



SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTQ+ EN PERÚ

Más 
Igualdad



Asociación Civil Más Igualdad Perú

Investigación y elaboración de informe

Alexandra Hernández Muro

Entrevistas

Rodrigo Flores Castro

Alexandra Hernández Muro

Diseño y Diagramación

Juan José Vásquez

Fotografías

Esteban Monzón Marchand

Sosó Carlín Calcina

Dania Morales Perea

Freepik.es

Corrección de estilo

Regina Contreras Limo

www.masigualdad.pe

Autor: Alexandra Hernández Muro

Editado por: Mas Igualdad Perú

BL. T Nro. S/N INT. 403 Urb. Residencial Santa Cruz

San Isidro – Lima, Perú.

1a. edición – Julio 2021

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2021-04786.

Se terminó de imprimir en julio del 2021 en:

Más igualdad Perú

BL. T Nro. S/N INT. 403 Urb. Residencial Santa Cruz

San Isidro – Lima, Perú.



¡GRACIAS!

A la Embajada del Reino Unido, a Poder, a LaMula.pe y a la Red Científico Peruana por permitir que este estudio pueda llegar a más personas.

A la red “Out Of the Margins” y al equipo de Stonewall UK, especialmente a Liz Jacobs, Claire House y Leanne MacMillan, por ser una fuente de aprendizaje y apoyo constante.

A todas las organizaciones LGBTIQ+ que apoyaron con la difusión del estudio.

A Melissa Goytizolo y Fabiola Torres, por el importante trabajo de investigación periodística que movió los cimientos de las prácticas de conversión en nuestro país.

A cada activista trans, no binarie, lesbiana, bisexual y gay que participó y brindó su voz en las mesas de articulación, reuniones y eventos para difundir la necesidad de cambiar el sistema de salud mental que patologiza nuestras vivencias.

A las 323 personas trans, de género no binario, lesbianas, bisexuales y gays que participaron en el estudio y contaron sus experiencias. Cada una permitió visibilizar que se nos niega un servicio de calidad y que las ciencias de la salud mental en el Perú no están a la altura de nuestras necesidades.

A Gerald, Karla, Lucas, Mayra, Carla, Ana Lucía, Alithu, Marcelo, Pollo, Danixa, Jessica, Noah, Ana Lucía, Kimi y Daniel, por compartir sus historias y poner alma a los números con valentía.



**A CADA NIÑE Y
ADOLESCENTE
LGBTIQ+ QUE
IMAGINA UN
PERÚ QUE
LE ABRA LAS
PUERTAS DEL
CLÓSET.**



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	08
CAPÍTULO UNO	16
CAPÍTULO DOS	34
CAPÍTULO TRES	52
CAPÍTULO CUATRO	60
CAPÍTULO CINCO	88



PRE- SENTA- CIÓN

Este estudio forma parte del proyecto internacional “Out of the Margins” (Fuera de los márgenes) liderado y financiado por la organización británica Stonewall UK, que convoca a más de 20 organizaciones LGBTQ+ de distintos países para generar evidencias de las vivencias y experiencias LGBTQ+ con el objetivo de crear cambios y generar impacto en la sociedad.

Los reportes temáticos y el reporte global de este proyecto se pueden encontrar en <https://outofthemargins.org.uk/resources/out-of-the-margins-report-2020/> así como también información sobre el proyecto, entrevistas a los y las activistas y recursos para compartir.

En Perú el proyecto permitió realizar un estudio sobre salud mental en personas LGBTQ+ que tuvo como objetivo principal explorar el acceso a servicios de salud mental y los obstáculos que encuentran para obtener asistencia calificada que pueda satisfacer sus necesidades de salud, sin discriminación.

Pero, además, se explotaron formas de violencia y discriminación y su asociación con las diferentes identidades de género y orientaciones sexuales, así como con los problemas de salud mental más frecuentes, como depresión, ansiedad, baja autoestima y estrés postraumático.

Finalmente, se identificó que en nuestro país aún son frecuentes las llamadas “prácticas de conversión”, esfuerzos que buscan cambiar la orientación sexual y la identidad o expresión de género de personas LGBTQ+ (conocidas como ECOSIEG) y que suceden, especialmente, durante la niñez y adolescencia.

En esta investigación no se alcanzó a ninguna persona intersex, por lo tanto, en la narrativa y presentación de resultados no se asume que las experiencias de personas LGBTQ+ las representen. Debido a ello, en este informe no se incluye la I de intersex cuando se usa el acrónimo LGBTQ+.

¿POR QUÉ ESTUDIAR LA SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTQ+?

Según la primera encuesta virtual para personas LGBTQ+ en el Perú (2017)¹, más de la mitad de encuestados reportan problemas de salud mental (ansiedad y depresión, e ideación suicida en un 30%) como principales problemas de salud. Estas necesidades no están cubiertas por un adecuado tratamiento debido a los prejuicios y falta de capacitación que tienen los profesionales de salud en nuestro país: la misma encuesta reporta que cerca del 16 % de personas fue discriminada en establecimientos de salud o por parte de personal de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental² se define como un “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 (...) a través del comportamiento y la interacción interpersonal”³. Este concepto no debe ser confundido con estar siempre en un estado “positivo”, sino que implica más bien tener las herramientas adecuadas para afrontar también estados o emociones consideradas negativas o que generan malestar, como la ira y la tristeza⁴.

La salud mental es un derecho que no está asegurado para la mayoría de la población peruana. El presupuesto invertido en salud mental no llega al estándar mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud y según la Defensoría del Pueblo, es del 0.1 % del PBI y el 1 % de todo el presupuesto de salud⁵. En el caso de las personas LGBTQ+, esta situación empeora pues la ausencia de normativas de protección y de leyes de reconocimiento de la identidad de género en el Perú hacen difícil acceder a estos servicios e impiden la creación de lineamientos para una atención adecuada, lo que replica la violencia histórica que existe hacia personas transgénero o no heterosexuales y quienes tienen expresiones de género que escapan de la heteronormatividad.

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

² Organización Mundial de la Salud (2013) Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

³ Organización Mundial de la Salud (2004) Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias – Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Universidad de Melbourne Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

⁴ Galders, Heinz, Kastrup, Beezhöld y Sartorius (2015) Toward a new definition of mental health. *Work Psychiatry*, 14 (2): 231–233. doi: 10.1002/wps.20231

⁵ Defensoría del Pueblo y MICDPD (2019) Balance Nacional de la Política de Salud Mental. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/10/PPT-Balance-salud-mental-9-de-octubre.pdf>

Los estudios que existen sobre el tema en el Perú son escasos o carecen de la metodología necesaria para analizar las variables que intervienen en el estado de la salud mental en personas LGBTQ+, lo que impide entender las causas que subyacen a esta discriminación.

Además, muchos profesionales de salud mental no tienen un enfoque afirmativo⁶, lo que incrementa la patologización de las conductas, atracciones y expresiones de género que salen de la heteronormatividad. Esta ausencia de capacitación deja espacio para discursos de conversión, utilizados por organizaciones religiosas o fundamentalistas para “curar” la homosexualidad, prácticas que todavía existen en el Perú, a pesar de que la OPS⁷ las cataloga como una “grave amenaza para la salud, el bienestar y la vida”.

En agosto de 2019 se publicó un reportaje en el medio La República⁸ que visibilizó prácticas de conversión en centros psicológicos de corte religioso, impulsados por iglesias cristianas, cuyos líderes han sido públicamente denunciados por impulsar discursos de odio contra personas LGBTQ+. A pesar de ello, y de que las normativas de salud reconozcan a las personas LGBTQ+ como población vulnerable, no se sancionan ni se prohíben efectivamente este tipo de prácticas.

Esta afrenta a la salud hace que sea necesario desarrollar políticas y normativas basadas en la evidencia. Para ello, se propuso realizar una investigación que permita identificar los principales problemas de salud mental en personas lesbianas, gays, bisexuales y trans, los factores asociados a ella (violencia, discriminación), los problemas para el acceso a tratamiento en salud mental, las experiencias en terapias de conversión y el impacto en su salud mental y proyecto de vida.

Este estudio buscó contestar las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los problemas de salud mental más recurrentes en personas LGBTQ+?

¿Cuáles son los problemas u obstáculos para su acceso a servicios de salud mental y una atención de calidad?

¿Existen prácticas de conversión y esfuerzos por cambiar la orientación sexual e identidad de género?, ¿en qué consisten?

⁶ Enfoque de salud mental que reconoce a las identidades LGBTQ+ a través de herramientas afirmativas. Contrario al enfoque patologizador que las considera enfermedades y promueve el tratamiento con terapia.

⁷ Organización Panamericana de la Salud (2013) “Curas” para una enfermedad que no existe. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Curas-enfermedad-OPS-TR.pdf>

⁸ Goytizolo y Torres (12 de agosto de 2019) Las Terapias de la Tortura. Recuperado de <https://larepublica.pe/politica/2019/08/12/las-terapias-de-la-tortura/>

GLOSARIO

INTRODUCTORIO

Sugerimos revisar los conceptos aquí definidos antes de iniciar la lectura del documento.

Bifobia

Discriminación contra personas bisexuales o prejuicios contra la bisexualidad. Suelen ejercerla contra personas bisexuales tanto personas heterosexuales como personas LGT.

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.

Demisexual

Persona que solo siente atracción sexual luego de establecer una conexión afectiva con la otra persona.

Enfoque afirmativo

Enfoque de salud mental que reconoce como válidas a las identidades LGBTQ+ a través de herramientas afirmativas. Contrario al enfoque patologizador. Ver también **Terapia afirmativa**.

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, 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.

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

Ideología que aprueba 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 (Granados, 2002).

