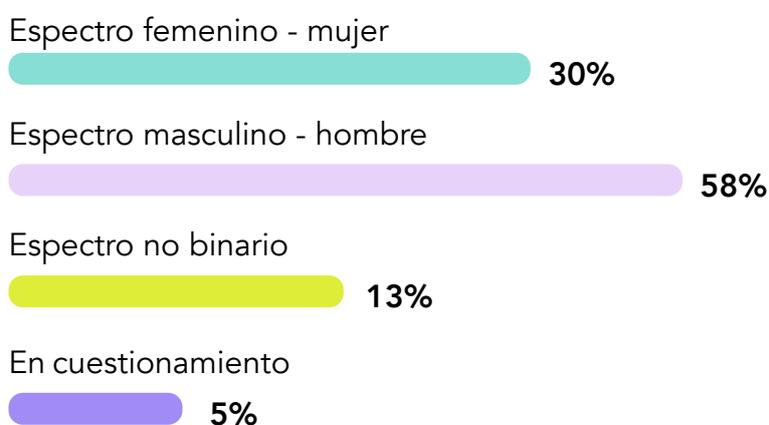
Respecto a la descripción de la muestra alcanzada, en la tabla 1 podemos observar que el 10% se identifica como persona trans y el 5% está en cuestionamiento. En total, en el estudio participaron 192 personas trans o en cuestionamiento de serlo.

**TABLA 1:** Personas trans y en cuestionamiento

<b>Sí</b>	128	10%
<b>No</b>	1068	84%
<b>En cuestionamiento</b>	64	5%
<b>Prefiero no responder</b>	7	1%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

En la tabla 2 se puede observar la distribución de la muestra en relación a la identidad de género. Se les dio la opción a las personas de poder marcar más de una opción, por ello, los totales no suman 100% sino que se presenta el porcentaje de personas que se identifican dentro de los espectros presentados. Aquí podemos ver que el 13% se identifica dentro del espectro no binario y 5% está en cuestionamiento de su identidad. De la misma forma, podemos ver que la mayoría se ubica en el espectro masculino, es decir, se identifican como hombres, hombres trans, transmasculinidades o similares.

**TABLA 2:** Identidad de género<sup>94</sup>



Respecto al sexo asignado al nacer, la mayoría de la muestra fue asignada “hombre” al nacer (60%) como se puede ver en la siguiente tabla:

**TABLA 3:** Sexo asignado al nacer

<b>Mujer</b>	485	38%
<b>Hombre</b>	766	60%
<b>Prefiero no responder / no entiendo</b>	16	2%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

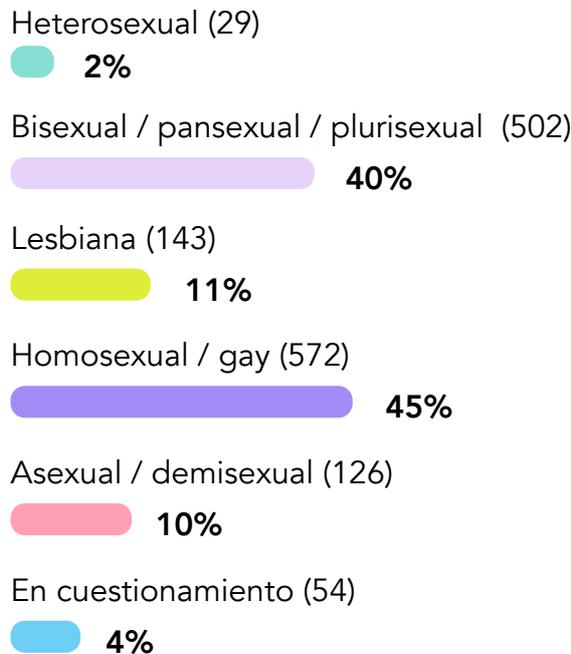
<sup>94</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

**TABLA 4:** Personas Intersex

<b>Sí</b>	31	2%
<b>No</b>	1181	94%
<b>Prefiero no responder / tengo la sospecha</b>	55	4%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

En relación a la Orientación Sexual, el 40% se identifica en una orientación no monosexual (bisexual / pansexual / plurisexual) mientras el 56 % se identifica como homosexual (lesbianas el 11%) y el 10% en el espectro asexual. Existe un 4% de la muestra que se encuentra en cuestionamiento de su orientación sexual y un 2% que se identifica como heterosexual pero son, a su vez, personas trans<sup>95</sup>.

**TABLA 5:** Orientación Sexual



<sup>95</sup> Se les dio la opción a las personas de poder marcar más de una opción, por ello, los totales no suman 100%

Sobre el rango de edad, la mayoría se encuentra en los rangos "19 a 25" (32 %), "26 a 30" (25%) y "31 a 40" (25%). En general, el 57% de la muestra es joven (hasta los 30 años), un 8% es adolescente y 35% son adultos.

**TABLA 6:** Edad

<b>Menos de 18</b>	103	8%
<b>Entre 19 y 25</b>	401	32%
<b>Entre 26 y 30</b>	315	25%
<b>Entre 31 y 40</b>	323	25%
<b>Entre 41 y 50</b>	86	7%
<b>Entre 51 y 60</b>	0	0%
<b>Más de 60</b>	39	3%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

La nacionalidad de la muestra es mayoritariamente peruana, como se puede ver en la tabla 7:

**TABLA 7:** Nacionalidad

<b>Peruana</b>	1167	92%
<b>Venezolana</b>	84	7%
<b>Otras</b>	16	1%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

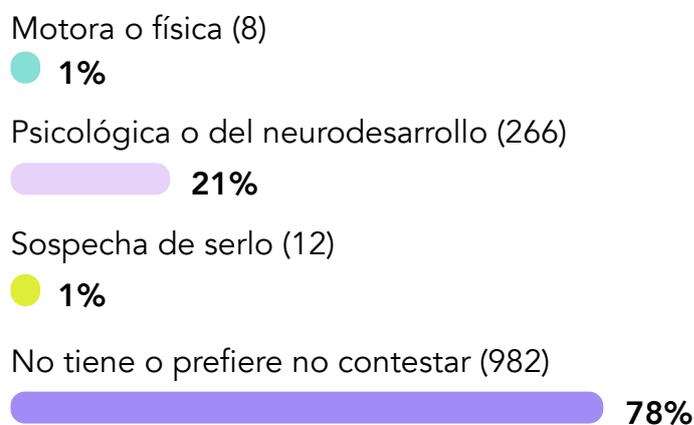
Se identificó que la muestra se agrupó geográficamente de la siguiente manera, como se ve en la tabla 8:

**TABLA 8:** Residencia actual

<b>Norte</b>	186	15%
<b>Centro</b>	57	4%
<b>Sur</b>	162	13%
<b>Oriente</b>	81	6%
<b>Lima y Callao</b>	746	59%
<b>Extranjero</b>	35	3%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

En relación a discapacidad, se identificó que el 22 % de las personas reconoce tener alguna discapacidad, la mayoría de tipo psicológica, cognitiva, o del neurodesarrollo.

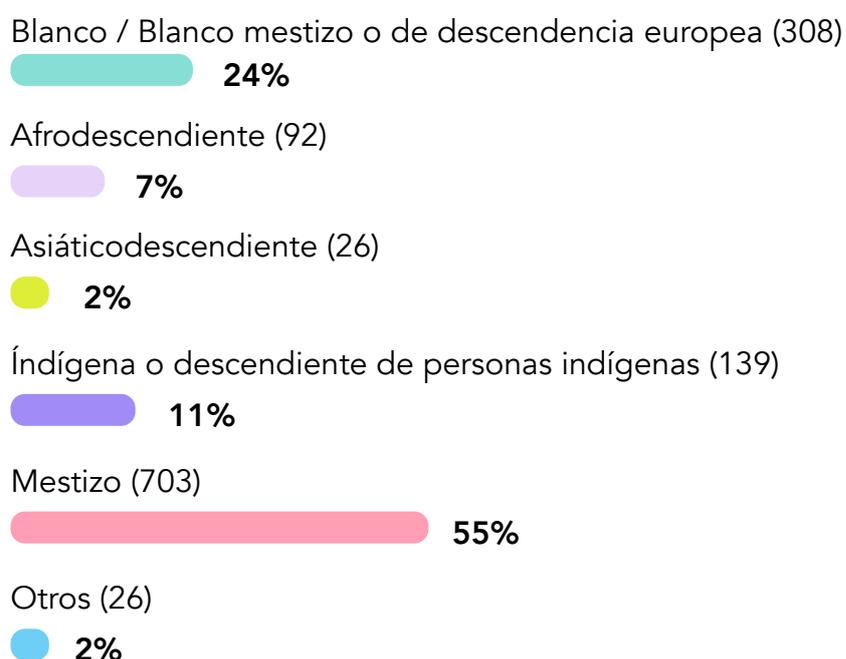
**TABLA 9:** Discapacidad o neurodivergencia<sup>96</sup>



<sup>96</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

Finalmente, se consultó sobre su identificación étnico/racial. En la siguiente tabla se puede observar que la mayoría se identifica como mestizo (55%) y que el grupo general (75%) se identifica como grupo racializado, mientras el 24% se identifica como blanco o de ascendencia europea<sup>97</sup>.

**TABLA 10:** Identificación étnico / racial<sup>98</sup>



## 2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para esta investigación son los siguientes:

- Tener más de 18 años
- Identificarse como persona LGBTQ+ o de la diversidad sexual o estar en cuestionamiento.
- Residir en el Perú independientemente de la nacionalidad o ser peruano residiendo en el extranjero

<sup>97</sup> Se les dio la opción a las personas de poder marcar más de una opción, por ello, los totales no suman 100%

<sup>98</sup> Ibidem

### ≡ 3. INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizaron 2 instrumentos:

- **Cuestionario autoaplicado:** Este instrumento cuenta con 90 preguntas cerradas y semiabiertas, las cuales están distribuidas en 4 ejes temáticos:
  - Eje 1: Estrés de minorías / factores protectores
  - Eje 2: Diagnósticos clínicos y problemas de salud mental
  - Eje 3: Prácticas de conversión
  - Eje 4: Acceso a servicios de salud mental
- **Guía de entrevista a profundidad semiestructurada:** Este instrumento cuenta con 20 preguntas abiertas distribuidas en los mismos ejes temáticos.

### ≡ 4. PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La realización de la presente investigación incluyó la elaboración de un Cuestionario Autoaplicado. La primera etapa de selección de preguntas incluyó la revisión de diferentes cuestionarios y test estandarizados con el fin de abordar el eje 1 y 3, como es el caso del "The LGBT Minority Stress Measure"<sup>99</sup> y el "Difficulties in Emotion Regulation Scale"<sup>100</sup>. Es importante resaltar que la revisión de dichos instrumentos no se realizó con la intención de replicarlos en su totalidad, sino con la finalidad de tomarlos como referencia y seleccionar preguntas que estén vinculadas a constructos de salud mental validados estadísticamente. Posteriormente, las preguntas fueron complementadas según el criterio de investigación.

Tras la elaboración del instrumento de encuesta, este fue compartido a un grupo de 4 expertos investigadores y profesionales de salud mental con la intención de recoger sus apreciaciones y validar la versión final de este, mediante el procedimiento para confirmar la validez de contenido Criterio de Jueces.

---

<sup>99</sup> Outland, P., Harman, J., Chavez, E. y Fruhauf, C. (2016) LGBT Minority Stress Measure, recuperado de <https://api.mountainscholar.org/server/api/core/bitstreams/9eef2668-7798-44ee-bdbf-b803a2f4d6c9/content>

<sup>100</sup> Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54

Se realizó la aplicación de la encuesta a través de la publicación en redes sociales, mailing y diversas vías de difusión de la organización. De la misma manera, se contó con tres coordinaciones de recojo de información en Iquitos, Arequipa y Chiclayo, para poder maximizar el alcance de la encuesta. Finalmente, se realizaron 20 entrevistas a profundidad para recoger testimonios e información cualitativa.

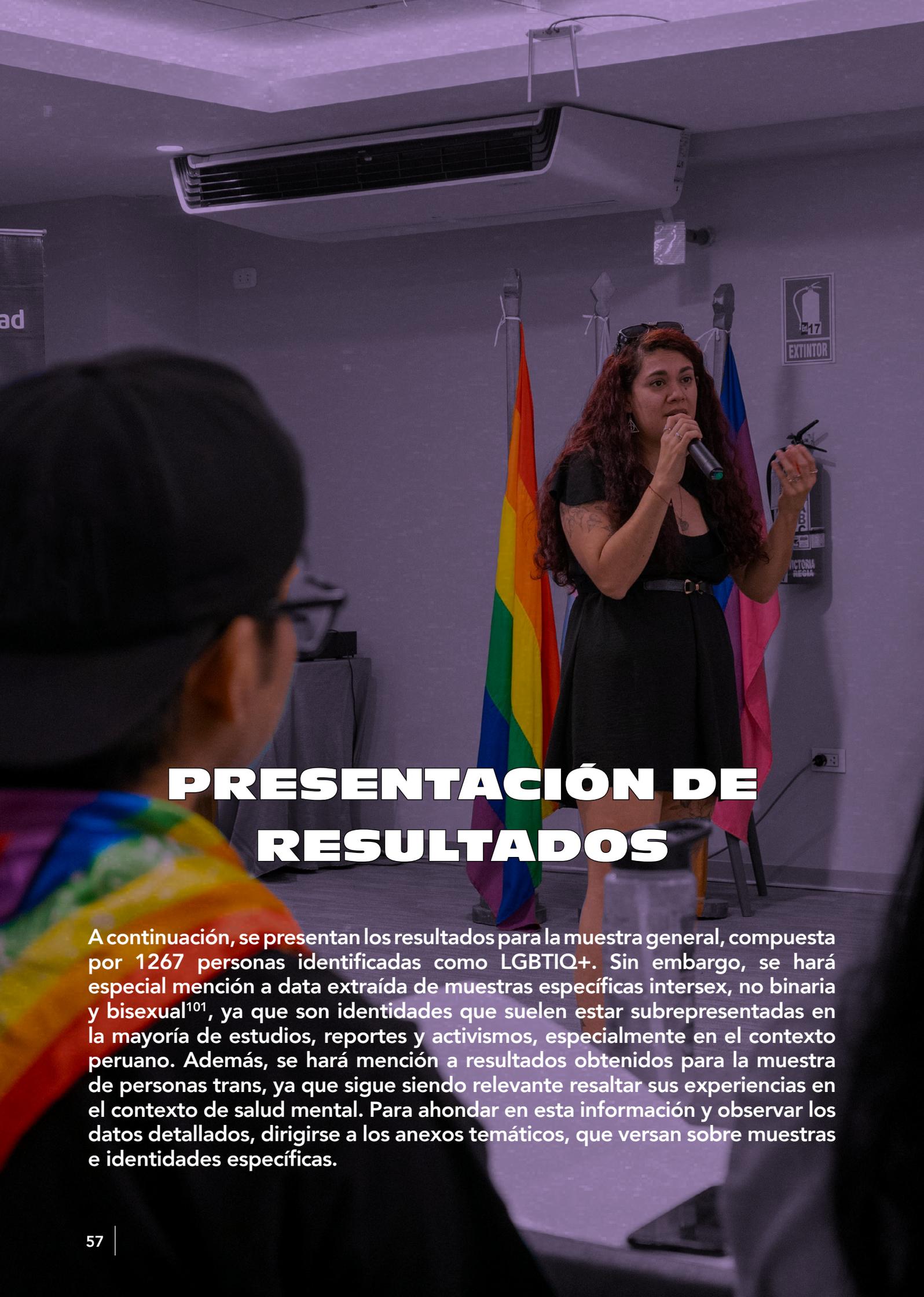
Se realizó el análisis de la información cuantitativa a través del uso de software estadístico Excel y SPSS versión 25.