Hombre trans

Hombres que fueron asignados 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 (Moss, 2002).

LGTBQ+

Acronimo que representa al conjunto de personas lesbianas, gays, trans, bisexuales, queer y otras identidades sexuales.

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

Mujeres 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 de estas. Hay personas con orientación monosexual (atracción solo por un género), como los gays, lesbianas y heterosexuales, y personas con orientación bisexual (atracción por más de un género).

Pansexual

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

Patologización

Acción de reducir las identidades LGBTQ+ a enfermedades o trastornos mentales.

Queer

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

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, la transfobia y el heterosexismo tienen sobre la vida de las personas LGBTQ+ (Rock, Carlson y McGeorge, 2010).

Terapia de conversión

Cualquier intento por cambiar la orientación sexual o la identidad de género de personas LGBTQ+. El nombre adecuado es “práctica de conversión” o esfuerzos por cambiar la orientación sexual, identidad y expresión de género (ECOSIEG).

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 trans para afirmar su género. Estas acciones pueden ser médicas o estéticas, pero también pueden ser sociales, como el uso del nombre, pronombre, ropa, etc.



Referencias:

- Granados, J. (2002). Orden sexual y alteridad: la homofobia masculina en el espejo. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, (61), 79-97
- Moss, D. (2002). Internalized homophobia in men: wanting in the first person singular, hating in the first person plural. Psychoanalytic Quarterly 71, 21-50
- OMS (S/F) Salud Mental. Recuperado de https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. Journal of Marital and Family Therapy, 36(2), 171-184

CAPÍTULO UNO





LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO SOCIAL: ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD MENTAL?

Según Keyes⁹, existen tres componentes de la salud mental: el bienestar emocional, el bienestar psicológico y el bienestar social. El bienestar emocional está relacionado con la capacidad y frecuencia con la que se experimentan las emociones. El bienestar psicológico significa contar con herramientas para manejar las responsabilidades que se tiene en la vida cotidiana y con los otros miembros del entorno. En tercer lugar, el bienestar social consiste en tener un funcionamiento que contribuya con la sociedad y sentirse parte de una comunidad.

Desde la visión tradicional de la psicología, la disrupción de estos componentes genera problemas de salud mental, que pueden dividirse en dos categorías: los problemas psicosociales y los llamados “trastornos mentales”.

Trastornos mentales

Los trastornos mentales no son sino condiciones que pueden afectar el funcionamiento psicológico y social de las personas de manera variable, dependiendo de las características de la condición¹⁰, alterando el funcionamiento (abandono de roles sociales, riesgo para la propia vida, etc.) durante mucho tiempo, afectando la educación, el estado ocupacional y la situación financiera de la persona y de sus dependientes¹¹.

Problemas psicosociales

Por otro lado, los problemas psicosociales son “alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre éstas y su ambiente”. En esta categoría se encuentran las situaciones de violencia, disfunciones en la dinámica familiar, abandono, discriminación, etc., que se interrelacionan con las enfermedades físicas y con otros problemas de salud mental y situaciones de inequidad social como la pobreza, el sexismo, el clasismo y las violaciones a los derechos humanos, entre otras¹².

Es así como se ha identificado que la ausencia de una red social de apoyo, el desempleo, las adversidades de la comunidad, la pobreza, etc., son factores de riesgo que predisponen la aparición de problemas de salud mental¹³.

En este contexto, la atención en salud mental busca la rehabilitación o recuperación de los síntomas que afectan el bienestar de las personas. No siempre existe remisión total de los signos y síntomas, sin embargo, una atención de calidad puede lograr que la persona tenga calidad de vida, consolide una identidad social y tenga sentido de vida, lo cual es útil para el individuo y la sociedad, incluso cuando podrían permanecer algunas limitaciones¹⁴.

⁹ Keyes, CL (2006) Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? American Journal of Orthopsychiatry, 76 (3): 395–402

¹⁰ MINSA (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf> p. 17

¹¹ Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de centros de salud mental comunitarios. Lima: MINSA, 2017

¹² Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de centros de salud mental comunitarios. Lima: MINSA, 2017

¹³ Ibidem

¹⁴ Broncano, 2016 y OMS, 2012; citados en MINSA (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf> p. 41

A person is shown from the chest down to the waist. They have a large tattoo on their torso that reads "DIVERPX" on the top line and "TRANS" on the bottom line. They are wearing a red waistband with the word "BEARCLIFF" repeated. The background is a blurred crowd of people. The entire image has a red tint.

ACERCA DEL GÉNERO Y LA DIVERSIDAD

El género se suele utilizar como un sinónimo de sexo, indicado por los genitales de las personas, sin embargo, el género es parte fundamental de la identidad de las personas. Reconocemos que somos hombres o mujeres –o ninguno– según lo que vamos interiorizando en el proceso de socialización, y en ese camino, podemos reconocer que tenemos una identidad que coincide con aquella que nos asignaron al nacer (cisgénero) o que nuestra identidad es distinta de la que nos asignaron al momento de nacer (transgénero).

Además, el género es también el sistema social por el cual se les asignan roles a hombres y mujeres, en la forma de mandatos sociales. El problema con este sistema es que nos obliga y nos refuerza aquellas conductas que son aceptadas y nos castiga si nos atrevemos a expresarnos de una manera no “esperada” para nuestro género. Esto es especialmente violento con las personas trans o aquellas que tienen expresiones que salen de esta norma.

Al grupo de personas que tienen una identidad de género o una orientación sexual que escapa de las normas sociales aceptadas para hombres y mujeres se les conoce como personas LGBTQ+. Las personas LGBTQ+ reflejan la diversidad en la sexualidad y en nuestro país, son la población más discriminada, según la II Encuesta Nacional de Derechos Humanos.

LA DISCRIMINACIÓN COMO CAUSA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PERSONAS LGBTQ+

¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN?

Según Krieger¹⁵, la discriminación es “un fenómeno socialmente estructurado y sancionado, justificado en una ideología y expresado en interacciones, entre individuos e instituciones, destinadas a mantener privilegios para los miembros de ciertos grupos a costa de la privación de los demás”. El racismo, el sexismo y la homofobia son manifestaciones y sistemas discriminatorios **que limitan el acceso a recursos, lo que incide en el desarrollo de conductas que reducen el bienestar psicológico tanto a la persona que las experimenta como a su entorno**¹⁶. Por tanto, **la discriminación afecta directamente a la salud mental**.

Esto ha llevado a que la salud mental de las mal llamadas “minorías sexuales” o de la diversidad sexual haya sido objeto de numerosos estudios – casi nunca en el país – debido a que existe mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos entre los grupos de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT)¹⁷ en comparación con las personas que tienen una sexualidad heteronormativa¹⁸.

Las distintas identidades de género (personas transgénero y de género no binario) y orientaciones sexuales (homosexualidad / bisexualidad) disidentes conviven en una sociedad donde la heterosexualidad es la norma, por lo que la homofobia se construye de manera similar a otros sistemas de opresión.

¹⁵ Krieger, N. (2000) Discrimination and health. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press.

¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention (2014) LGBT Youth. Extraído de <https://www.cdc.gov/lgbthealth/youth.htm>

¹⁷ Boswick et al (2014) Discrimination and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. American Journal of Orthopsychiatry, 84 (1), 35–45. Doi: 10.1037/h0098851

¹⁸ Término para referirse a personas que construyen su género acorde a lo esperado por la sociedad, según su sexo asignado al nacer, que fue acuñado por Carl Buijs en 1995 (citado en Serano, J., 2009. Whipping Girl FAQ on cissexual, cisgender, and cis privilege.

Las experiencias particulares de lesbianas, gays, bisexuales y personas trans masculinas o femeninas, y de género no binario o queer, comparten similitudes en tanto se han construido como comunidad (LGBT) para aunar esfuerzos para la consecución de derechos y libertades, sin embargo, cada una de estas identidades experimenta violencia discriminatoria de manera diferente, aunque la raíz del problema es la misma: el sistema de género.

La homofobia, la bifobia y la transfobia son productos de este sistema, y están definidos como la consideración de que la diversidad sexual es una transgresión de los roles genéricos masculinos y femeninos y de la naturaleza sexual humana¹⁹. Aunque la noción central de la homofobia es la actitud de rechazo y odio irracional respecto de los no heterosexuales, representa también una manifestación arbitraria que consiste en señalar al otro como inferior²⁰. En ese sentido, la homofobia (y la bifobia, lesbofobia y transfobia) son todas aquellas actitudes y conductas que tienen como objetivo despojar a las personas de su condición de seres humanos²¹.

VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN

Un estudio realizado en Ecuador²² encontró que el 50 % de las personas LGBTQ+ que participaron habían sido agredidas físicamente, especialmente las personas trans que vivían en situación de pobreza. Además, encontró que cerca del 75 % había sufrido discriminación y el 35 %, exclusión. Los resultados del estudio revelan también que la violencia se da mayormente en los espacios privados, como el hogar. Estas situaciones de violencia casi nunca se reportan, y cuando se hace, muchas veces no se registra el motivo de la agresión (discriminación) y tampoco se utiliza el nombre, sexo o género adecuado de la persona, sino el nombre y sexo con el que se le ha registrado en su nacimiento. Esto impide que se conozcan los casos y se traten como producto de una situación de discriminación o violencia transfóbica²³.

¹⁹ Cornejo, J. (2012) Componentes ideológicos de la homofobia. *Límite*, 7 (26): 85–106. Universidad de Tarapacá, Chile. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/836/83625847006.pdf>

²⁰ Ibidem

²¹ Pichardo, J. I. (2007). Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Madrid: FELTGB, COGAM.

²² Botello, H. y Guerrero, I. (2016) Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18 (35): 129–138. <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v18n35/1657-8953-ccso-18-35-00129.pdf>

²³ Organización Panamericana de la Salud (2011) Por la salud de las personas trans. <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1oL.pdf>

VIOLENCIA LGTBFÓBICA EN EL ESPACIO FAMILIAR

Las lesbianas, gays, bisexuales y personas trans y de género no binario no solo tienen mayores probabilidades de sufrir cualquier tipo de violencia en un contexto familiar, sino que también tienen menos probabilidades de reconocer que están siendo víctimas de violencia, reportarla y recibir adecuada atención²⁴. La violencia familiar suele ser tratada desde un modelo binario, que reconoce la violencia como aquella perpetrada por un agresor hombre hacia una víctima mujer, casi siempre en el marco de una relación heterosexual. Esto invisibiliza las formas de violencia que se dan en familias LGBTQ+ o entre parejas de personas del mismo género o sexo.

VIOLENCIA LGTBFÓBICA EN EL ESPACIO EDUCATIVO

La escuela es el otro gran espacio donde las personas LGBTQ+ o aquellas que son percibidas como tales, sufren violencia y discriminación. Según un estudio realizado en Perú en el año 2013, el 48 % de estudiantes LGBTQ+ había recibido alguna vez insultos homofóbicos²⁵. Estas prácticas entre pares están constituidas por relaciones de poder que no son ajenas de las que suceden de forma estructural en la sociedad en la que están inmersas. Estas prácticas de hostigamiento y violencia se mantienen debido a que los actores involucrados en la dinámica del bullying normalizan y permiten que ocurra (comunidad educativa: estudiantes, padres y madres de familia, tutores, docentes y directivos)²⁶.

LGBTFOBIA Y SALUD MENTAL

Además, los estudios sobre el tema reportan que los jóvenes y estudiantes LGBTQ+ que sufren victimización basada en su orientación afectivo-sexual o identidad de género tienen mayores índices de depresión, ansiedad, baja autoestima, síntomas de estrés postraumático, abuso de sustancias, aislamiento, tentativa de suicidio y suicidio²⁷. Un estudio²⁸ realizado en España encontró que “el bullying sufrido en el pasado influye en el bienestar psicológico de los sujetos en la actualidad, concretamente, en los niveles de depresión, ansiedad y autoestima”.

²⁴ O' Halloran, K. (2015) Family violence in an LGBTIQ context.

²⁵ Cáceres, C. y Salazar, X. (2013) Era como ir todos los días al matadero. IESSDEH, UPCH, PNUD, UNESCO. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4424>

²⁶ Marchueta Pérez, Aitor (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. Revista de Investigación Educativa, 32 (1), 255–271.<http://dx.doi.org/10.6018/rie.32.1.168461>

²⁷ Espelage, D. L., Aragon, S. R., & Birkert, M. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students. What influence do parents and schools have? School Psychology Review, 37, 202–216.

²⁸ Marchueta Pérez, Aitor (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. Revista de Investigación Educativa, 32 (1), 255–271.<http://dx.doi.org/10.6018/rie.32.1.168461>



Sin embargo, la homofobia cotidiana se presenta con más frecuencia de manera simbólica, es decir, puede pasar desapercibida incluso por la víctima, ya que el rechazo no se le expresa directamente, sino a la homosexualidad como fenómeno psicológico y social²⁹. Esto, incluso, puede ser interiorizado por la propia persona LGBTQ+, generando un discurso interno discriminatorio sobre su propia orientación sexual o identidad de género, lo que impacta en su salud mental³⁰ e incide en que busque cambiar estos aspectos de su identidad o esconder sus afectos o expresiones.

La discriminación produce una limitación en el acceso a recursos sociales, educativos, económicos y de salud, impactando la salud mental y en el proyecto de vida de la persona que la experimenta. Este estigma social, el prejuicio y la discriminación estructural, así como la de la familia, pares, compañeros de trabajo y compañeros de clase, se ha relacionado con pensamientos y conductas suicidas en personas trans, lesbianas, gays y bisexuales, según estudios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, realizados en Estados Unidos³¹.

²⁹ Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama

³⁰ Ortiz-Hernández, Luis. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. Salud mental, 28(4), 49-65. Recuperado en 17 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000400049&lng=es&tlng=es.

³¹ Centers for Disease Control and Prevention (2014) LGBT Youth. Extraído de <https://www.cdc.gov/lgbthealth/youth.htm>

DISCRIMINACIÓN Y EL “MODELO DE ESTRÉS DE MINORÍAS”

Las personas LGBTQ+ desarrollan síntomas que reflejan su sobreexposición a eventos estresantes, propios de la vivencia de su identidad en un contexto social heteronormativo. Dentro del marco del paradigma transaccional del estrés, tener una identidad social amenazada es un estresor que puede ser igual de significativo que otros eventos estresantes, agudos o crónicos, y que tiene la capacidad de generar consecuencias negativas en el desarrollo de la persona y de su sensación de bienestar y seguridad³².

En psicología estos índices se explican desde el “modelo de estrés de minorías”³³, que supone que el prejuicio y la discriminación (y también el empobrecimiento y ausencia de soporte social) causa estrés en las llamadas “minorías sociales”, lo cual estaría asociado a la pobre salud y salud mental en estos grupos, entre los que se incluyen las personas LGBTQ+.

En un estudio peruano realizado en el 2013, los autores refieren que “es la estigmatización, y no la orientación sexual en sí, lo que genera tensión y estrés a lo largo de la vida y el consecuente impacto sobre la salud mental”³⁴. De hecho, otras evidencias encuentran que los factores protectores y de resiliencia ante el riesgo suicida en personas LGBTQ+ son el apoyo de la familia, del grupo de pares y un ambiente social inclusivo³⁵.

HOMOFOBIA Y DISCRIMINACIONES TRANSVERSALES



Probablemente en mi casa debo haber escuchado algo, porque de hecho todo el mundo hablaba “sí, que parece machona”. No por mí, sino por una u otra persona ¿no? o que o que te digan “no te pongas esto porque pareces marimacha” ¿no?

K, lesbiana no binaria, 40 años.

³² Lazarus y Folkman, 1986; como se citó Lahoz & Forns, (2016) Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 15 (1), 157 – 168

³³ Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.

³⁴ Cáceres, C., Talavera, V. y Mazín, R. (2013) Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (4): 698–704, p. 701

³⁵ Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C. Leyton, F y Lagazzi, I. (2016) Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004–2014)

La homofobia es, entonces, la causa de los principales problemas de salud mental que presentan los homosexuales, lesbianas, bisexuales y personas trans. De igual manera, varios tipos de discriminación pueden estar asociados de manera diferencial a los trastornos de salud mental³⁶. En un estudio elaborado por Bostwick, la discriminación por orientación sexual se hacía más probable solo en asociación con otros tipos de discriminación (como el racismo) lo que repercute en la incidencia de problemas de salud mental. “Los atributos de género siempre están racializados y viceversa, una orientación sexual no está desclasada y viceversa”, afirma Gil³⁷. Este conjunto de variables experimentadas por un individuo, en un contexto social e histórico determinado, moldea sus conductas y experiencia psicológica.

El estudio de Bostwick³⁸ analizó las asociaciones entre múltiples tipos de discriminación, basadas en la raza / etnia, el género y la orientación sexual y los trastornos de salud mental. Los resultados indicaron que las lesbianas y los gays afroamericanos experimentaron mayor discriminación, comparado a los gays y lesbianas blancos. Estos hallazgos señalan la complejidad de la relación entre las experiencias múltiples de discriminación y la salud mental.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES EN LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES Y PERSONAS TRANS

(..) yo no conocía personas trans, no sabía qué era una persona trans, entonces y obviamente no me sentía conforme conmigo mismo, empecé a tener esos ataques; ataques de ansiedad de pánico. A veces me perdía. Estaba en la calle con alguien y me perdía. Me daba ansiedad.

Noah, hombre trans heterosexual, 25 años.

En la literatura existen múltiples referencias sobre los índices incrementados de problemas de salud mental que existen en población LGBTQ+. Desde inicio de los años 80 se empezaron a realizar estudios que detectaron una prevalencia preocupante de problemas de salud mental en lesbianas, gays, bisexuales y personas trans³⁹, sin embargo, muchos de estos estudios se han enfocado históricamente en hombres gays, para dejar en un segundo plano a mujeres cisgénero lesbianas, e invisibilizar el estudio de identidades trans u orientaciones bisexuales.

³⁶ Boswick et al (2014) Discrimination and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. American Journal of Orthopsychiatry, 84 (1), 35–45. Doi: 10.1037/h0098851

³⁷ Gil, F. (2008) Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad. Universidad Nacional de Colombia. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, 485–512.

³⁸ Boswick et al (2014) op cit

³⁹ Gibson (1989, citado en Rusell y N. Fish, 2016) Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Youth. Annual Review of Clinical Psychology, 12 (1): 465–487. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

En general, los problemas de salud mental más frecuentes en población LGBTQ+ son depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, abuso de sustancias, aislamiento, tentativa de suicidio y suicidio⁴⁰. De hecho, las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura emitió un reporte en el 2016 que indica que las y los jóvenes LGBTQ+ presentaban mayor ansiedad, miedo, estrés, falta de confianza, baja autoestima, soledad, autolesiones, depresión e igualmente suicidio como consecuencia de la violencia homofóbica⁴¹.

¿CUÁL ES LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS LGBTQ+?

(...) yo siempre le digo que la comunidad LGBT en el Perú específicamente es una comunidad en general con problemas mentales. O sea no porque estemos enfermos mentalmente, sino porque tener que lidiar con tantas cosas, con tanto prejuicio hace que de verdad necesites ¿no?

Carla, mujer cis lesbiana, 35 años.