## ≡ 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se aplicaron consentimientos informados a las personas que contestaron la encuesta así como a quienes participaron de las entrevistas a profundidad. Al contestar estos consentimientos informados se les pidió a las personas participantes que dejaran un documento de identificación, para poder filtrar cuestionarios repetidos o inválidos.

Esta decisión impacta también el acceso a la encuesta y los resultados que se pueden obtener, debido a que muchas personas desconfían de mediciones que les solicitan demasiada información personal, como ingresos económicos, información médica, e incluso otras formas de autoidentificación. Por ello, el equipo de investigación tomó decisiones balanceando la necesidad de tener mayor información pero también respetando la privacidad y comodidad de las personas que accedieron a la encuesta y entrevista.

Se insta a futuras investigaciones considerar el cuidado, la seguridad y la protección de las personas por encima de la información, siempre.



## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

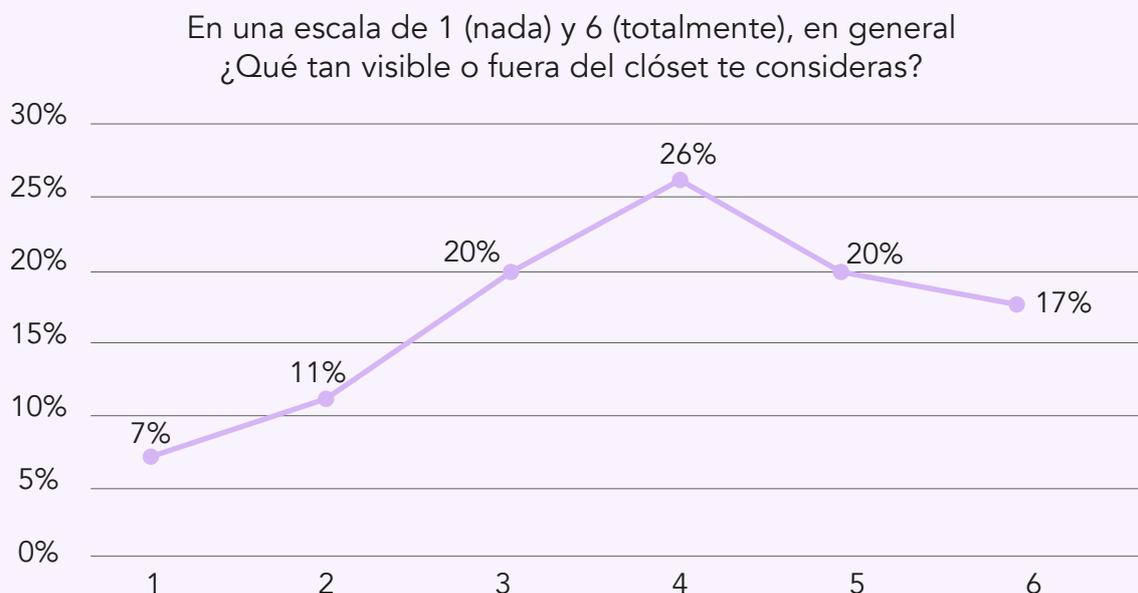
A continuación, se presentan los resultados para la muestra general, compuesta por 1267 personas identificadas como LGBTIQ+. Sin embargo, se hará especial mención a data extraída de muestras específicas intersex, no binaria y bisexual<sup>101</sup>, ya que son identidades que suelen estar subrepresentadas en la mayoría de estudios, reportes y activismos, especialmente en el contexto peruano. Además, se hará mención a resultados obtenidos para la muestra de personas trans, ya que sigue siendo relevante resaltar sus experiencias en el contexto de salud mental. Para ahondar en esta información y observar los datos detallados, dirigirse a los anexos temáticos, que versan sobre muestras e identidades específicas.

## EJE 1: VISIBILIDAD, ESTRÉS DE MINORÍAS Y FACTORES PROTECTORES

En este eje se realizaron preguntas sobre la experiencia de las personas LGBTQ+, en relación a su visibilidad, sus vivencias y cómo éstas impactan en el mundo que les rodea. Se exploraron situaciones de violencia y discriminación motivadas por sus identidades, así como otras cuestiones relacionadas al estrés de minorías que están asociadas al mundo subjetivo (la percepción de ser juzgadas o discriminadas como personas LGBTQ+). Finalmente, se explora la existencia de factores protectores y el impacto que tienen estos en la relación de las personas consigo mismas y su entorno.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la mayoría de las personas son bastante visibles (el 26% indica estar en un grado 4 de visibilidad en una escala que va del 1 al 6. Además, el 17% se considera totalmente visible. Solo el 7% reporta ser nada visible.

**GRÁFICO 1:** Escala de visibilidad general



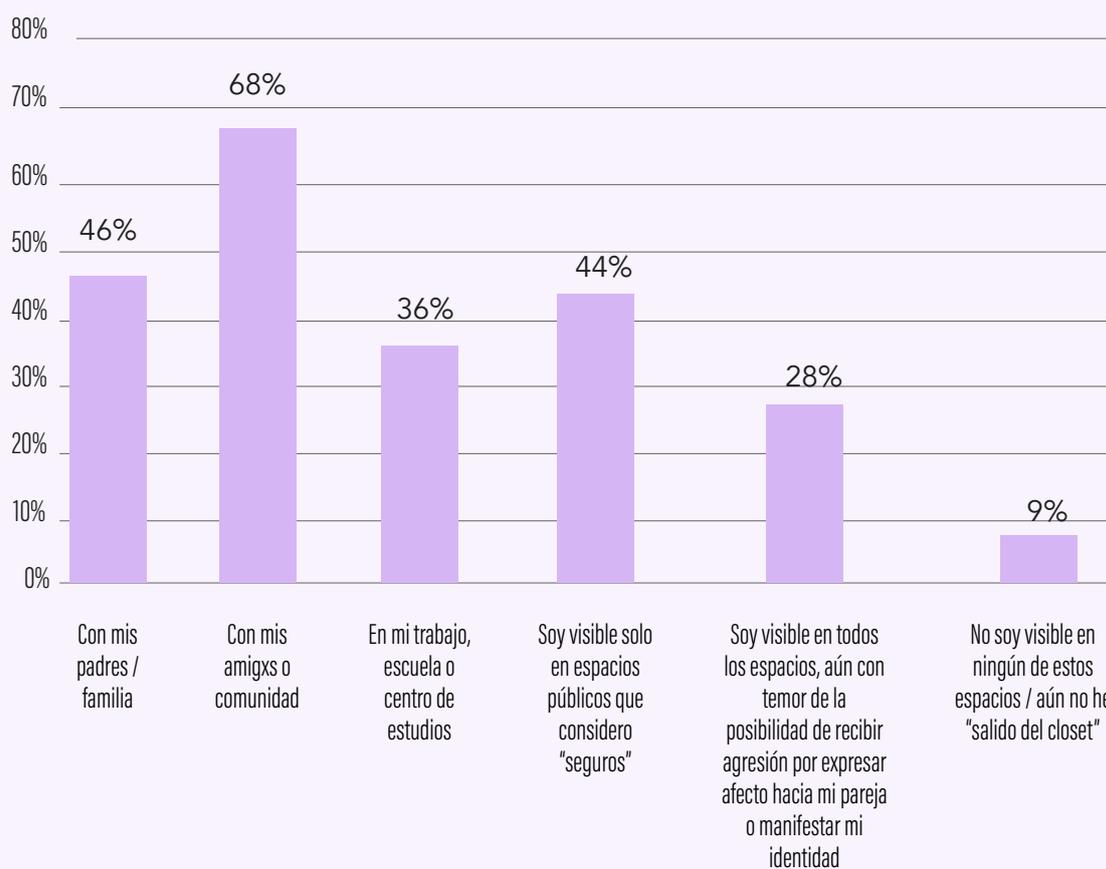
**101** La muestra bisexual está compuesta por personas no monosexuales, es decir, aquellas que sienten atracción por más de un género, se les conoce como plurisexuales, y engloba a las personas bisexuales, pansexuales y otras. En este estudio, "bisexuales" es un término que por temas prácticos las engloba debido a que la mayoría de personas plurisexuales se identificó de esa manera.

Estos datos de visibilidad son comunes a todas las identidades, sin embargo, las personas bisexuales tienen un mayor porcentaje de personas que no son visibles en ningún espacio (9%) comparada a la muestra general (7%), personas trans (2%), no binarias (4%) e intersex (6%), lo cual coincide con estudios<sup>102</sup> que encuentran que las personas bisexuales son las que menos se hacen visibles, debido a los estigmas que recaen sobre su orientación sexual, especialmente en el caso de las masculinidades bisexuales.

Sobre los espacios en los que son visibles, la gran mayoría menciona ser completamente visibles con sus amistades o su comunidad.

## GRÁFICO 2: Espacios de visibilidad<sup>103</sup>

En una escala de 1 (nada) y 6 (totalmente), en general  
¿Qué tan visible o fuera del clóset te consideras?



<sup>102</sup> Pew Research Center (2013) Bisexual adults are far less likely than gay men and lesbians to be 'out' to the people in their lives. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/06/18/bisexual-adults-are-far-less-likely-than-gay-men-and-lesbians-to-be-out-to-the-people-in-their-lives/>

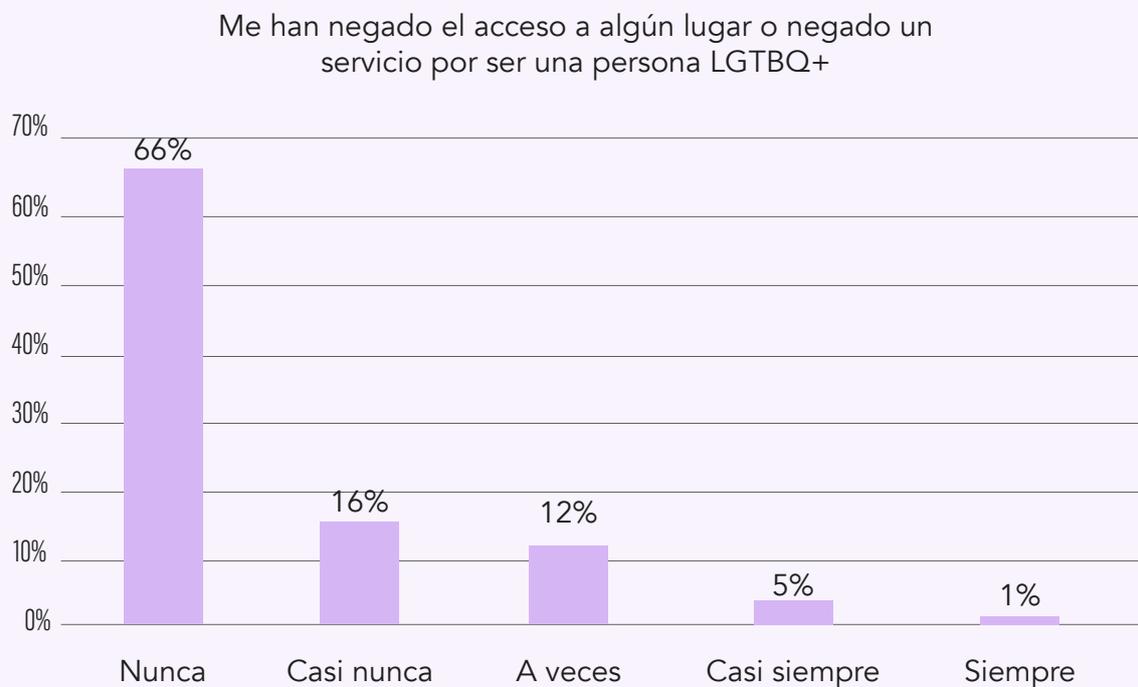
<sup>103</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

// Digo, por ejemplo, yo que vivo acá en Cañete. Aquí tengo que tener siempre distancia (...) como que tengo que aislarme, mantener mi distancia porque la gente te conoce y tiene un perfil tuyo distinto. Pero si te vas lejos, a Lima u otro sitio, es más fácil. //

A.B. (26 años, hombre cis bisexual - Cañete - Lima)

En el gráfico siguiente podemos observar que la gran mayoría de las personas encuestadas nunca ha sido impedida de ingresar a un lugar o recibir un servicio por ser una persona LGBTQ+ (66%) y solo el 6% reporta que casi siempre o siempre le sucede.

**GRÁFICO 3:** Impedimento del acceso a servicios



Sin embargo, en el caso de las personas trans, este número asciende a 17%.

Lo mismo sucede ante la afirmación “me han pedido que me retire de un espacio público por manifestar afecto a mi pareja o como forma de cuestionar mi identidad”, donde las personas encuestadas respondieron, en su mayoría, que nunca habían sido retiradas de algún lugar, sin embargo, un 9% respondió que esto le sucede casi siempre o siempre, como se observa en la tabla 11:

**TABLA 11:** Solicitud de retiro del espacio público por manifestar afecto o por la identidad expresada.

<b>Nunca</b>	807	64%
<b>Casi Nunca</b>	178	14%
<b>A veces</b>	165	13%
<b>Casi Siempre</b>	90	7%
<b>Siempre</b>	27	2%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Cuando se hace énfasis en personas trans y no binarias estos números se agravan. El 16% de las personas trans y no binarias son siempre o casi siempre retiradas de espacios públicos por su identidad de género o por expresar afecto a sus parejas.

“ Una vez un novio que tenía mi hermana, cuando yo tenía 18 años, me quiso pegar en la calle por ser lesbiana, en medio de un montón de gente. La gente lo tuvo que agarrar porque me quiso pegar, me insultaba ‘eres una lesbiana de mierda, te crees hombre, entonces como hombre te voy a pegar’ y se me tiró encima...”

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

// *Una vez unos carros pasaron y me gritaron 'rosquete'. Otra vez caminaba por el parque Kennedy y unos chicos me gritaron 'gorda', en alusión a mi orientación sexual y a mi cuerpo* //

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

En la misma línea, el 5% de la muestra general LGBTQ+ refiere que siempre o casi siempre se les niega trabajo o se les ha despedido por ser una persona LGBTQ+.

**TABLA 12:** Despido / impedimento laboral por ser una persona LGBTQ+

<b>Nunca</b>	1028	81%
<b>Casi Nunca</b>	92	7%
<b>A veces</b>	77	6%
<b>Casi Siempre</b>	44	3%
<b>Siempre</b>	26	2%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

En el caso de las personas trans, este índice aumenta hasta 16%. Esto se puede ver reflejado en el siguiente testimonio:

*// (...) estaba buscando un trabajo como profesora de niños de inicial. Cuando fui a pedir trabajo la señora me dijo 'no, ya no estamos aceptando, ya están ocupadas las vacantes'. Pero tenía una amiga que también trabajaba ahí, y ella posteriormente me comentó que le escuchó hablar a la señora 'cómo una persona así va a enseñar a mis niños, qué les va a enseñar, los padres se van a ir contra mí' (...) O sea, prácticamente por ser una chica trans no me aceptó el trabajo. //*

Mishell (22 años, mujer trans heteresexual - Lima Metropolitana)

El 13% de la muestra general reporta que casi siempre o siempre recibe mala atención en servicios por ser una persona LGBTQ+.