En un metaanálisis se encontró que gays, lesbianas y bisexuales eran 1.5 más veces proclives a presentar depresión, ansiedad, intentos suicidas y consumo de sustancias que la población heterosexual⁴². **La explicación de este elevado incremento en los índices de problemas de salud mental radica en el estrés derivado de pertenecer a una “minoría sexual”⁴³ y al estigma social que conlleva vivir fuera de la heteronormatividad.** Esto quiere decir que la elevada frecuencia con la que se presentan los problemas de salud mental en esta población estaría relacionada con el estigma y la discriminación. Más aún, crecer en contextos religiosos incide en mayores probabilidades de tener pensamientos suicidas, y más específicamente, pensamientos suicidas crónicos, así como intentos de suicidio en comparación con otros adultos jóvenes LGBTQ+⁴⁴.

En ese sentido, según estudios, los índices de ideación o intento suicida se reducen cuando las personas trans son aceptadas por sus pares⁴⁵ o cuando son tratadas por sus nombres sociales⁴⁶.

⁴⁰ Birkett, M., Espelage, D. y Koenig, B. (2009) LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 989–1000.

⁴¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Out in the open. Education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/ expression. París: 2016, p. 30

⁴² King, Semlyen, See Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk y Nazareth (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8 (70) doi: 10.1186/1471-244X-8-70

⁴³ Martxueta, A. y Etxebarria, J. (2014) Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 19 (1): 23–55

⁴⁴ Jeremy J. Gibbs & Jeremy Goldbach (2015) Religious Conflict, Sexual Identity, and Suicidal Behaviors among LGBT Young Adults, *Archives of Suicide Research*, 19:4, 472–488, DOI: 10.1080/13811118.2015.1004476

⁴⁵ TREVOR Project (2020) Asian/Pacific Islander LGBTQ Youth Mental Health. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2020/05/Understanding-the-Mental-Health-of-API-Youth-May-Research-Brief.pdf>

⁴⁶ Stephen T. Russell (2018) Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 63 (4) 503–505. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.02.003



A pesar de que, con los años, existe más aceptación de la diversidad sexual en algunos espacios de la sociedad, estos cambios son insuficientes. Los índices de discriminación y, en consecuencia, de problemas de salud mental, siguen estando incrementados⁴⁷. Otras evidencias encuentran que la orientación sexual es una variable que “predice el uso de psicoterapia, medicación psiquiátrica, utilización de servicios de salud mental, ideación e intento de suicidio, conductas autodestructivas y daños autoinfligidos”⁴⁸. Asimismo, homosexuales y lesbianas también muestran mayores índices de consumo de sustancias psicoactivas⁴⁹.

En realidades más cercanas a la nuestra, una revisión sistemática realizada en Chile⁵⁰ encontró que las personas LGBTQ+ tienen índices de suicidabilidad y riesgo suicida mayores que los encontrados en personas de la población heterosexuales y cisgénero. La etapa de cuestionamiento y “salir del clóset” están especialmente asociadas con mayor riesgo suicida⁵¹. De la misma forma, algunos estudios encuentran que el abuso físico, psicológico, sexual y de género a los que son sometidos los jóvenes LGBTQ+ conllevan mayor riesgo de estrés postraumático⁵².

⁴⁷ Rusell y N. Fish (2016) Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12 (1): 465–487. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153

⁴⁸ Balsam, K., Huang, B., Fieland, K., Simoni, J. y Walters, K. (2004) Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay bisexual, and two-spirit Native Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 10(1) :278–301

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C. Leyton, F y Lagazzi, I. (2016) Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004–2014)

⁵¹ Ibidem

⁵² Sevilla, A., Aparicio, M. y Limiñana, R. (2018) La salud de adolescentes y adultos transgénero: revisión sistemática desde la perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación*, 50 (1): 5–20.

POBLACIÓN TRANS



Toda la vida creo que he sido acompañada de violencia de todo tipo. Es más, aprendí a normalizar la violencia tanto así que yo misma buscaba la violencia para... inconscientemente me buscaba un novio violento que yo sabía me iba a maltratar o... qué se yo... es como que yo merezco ser castigada, yo merezco ser tratada así.

Jessica, mujer trans heterosexual, 38 años.

Si vemos algunas particularidades por identidad de género, encontramos que los trastornos clínicos y problemas psicosociales son más elevados en la población trans, debido a que la marginación que experimentan afecta de manera sustancial sus posibilidades de desarrollo individual y colectivo. La transfobia, la situación de pobreza y la negación de su identidad en el documento nacional de identificación (DNI) son las razones principales del mínimo acceso a estos servicios. Un estudio en Perú concluyó que las personas trans, especialmente las mujeres, son en su mayoría jóvenes “en condiciones de extrema vulnerabilidad a las ITS, el VIH/sida, la violencia y las drogas, más aún cuando se dedica al trabajo sexual”⁵³. Además, en el caso de los servicios de salud y salud mental, no existen muchos profesionales que puedan responder a sus necesidades particulares, respetando su identidad y brindando atención sin discriminación⁵⁴.

Por otro lado, un estudio del 2016⁵⁵ encontró que los niños transgénero que tenían apoyo familiar (los trataban socialmente con los pronombres y género adecuado) no eran psicológicamente diferentes de niños cisgénero mientras que, en estudio previos –como menciona la autora–, se demostró que los niños trans que no eran tratados según su identidad de género tenían mayores índices de depresión y ansiedad, en comparación con niños cis⁵⁶.

⁵³ Salazar, Villayzán, Silva Santisteban y Cáceres (2010) Las personas trans y la epidemia del VIH / Sida en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos. Lima: IESSDEH, UPCH, ONUSIDA, AMFAR. 112 p

⁵⁴ PROMSEX (2011) La igualdad en lista de espera. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/LaigualdadentistadeesperaNecesidades.pdf>

⁵⁵ Sherer, I. (2016) Social Transition: Supporting Our Youngest Transgender Children. *Pediatrics*, 137 (3), e20154358. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/1905/f5bfc2f7dfe56ecc4912489d17ca30ce4517.pdf?_ga=2.225643034.1621240720.1570743248-275701660.1570743248

⁵⁶ Diminutivo de cisgénero

MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

En el caso de las mujeres lesbianas y bisexuales, un reporte de ILGA LAC⁵⁷ en Latinoamérica encuentra que dentro de las enfermedades que preocupan más a las lesbianas y bisexuales, en tercer puesto está la salud mental (depresión y ansiedad, específicamente), en quinto lugar el consumo de drogas y alcohol y, en sétimo puesto, la violencia de pareja. Esto se encontró también en el caso peruano.

MÁS ESTIGMATIZACIÓN, MENOS AUTOESTIMA

(..) me dijo: "¿Realmente piensas que tú eres peor que tu hermano?" que mi hermano, pues, estaba en drogas y a veces le robaba plata a mi mamá, se perdía por días y bueno un montón de cosas ¿no? Este... y mi respuesta fue "sí", que yo pensaba que yo era peor que él, simplemente por el hecho de ser gay.

Mayra, mujer cis lesbiana, 40 años.



⁵⁷ Asociación Internacional de Lesbianas, Trans, Gays, Bisexuales, Intersex – ILGA LAC e Ideas Sin Género Chile – ISIG (2011) Salud de Lesbianas y Bisexuales en LAC. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD13249.pdf>

La estigmatización de la homosexualidad genera bajos niveles de autoestima en homosexuales y lesbianas, y los hace más susceptibles a problemas de salud mental⁵⁸, específicamente, a conductas suicidas asociadas a discriminación y violencia⁵⁹. En hombres gays, específicamente, se ha encontrado mayor índice de rechazo de la propia orientación sexual, lo que se traduce en depresión y ansiedad⁶⁰.

BIFOBIA

En el caso específico de bisexuales, suelen reportar menor sensación de pertenencia a una comunidad, debido a que no se sienten bienvenidos en espacios heterosexuales y tampoco en espacios homosexuales⁶¹. Un estudio que evaluó a más de 2 mil personas bisexuales en Australia⁶² encontró que los problemas de salud mental más reportados fueron depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y estrés postraumático. Además, cerca de la mitad reportó conductas de autolesión o ideación suicida (síntomas comúnmente relacionados con la depresión y con el trastorno límite de personalidad) y una de cada cuatro personas reportó haber intentado suicidarse en algún momento de su vida.

Los niveles de estrés emocional en personas bisexuales son considerablemente más altos que los de la población general y estos se están relacionados con la bifobia y la invisibilidad. El estudio encontró que el contacto con personas LGBTQ+ no se asoció con mejor salud mental⁶³, lo que reafirma la idea de que los bisexuales no necesariamente se sienten bienvenidos en espacios LGBTQ+. Esto, además, incidiría en el alto porcentaje de personas bisexuales que no están fuera del clóset, y en la menor aceptación sobre su propia orientación sexual, en comparación con gays y lesbianas⁶⁴.

⁵⁸ Preston, D., D'Augelli, A., Kassab, C., Cain, R., Schulze, F. y Starks, M. (2004) The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*, 16(1):291-303.

⁵⁹ Warner J, McKeown E, Griffin M, Johnson K, Ramsay A, Cort C, et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: results from a survey based in England and Wales. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 479-85.