**TABLA 13:** Mala atención en servicios por ser una persona LGBTQ+

<b>Nunca</b>	731	58%
<b>Casi Nunca</b>	200	16%
<b>A veces</b>	172	14%
<b>Casi Siempre</b>	122	10%
<b>Siempre</b>	42	3%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Este número aumenta para las personas no binarias (21%) y trans (29%).

// Yo iba a los centros de salud, en realidad a la posta, al Hospital Goyeneche, porque cuando uno es muy joven a veces tiene tendencias a no aceptarse a sí mismo. La única respuesta que recibía normalmente era si quería una prueba de VIH o una prueba de embarazo.

Flaps (29 años, mujer cis lesbiana - Arequipa)



Sobre las situaciones de violencia vividas, el 17% reporta vivir agresiones de diversos tipos siempre o casi siempre. Solo el 49% de la muestra general reportó nunca haber sufrido violencia.

**TABLA 14:** Violencias

<b>Nunca</b>	621	49%
<b>Casi Nunca</b>	438	35%
<b>Siempre</b>	150	12%
<b>Casi Siempre</b>	58	5%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Sobre los tipos de violencia identificadas, el 34% casi siempre o siempre sufre violencia verbal o psicológica. Los espacios donde mayormente se reportan estas violencias son: la escuela, la familia y el espacio público, seguido de la iglesia.

**TABLA 15:** Violencia verbal y/o psicológica por ser una persona LGBTQI+

<b>Nunca</b>	313	25%
<b>Casi Nunca</b>	218	17%
<b>A veces</b>	313	25%
<b>Casi Siempre</b>	262	21%
<b>Siempre</b>	161	13%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Estos números crecen para personas intersex (48%), trans (53%) y no binarias (59%).

*// Bueno, lo que hasta ahorita recuerdo es cuando en plena cachetada me dijo: 'tú estás endemoniada'. Creo que esa ha sido la frase que hasta ahorita más me ha marcado. //*

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

Además, el 17% refiere que casi siempre o siempre recibe amenazas o se siente amenazado por ser una persona LGBTQI+.

**TABLA 16:** Amenazas o sensación de amenaza por ser una persona LGBTQI+

<b>Nunca</b>	587	46%
<b>Casi Nunca</b>	259	20%
<b>A veces</b>	200	16%
<b>Casi Siempre</b>	145	11%
<b>Siempre</b>	76	6%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

En este punto, se encontraron índices más altos de amenaza o sensación de amenaza en personas trans (38%), no binarias (28%) e intersex (20%).

*// Y fue más de parte de mis papás, porque ellos me decían 'si tú eres así, te olvidas de mí, estás muerto para mí', esas cosas, ¿no?. Era muy amenazante, muy hiriente //*

Mishell (22 años, mujer trans heterosexual - Lima Metropolitana)

Respecto a las experiencias de violencia física, el 6% reporta que sufre este tipo de agresiones siempre o casi siempre.

**TABLA 17 :** Agresiones físicas por ser una persona LGBTQI+

<b>Nunca</b>	948	75%
<b>Casi Nunca</b>	148	12%
<b>A veces</b>	90	7%
<b>Casi Siempre</b>	52	4%
<b>Siempre</b>	29	2%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Sin embargo, este índice aumenta en personas intersex (16%), trans (15%) y no binarias (9%).

*Y bajo y los tres mayores estaban sentados ahí en la sala y empezaron a reclamarme, que yo qué era, qué era lo que tenía, con quién estaba. Yo les dije 'no soy esto, soy lo otro y estoy saliendo con tal persona'. Él me cacheteó, me agarró de los pelos, tuvimos forcejeo y todo eso*

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

*De niño mi papá siempre fue muy homofóbico. Solía pegarme cuando veía actitudes femeninas en mí. Mi mamá y mi abuela corrían detrás de él para que no me pegara*

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

En el caso del acoso sexual, el 38% de la muestra reporta que le han hecho preguntas inapropiadas o ha recibido atención no deseada de tipo sexual por ser una persona LGBTIQ+. Este índice aumenta para personas bisexuales (41%) e intersex (42%) y es aún más preocupante en el caso de personas no binarias (51%) y trans (59%).

**TABLA 17 : TABLA 18: Acoso sexual o atención no deseada por ser una persona LGBTIQ+**

<b>Nunca</b>	297	23%
<b>Casi Nunca</b>	204	16%
<b>A veces</b>	279	22%
<b>Casi Siempre</b>	257	20%
<b>Siempre</b>	230	18%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Estas situaciones de acoso se han reportado también en las entrevistas a profundidad, tanto en mujeres lesbianas como en personas trans, como se puede ver en los siguientes testimonios:

*“ Yo solo dije ‘estoy saliendo con una persona, una mujer’, así. Y el chico pues agarró y dijo, ‘no, pero es que tú nunca lo has hecho, así con un hombre’. Y ya pues, o sea, en pleno trabajo. ”*

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

*// Pero más que nada acoso. Lo que pasa es que cuando salgo a la calle, o sea, procuro arreglarme, dependiendo de mi estado de ánimo. Entonces, si ven literalmente a una fémina, tal cual, la agresión está presente, que es algo que viven la mayoría de mujeres con su día a día. Pero cuando salgo como masculinidad trans, la cosa cambia. Porque es como si quisieran ponerse en un jueguito de ver si tienes o no tienes tetas, si hueles a rosas o no hueles a rosas. O sea, ha pasado al punto que me han llegado a besar el brazo, que me han llegado a jalar el cabello, que me han llegado a poner la mano en el pecho, así como que zarandeando para ver si tengo algo o no. //*

---

Demian (21 años, transmaculino no binario pansexual - Lima Metropolitana)

*// Una vez cuando estaba en el colegio, tenía una pareja en ese entonces y en la calle se nos acercó un señor, y de la nada y sacó el miembro (...) lo hizo porque éramos dos chicas, estábamos de la mano y obviamente se notaba que estábamos como pareja que se muestra afecto. Y bueno, eso hizo que la pareja que yo tenía en ese entonces se retrajera más //*

---

Flaps (29 años, mujer cis lesbiana - Arequipa)

En el caso de violencia sexual, el 10% reporta que esta situación se da de manera frecuente (casi siempre o siempre). El 31% ha sufrido violencia sexual por lo menos alguna vez, si se excluye al 69% que reporta que nunca ha sucedido. Estos números incrementan cuando se hace énfasis en la población trans (44%), intersex (39%) y no binaria (39%).

**TABLA 19:** Violencia sexual por ser una persona LGBTQ+

<b>Nunca</b>	868	69%
<b>Casi Nunca</b>	148	12%
<b>A veces</b>	121	10%
<b>Casi Siempre</b>	76	6%
<b>Siempre</b>	54	4%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Estos datos coinciden con data recogida a nivel internacional que encuentra que las personas LGBTQ+, especialmente, bisexuales y trans, sufren violencia sexual y acoso sexual con mayor prevalencia entre las personas LGBTQ+<sup>104</sup>. Esto se puede ver claramente en el testimonio a continuación:

*// (...) esta persona -la que me abusó sexualmente- me hizo mirarme al espejo y decir que nunca más iba a besar a una mujer. Me acuerdo que yo estaba desnuda y me puso frente al espejo y me hizo decir que yo estaba anatómicamente hecha para un hombre, y que no puedo besar a una mujer. Me dijo que me tape la boca y me decía que me estaba limpiando //*

Andrea (mujer cis bisexual, 31 años - Lima Metropolitana)

<sup>104</sup> Brown, T. y Herman, J. (2015) Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people. The William's Institute, recuperado de <https://ncmedr.org/wp-content/uploads/2017/09/Intimate-Partner-Violence-and-Sexual-Abuse-among-LGBT-People.pdf> & Ford, J. y Soto-Marquez, J. (2015) Sexual Assault Victimization Among Straight, Gay/Lesbian, and Bisexual College Students, Violence and Gender, 3 (2), doi: <https://doi.org/10.1089/vio.2015.0030>

La presente muestra reporta niveles altos y muy altos de estrés de minorías en un 14%, como se puede observar en la siguiente tabla.

**TABLA 20:** Estrés de minorías

<b>Muy Bajo</b>	350	28%
<b>Bajo</b>	415	33%
<b>Medio</b>	325	25%
<b>Alto</b>	155	12%
<b>Muy Alto</b>	22	2%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Estos números crecen cuando nos enfocamos en población bisexual (29%), trans (30%), intersex (36%) y no binaria (32%).

Este estrés de minorías se traduce en los siguientes pensamientos, actitudes y conductas identificadas en la siguiente tabla, donde podemos observar que el pensamiento más recurrente es el de tener que "prepararse mentalmente para recibir faltas de respeto por ser LGBTQ+" (el 48% de la muestra reporta sentir esto casi siempre o siempre).

**TABLA 21:** Pensamientos, actitudes y conductas asociadas al estrés de minorías<sup>105</sup>

Premisa	Casi siempre o siempre
He evitado compartir ciertos aspectos de mi vida (hablando o compartiendo en redes sociales) que puedan hacer pensar a los demás que soy una persona LGBTQ+	31%
He tratado de no hablar de mi vida amorosa o he mentado sobre ella para que las demás personas no se den cuenta que soy una persona LGBTQ+	30%
He cambiado mi manera de actuar (manerismos, forma de caminar, etc.) y de hablar para evitar que las demás personas se den cuenta que soy una persona LGBTQ+	19%
Cuando he conocido a alguien nuevo, he temido que en secreto no le agrade porque soy una persona LGBTQ+	33%
He estado alerta y en guardia porque he temido que algo malo me ocurra por ser una persona LGBTQ+	36%
He tenido que prepararme mentalmente para enfrentar situaciones donde podrían faltarme el respeto por ser una persona LGBTQ+	48%
Me he preocupado sobre qué pasará cuando las personas se enteren que soy una persona LGBTQ+	46%
He pensado que sería más feliz si fuera una persona heterosexual/cisgénero	33%
He deseado no ser LGBTQ+	20%

<sup>105</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

Esto también se vio reflejado en las entrevistas a profundidad, como se puede ver en los siguientes testimonios, donde la anticipación y la prevención de la discriminación generan estrés:

*// Cuando empecé a darme cuenta de que me gustaban las mujeres entré en conflicto emocional, porque era como patear el tablero a todo lo que me habían enseñado que no podía romper //*

---

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

*// Yo tenía que fingir masculinidad. En el colegio sabían que yo era bisexual, pero solo mi grupo cercano. A la hora de la hora tenía miedo de que noten esa "debilidad", porque yo asociaba lo femenino con lo débil y pensaba que no me iban a molestar si actuaba más masculino. Me decían 'pero a ti no se te nota, tú no eres así. Tú eres diferente'. Me generaba inseguridad que me puedan decir que me salgo de la norma //*

---

Ángel (18 años, persona no binaria bisexual - Lima Metropolitana)

*// Cuando era chico gay afeminado y salí del clóset con mi familia me decía a mí misma 'ojalá no fuera una persona LGTB, ojalá no fuera gay, porque así no estaría sufriendo esto con mis padres, porque los heteros no sufren, no tienen que decirle a sus padres lo que son, no salen del clóset' //*

---

Mishell (22 años, mujer trans heterosexual - Lima Metropolitana)

*“ Sí me da un poco de miedo que sepan que soy gay. Cuando conozco hombres se me hace incómodo tener que hablar de ‘mujeres’ con ellos, el último hombre que conocí me empezó a hablar de una chica que conoció por Tinder o por Instagram y eso me generó mucha ansiedad. Para evitar problemas prefiero no involucrarme tanto con hombres heterosexuales, intento que no sepan que soy gay, hay gran parte de la población masculina que es machista y quizá no tomen a bien que soy gay ”*

---

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

*“ Tengo miedo de abrirme a las personas o contarles lo que soy. Se lo sigo ocultando a mis jefes. A veces las personas que se me acercan me preguntan si soy gay y yo digo que no, eso me ha llevado a tener inseguridad ”*

---

Javier (30 años, gay - Lima Metropolitana)

Estas situaciones, reales o percibidas, derivadas de las situaciones de violencia y discriminación vividas, impactan en distintos ámbitos de la vida de las personas LGBTQ+, como explica Ilan Meyer. La teoría del estrés de minorías nos habla del estrés incrementado que sienten las personas LGBTQ+ por situaciones de violencia y discriminación que viven, desde microagresiones hasta experiencias de agresión física motivadas por la lgbtifobia, como se pudo ver en el cuadro anterior.

Otros factores involucrados en el estrés de minorías se evaluaron en las siguientes preguntas. Por ejemplo, en la siguiente tabla se puede observar que el 63% de las personas encuestadas siente angustia siempre o casi siempre por vivir en un país que no reconoce sus derechos, lo que impacta en su proyecto de vida. Este índice sube a 80% para personas trans y 71% para personas no binarias.

**TABLA 22:** Angustia por no poder cumplir el proyecto de vida en el Perú

<b>Muy Bajo</b>	132	10%
<b>Bajo</b>	93	7%
<b>Medio</b>	248	20%
<b>Alto</b>	280	22%
<b>Muy Alto</b>	514	41%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Esto se evidencia en testimonios como los siguientes:

*“ Mi pareja tiene diabetes y nos hemos puesto a pensar en todo eso. ‘El día en que vivamos juntas, tú te enfermes, te pase algo grave, tengan que operarte (...) yo no tengo ni voz ni voto para hacer algo, o sea, tiene que estar sí o sí tu mamá o alguien más. Yo no puedo hacer nada. El día que queramos comprar alguna casa o va a salir a tu nombre o va a salir al mío, pero no al nombre de las dos ”*

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

*“ En este país aún se considera válido ‘curar la homosexualidad’, incluso lo dicen figuras políticas, en muchos municipios, en gobiernos regionales y en el Congreso. El Estado no vela por las personas LGBTIQ+. Si a mi me agreden por ser lesbiana y voy a la comisaría, probablemente no me hagan caso. No tenemos protocolos de atención. Pueden haber normas... pero ¿qué tanto se aplican? No voy a decir que no hemos avanzado, pero sigue siendo lo mínimo ”*

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

De la misma manera, el 27% siente siempre o casi siempre afectación emocional debido a que su visibilidad es causa de distanciamiento con sus familiares, padres o cuidadores primarios. En muchos casos esto es debido a que los cuidadores no aceptan la identidad LGBTIQ+. Estos índices son mayores en el caso de personas bisexuales (29%), intersex (32%) no binarias (33%) y trans (47%). En el caso de las personas trans, es más frecuente situaciones como la expulsión del hogar o estar en situación de calle. Un estudio realizado en Reino Unido (2018)<sup>106</sup> encontró que las personas LGBTIQ+, especialmente trans, son 14 veces más proclives a quedar en situación de calle, relacionado casi siempre a “salir del closet” o hacerse visibles.

**TABLA 23:** Afectación emocional por el distanciamiento con la familia por ser visible

<b>Muy Bajo</b>	462	36%
<b>Bajo</b>	216	17%
<b>Medio</b>	253	20%
<b>Alto</b>	134	11%
<b>Muy Alto</b>	202	16%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

<sup>106</sup> Albert Kennedy Trust (2018). Strategy 2018–2021: Preventing LGBTQ+ youth homelessness, because no young person should have to choose between a safe home and being who they are. Albert Kennedy Trust.

*Yo salí del closet haciendo una publicación en Facebook. Cuando cenamos en familia mi papá dijo 'siento el ambiente como si alguien se hubiera muerto, como si hubiese un difunto en la casa', y eso me hirió bastante*

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

A pesar de ello, también se identificaron factores protectores en la muestra. Estos factores protectores están relacionados a la sensación de pertenencia a una comunidad y al orgullo hacia la propia identidad. El 37% tiene factores protectores en nivel alto y el 29% en nivel muy alto.

**TABLA 24:** Presencia de factores Protectores

<b>Muy Bajo</b>	112	9%
<b>Bajo</b>	313	25%
<b>Alto</b>	469	37%
<b>Muy Alto</b>	373	29%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Estos factores protectores se pueden reconocer de manera más específica en la siguiente tabla, donde se puede ver que el 71% siente orgullo de ser LGBTIQ+ casi siempre o siempre. Esta sensación de orgullo crece, a pesar de todas las situaciones de discriminación, en personas trans (85%) y no binarias (84%).

**TABLA 25:** Factores Protectores<sup>107</sup>

Premisa	Casi siempre o siempre
Tengo un grupo de personas al cual acudir cuando me siento mal o necesito apoyo emocional	46%
Participo o conozco de actividades y programas dirigidos a personas LGBTQ+ a mi alcance	24%
Conozco lugares seguros para poder expresarme y vivir libremente mi identidad y orientación sexual	41%
Siento orgullo de ser una persona LGBTQ+	71%
He estado alerta y en guardia porque he temido que algo malo me ocurra por ser una persona LGBTQ+	36%
Siento que pertenezco a un grupo de personas más grande que comparte mis mismas vivencias (comunidad)	53%
Trato de validar lo que siento y hablarme con amabilidad	61%

<sup>107</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

*// Siento que hemos aprendido a ser resilientes, o sea a resistir, pero de una forma que no es sana para nosotros porque, a la hora de la hora, tenemos que aceptar que el problema se tiene que resolver juntos, o sea, con otras personas. Tenemos que buscar ayuda cuando la necesitamos... crear un círculo cercano de personas que nos entiendan, porque a la hora de la hora no estamos tan solos. Antes era peor, por lo menos en internet hay grupos de personas que se entienden y ayudan //*

---

Ángel(18 años, persona no binaria bisexual-Lima Metropolitana)

*// Yo le doy gracias a dios que en mi trabajo tengo amigos gays, lesbianas, amigas bisexuales y heterosexuales, o sea hay apoyo, es un ambiente muy positivo y motivacional //*

---

Nico(30 años, gay, no binario-Lima Metropolitana)

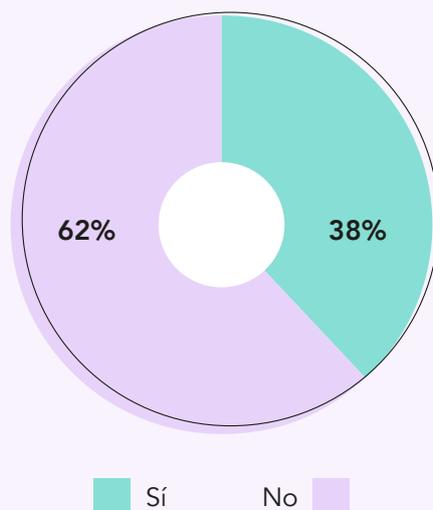
## EJE 2: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

En este estudio se exploraron las condiciones de salud mental y los diagnósticos clínicos asociados a estos que la muestra reporta a lo largo de su vida, así como las intervenciones y tratamiento que recibe o ha recibido.

En el siguiente gráfico podemos ver que el 38% de la muestra encuestada ha recibido alguna vez un diagnóstico de salud mental. Estos números se incrementan en personas bisexuales (45%), personas trans (54%) y personas no binarias (55%).

**GRÁFICO 4:** Presencia de diagnósticos de salud mental

¿Has recibido algún diagnóstico de salud mental?



Cuando se consultó acerca del tipo de diagnóstico o condición identificada, se puede observar en la siguiente tabla que los trastornos de ansiedad y depresión son los más frecuentes de ser diagnosticados (34% y 27%, respectivamente)<sup>108</sup>.

<sup>108</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

**TABLA 26:** Tipos de diagnósticos de salud mental recibidos

Diagnóstico / condición que recibió o con la que ha sido diagnosticada la persona	Muestra general LGBTIQ+	Bisexual	Trans	Intersex	No binaries
Trastornos depresivos	27%	32%	78%	100%	74%
Trastornos de tipo ansioso	34%	91%	91%	63%	90%
Trastornos de personalidad (principalmente Trastorno límite de personalidad, narcisista u otros)	5%	7%	15%	0	16%
Trastorno bipolar	2%	4%	9%	0	10%
Déficit de atención con o sin hiperactividad o de tipo mixto, trastorno del espectro autista u otro del neurodesarrollo	3%	4%	13%	0	7%
Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastornos por atracón y otros) o adicciones	1%	1%	2%	0	2%
Otros	1%	1%	1%	0	2%

Como se puede ver en la tabla anterior, existen algunos diagnósticos que han sido identificados con mayor prevalencia en algunos grupos. Son preocupantes los niveles de trastornos de ansiedad identificados en la muestra bisexual, trans y no binaria. También, en la muestra trans y no binaria son más frecuentes los diagnósticos de trastornos de personalidad (principalmente Trastorno Límite de la personalidad o Borderline) en un 15% y 16% respectivamente. Los

trastornos depresivos corresponden al 100% de los diagnósticos en personas intersex, al 78% en personas trans y al 74% de diagnósticos en personas no binarias.

Además, el 13% de las personas trans que recibieron un diagnóstico tienen alguna condición del neurodesarrollo, como autismo o TDAH, es decir, son neurodivergentes. Esto coincide con múltiples estudios que han encontrado mayor prevalencia entre ser autista y trans<sup>109</sup> y entre tener TDAH y ser trans<sup>110</sup>.

Finalmente, el trastorno bipolar (tener episodios maníacos y episodios depresivos) también es más prevalente en población trans (9%) y no binaria (10%) en el presente estudio.

Estos diagnósticos fueron brindados principalmente por algún profesional de salud mental, en el 99% de los casos, según reporta la muestra.

Se preguntó sobre el tratamiento farmacológico derivado de estos diagnósticos. En la siguiente tabla se puede ver que el 30% de la muestra que ha recibido diagnósticos fue recetado o tomó algún tipo de antidepresivo y el 16% fue recetado o tomó ansiolíticos<sup>111</sup>.

**TABLA 27:** Tratamiento farmacológico

<b>Medicación</b>	<b>fue recetado o tomó el siguiente medicamento</b>
<b>Antidepresivos</b>	72%
<b>Ansiolíticos</b>	16%
<b>Antipsicóticos</b>	10%
<b>Estabilizadores del ánimo</b>	9%
<b>Otros</b>	2%
<b>No fue medicado o fue dado de alta</b>	42%
<b>Otros</b>	1%

<sup>109</sup> Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. A., & Arcelus, J. (2016). Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3–14. doi:10.1016/j.sxmr.2015.10.003

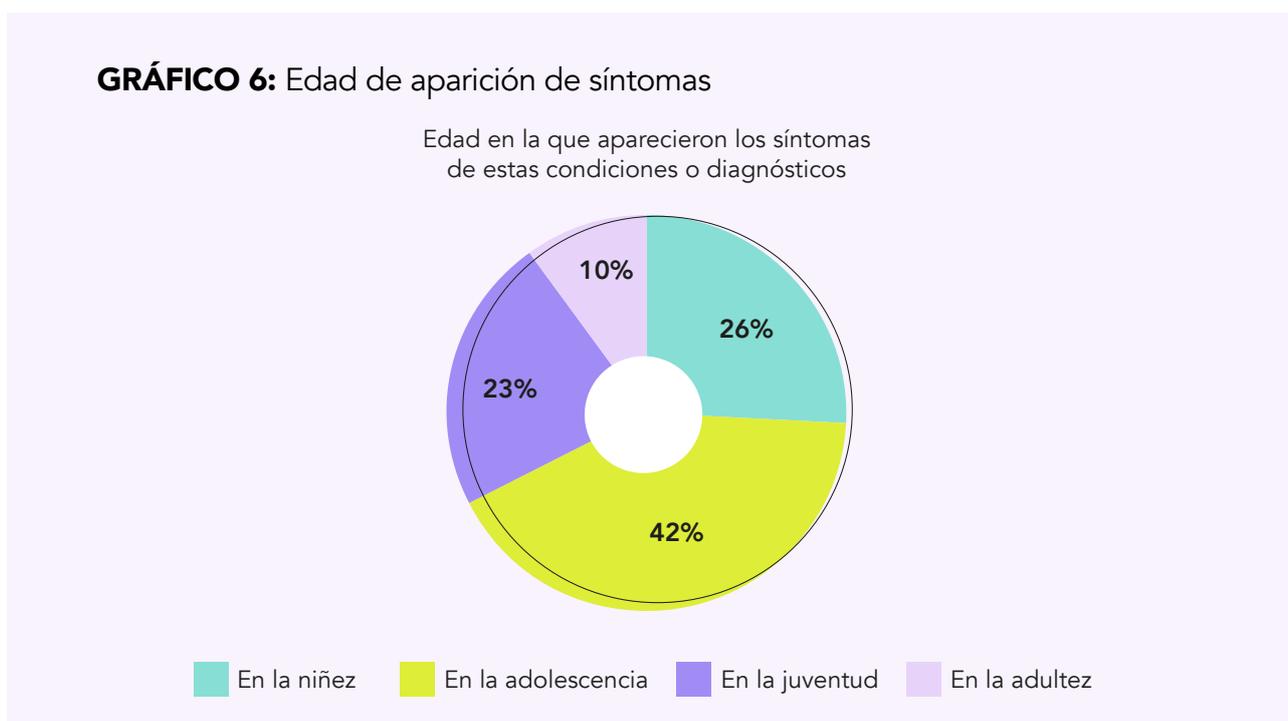
<sup>110</sup> Strang, J.F., Kenworthy, L., Dominska, A. et al. Increased Gender Variance in Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Sex Behav* 43, 1525–1533 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0285-3>

<sup>111</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

De las personas que tienen o han recibido algún diagnóstico, solo el 27% recibe tratamiento psicoterapéutico, 27% lo recibe de manera intermitente y 46% no lo recibe, como se puede ver en el siguiente gráfico.



La edad más frecuente en la que aparecieron los síntomas de estas condiciones o diagnósticos fue la adolescencia (42%) seguido de la niñez (26%).



Sin embargo, no siempre las problemáticas de salud mental se presentan en la forma de diagnósticos formales. De hecho, en muchos casos, los problemas de salud mental no son detectados de forma temprana y constituyen situaciones que afectan el bienestar y el proyecto de vida de las personas.

Debido a ello, se realizaron algunas preguntas para conocer el estado de la salud mental de las personas encuestadas.

En la siguiente tabla se puede ver algunos índices que se midieron en base a la propia evaluación y percepción de las personas sobre sus experiencias y sentires. La desregulación emocional se presenta en niveles altos y muy altos en el 66% de la muestra, los síntomas de depresión en niveles altos y muy altos en 44% y finalmente, un preocupante 26% presenta ideación suicida casi siempre o siempre.

**TABLA 28:** Estado de la salud mental<sup>112</sup>

	<b>Muestra general LGBTIQ+</b>	<b>Bisexual</b>	<b>Trans</b>	<b>Intersex</b>	<b>No binaries</b>
<b>Desregulación emocional</b>	66%	72%	83%	65%	85%
<b>Ideación suicida</b>	26%	27%	38%	32%	36%
<b>Autolesiones</b>	10%	13%	20%	23%	16%
<b>Síntomas depresivos</b>	44%	47%	61%	42%	60%
<b>Síntomas ansiosos</b>	53%	58%	69%	55%	67%
<b>Consumo problemático de sustancias</b>	18%	19%	24%	23%	25%

<sup>112</sup> Los totales no suman 100% debido a que a la muestra se le dio la opción de poder marcar más de una opción.

*La última vez que me hice daño fue cuando terminé una relación larga que me destruyó emocionalmente. Tuve un episodio de intento suicida. Lo que hice fue colgarme de un fierro con un cable. Tuve un problema y dije 'qué hago acá', a mí no me debieron haber resucitado*

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

En la tabla anterior se puede ver que en el caso de las personas trans, tienen todos los índices medidos en niveles más altos que la muestra general LGBTQ+, incluida la ideación suicida, algo que coincide con la literatura científica internacional<sup>113</sup>. Algo similar ocurre con las personas no binarias e intersex. Las personas bisexuales tienen alta desregulación emocional y síntomas ansiosos, más que la muestra general.

Más allá de estos comparativos, los datos obtenidos reflejan altos índices de condiciones de salud mental que afectan la vida diaria de las personas LGBTQ+. Existen múltiples estudios que encuentran que cierta sintomatología no psicótica (depresión y ansiedad) es mayor en población LGBTQ+ que en población heterosexual. Uno de los estudios revisados<sup>114</sup> encontró que la población bisexual obtiene puntajes similares en ansiedad y depresión que los encontrados en este estudio, y que estos son considerablemente mayores que la muestra de personas heterosexuales estudiada.

Además, se realizaron correlaciones entre algunas de estas variables para conocer la fuerza de la asociación entre estas<sup>115</sup>. En la tabla 30 se puede observar los coeficientes de correlación obtenidos en relaciones medias y fuertes identificadas entre las variables de salud mental y las variables del Estrés de Minorías. El estrés de minorías se encuentra relacionado de manera moderada con la desregulación emocional y los síntomas de ansiedad (índices mayores a 0.4<sup>116</sup>). También se observan asociaciones moderadas y fuertes entre ideación suicida y desregulación emocional, autolesiones, síntomas depresivos (la correlación más fuerte, mayor a 0.7) y síntomas de ansiedad.

<sup>113</sup> Scheim, A., Perez-Brumer, A. y Bauer, G. (2020) Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study, *Lancet Public Health*, 5: e196–203 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)

<sup>114</sup> Pitman A, Marston L, Lewis G, Semlyen J, McManus S, King M (2021). The mental health of lesbian, gay, and bisexual adults compared with heterosexual adults: results of two nationally representative English household probability samples. *Psychological Medicine* 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000052>

<sup>115</sup> Cuando dos variables se correlacionan implica que ambas incrementan (o decremantan) su nivel o intensidad al mismo tiempo. No implica relación causal pero, en algunos casos, la sugiere según los hallazgos obtenidos.

<sup>116</sup> Se realizó una correlación de tipo Spearman debido a que las variables analizadas no siguen una distribución normal.

**TABLA 29:** Asociación entre índices del estado de la salud mental

<b>VARIABLES</b>	<b>Desregulación emocional</b>	<b>Ideación suicida</b>	<b>Síntomas depresivos</b>	<b>Síntomas de ansiedad</b>
<b>Estrés de minorías</b>	0.421			0.428
<b>Ideación suicida</b>	0.593		0.708	0.580
<b>Autolesiones</b>		0.496	0.431	

\*Correlaciones significativas al 0.1

Estos resultados estadísticos confirman la vinculación teórica que presenta este modelo sobre la acumulación de factores de estrés en los grupos vulnerables que sufren situaciones de discriminación. Es decir, para las personas LGBTIQ+ los factores de estrés añadidos a su experiencia como población en situación de vulnerabilidad, por su orientación sexual, características sexuales, identidad y expresión de género, les hace más proclives a manifestar sintomatología depresiva, ansiosa, e incluso, ideación suicida, debido a que esta experiencia muchas veces se acompaña de discriminación o vulneración a sus derechos.

### EJE 3: PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN Y ESFUERZOS POR CAMBIAR LA ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO (ECOSIEG)

En el presente estudio se exploraron las situaciones y experiencias de prácticas de conversión (mal llamadas terapias de conversión o reconversión) que vivieron las personas encuestadas.