⁶⁰ Granados, J. y Delgado, G. (2008) Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cadernos de saúde pública*, 24 (5): 1042-1050 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/11.pdf>

⁶¹ McLean, K (2008) Inside, outside, nowhere: bisexual men and women in the gay and lesbian community. *Journal of Bisexuality*, 8(1-2): 63-80

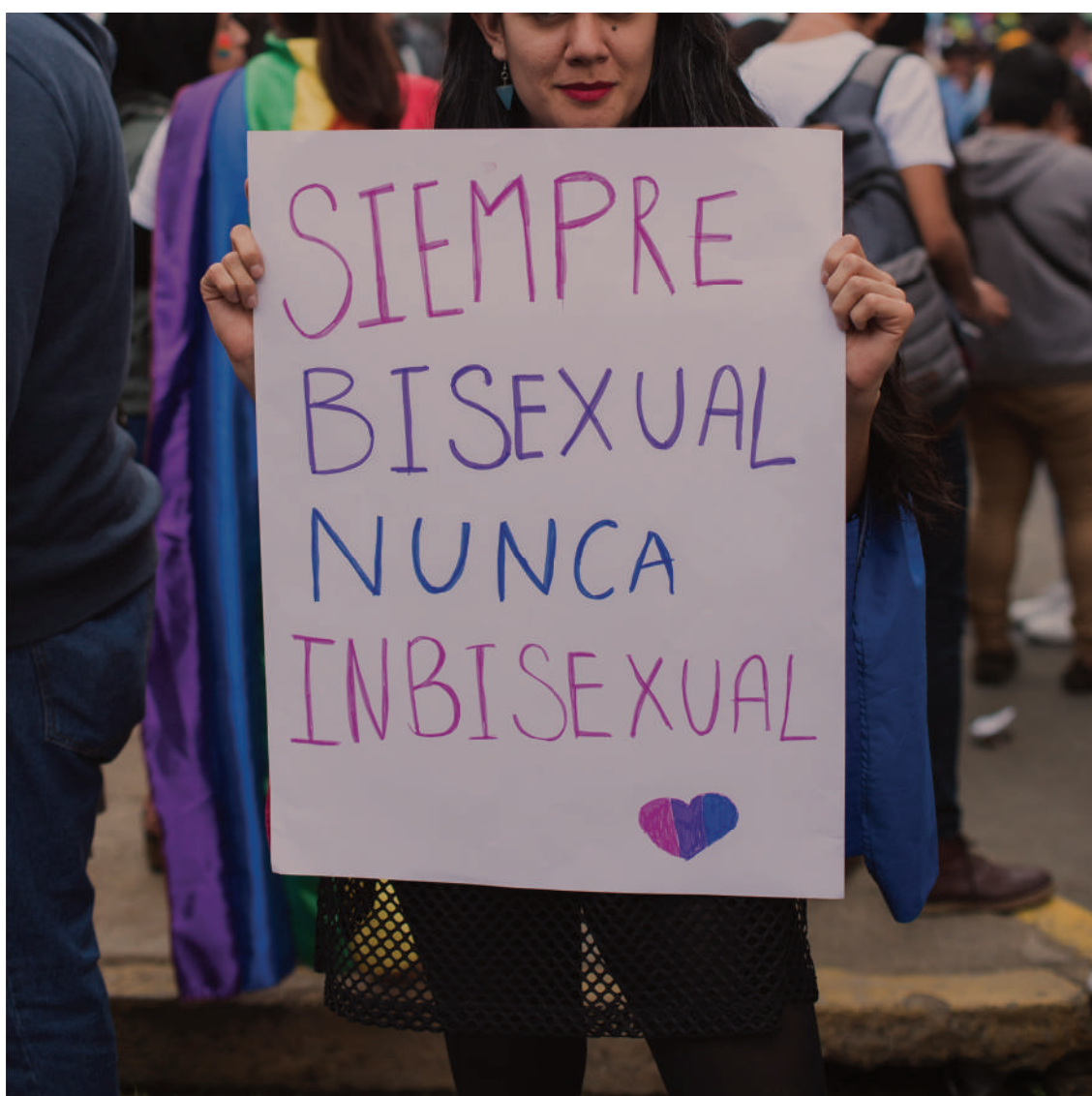
⁶² Taylor, J., Power, J., Smith, E. y Rathbone, M. (2019) Bisexual Mental Health: Findings of the 'Who I am' study. *Australian Journal of General Practice*, 48 (3): 138-144

⁶³ Taylor, J., Power, J., Smith, E. y Rathbone, M. (2019) Bisexual Mental Health: Findings of the 'Who I am' study. *Australian Journal of General Practice*, 48 (3): 138-144

⁶⁴ Persson, T., Pfaus, J. y Ryder, A. (2015) Explaining mental health disparities for non monosexual women. Abuse history and risky sex, or the burdens of non disclosure? *Social Science Medicine*, 128(1):366-373

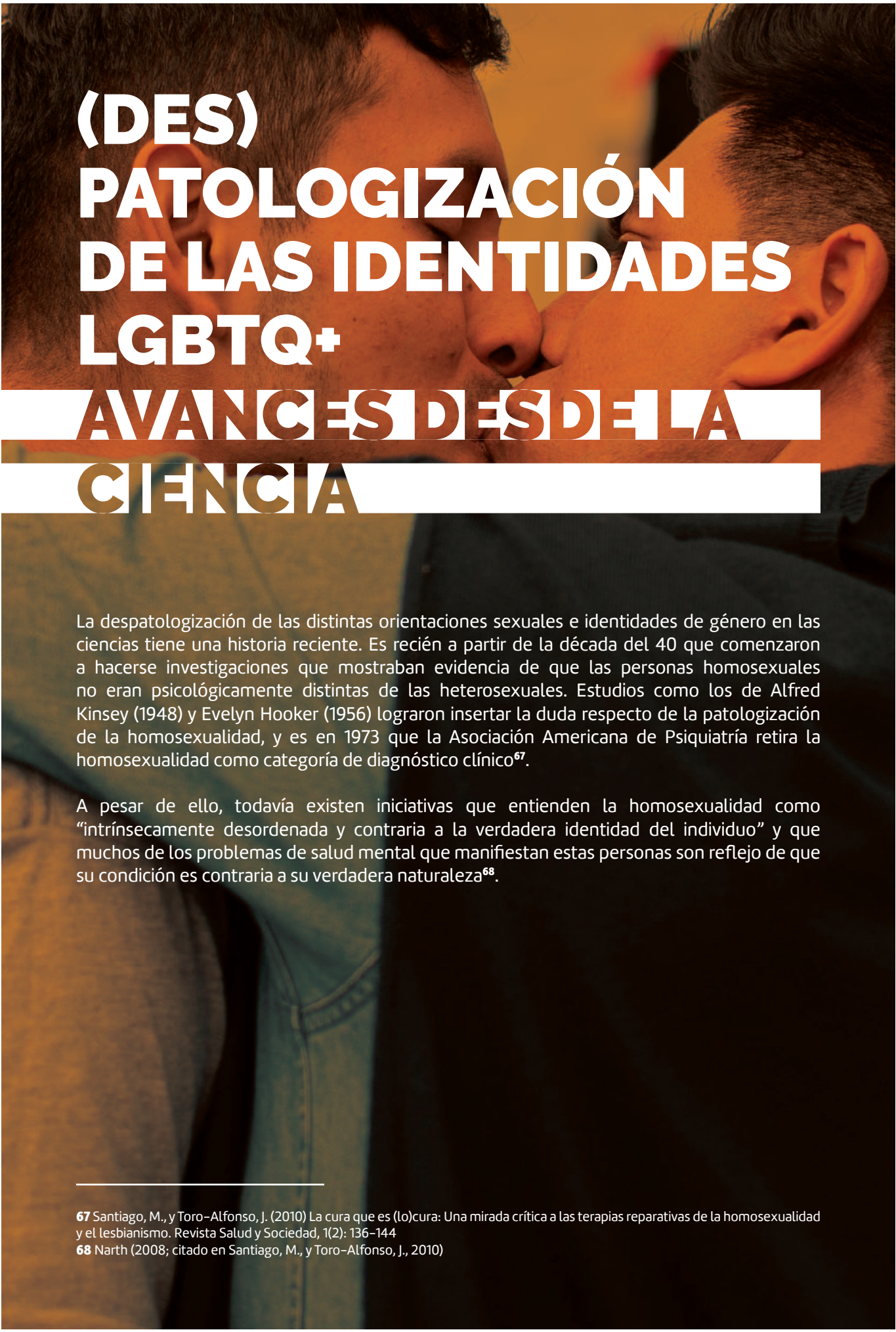
Este estrés⁶⁵ está asociado a sentir que la propia sexualidad es mala, estar en una relación heterosexual y tener una pareja que no comprende o entiende la bisexualidad⁶⁶. Estos indicadores revelan que es falso que las personas bisexuales sufran menos discriminación cuando tienen conductas entendidas como “heterosexuales” o que tienen privilegios respecto de sus contrapartes homosexuales.

Estos índices preocupantes revelan la necesidad de considerar a las personas LGBTQ+ un sector vulnerable de la población en términos de salud mental.



⁶⁵ Loi, B., Lea, T. y Howard, J. (2017) Substance use, mental health and service access among bisexual adults in Australia, *Journal of Bisexuality*, 17 (4): 400–417

⁶⁶ Taylor, J., Power, J., Smith, E. y Rathbone, M. (2019) Bisexual Mental Health: Findings of the ‘Who I am’ study. *Australian Journal of General Practice*, 48 (3): 138–144



(DES) PATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES LGBTQ+ AVANCES DESDE LA CIENCIA

La despatologización de las distintas orientaciones sexuales e identidades de género en las ciencias tiene una historia reciente. Es recién a partir de la década del 40 que comenzaron a hacerse investigaciones que mostraban evidencia de que las personas homosexuales no eran psicológicamente distintas de las heterosexuales. Estudios como los de Alfred Kinsey (1948) y Evelyn Hooker (1956) lograron insertar la duda respecto de la patologización de la homosexualidad, y es en 1973 que la Asociación Americana de Psiquiatría retira la homosexualidad como categoría de diagnóstico clínico⁶⁷.