Como se verá más adelante, estas prácticas suelen suceder durante la adolescencia y juventud, sin embargo, ante la pregunta: "En los últimos 2 años... He tratado de dejar de ser LGBTQ+ (a través de terapias, tratamientos, métodos religiosos, etc.)", el 6% de las personas encuestadas ha respondido que siempre o casi siempre. En la siguiente tabla, se puede ver esto con claridad, lo que denota los niveles de malestar asociados a la vivencia LGBTQ+:

**TABLA 30:** Intentos por dejar de ser una persona LGBTQ+

<b>Nunca</b>	1046	83%
<b>Casi Nunca</b>	89	7%
<b>A veces</b>	59	5%
<b>Casi Siempre</b>	39	3%
<b>Siempre</b>	34	3%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

Esto se confirma a través del coeficiente de correlación moderado/alto que se obtiene en la asociación entre Estrés de minorías y tratar de dejar de ser LGBTQ+ en los últimos dos años (0.605), lo cual indicaría que los factores de estrés asociados a la vivencia LGBTQ+ están incrementados en personas que a su vez sienten deseos o han intentado dejar de ser LGBTQ+.

<sup>117</sup> Se realizó una correlación de tipo Spearman debido a que las variables analizadas no siguen una distribución normal, con significancia estadística al 0.01.

Sin embargo, estas situaciones, mejor conocidas como ECOSIEG (esfuerzos por cambiar la orientación sexual, identidad y expresión de género), suelen suceder con mayor frecuencia en etapas tempranas de la vida.

Se le hizo la pregunta a la muestra sobre si en algún momento habían acudido por iniciativa propia a algún centro, especialista o autoridad religiosa para intentar cambiar su orientación sexual o identidad de género. El 11% de las personas encuestadas contestaron que "sí" a esta pregunta (145 personas). Un ejemplo es el testimonio a continuación:

*// Creo que yo también fui fanático y caí en el tema de querer ser heterosexual, querer tener una familia tradicional y cosas así. Pensaba 'yo me voy a casar con una buena mujer' y todo lo demás. Fueron 7 años en que recibía terapia de conversión disfrazada de palabra de dios. Yo lo tomé así, porque lo que hacen es cambiarte la manera de pensar. Pensé que me había 'curado'. pero me gustó mucho un chico y me confundí muchísimo //*

---

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

En la siguiente tabla se pueden observar los motivos que llevaron a este grupo a tomar la decisión de buscar una ECOSIEG. De esta tabla se deslinda que el componente familiar y religioso juegan un rol fundamental para decidir someterse a prácticas de conversión por iniciativa propia. Los motivos más frecuentes son "tenía miedo de no poder ser feliz" y "no quería decepcionar a mi familia", que son aún más prevalentes entre personas trans y no binarias. Para las personas intersex, los motivos más frecuentes son "quería dejar de estar en pecado" y "estaba convencido de que era una enfermedad".

**TABLA 31:** Motivos para buscar ECOSIEG<sup>118</sup>

Motivo	Muestra general LGBTQI+	Bisexual	Trans	Intersex	No binaries
Tenía miedo de no poder ser feliz ni desarrollarme como persona LGBTQI+	57%	55%	63%	50%	65%
No quería decepcionar a mi padre/madre y/o familia	57%	57%	75%	25%	80%
Quería dejar de estar en pecado	43%	43%	38%	75%	40%
Estaba convencido de que ser LGBTQI+ era una enfermedad	13%	12%	6%	25%	5%
Me daba vergüenza ser LGBTQI+	32%	29%	13%	25%	25%

La edad más frecuente en la que ocurrieron estas prácticas, cuando sucedieron por iniciativa propia, fue durante la adolescencia (menos de 18 años).

**TABLA 32:** Edad en la que se sometió a ECOSIEG<sup>119</sup>



<sup>118</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

<sup>119</sup> Ibidem

Se indagó sobre la persona que acogió este tipo de práctica. En la siguiente tabla se puede observar que la mayoría fue realizada por una autoridad religiosa o en una iglesia (46%), seguido de un profesional de salud mental (36%).

**TABLA 33:** Persona / espacio donde se realizó la práctica<sup>120</sup>

### ¿Quién realizó la práctica?

Profesional de salud mental



Iglesia o autoridad religiosa



Intervención mixta: psicológica/psiquiátrica y religiosa



*// A los 18 años tuve un 'tratamiento' que consistía en que iba a un psicólogo que me decía 'maricón, eres un maricón', era super ofensivo. Me hacía pruebas de sangre para ver si tenía ciertos cromosomas o ver si yo era de verdad 'hombre'. Todos mis exámenes salían bien //*

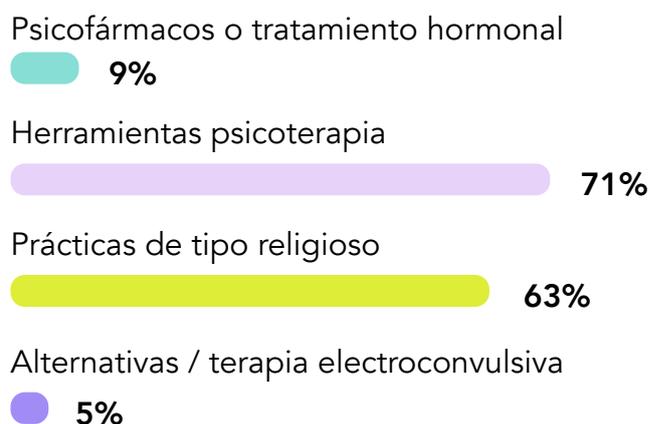
Javier (30 años, gay - Lima Metropolitana)

Los tipos de "tratamiento" o técnicas aplicadas más frecuentes fueron las técnicas psicológicas (71%) y las prácticas de tipo religioso (63%), como se ve en la siguiente tabla:

<sup>120</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

**TABLA 34:** Tipo de intervención<sup>121</sup>

**Tipo de herramienta o tratamiento usado**



Además de ello, el 10% de las personas reporta haber sido internado o llevado a un campamento o escuela de “conversión”.

Se consultó sobre si atravesar este tipo de tratamiento generó que la persona cambie temporalmente su orientación sexual o identidad de género y la mayoría coincidió en que esto no sucedió (70%). Estos resultados resultan relevantes ya que, en el discurso fundamentalista se sostiene que la “voluntad” sumado a técnicas y estrategias terapéuticas o religiosas bastan para que la persona deje de ser LGBTQ+ y pueda vivir una vida heterosexual/cisgénero<sup>122</sup>.

Estos resultados no solo refutan esta idea de que es posible cambiar la orientación sexual o identidad de género de las personas, sino que en este estudio el 100% de las personas que brindaron su testimonio o respondieron a la encuesta se identifica actualmente como LGBTQ+ o está en cuestionamiento de serlo, por lo que ninguna de estas intervenciones ha demostrado ser realmente eficaz, algo que ya ha sido demostrado científicamente.

Se puede ver el detalle en la siguiente tabla:

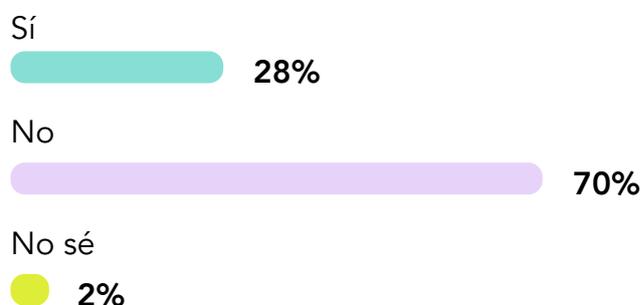
<sup>121</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

<sup>122</sup> Exodus Latinoamérica (s/f) Ex gay: ¿Hecho, fraude o fantasía? Recuperado de <https://exoduslatinoamerica.com/ex-gay-hecho-fraude-o-fantasia/>

<sup>123</sup> American Psychiatry Association (2000) Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). Recuperado de [https://media.mlive.com/news/detroit\\_impact/other/APA\\_position\\_conversion%20therapy.pdf](https://media.mlive.com/news/detroit_impact/other/APA_position_conversion%20therapy.pdf)

**TABLA 34:** Dejar de sentirse LGBTQ+<sup>124</sup>

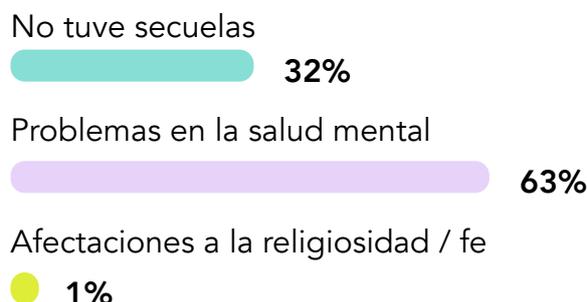
**¿En algún momento lograste dejar de sentirte LGBTQ+?**



Sobre las secuelas del tratamiento, la propia muestra identificó que el mayor impacto fue en su salud mental (63%), como se ve en la tabla:

**TABLA 35:** Consecuencias de la intervención<sup>125</sup>

**¿Cuáles fueron las consecuencias de este tratamiento?**



Estas secuelas se pueden ver más claramente en los siguientes testimonios:

*“ Inseguridad y problemas de identidad. No sabía qué quería. Sentía odio y repulsión hacia la iglesia. Frustración, remordimiento, incluso cuando no hacía nada malo. Cólera, tristeza. Hicieron que me convirtiera en una persona inestable ”*

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

<sup>124</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

<sup>125</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

*// Lo del psicólogo y que me botaran de mi casa hicieron que intentara suicidarme por ser gay //*

---

Javier (30 años, gay - Lima Metropolitana)

De la misma manera, se consultó a la muestra si alguna vez habían sido obligados a ir a algún centro, espacio o tratamiento para dejar de ser una persona LGBTIQ+ o para cambiar su orientación sexual o identidad de género. Ante esto, el 15% de la muestra respondió que sí (187 personas). Esto se puede ver con más claridad en los siguientes testimonios:

*// Fue como un campamento. Estábamos separados entre hombres y mujeres, estábamos ahí todo el día, fue obligado. Me llegaban cartas de mi familia y de amigos de la iglesia. Daban charlas religiosas y decían que ibas a condenar tu vida, que estabas en pecado, que arderías en el infierno //*

---

Javier (30 años, gay - Lima Metropolitana)

*// Una vez me llevaron a un retiro espiritual para prepararme para la confirmación, yo tenía 15 años y tenía una enamorada, todos sospechaban que estaba con ella. En un momento el cura tiene una intervención conmigo y me dice 'tú la estás llevando por el camino del pecado, si quieres malograr tu vida esa será la consecuencia de tus actos, pero no llesves a otra persona por ese camino. Por amor a dios podrías cambiar, dios ha dicho varón con mujer, no puede ser de otra forma. Estoy seguro que ese grupo carismático sigue haciendo lo mismo, ese sacerdote es un reconocido consejero espiritual en mi ciudad //*

---

Manolo (32 años, transmasculino, bisexual - Arequipa)

Sobre la edad en la que sucedieron estos eventos, en la siguiente tabla se puede observar que los resultados coinciden con la pregunta anterior, sobre ECOSIEG por iniciativa propia, ya que la mayoría de los ECOSIEG obligados sucedieron también durante la adolescencia (66%), cuando la persona depende de madres, padres o cuidadores.

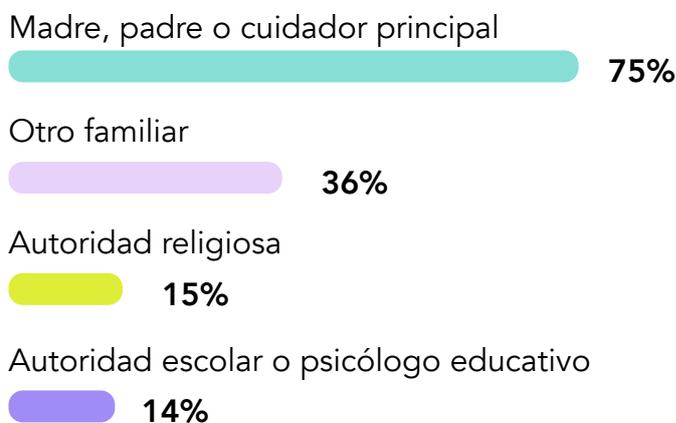
Sin embargo, el porcentaje es bastante mayor considerando que se trata de una práctica obligada y no “elegida” por la persona. Esto coincide con resultados previos encontrados por Más Igualdad Perú en el I Estudio Exploratorio sobre Salud Mental LGBTIQ+ en Perú (2019), en el que se evidenció que la mayoría de estas prácticas ocurren cuando las personas son menores de edad.

**TABLA 37:** Edad en la que sucedió ECOSIEG

Edad	Porcentaje
Menos de 18 años	66%
Entre 19 y 30 años	31%
Más de 30 años	3%
Total	100%

La persona o figura que obliga al sometimiento de estas prácticas es en la mayoría de casos un padre, madre o cuidador principal, seguido de otros familiares (en muchos casos son varias figuras las que lo indican, recomiendan u obligan), como se puede ver a continuación:

**TABLA 38:** Persona que deriva la intervención



<sup>126</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

// Han habido varios intentos de terapias de conversión. Una vez mi tía me ofreció un auto si no transicionaba. También venían sacerdotes a almorzar a casa de mi abuelita los domingos. Siempre habían comentarios de que tenía que acercarme a dios para cambiar //

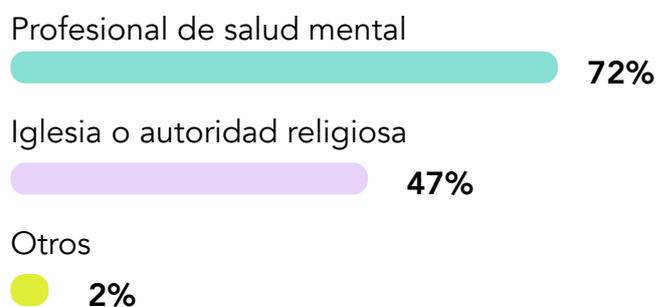
Manolo (32 años, transmasculino, bisexual - Arequipa)

// Mi mamá tenía una amiga cristiana, ella me llevó a una iglesia donde me sentaron, me pusieron en una silla y me agarraron brazos, piernas y me empezaron a orar, y me decían que me iban a cambiar. Me pasaron al piso y yo les preguntaba qué me estaban haciendo, '¿no crees en dios?' me decían, y yo les decía que yo no estaba sintiendo a dios. Todo eso fue obligado. Un montón de hombres me sentaron en una silla a orar, me pasaban la biblia por la cabeza y me decían 'ya dejaste de serlo' y BAM! Me daban con la biblia en la cabeza //

Javier (30 años, gay - Lima Metropolitana)

Se indagó sobre el espacio que acogió este tipo de práctica. En la siguiente tabla se puede observar que la mayoría se realizó en algún centro de salud mental o que la realizó un profesional de salud mental (72%).

**TABLA 39:** Persona o profesional que ejecuta la intervención<sup>127</sup>



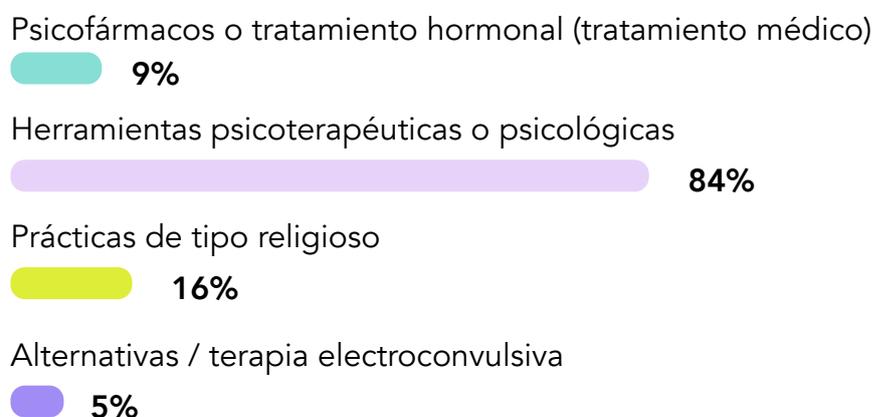
<sup>127</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

*// Un psiquiatra me dijo que la solución era darme estrógenos, para así dejar de sentirme un chico, que con hormonas femeninas todo se arreglaba. Todo el tiempo ese psiquiatra me decía que yo no iba a poder vivir como quería, que tenía que aceptar que no podía ser así. El mismo mensaje que recibí en las intervenciones de la iglesia //*

Manolo (32 años, transmasculino, bisexual - Arequipa)

Los tipos de "tratamiento" o técnicas aplicadas más frecuentes son las técnicas psicológicas (84%) y las prácticas de tipo religioso (16%), como se ve en la siguiente tabla:

**TABLA 40:** Tipo de herramienta o tratamiento usado<sup>128</sup>

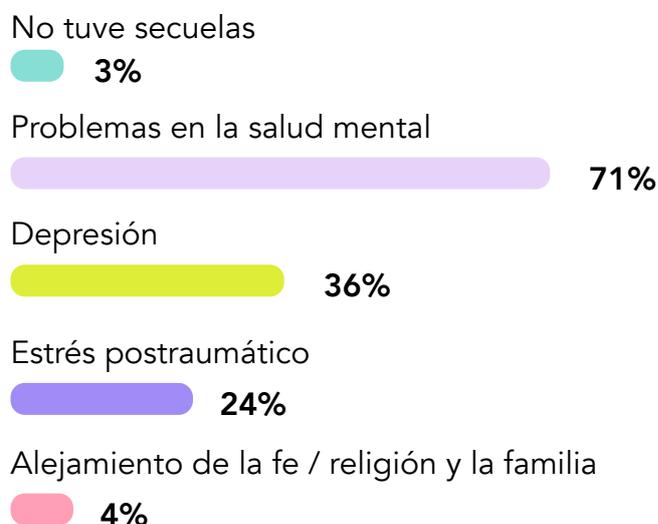


Además, un 7% reportó que había sido internado en algún centro, clínica o fue enviado a alguna escuela religiosa o campamento contra su voluntad como producto de estas prácticas.

Se preguntó por las secuelas y consecuencias de este tipo de prácticas. La muestra identificó que el mayor impacto fue en su salud mental (71%), síntomas depresivos (36%) y síntomas de estrés postraumático (24%), como se ve en la tabla:

<sup>128</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

**TABLA 41:** Consecuencias de la intervención<sup>129</sup>



*“ Aun siento culpa cuando me siento triste o preocupado por algo. De adulto ya pude acceder a terapia y reconocer que la voz que me hacía sentir culpa era esa voz del cura que me culpaba de todo ”*

Manolo (32 años, transmasculino, bisexual - Arequipa)

*“ La consecuencia fue que me deprimí muchísimo y pasé por otro intento de suicidio ”*

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

En las entrevistas se identificó que algunas personas que narraron haber pasado por ECOSIEG identificaron que una de las consecuencias más importantes era su alejamiento de iglesias o grupos parroquiales de los que participaban, así como la pérdida de la fe, consecuencia que se identificó también en las encuestas (4% para aquellas personas que fueron sometidas de manera obligada), como se indica en la tabla anterior. Esto se puede ver con claridad en los testimonios a continuación:

<sup>129</sup> Los porcentajes no suman totales al 100% ya que se le dio la opción de que puedan marcar varias opciones o ninguna.

*“ Siento que a partir de este hecho mi vínculo con la religión empezó a deteriorarse. El efecto de lo sucedido continuó por mucho tiempo. Me alejé de la iglesia. Me cuesta actualmente creer en las personas que se proclaman representantes de una institución que me lastimó y me hizo avergonzarme de mí mismo ”*

Manolo (32 años, transmasculino, bisexual - Arequipa)

*“ Desde niño me inculcaron asistir a la iglesia, cosa que me gusta. Soy muy religioso, creo en Dios y en Jesucristo. Pero cuando creces te das cuenta que las primeras personas que se supone están contigo para guiarte en la iglesia son las primeras en juzgarte. Eso me hizo alejarme mucho de la iglesia e incluso llegué a odiar a dios cuando él no tenía la culpa de lo que sus ‘hijos’ hacían conmigo ”*

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

Tanto las prácticas de conversión de iniciativa propia como las obligadas generan secuelas en la salud mental que son identificadas por las propias personas, y no tienen un efecto real de cambio de la orientación sexual o identidad de género (ya que las personas actualmente se identifican como personas LGBTIQ+). Además, existe una mayor afectación autopercebida cuando esto es impuesto, obligado o mandatorio, como se puede ver en los resultados expuestos.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en el primer estudio realizado en el 2019, que encontró una asociación entre problemas de salud mental, pero específicamente, síntomas de estrés postraumático, en la muestra de personas que pasaron por prácticas de conversión o ECOSIEG.

Al realizar una correlación entre la ocurrencia de prácticas de conversión obligadas o mandatorias y las distintas sintomatologías identificadas en el eje II de este análisis, se

encontró que existen diferencias significativas (y asociación) entre haber pasado por terapias de conversión y puntuar más alto en ideación y pensamientos suicidas y consumo problemático de sustancias. Para ambos casos se realizó una asociación de variables mediante el estadístico chi-cuadrado y se obtuvieron índices de significancia menores a 0.05.

Esto se puede evidenciar en los siguientes testimonios:

*// Me llevaron un par de veces con la excusa de recibir algún curso bíblico sin saber que era una conversión. Era como caer en una trampa. Yo fui con la intención de aprender quizás un poco más de la Biblia, pero si llegas a un lugar y el tema a tratar es la homosexualidad, que la fornicación está mal, que la homosexualidad está mal, que el punto central sea la homosexualidad, a mí ya me pareció raro. Te decían 'las personas que practican estos actos se van al infierno, no son felices, van a tener enfermedades, la familia los va a abandonar, la familia no los acepta', y peor aún si tu familia pertenece a este culto religioso //*

---

Danny (37 años, hombre cis gay - Lima Metropolitana)

*// La que sí insistió que fuera al psicólogo fue mi mamá, que me llevó como a tres psicólogos, menos mal que eran de afuera, como que le dijeron que no es un problema, simplemente es una transición que está experimentando. Mi mamá buscó un cura porque sentía que era una enfermedad //*

---

Nico (30 años, gay, no binario - Lima Metropolitana)

// En ese momento el psiquiatra les habló a mis papás más que todo de Dios, que Dios me puede cambiar, me puede volver a ser un hombre para tener esposa. Luego me hicieron entrar a mí, nos dijo que yo podía cambiar, que era una persona recién joven, que podía enderezar mi camino, que Dios me podía ayudar //

---

Mishell (22 años, mujer trans, heterosexual - Lima Metropolitana)

// Yo creía que esos encuentros eran para hablar sobre Dios, sobre cómo uno debe ser bueno con los demás y toda la cosa, pero fueron ocho horas de 'tú tienes que entender, lo que tú haces está mal. Tienes que controlar tus deseos sexuales, tienes que controlar esas ideas perversas que pone el diablo en tu cabeza. Te vamos a juntar con ellos y escucha lo que ellos dicen' y me acercaron con un grupo donde veía a chicos y chicas que me decían 'yo pensaba como tú, pero me he dado cuenta de que solamente es una etapa. Siempre puedes contarle al Padre, porque el Padre te puede ayudar a ocultar y a calmar esos pensamientos impuros //

---

Demian (21 años, masculinidad trans no binaria pansexual - Lima Metropolitana)

// Hubo un programa, que salía en una página de católicos de Estados Unidos, era virtual. Y tuve algunas sesiones con una psicóloga, me acuerdo, y era como que me llenaban de folletos, que sí, que el sexo era malo, que no tienes por qué tener relaciones. Eso es pecado (...) No tienes por qué estar en pecado y no sé qué. Ya suficiente pecado con tener AMS, que es como le llaman ellos a ser gay //

---

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

Finalmente, analizando la respuesta sobre los ECOSIEG tanto de asistencia por iniciativa propia como obligada, se encontró que 288 personas han sido sometidas a este tipo de prácticas, lo que representa el 23% de la muestra. Este porcentaje es menor que el encontrado en el estudio que se realizó en el 2019 y que identificó que casi el 37% de la muestra había pasado por algún tipo de práctica de conversión. Sin embargo, esto puede deberse a los problemas de representatividad de la muestra ya que, de manera comparativa, el número total de personas analizado en el estudio anterior (363) es considerablemente menor al alcanzado en este estudio (1267).

De cualquier manera, estos números son preocupantes considerando las secuelas que deja. Una encuesta realizada por The Trevor Project en el 2023<sup>130</sup> en población LGBTQ+ joven encontró que 15% había sido amenazada con o había sido sometida a prácticas de conversión. Estos números aumentaban a 1 de cada 5 personas trans o no binarias y están asociados, también, a ideación suicida. En el presente estudio, los números indican que casi 1 de cada 4 personas LGBTQ+ ha sido sometida alguna vez en su vida a alguna práctica para intentar cambiar su orientación sexual, identidad o expresión de género.

---

<sup>130</sup> The trevor project (2023) 2023 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People, recuperado de [https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/assets/static/05\\_TREVOR05\\_2023survey.pdf](https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/assets/static/05_TREVOR05_2023survey.pdf)

## EJE 4: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Se realizaron preguntas sobre el acceso a los servicios de salud mental y los obstáculos que existen para una atención de calidad y afirmativa para personas LGBTIQ+.

Se le consultó a la muestra dónde realizan la atención de su salud mental. En la siguiente tabla se puede ver que la mayoría sí atiende su salud mental, pero lo realizan de manera privada (44%). Hay que considerar que muchas de las personas usan varias técnicas, como recurrir a sus amistades (42%) y también a la medicina alternativa (4%), así como a espacios más formales de atención pública o privada.

**TABLA 43:** Lugar/Espacio donde se atiende la salud mental

Espacio al que acude	Muestra general LGBTIQ+	Bisexual	Trans	Intersex	No binaries
Centro de salud público, posta o ESSALUD	23%	22%	21%	42%	22%
Centro de salud privado / particular	44%	50%	48%	13%	51%
Medicina alternativa	4%	5%	5%	0%	5%
Espacios LGBTIQ+	0.4%	0%	1%	0%	1%
Familiares	15%	15%	14%	10%	15%
Amistades	42%	47%	40%	23%	47%
No atiende su salud mental	28%	27%	33%	16%	32%

Cuando se realiza la comparación con la muestra de personas trans, no binarias, intersex y bisexuales<sup>131</sup> hay algunas diferencias. Todos los grupos, excepto las personas intersex, acuden mayoritariamente a profesionales de salud o centros de salud particulares.

Además, cuando se consulta sobre el uso de espacios LGBTIQ+ para atender su salud mental, para todos los grupos se identifican números muy bajos, con mayor énfasis en personas bisexuales e intersex. Esto, debido probablemente a la mayor invisibilidad y sentido de comunidad que tiene tanto la comunidad bisexual, como la comunidad intersex<sup>132</sup>.

Finalmente, el porcentaje de personas trans y no binarias que no atiende su salud mental pasa el 30%, mientras las personas bisexuales y no binarias son las que acuden más a sus amistades para obtener contención emocional.

Se indagó sobre la necesidad de medicación en la actualidad, el 14% reporta estar medicado y el 72% de este grupo indica que la medicación que recibe son antidepresivos. Ante la comparación con otros grupos, tanto las personas bisexuales (17%), trans (24%), intersex (29%) y no binarias (25%) están siendo medicadas actualmente por alguna condición de salud mental.

Se les consultó sobre el gasto que representa la atención psiquiátrica y psicológica. En el siguiente gráfico se puede ver que la mayoría (51%) tiene un gasto de hasta 200 soles mensuales en su salud mental.

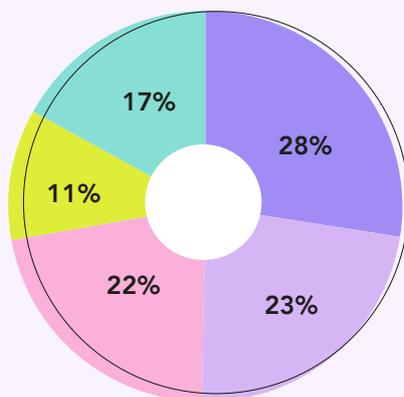
---

<sup>131</sup> Brown, A. (2019) Bisexual adults are far less likely than gay men and lesbians to be 'out' to the people in their lives. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/06/18/bisexual-adults-are-far-less-likely-than-gay-men-and-lesbians-to-be-out-to-the-people-in-their-lives/>

<sup>132</sup> Brennan, S. y Behrens, M. (2016) Margins within the marginal: Bi-invisibility and intersexual passing. En Harrison, K. y Cooley, D. (Ed.), *Passing/Out: Sexual Identity Veiled and Revealed*, p. 171-183. Routledge

### GRÁFICO 7: Gasto en atención de salud mental

¿Recibes tratamiento psicoterapéutico por el diagnóstico que tienes?

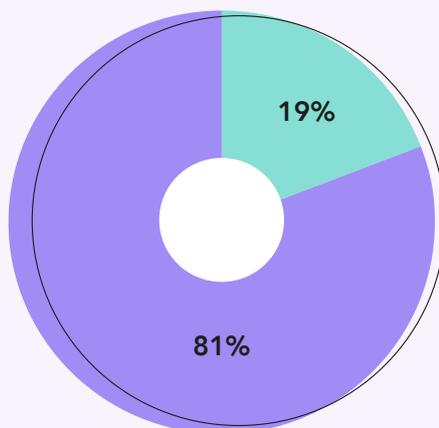


■ Menos de 100 soles    ■ Entre 100 y 200 soles    ■ Entre 200 y 500 soles  
■ Más de 500 soles    ■ Gratuito

También, se les preguntó acerca de las experiencias de discriminación en la atención de la salud mental. El 19% afirmó haber pasado por situaciones de este tipo, como se puede ver en el siguiente gráfico.

### GRÁFICO 8: Discriminación en atención de salud mental

¿Has sufrido de discriminación de parte de algún proveedor de salud mental por se LGBTQ+?



■ Sí    ■ No

*// Espero que el personal de salud se capacite más. No es posible que las personas LGBTIQ+ tengamos que ocultar nuestra identidad para recibir atención. Yo he tenido que ir en falda o en vestido, he tenido que presentarme de manera femenina para poder recibir atención //*

Alexander (26 años, transmasculino - Lima Metropolitana)

Estos porcentajes aumentan en población bisexual (22%) e intersex (26%), pero se hacen mucho más altos en personas trans (41%) y no binarias (32%).