A pesar de ello, todavía existen iniciativas que entienden la homosexualidad como “intrínsecamente desordenada y contraria a la verdadera identidad del individuo” y que muchos de los problemas de salud mental que manifiestan estas personas son reflejo de que su condición es contraria a su verdadera naturaleza⁶⁸.

⁶⁷ Santiago, M., y Toro-Alfonso, J. (2010) La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Revista Salud y Sociedad*, 1(2): 136-144

⁶⁸ North (2008; citado en Santiago, M., y Toro-Alfonso, J., 2010)

CIENCIA E IDENTIDADES TRANS

Mucho más tarde, el año 2013, el trastorno de la identidad de género ha sido retirado del Manual Diagnóstico de la APA–Psiquiatría en su versión 5 publicada aquel año, para dar paso a la condición clínica “disforia de género” (igualmente cuestionable). De la misma manera, aunque mucho más recientemente, en el 2019, la Organización Mundial de la Salud ha dejado de considerar la “incongruencia de género” como una patología y se espera que en la nueva versión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) se aprecie este cambio⁶⁹. Desde el activismo trans se ha cuestionado mucho que aún se mantengan términos como “disforia” para etiquetar sus experiencias.



SALUD MENTAL LGBTQ+ EN EL PERÚ

En el Perú, gracias a la encuesta virtual para personas LGBTQ+⁷⁰ que se realizó en el 2017, se sabe 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. Si bien esta encuesta no cumple los criterios metodológicos para ser representativa de la población de personas LGBTQ+ en el Perú, es la primera acción estatal de tipo censal que busca conocer el estado de las personas LGBTQ+ en nuestro país y hacer un registro.

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+. Estos obstáculos no le son ajenos a otras poblaciones vulnerables, a las que estas personas también pueden pertenecer, como ser indígenas, afroperuanos, tener alguna discapacidad física, ser neurodiversos⁷¹ o vivir en situación de pobreza⁷².



⁶⁹ Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M. y Grupo GIDSEEN (2014) La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. Revista Iberoamericana de Psicología, 110(1): 25–35

⁷⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) Primera encuesta virtual para personas LGBTI recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

⁷¹ Término que hace referencia a variaciones en la sociabilidad, aprendizaje, atención y otras funciones mentales.

⁷² Pinho (2005; citado en Gil, 2008) Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad. Universidad Nacional de Colombia. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, 485–512.

CAPÍTULO DOS

EDUCACIÓN
CON
IGUALDAD

MÁS IGUALDAD PERÚ



PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN Y ESFUERZOS POR CAMBIAR LA ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO

(..) en el colegio evangélico me hacían orar para expulsar al demonio de la homosexualidad.

Daniel, hombre cis gay / queer, 29 años.

TERAPIAS DE CONVERSIÓN

Las terapias de conversión, de reconversión o reparativas son prácticas o esfuerzos que buscan cambiar la orientación sexual o la identidad de género en personas lesbianas, gays, bisexuales, trans o queer⁷³. Estas prácticas se cimientan en la idea de que las personas pueden cambiar la orientación homosexual / bisexual o las identidades de género trans, debido a que son alteraciones o desviaciones que deben ser curadas, desde una perspectiva médica o religiosa⁷⁴.

⁷³ UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf>

⁷⁴ Ibidem

LAS TERAPIAS DE CONVERSIÓN COMO “EJERCICIO DE LIBERTAD”

Existen profesionales que, amparados en el respeto del derecho a la dignidad, afirman que sus clientes pueden escoger el tipo de terapia y la forma en que viven su orientación sexual e identidad de género, con lo cual justifican prácticas que buscan cambiar la orientación sexual o la identidad de género de las personas⁷⁵ y que se visibilizan en organizaciones como “Ex LGTB” en Perú y movimientos similares en países de la región y el mundo.

Algunas personas LGBTQ+, debido a la homofobia, transfobia, bifobia y discriminación que viven, pueden acercarse a profesionales de salud mental o guías religiosos con el fin de cambiar su orientación sexual o identidad de género, debido a que consideran que estas son la génesis de los problemas de violencia que viven⁷⁶. Esto es promovido por discursos que patologizan o estigmatizan a esta población, que se viven a través de mensajes que se pueden aprender en la escuela, en la familia o en la sociedad y medios de comunicación.

Sin embargo, la mayoría de personas LGBTQ+ no llega a estas prácticas por voluntad propia, sino que acuden a servicios de salud mental porque requieren apoyo psicológico o emocional en el proceso de descubrimiento y aceptación de sus propias identidades. Es muchas veces un entorno familiar hostil el que motiva el tratamiento o internamiento en espacios que prometen “corregir” la orientación sexual o la identidad de género considerada patológica⁷⁷.

Al respecto, la organización OutRight ha publicado la mayor investigación⁷⁸ sobre terapias de conversión que se haya realizado a la fecha. Entre sus principales hallazgos, encuentran que la mayoría de personas que pasan por este tipo de prácticas los hacen bajo coerción u obligación, mientras que solo el 34 % acuden de manera voluntaria. Además, encontraron que la persistencia de estas prácticas está relacionada con los prejuicios y creencias alrededor de esta población, así como el poco nivel de aceptación en entornos familiares, religiosos y comunitarios.

⁷⁵ Santiago, M., y Toro-Alfonso, J. (2010) La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. Revista Salud y Sociedad, 1(2): 136-144

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Santiago, M., y Toro-Alfonso, J. (2010) La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. Revista Salud y Sociedad, 1(2): 136-144

⁷⁸ Bishop, A. (2019) Harmful Treatment: The Global Reach of So-Called Conversion Therapy. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ConversionFINAL_1.pdf

FACTORES QUE INCENTIVAN A LAS PERSONAS LGBTQ+ A BUSCAR TERAPIAS DE CONVERSIÓN

Mi madrina, que en realidad fue bastante, fue como mi mamá (..) se convirtió en evangélica y cuando se enteró de que a mí me gustaban las chicas, me dijo que ya no me quería y que ya no me iba a hablar y que me aleje de sus hijas.

Alithu, trans no binaria, 27 años.



CREENCIAS RELIGIOSAS

Un estudio⁷⁹ encontró una asociación entre la religiosidad y la homonegatividad internalizada, con el hecho de buscar terapias de conversión. Es decir, las personas LGBTQ+ que profesaban alguna religión, a su vez, buscaron con mayor prevalencia atenderse para intentar cambiar su orientación sexual e identidad de género motivadas por los preceptos y discursos de su religión.



PRESIÓN FAMILIAR O SOCIAL

Debido a ello, los profesionales de salud mental “deben considerar siempre que la presión familiar o social inciden directamente en la decisión de acudir a un ECOSIG [esfuerzo por cambiar la orientación sexual o la identidad de género], por lo que vivir en un contexto hostil o que incluso constituye una amenaza para la vida, no puede permitir una decisión libre y autónoma”⁸⁰.

⁷⁹ Tozer, E. y Hayes, J. (2004) Why Do Individuals Seek Conversion Therapy? The Counseling Psychologist, 32 (5): 716-740

⁸⁰ UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf> p. 24

CONVERSIÓN: MIRADAS DESDE LA CIENCIA

Internacionalmente, la Organización de Estados Americanos, mediante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) emite un informe en el 2015⁸¹ que habla explícitamente de las prácticas de conversión como formas de violencia contra personas LGBTQ+, y ya en una declaración conjunta con expertos independientes de las Naciones Unidas y el Comité de Derechos del Niño, se estableció que **las “terapias” que buscan cambiar la orientación sexual o la identidad de género de jóvenes LGBTQ+ son “dañinas, contrarias a la ética, carecen de fundamento científico, son ineficaces y podrían constituir una forma de tortura”⁸².**



CONSECUENCIAS DE LAS PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN

Esto, a su vez, se sustenta en pronunciamientos de entidades científicas que velan por la salud mental de las personas y que establecen que las prácticas de conversión son contrarias a la ciencia, a los derechos humanos y que no son efectivas, como la Asociación Americana de Psiquiatría⁸³ y la Asociación Americana de Psicología⁸⁴. Al respecto, hace once años, la APA-Psicología publicó una revisión bibliográfica extensa sobre estudios publicados entre 1960 y 2007 que recogen este tipo de prácticas y concluyó que **los ECOSIG no muestran cambios en la orientación sexual de las personas, pero que sí incidían en bajo deseo sexual, depresión, ansiedad, ideación suicida, etc., por lo que señalaban que “los profesionales de la salud mental no deben, por ningún motivo, sugerir a sus clientes homosexuales que pueden convertirse en heterosexuales a través de terapias de conversión”⁸⁵.**

⁸¹ CIDH (2015) Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

⁸² CIDH y Comité de Derechos del Niño (2015) Comunicado de prensa conjunto No. 49/15 <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/049.asp>

⁸³ American Psychiatric Association (2018) APA Reiterates Strong Opposition to Conversion Therapy. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-reiterates-strong-opposition-to-conversion-therapy>

⁸⁴ American Psychological Association (S/f) Just the Facts about Sexual Orientation and Youth <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/just-the-facts>

⁸⁵ UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf> p. 28.

RELIGIÓN Y PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN

(...) su consultorio estaba en su casa, además y su casa también estaba llena de cosas religiosas, entonces solo era ir, estar... pucha, sí, era terrible. Y yo siento que en realidad mi depresión aumentó más estando ahí con ella, porque ya una cosa era que yo pensara que mis papás no me iban a aceptar y otra cosa es que una profesional de la salud mental me dijera: 'tus papás nunca te van a aceptar'. Eso yo siento que, puf, me marcó bien fuerte.

Gerald, mujer cisgénero bisexual, 28 años.