A continuación, se pueden ver los estereotipos más prevalentes en la forma de discursos discriminatorios y qué tanto lo ha identificado la muestra en contextos de atención de su salud mental:

**TABLA 44:** Estereotipos o discursos de discriminación en la atención de salud mental

Muestra general LGBTIQ+	% que la ha escuchado
Las personas LGBTIQ+ son así porque han sufrido traumas sexuales en la infancia	52%
Las personas LGBTIQ+ son así porque no han tenido papá o mamá presentes	40%
Las personas LGBTIQ+ son más promiscuas que las personas heterosexuales	48%
Las personas trans tienen un trastorno mental o de su identidad y deben ser ayudadas a identificarse con el sexo asignado al nacer	35%
No existe la asexualidad, la persona probablemente nunca ha conocido a la persona indicada que despierte su deseo sexual o tiene algún trastorno sexual	22%

Muestra general LGBTQ+	% que la ha escuchado
Las personas bisexuales están confundidas con su orientación sexual y necesitan definirse	47%
Las personas bisexuales esconden una homosexualidad latente, por lo tanto, sus relaciones "heterosexuales" son un engaño	53%
Las personas de género no binario son un mito o están confundidas sobre su identidad, es un invento moderno	24%
Los gays son incapaces de tener una relación amorosa estable	41%
Las lesbianas son así porque no han conocido al hombre correcto	37%

Como se puede ver en la tabla previa, el discurso bifóbico es el que se escucha con más frecuencia, centrado en el pensamiento de que las personas bisexuales esconden una homosexualidad latente (53%), seguido a idea de que las personas LGBTQ+ se "vuelven así" por eventos traumáticos de connotación sexual en la infancia (52%).

Algunos ejemplos de la prevalencia de estos estereotipos en los testimonios de dos lesbianas:

*// Este psicólogo me dijo, 'pero, ¿tú sientes que eres mujer o no?' Yo le dije 'sí, soy mujer, pues, o sea, mi identidad es esta. Sé las diferencias' (...) Y agarró y les dijo a mis papás, 'pero está bien, pues eso, al menos no es trans' //*

Leni (25 años, mujer cis lesbiana - Piura)

*Una vez un psicólogo me dijo 'y en tu relación ¿quién es el hombre y quién es la mujer?'. Y en otras ocasiones me dijo 'lo que pasa es que eres aún muy joven y no has conocido a un caballero que te haga sentir amada, de repente por eso te refugias en las mujeres'*

Majo (30 años, lesbiana - Lima Metropolitana)

En general, ante la pregunta sobre la competencia general de los profesionales de salud mental para atender a personas LGBTQ+, la mayoría de personas considera que casi nunca o nunca se han encontrado con personal capacitado para atenderles (47%), como se puede ver en la siguiente tabla.

**TABLA 45:** Capacitación y sensibilización del personal de salud mental

<b>Casi siempre</b>	163	13%
<b>Siempre</b>	195	15%
<b>A veces</b>	319	25%
<b>Nunca</b>	224	18%
<b>Casi Nunca</b>	366	29%
	<b>1267</b>	<b>100%</b>

*Es importante capacitar a profesionales de la salud mental en temas de diversidad, porque yo no podría hablar con alguien que no valide mi existencia ¿qué hago hablando con alguien que no cree que deba existir?*

Andrea (31 años, mujer cis bisexual, Lima Metropolitana)

Se consultó, además, por los principales obstáculos que existen para una atención de la salud mental que sea de calidad y sin discriminación. En la siguiente tabla se puede ver que el mayor obstáculo es el costo de la atención (55%) y la poca capacitación que tienen los profesionales de salud mental en enfoque afirmativo o su poca preparación y/o experiencia en el trabajo con población LGBTIQ+ (41%), así como la poca información a disposición de las personas sobre profesionales que trabajen con enfoque afirmativo (41%).

*“ Cuando uno va al Centro de Salud Mental Comunitaria, aquí en Arequipa solo hay 5, no hay enfoque de género. Cuando tú le dices que perteneces a la comunidad LGTB, no hay ninguno que lo comprenda, pregunto si hay algún experto o alguien que haya llevado un curso o algo, y me dicen que no ”*

Flaps (29 años, mujer cis lesbiana - Arequipa)

**TABLA 46:** Obstáculos para la atención en salud mental

<b>Obstáculo para la atención adecuada de la salud mental</b>	<b>Lo considera obstáculo</b>
Altos costos	55%
No hay profesionales capacitados para atender personas LGBTIQ+	41%
Discriminación de parte de los profesionales de salud mental	13%
Los profesionales de la salud mental creen en la validez de las prácticas de conversión o ECOSIEG	10%
No hay información disponible profesionales de salud mental con enfoque afirmativo o que estén capacitados para tratar a personas LGBTIQ+	41%
No hay centros de atención de la salud mental cercanos	26%
No puedo recibir atención virtual porque mi casa no es un lugar seguro	16%

Esto coincide con lo identificado en la encuesta de The Trevor Project<sup>133</sup>, quienes encontraron que en población joven LGBTIQ+, el costo es uno de los mayores obstáculos para recibir atención en salud mental afirmativa.

*Yo sé que una de las barreras principales es el costo económico porque cuando es público puede ser gratis, pero viene con estigma, es como que están muy desactualizados*

Ángel (18 años, persona no binaria bisexual - Lima Metropolitana)

Para finalizar la encuesta, se les preguntó acerca de experiencias positivas que hubieran tenido en la atención de su salud mental y las características que tuvo esta situación. En la siguiente tabla se puede ver que la mayor característica positiva identificada es la no discriminación, es decir, que se valora que se haya encontrado un espacio afirmativo de sus identidades LGBTIQ+.

**TABLA 47:** Características de las experiencias positivas en la atención de salud mental

Características de las experiencias positivas de atención de la salud mental	% que la identificó en su experiencia
No hubo discriminación	57%
Respeto de la orientación sexual	47%
Respeto de pronombres e identidad de género	18%
Narrativas positivas y afirmativas de las identidades LGBTIQ+	30%

<sup>133</sup> The Trevor Project (2023) 2023 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People, recuperado de [https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/assets/static/05\\_TREVOR05\\_2023survey.pdf](https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/assets/static/05_TREVOR05_2023survey.pdf)

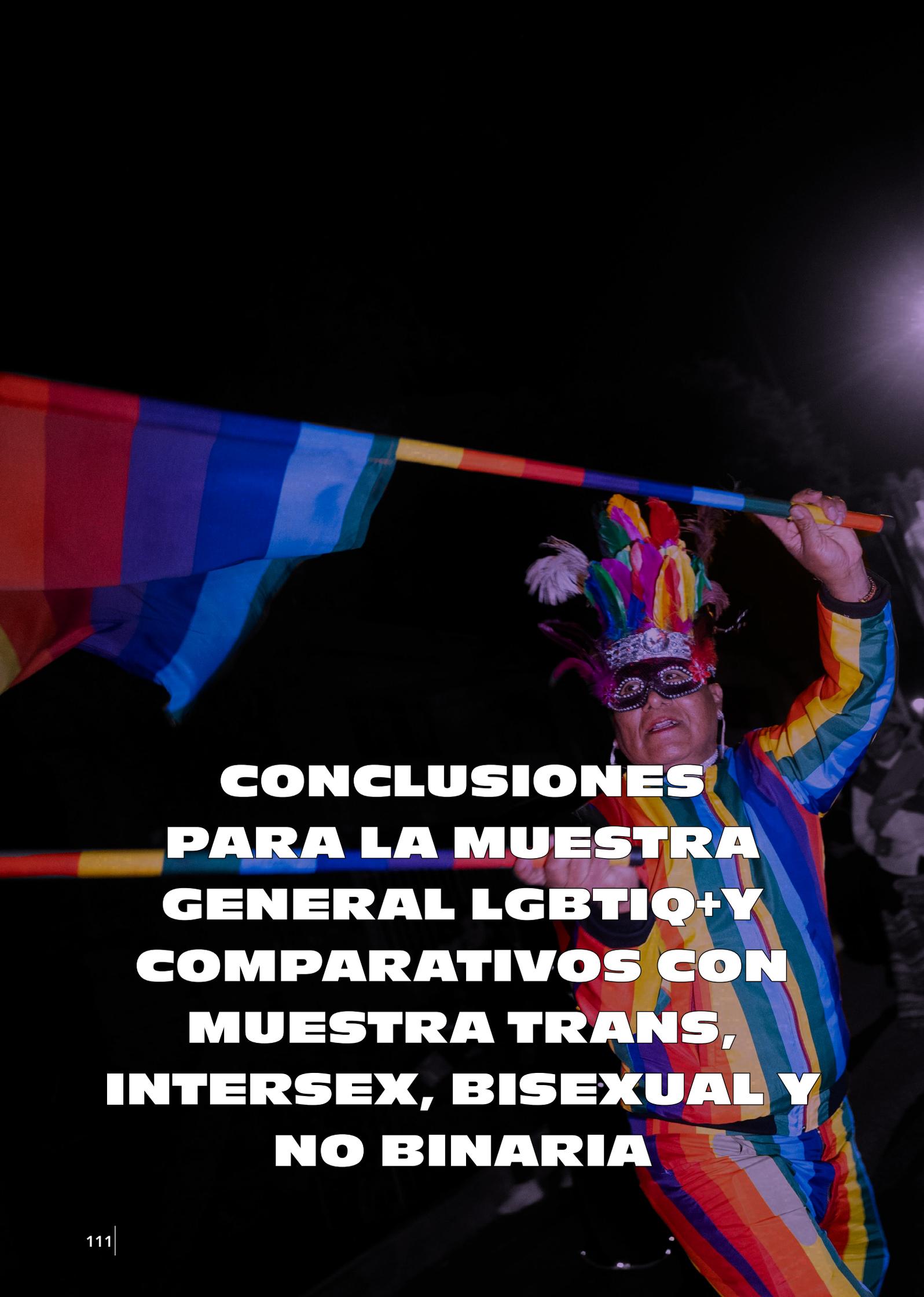
Características de las experiencias positivas de atención de la salud mental	% que la identificó en su experiencia
No se asumió la identidad de género (cisgénero) u orientación sexual (heterosexual)	24%
Precio justo o se aplicó tarifa social	21%

Además, se preguntó si conocen o acuden a espacios de escucha o contención comunitaria especializado en personas LGBTIQ+. Solo el 9% afirma conocer y acudir a este tipo de espacios. Es importante que se fomenten más espacios de atención afirmativa, ya que, como explica Meyer, unos de los factores protectores contra el estrés de minorías es el fomento de la resiliencia comunitaria en espacios LGBTIQ+<sup>134</sup>

*Entonces, sí es un limitante el dinero, lamentablemente. El acceso a un psicólogo no es barato. No es. Y si tú buscas... si bien es cierto también ahora por las redes hay alcance de la virtualidad y tú puedes tener sesiones virtuales y eso reduce un poco el costo; sin embargo, sigue siendo elevado y muchas personas no tienen ese acceso*

Danny (37 años, hombres cis gay - Lima Metropolitana)

<sup>133</sup> Meyer I. H. (2015) Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf>

A person wearing a vibrant rainbow-colored outfit and a decorative mask with feathers is holding a large rainbow flag. The background is dark, suggesting an outdoor night event.

**CONCLUSIONES  
PARA LA MUESTRA  
GENERAL LGBTIQ+Y  
COMPARATIVOS CON  
MUESTRA TRANS,  
INTERSEX, BISEXUAL Y  
NO BINARIA**

## EJE 1: VISIBILIDAD, ESTRÉS DE MINORÍAS Y FACTORES PROTECTORES

- La mayoría de las personas son visibles (el 26% indica estar en un grado 4 de visibilidad en una escala que va del 1 al 6. El 17% se considera totalmente visible. Solo el 7% reporta ser nada visible.
  - Las personas bisexuales son las que reportan mayor porcentaje en “nada visibles”.
  - La gran mayoría menciona ser completamente visibles con sus amistades o su comunidad.
- La mayoría de las personas encuestadas nunca ha sido impedida de ingresar a un lugar o recibir un servicio por ser una persona LGBTQ+ (66%) y solo el 6% reporta que casi siempre o siempre le sucede.
  - En el caso de las personas trans, este número asciende a 17%.
- En su mayoría que nunca habían sido retiradas de algún lugar, sin embargo, un 9% respondió que esto le sucede casi siempre o siempre.
  - El 16% de las personas trans y no binarias, son siempre o casi siempre retiradas de espacios públicos.
- El 5% de la muestra general LGBTQ+ refiere que siempre o casi siempre se les ha negado trabajo o despedido por ser una persona LGBTQ+.
  - En el caso de las personas trans, este índice aumenta hasta 16%.
- El 13% de la muestra general reporta que casi siempre o siempre recibe mala atención o servicios por ser una persona LGBTQ+
  - Este número aumenta para las personas no binarias (21%) y trans (29%).
- El 17% reporta siempre o casi siempre vivir agresiones de diversos tipos.
- El 34% casi siempre o siempre sufre violencia verbal o psicológica. Los espacios donde mayormente se reportan estas violencias son: la escuela, la familia y el espacio público, seguido de la iglesia.
  - Estos números crecen para personas intersex (48%), trans (53%) y no binarias (59%).
- El 17% refiere que casi siempre o siempre recibe amenazas o se siente amenazado por ser una persona LGBTQ+.
  - Se encontraron índices más altos de amenaza en personas trans (38%), no binarias (28%) e intersex (20%).
- El 6% reporta que sufre agresiones físicas siempre o casi siempre.
  - Este índice aumenta en personas intersex (16%), trans (15%) y no binarias (9%).

- El 38% de la muestra reporta que siempre o casi siempre le hacen preguntas inapropiadas o ha recibido atención no deseada de tipo sexual por ser una persona LGBTIQ+.
  - Este índice aumenta para personas bisexuales (41%) e intersex (42%) y es aún más preocupante en el caso de personas no binarias (51%) y trans (59%).
- En el caso de violencia sexual, el 10% reporta que esta situación se da de manera frecuente (casi siempre o Siempre).
  - El 31% ha sufrido violencia sexual por lo menos alguna vez, si se excluye al 69% que reporta que nunca ha sucedido.
  - Estos números incrementan cuando vemos a la población trans (44%), intersex (39%) y no binaria (39%).
- La muestra general LGBTIQ+ reporta niveles altos y muy altos de estrés de minorías en un 14%.
  - Estos números crecen cuando nos enfocamos en población bisexual (29%), trans (30%), intersex (36%) y no binaria (32%).
  - El pensamiento más recurrente es el de tener que “prepararse mentalmente para recibir faltas de respeto por ser LGBTIQ+” (el 48% de la muestra reporta sentir esto casi siempre o siempre).
  - El 63% de las personas encuestadas siente angustia siempre o casi siempre por vivir en un país que no reconoce sus derechos, lo que impacta en su proyecto de vida. Este índice sube a 80% para personas trans y 71% para personas no binarias.
- El 27% siente siempre o casi siempre afectación emocional debido a que su visibilidad es causa de distanciamiento con sus familiares, padres o cuidadores primarios.
  - Estos índices son mayores en el caso de personas bisexuales (29%), intersex (32%) no binarias (33%) y trans (47%).
- El 37% tiene factores protectores en nivel alto y el 29% en nivel muy alto.
  - El 71% casi siempre o siempre siente orgullo de ser LGBTIQ+.
  - Esta sensación de orgullo crece, a pesar de todas las situaciones de discriminación, en personas trans (85%) y no binarias (84%).

## EJE 2: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

- El 38% de la muestra encuestada ha recibido alguna vez un diagnóstico de salud mental.
  - Estos números se incrementan en personas bisexuales (45%), personas trans (54%) y personas no binarias (55%).
  - Los trastornos de ansiedad y depresión son los más frecuentes de ser diagnosticados (34% y 27%, respectivamente).