Lamentablemente, existen evidencias de que el compromiso⁸⁶ o actitud religiosa⁸⁷ están asociadas con conductas y actitudes de rechazo hacia personas LGBTQ+. Dos estudios realizados en Perú en médicos y estudiantes de medicina encontraron que, **a mayor presencia de actitudes religiosas, mayor homofobia manifestada, especialmente en médicos y estudiantes varones**. Otro estudio⁸⁸ realizado en estudiantes de medicina de 11 universidades peruanas encontró que la homofobia se asociaba a la religiosidad y al machismo. Esto resulta preocupante debido a que las y los psiquiatras son especialistas de las ciencias médicas. Lo mismo sucede con los psicólogos y psicoterapeutas⁸⁹.

⁸⁶ Lopez, CE., Taype, A. (2017) Asociación entre compromiso religioso y presentar actitudes negativas hacia hombres homosexuales, en un grupo de estudiantes de medicina peruanos Acta Med. Peru, 34(1):33-40 <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n1/a06v34n1.pdf>

⁸⁷ Huarcaya, J., Dávila, J. y De la Cruz, J. (2018) Relación entre la actitud hacia la homosexualidad y actitud religiosa en médicos de un hospital general. An Fac med. 2018;79(2):138-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14940>

⁸⁸ Nieto, W., Komori, K., Sánchez, A., Centeno, D., Arestegui, L., De La Torre, K., Nino, R., Mendoza, L., Mejía, C., y Quinones, D. (2019) Factores asociados a la homofobia en estudiantes de Medicina de once universidades peruanas. Revista Colombiana de Psiquiatría, 48(4):208-214 doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.003>

⁸⁹ Moral, J., Valle, A. y Martínez, E. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. Psicología Desde el Caribe, 30(3), 526-550

PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN EN EL PERÚ

En un reportaje periodístico publicado en el medio peruano La República ⁹⁰ se evidenció que las prácticas de conversión ocurren con impunidad en nuestro país, especialmente sostenidas por instituciones religiosas de corte cristiano. Algunos de los testimonios recogidos por las periodistas Melissa Goytizolo y Fabiola Torres incluyen prácticas que consisten en rituales humillantes, medicamentos, aplicación de hormonas y violencia sexual. Además, revela que muchas de estas instituciones religiosas cuentan con profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatras o médicos) que utilizan los privilegios de su profesión para utilizar herramientas clínicas con la intención de cambiar la orientación sexual y la identidad de género de las personas que llegan a sus consultorios de manera voluntaria u obligada.

Ante estos casos que se han reportado no solo en el Perú, sino en otros países a nivel global, la CIDH insta a los Estados a tomar medidas para prevenir la detención de personas LGBTQ+ en centros de “conversión”, así como a tomar medidas para investigar y reparar a las víctimas, que muchas veces son internadas en centros que tienen la fachada de clínicas de rehabilitación para adicciones. Además, sugiere que los entes rectores de la salud tomen medidas para que se regulen y controlen a los profesionales de salud que ofrecen estos servicios, y que no se les reconozca como terapias médicas, ya que generan daño en la salud física, mental y social⁹¹ y violan los derechos humanos⁹² debido a que muchas veces consisten en privación de la libertad, violencia verbal y amenazas, uso forzado de medicamentos, violencia sexual, terapias de aversión, coerción y prácticas como electroshock o exorcismos. Al respecto, en nuestro país, los colegios profesionales de psicología y medicina no han tomado una postura clara ni contundente en contra de este tipo de prácticas, lo que debilita la lucha contra estas formas de violencia.



⁹⁰ Goytizolo y Torres (12 de agosto de 2019) Las Terapias de la Tortura. Recuperado de <https://larepublica.pe/politica/2019/08/12/las-terapias-de-la-tortura/>

⁹¹ CIDH (2015) Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>

⁹² UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf>

MARCO NORMATIVO MUNDIAL

La prohibición a estas prácticas en menores de edad solo existe en Malta, Ecuador, Brasil, Alemania⁹³, Taiwan y parte de Estados Unidos, México y España⁹⁴. Ya en el 2012 la **Organización Panamericana de la Salud se pronunció respecto de las terapias de conversión, catalogándolas de “supuestas terapias de cambio de orientación sexual que carecen de justificación médica y son éticamente inaceptables”⁹⁵**. Además, en este pronunciamiento se afirma que las prácticas de conversión son “injustificables, deben ser denunciadas y sometidas a las debidas sanciones y penalidades”⁹⁶.

Las Naciones Unidas, en su sesión N°44 del Consejo de Derechos Humanos publicó el reporte “Prácticas de las llamadas Terapias de Conversión”⁹⁷, elaborada por el Experto Independiente sobre violencia basada en orientación sexual e identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz. En este documento se evidencia que los principales perpetradores de las terapias de conversión son profesionales de la salud, organizaciones religiosas, curanderos de medicina tradicional y servidores públicos. Además, son promovidas y facilitadas por la familia, la comunidad y autoridades políticas.

Los niños, niñas y adolescentes son las principales víctimas de este tipo de terapias, quienes son sometidos a prácticas que incluyen psicoterapia, tratamientos médicos e intervenciones religiosas, que dejan secuelas físicas y psicológicas⁹⁸.

MARCO NORMATIVO NACIONAL

La atención a la salud mental en el Perú tiene una historia reciente en términos de normativas, leyes y protocolos; es aún más reciente cuando hablamos de normativas que se refieran de manera explícita a la atención de personas LGBTQ+.

En el año 2006 se crea por primera vez la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud, pero es recién en el año 2012 que se modifica la ley general de salud para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental⁹⁹. A pesar de que en este documento no se menciona

⁹³ NBC News (8 de mayo de 2020) Germany is 5th country to ban conversion therapy for minors. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/germany-5th-country-ban-conversion-therapy-minors-n1203166>

⁹⁴ OutRight International (10 de mayo de 2019) Conversion therapy and the problem with banning it. <https://outrightinternational.org/blog/conversion-therapy-problem-banning-it?fbclid=IwAR1JzthYUIVMICWH0ifXI5UW2IHcBW1FTfR02ieLEFTExrp9oyapQOcKb8>

⁹⁵ OPS (17 de mayo de 2012) “Curas” para una enfermedad que no existe. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Curas-enfermedad-OPS-TR.pdf> p. 1

⁹⁶ Ibidem, p. 2

⁹⁷ Madrigal-Borloz, V. (2020) Practices of so-called “conversion therapy”. A/HRC/44/53 https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/44/53

⁹⁸ Ibidem

⁹⁹ 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

explícitamente a la población LGBTQ+, sí se reconoce a la discriminación como un problema de salud mental. Tampoco se reconoce la vulnerabilidad de esta población en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021¹⁰⁰.

Antes del año 2018, todas las atenciones en salud mental que ofrecía el Estado a estas personas se limitaban al plano físico de la salud: atención de infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH, haciendo énfasis en hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans y trabajadoras y trabajadores sexuales¹⁰¹. Estas personas acceden a servicios de consejería y orientación en salud mental casi siempre en Centros de Referencias de ITS (CERITS), donde suelen atenderlos obstetras y no profesionales de salud mental¹⁰². Tanto el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual – ITS y VIH 2015 – 2016, como la Norma Técnica de salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y el control de las ITS y el VIH/Sida incluyen recomendaciones para la atención adecuada de esta población, reconociendo que se trata de personas en vulnerabilidad.

PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

En el “Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2021” existe un acápite sobre personas LGBTQ+ que tiene tres objetivos con miras al 2021. El objetivo 1 se refiere a proteger la vida sin discriminación, respetando la orientación sexual y la identidad de género de las personas. En ese sentido, las prácticas de conversión deberían ser reconocidas como una forma de violencia que debe ser registrable, denunciable y sancionable. Sin embargo, en el documento no se hace mención de las prácticas de conversión como una forma de violencia, a pesar de que se hace mención del Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. Al respecto, el febrero de 2013, el relator especial sobre la tortura, Juan E. Méndez, insta a los Estados a derogar “cualquier ley que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, las demostraciones médicas y las ‘terapias reparativas’ o ‘terapias de conversión’, si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente”¹⁰³.

Encontramos dos observaciones importantes a los objetivos del Plan:

- >> El objetivo 1 marca como meta el registro de situaciones de discriminación y violencia contra personas LGBTQ+, ante lo cual se hace necesario que se incluyan de manera explícita y se capacite al personal responsable de atender estos casos (policía nacional del Perú – comisarías, Centros de Emergencia Mujer y otras entidades similares) para

¹⁰⁰ Ministerio de Salud (2018) Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

¹⁰¹ Resolución ministerial 264–2009/MINSA <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/289822/RM264-2009.pdf>

¹⁰² PROMSEX (2011) La igualdad en lista de espera. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf>

¹⁰³ Asamblea General de las Naciones Unidas (1 de febrero de 2013) Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9684.pdf?view=1>

poder reconocer la ocurrencia de prácticas de conversión o violencia que sea ejercida por médicos, psicólogos o cualquier otra persona con el fin de cambiar la orientación sexual o la identidad de género en personas LGBTQ+.

- >> El objetivo 2 se refiere a garantizar el reconocimiento de la identidad de género en personas trans, mientras que el objetivo 3 se refiere a garantizar el acceso a los servicios de salud a personas LGBTQ+. **Si bien el documento reconoce que los problemas de salud mental tienen índices mayores en esta población, en el texto no se visibiliza que existen prácticas de conversión que son procuradas por los mismos profesionales de salud mental y que pueden ser agravantes del estado de salud.** Finalmente, las metas planteadas solo visibilizan la necesidad de atención de dos grupos poblacionales: hombres que tienen sexo con hombres y personas transfemeninas, en términos de atención integrada. Esto deja en desprotección a lesbianas, bisexuales y personas transmasculinas o de género no binario.