- Los niveles de trastornos de ansiedad identificados en la muestra bisexual, trans y no binarie son más altos, así como los trastornos de personalidad son muy frecuentes en la muestra trans y no binarie, en un 15% y 16% respectivamente.
  - Los trastornos depresivos corresponden al 100% de los diagnósticos en personas intersex, al 78% en personas trans y al 74% de diagnósticos en personas no binarias.
  - El 13% de las personas trans que recibieron un diagnóstico tienen alguna condición del neurodesarrollo, como autismo o TDAH, es decir, son neurodivergentes.
  - El trastorno bipolar también es más prevalente en población trans (9%) y no binaria (10%).
  - Estos diagnósticos fueron brindados principalmente por algún profesional de salud mental, en el 99% de los casos, según reporta la muestra.
  - El 30% fue recetada o ha tomado antidepresivos y el 16% con ansiolíticos por ese diagnóstico.
  - Solo el 27% ha recibido tratamiento psicoterapéutico, 27% lo recibe de manera intermitente y 46% no lo recibe.
  - La edad más frecuente en la que aparecieron los síntomas de estas condiciones o diagnósticos fue la adolescencia (42%) seguido de la niñez (26%).
- La desregulación emocional se presenta en niveles altos y muy altos en el 66% de la muestra total, los síntomas de depresión en 44% y 26% presenta ideación suicida casi siempre o siempre.
    - Las personas trans tienen todos los síntomas en niveles más altos que la muestra general LGBTIQ+, incluido ideación suicida. Resultados similares obtienen las personas no binarias e intersex.
    - Las personas bisexuales tienen alta desregulación emocional y síntomas ansiosos, más que la muestra general.
  - El estrés de minorías se encuentra relacionado de manera moderada con la desregulación emocional y los síntomas de ansiedad.
  - También se observan asociaciones moderadas y fuertes entre ideación suicida y desregulación emocional, autolesiones, síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.

### EJE 3: PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN Y ECOSIEG

- En los dos últimos años, el 6% de las personas encuestadas ha tratado de dejar de ser una persona LGBTIQ+.
  - Esto se confirma a través del coeficiente de correlación moderado/alto que se obtiene en la asociación entre Estrés de minorías y tratar de dejar de ser LGBTIQ+ en los últimos dos años (0.605, con significancia estadística al 0.01)

- El 11% de las personas encuestadas contestaron que habían acudido por iniciativa propia a alguna ECOSIEG (145 personas).
  - Los motivos más frecuentes son “tenía miedo de no poder ser feliz” y “no quería decepcionar a mi familia”, que son aún más prevalentes entre personas trans y no binarias que acudieron de terapias de conversión por voluntad propia.
  - Para las personas intersex, los motivos más frecuentes son “quería dejar de estar en pecado” y “estaba convencido de que era una enfermedad”.
  - La edad más frecuente en la que ocurrieron estas prácticas fue durante la adolescencia (menos de 18 años).
  - La mayoría de estas prácticas fue realizada por una autoridad religiosa o una iglesia (46%).
  - Los tipos de “tratamiento” o técnicas aplicadas más frecuentes son las técnicas psicológicas (71%) y las prácticas de tipo religioso (63%).
  - El 10% de las personas que acudió por iniciativa propia reporta haber sido internado o llevado a un campamento o escuela de “conversión”.
- El 15% de la muestra respondió que había sido obligada a acudir a ECOSIEG (187 personas).
  - La mayoría de estos sucesos se dieron durante la adolescencia (66%).
  - La persona o figura que obliga al sometimiento de estas prácticas es en la mayoría de casos un padre, madre o cuidador principal (75%).
  - La mayoría se realizó en algún centro de salud mental o la realizó un profesional de salud mental (72%).
  - Los tipos de “tratamiento” o técnicas aplicadas más frecuentes son las técnicas psicológicas (84%) y las prácticas de tipo religioso (16%).
  - La muestra identificó que el mayor impacto fue en su salud mental (71%), síntomas depresivos (36%) y síntomas de estrés postraumático (24%).
  - Se encontró que existe asociación entre haber pasado por terapias de conversión y puntuar más alto en ideación y pensamientos suicidas y consumo problemático de sustancias.
- En total, 288 personas han sido sometidas a este tipo de prácticas, sea de asistencia por iniciativa propia o de manera obligada, lo que representa el 23% de la muestra. Esto representa a casi 1 de cada 4 personas que respondieron a este estudio.

#### EJE 4: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- La mayoría de la muestra atiende su salud mental en práctica privada (44%).
  - Todos los grupos (trans, no binarios y bisexuales), excepto las personas intersex, acuden mayoritariamente a profesionales de salud o centros de salud particulares.

- El porcentaje de personas trans y no binarias que no atiende su salud mental pasa el 30%, mientras las personas bisexuales y no binarias son las que acuden más a sus amistades para obtener contención emocional.
- El 14% de la muestra reporta estar actualmente medicado y el 72% de este grupo indica que la medicación que recibe son antidepresivos.
  - Las personas bisexuales (17%), trans (24%), intersex (29%) y no binarias (25%) han sido medicadas por alguna condición de salud mental.
  - La mayoría (51%) gasta hasta 200 soles en su medicación.
- El 19% reporta haber sufrido discriminación en la atención a su salud mental.
  - Estos porcentajes aumentan en población bisexual (22%) e intersex (26%), pero se hacen mucho más altos en personas trans (41%) y no binarias (32%).
- Las ideas discriminatorias o prejuiciosas más frecuentemente escuchadas en espacios de atención en salud mental son:
  - “Las personas bisexuales esconden una homosexualidad latente, por lo tanto, sus relaciones ‘heterosexuales’ son un engaño” (53% reporta haberla escuchado).
  - “Las personas LGBTIQ+ son así porque han sufrido traumas sexuales en la infancia” (52% reporta haberla escuchado).
- La mayoría de personas considera que casi nunca o nunca se han encontrado con personal de salud mental capacitado para atenderles (47%).
- Los principales obstáculos para una atención de calidad de la salud mental son:
  - Altos costos (55% reporta que este es un obstáculo)
  - No hay profesionales capacitados para atender personas LGBTIQ+ (41% reporta que este es un obstáculo)
  - No hay información disponible profesionales de salud mental con enfoque afirmativo o que estén capacitados para tratar a personas LGBTIQ+ (41% reporta que este es un obstáculo)
- Características positivas en la atención de la salud mental:
  - No discriminación (57% lo reporta como característica deseada)
  - Narrativas positivas y afirmativas de las identidades LGBTIQ+ (30% lo reporta como característica deseada)



# RECOMENDACIONES

## RECOMENDACIONES AL PODER EJECUTIVO

- Ejecutar iniciativas vinculadas a la protección de los derechos fundamentales sin discriminación, en atención a las poblaciones más vulnerables como la población LGBTIQ+, enfrentando con acciones específicas el problema de la desigualdad y discriminación estructural en el ejercicio pleno de sus derechos.
- Desde el Ministerio de Justicia, implementar acciones de fortalecimiento de las instancias de protección de poblaciones vulnerables en aplicación de la Política Nacional Multisectorial de Derechos Humanos al 2040, que incluye a la población LGTBIQ+. Entre estas acciones es fundamental fortalecer la capacitación a los profesionales del sistema judicial para la atención y abordaje correctos en los casos de denuncias respecto a prácticas que vulnere la salud física y mental de las personas de la diversidad sexual y de género.
- Desde el Ministerio Público, fortalecer a las fiscalías especializadas brindando capacitaciones que aborden de manera frontal cualquier acción que atente contra los derechos fundamentales de la población LGTBIQ+, desde un enfoque preventivo, sancionador y reparador.
- Desde el Ministerio Público, fortalecer la sistematización del Observatorio de Criminalidad para continuar registrando las características criminológicas de los casos que se investigan y judicializan respecto a la afectación a la población LGTBIQ+ .
- Desde el Ministerio de Salud, implementar capacitaciones para profesionales de salud mental, con énfasis en diversidad sexual y de género, aplicando un enfoque psicoterapéutico afirmativo para la atención de personas LGBTIQ+.
- Desde el Ministerio de salud, implementar los protocolos de denuncia de Susalud, de manera que permitan registrar prácticas de conversión en la atención de situaciones de violencia en personas LGBTIQ+, debido a que estos hechos son denunciables penalmente, y van en contra de las obligaciones asumidas por el Estado Peruano en materia de derechos humanos establecidas en tratados internacionales.
- Desde el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, fortalecer la atención que se brinda a las personas de la diversidad sexual y de género a través del Programa Aurora y CEM a nivel nacional, de manera que se puedan seguir acompañando denuncias por violencia física, mental y sexual, y llevando el registro estadístico para realizar incidencia en la prevención de estos hechos.

- Desde el Ministerio de Educación, a través de la plataforma Síseve brindar una atención diferenciada y urgente a los reportes de violencia escolar física, psicológica y sexual, que se producen en ámbitos escolares y educativos de manera que pueda brindarse atención oportunamente a niños, niñas y adolescentes que atraviesen situaciones que puedan afectar gravemente su salud mental y física.
- Desde las Gerencias Regionales de Educación y Unidades de gestión educativa locales a nivel nacional, fiscalizar, prevenir, detectar, e intervenir a psicólogos y psicólogas educativas, docentes, auxiliares o cualquier personal que labore en dichas instituciones que someta a estudiantes a prácticas de conversión (ECOSIEG). Es en estos espacios donde han ocurrido y continúan sucediendo estas situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes LGBTIQ+.

## RECOMENDACIONES AL PODER LEGISLATIVO

- Modificar la Ley de Salud Mental (N° 30947) de manera que pueda incluirse de forma explícita la prohibición y sanción de todo tipo de práctica que busque cambiar la orientación sexual o la identidad de género de las personas.
- Aprobar normativa pertinente que prohíba la discriminación y violencia hacia personas LGBTIQ+, así como sancione todo esfuerzo por cambiar la orientación sexual e identidad de género, como una forma de violencia y discriminación, de tal manera que se identifique, investigue, denuncie, sancione y se reparen efectivamente estas prácticas nocivas.
- Aprobar el marco jurídico pertinente a la protección del derecho a la identidad para salvaguardar a la población de identidades disidentes al género asignado, de manera que puedan evitarse con este reconocimiento situaciones de discriminación, trato diferenciado y falta de acceso a sus derechos fundamentales, en cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos existentes.
- Aprobar la ley de matrimonio igualitario, la cual asegure la protección de las familias conformadas por personas LGTBIQ+ en cumplimiento de la Opinión Consultiva 24-2017 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Aprobar una legislación para salvaguardar los derechos humanos de las personas intersexuales al aplazar los procedimientos médicos irreversibles y no urgentes hasta que tengan la edad suficiente, esto en cumplimiento de los estándares de los derechos humanos que prohíben intervenciones médicas sin consentimiento y cualquier otra práctica contra la autonomía de las personas.

- Legislar de manera firme, con un enfoque interseccional, y plantea sanciones en el caso de comisión de delitos por prejuicio motivados por la orientación sexual, identidad y/o expresión de género de las personas.

## RECOMENDACIONES A LA ACADEMIA

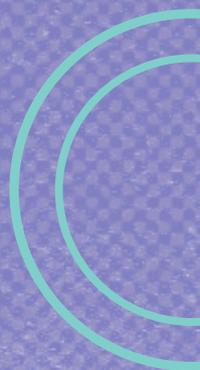
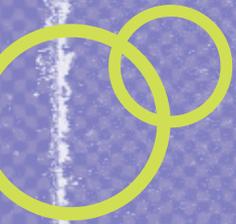
- Implementar investigaciones de corte científico con periodicidad que permitan reconocer el estado de la salud mental y el acceso a servicios de salud mental desde el Estado. Para ello es necesario medir la variable género, orientación sexual, identidad de género y características sexuales en las investigaciones que dirige el Instituto Nacional de Salud Mental y los distintos sectores del Estado que implementan políticas públicas.
- Abordar las investigaciones respecto a personas de LGBTIQ+ desde un enfoque respetuoso de sus identidades y experiencias de vida, sin perpetuar sesgos ni estereotipos.
- Asegurar mayor representación de las personas LGBTIQ+ teniendo en cuenta variables interseccionales como el ingreso económico, lugar de procedencia, autoidentificación étnica y discapacidad, aplicando diversas técnicas de muestreo en próximas investigaciones.
- Implementar metodologías y diseños más rigurosos de manera que se puedan utilizar estadísticos de predicción, análisis clúster y análisis discriminantes respecto de las causas de los problemas de salud mental y las consecuencias de ser sometido a prácticas de conversión.
- Evaluar la salud mental mediante instrumentos o entrevistas clínicas, de manera que se puedan asociar estas variables a factores de autopercepción y autoreporte.
- Implementar reformas en los currículos universitarios de profesiones que atienden la salud mental (psicología, medicina y enfermería) para incluir formación en enfoque de género y enfoque afirmativo, de tal manera que los futuros profesionales de salud mental estén capacitados para atender personas LGBTIQ+.
- Promover la investigación de la realidad de las personas LGBTIQ+, desde un abordaje transversal que permita evidenciar el contexto social, económico, cultural, entre otras situaciones, que atraviesan a este grupo poblacional.

## RECOMENDACIONES A LOS COLEGIOS PROFESIONALES

- Incluir en los colegios profesionales de Psicólogos y Médicos, dentro de sus procedimientos administrativos, rutas de atención, denuncia y sanción de cualquier práctica, acción y/o discurso discriminatorio; de tal manera que se implemente de manera específica la prevención de este tipo de situaciones en sus reglamentos, en protección de las personas que acuden a sus profesionales colegiados, en busca de atención en salud mental.
- Implementar en sus códigos de ética y deontología la prohibición de acciones que atenten contra los derechos, seguridad y bienestar de las poblaciones vulnerables, con especial énfasis en la población LGBTIQ+, quienes han evidenciado haber sufrido situaciones de vulneración en espacios de atención en salud mental.
- Fomentar la capacitación en enfoque afirmativo a través de sus colegiados.

## RECOMENDACIONES A LAS ORGANIZACIONES DE SOCIEDAD CIVIL DE DERECHOS HUMANOS

- Continuar promoviendo la organización comunitaria de personas LGBTIQ+, y el trabajo de base por identidades y contextos geográficos, de manera que se pueda enfrentar y denunciar de manera colectiva cualquier situación de afectación de la salud mental de esta población.
- Implementar un enfoque educativo en las organizaciones de la sociedad civil, para poder identificar las prácticas que afectan la salud integral. Además, promover la identificación de centros de salud mental, profesionales u otras organizaciones que puedan brindar atención con enfoque afirmativo, en protección de la dignidad e integridad de las personas que participen de sus actividades.
- Implementar mecanismos de vigilancia para identificar y denunciar prácticas de conversión o problemas en el acceso a servicios de salud mental en personas LGBTIQ+.
- Difundir entre sus integrantes procedimientos y canales donde se puedan denunciar y comunicar a las autoridades cualquier vulneración a la salud mental de su población, para poder intervenir y detener este tipo de prácticas, y no causen afectación a más personas en sus localidades.
- Difundir una postura firme y en contra de cualquier tipo de práctica de conversión a través de comunicados, talleres y capacitaciones, dando a conocer una actitud vigilante que pueda tomar acción en caso de cualquier vulneración.



Más   
**Igualdad**



Búscanos en redes como:  
**@masigualdadpe**

**masigualdad.pe** 

comunica@masigualdad.pe