Es en el documento técnico “Lineamientos de política sectorial en salud mental”¹⁰⁴, publicado el 2018, en el que se menciona explícitamente por primera vez la protección a todas las identidades de género y orientaciones sexuales como población vulnerable en términos de atención y acceso a servicios de salud mental, incorporando en sus enfoques de trabajo el enfoque de género y el de interseccionalidad. Los lineamientos inciden en la importancia de tratar los problemas de salud mental de las personas LGBTQ+ como producto de la estigmatización y a la discriminación, y no como inherentes a su predisposición biológica.

En este documento se reconoce que los profesionales de salud mental fallan en brindar un adecuado cuidado de las personas LGBTQ+ debido a que persisten los prejuicios y patologización de estas identidades. Además, recoge las recomendaciones de las Organización Mundial de la Salud y propone las siguientes recomendaciones para 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

LEYES, REGLAMENTOS Y PROYECTOS DE LEY

En el Perú existen muchas trabas para el reconocimiento de la agresión a personas LGBT como un tipo de violencia tipificada. En el 2017, el disuelto Congreso peruano rechazó la inclusión de la orientación sexual y la identidad de género como motivos de discriminación en la Ley de Crímenes de Odio¹⁰⁵, sin embargo, en la actualidad el decreto 1323 sigue vigente, reconociendo que la discriminación por orientación sexual e identidad de género es un delito.

¹⁰⁴ Resolución ministerial 935-2018/MINSA

¹⁰⁵ Defensoría del Pueblo (17 de mayo de 2019) Urge sancionar los discursos de odio que promueven la discriminación y violencia contra personas LGTBI. Nota de prensa N° 136/OCII/DP/2019 <https://www.defensoria.gob.pe/urge-sancionar-los-discursos-de-odio-que-promueven-la-discriminacion-y-violencia-contra-personas-lgtbi/>

Más recientemente se ha publicado la Ley de Salud Mental¹⁰⁶ en mayo de 2019. Esta ley, a pesar de ser posterior a los “lineamientos...”, no incluye a las personas LGBTQ+ como población vulnerable, como señala en su artículo 6 (prioridades en salud mental), en donde sí aparecen la primera infancia, la adolescencia, las mujeres y los adultos mayores. Esto llama la atención debido a que dentro de su artículo 3 (principios y enfoques) aparece la no discriminación y el enfoque de género.

A pesar de ello, existen algunos artículos que avalan la protección de los derechos de las personas LGBTQ+, asegurando el acceso sin discriminación a los servicios de salud mental y que las protegen de las prácticas de conversión.

En su artículo 8.1 la ley se refiere al derecho de acceder libre y voluntariamente a los servicios de salud mental, derecho que se vería vulnerado cuando se obliga a una persona LGBTQ+ a acudir espacios “psicoterapéuticos” con el fin de cambiar su orientación sexual o su identidad de género. Asimismo, los puntos 9.7, 9.8 y 9.14 hacen referencia al derecho de dar libre consentimiento y de conocer el tratamiento y poder negarse a ello, algo que no suele suceder en estas prácticas, en las que la persona es obligada a un tratamiento psicológico y médico¹⁰⁷ sin consentimiento y muchas veces siendo menores de edad.

En el artículo 17 se hace referencia al monitoreo de factores de riesgo de situaciones como violencia familiar, sexual, consumo y abuso de drogas, depresión e intentos de suicidio, entre otros, todas condiciones que la evidencia científica encuentra como significativas en población LGBTQ+. El mismo artículo insta a la identificación de grupos de riesgo y la eliminación del estigma y de la discriminación. A pesar de ello, no se considera a la población LGBTQ+ como especialmente vulnerable.

Finalmente, el capítulo 27, que habla sobre la hospitalización, refiere que este es un recurso terapéutico de carácter excepcional que solo se puede llevar a cabo cuando constituya mayor beneficio que otras intervenciones. En ese sentido, las hospitalizaciones o internamientos obligatorios con motivo de prácticas de conversión deberían poder prohibirse y sancionarse. Respecto a ello, la ley no menciona las prácticas que pueden ser sancionables o motivo de denuncia penal o administrativa.

En su reglamento¹⁰⁸, recientemente publicado, **se menciona manera explícita al respeto a la diversidad sexual y de género** (artículo 13.3), la implementación de programas que regulen las necesidades de las personas LGBTQ+ (artículo 12.2.2.b) y el fomento de la tolerancia y la valoración de la diversidad sexual (artículo 14.1.2.b). Esto resulta especialmente importante en el ámbito preventivo y educativo, debido a que el respeto por la diversidad sexual afecta de manera positiva el desarrollo vital de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales, y constituye una forma de prevención de la violencia y discriminación en su contra.

¹⁰⁶ Ley N° 30947 Ley de Salud Mental

¹⁰⁷ UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf>

¹⁰⁸ Decreto Supremo 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/>



Debido a este vacío legal, desde el equipo legal y psicológico de Más Igualdad, junto con el despacho del Congresista Alberto de Belaunde, parlamentario que se ha interesado en la temática de salud mental y la intervención de las prácticas de conversión en este periodo legislativo, se pensó un proyecto de Ley que intenta prohibir los ECOSIEG y promover el enfoque afirmativo.

Es así que el 5 de febrero de 2021 se presentó el Proyecto de Ley 7052¹⁰⁹, “Ley que prohíbe los esfuerzos que pretendan cambiar la orientación sexual, identidad de género o expresión de género o atenten contra la libre autodeterminación de las personas”, que suscribió la bancada del Partido Morado y que busca modificar una serie de artículos de algunas leyes ya vigentes, así como proponer una prohibición explícita de los ECOSIEG y la inclusión del enfoque de diversidad sexual en varias políticas de salud, derechos del consumidor y en la práctica profesional de los Colegios de Psicólogos y Médico. A la fecha no se ha debatido este proyecto.

Es recién en junio de 2021 que el Ministerio de Salud publica las “Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la salud mental de la población adolescente” que condena explícitamente las terapias de conversión en adolescentes LGBTIQ+ porque considera que estas identidades no constituyen problemas de salud e indica que los profesionales de salud mental deben atender con enfoque afirmativo.

¹⁰⁹ Proyecto de Ley 7052/2020-CR <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2021/02/PL07052-20210205-LP.pdf>

SALUD MENTAL, VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN: ¿QUÉ DICEN LOS COLEGIOS PROFESIONALES DEL PERÚ?

Las agrupaciones y colegios profesionales del psicólogo y médico tienen, a su vez, normativas que regulan su práctica profesional. En el caso del colegio médico del Perú, en su reglamento de ética y deontología¹¹⁰, en el juramento hipocrático y en la declaración de principios, se especifica que no puede haber en la práctica médica discriminación por motivo de orientación sexual.

Por otro lado, ni la ley del psicólogo ni el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú o de Lima considera la orientación sexual o la identidad de género como entidades protegidas de discriminación¹¹¹. Tampoco ha habido algún pronunciamiento condenando este tipo de prácticas, como sí ha hecho el Colegio de Psicólogos de Chile¹¹².

Ante ello, la Defensoría del Pueblo le solicitó al Colegio de Psicólogos, en el 2019, sentar una postura clara, a lo que el Decano responde que, según la ley del Psicólogo, el Colegio no tiene la atribución de pronunciarse sobre este tema, pero que de existir algún caso de ECOSIEG cometido por alguno de los agremiados, siempre y cuando estén debidamente documentadas, atenderían la solicitud¹¹³.

La Defensoría del Pueblo viene realizando seguimiento a las demandas LGBTIQ+ desde años atrás. En el 2016 publicó un informe¹¹⁴ 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 sí 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”¹¹⁵.

¹¹⁰ Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2019/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>

¹¹¹ Colegio de Psicólogos del Perú (adaptado al 2017) Código de ética y deontología. https://www.cpsp.pe/documentos/marco-legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

¹¹² Colegio de Psicólogos de Chile (2018) Posición del Colegio de Psicólogos de Chile acerca de las terapias reparativas para curar la homosexualidad. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/2015/06/12/referencias-tecnicas-terapias-reparativas-estudio/>

¹¹³ Muñoz, L. (17 de diciembre 2020) Los abusos de la fe: mentiras y torturas en las terapias de conversión en Perú. Recuperado de <https://ojo-publico.com/2347/mentiras-y-torturas-en-las-terapias-de-conversion-en-peru>

¹¹⁴ Defensoría del Pueblo (2016) Informe N° 175. Derechos Humanos de personas LGBTI.

¹¹⁵ 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

NECESIDADES ESPECÍFICAS Y ENFOQUE DIFERENCIAL

Uno de los problemas para el acceso es el estigma y la discriminación, lo que retrasa la atención o la anula, debido a que la persona evita atenderse o no es atendida de la manera adecuada. De hecho, el informe de la Defensoría menciona que una reacción común del personal de salud al atender una persona LGBTQ+ es interrogarla sobre alguna infección de transmisión sexual o su vida sexual, debido a los prejuicios que se asocian a esta población. Esto hace que las atenciones a personas LGBTQ+ se hagan de manera tardía o no se realicen, impactando de manera negativa en su salud general.

En otra parte del informe¹¹⁶ se menciona las necesidades específicas y enfoque diferencial que hay que tener al atender a esta población, específicamente en temas de salud mental, como se resumen a continuación:

- >> Los servicios están pensados para atender personas heterosexuales, por lo que es necesario integrar un enfoque que no asuma ni la orientación sexual ni la identidad de género de las personas que acuden al servicio.
- >> Los hombres gays y bisexuales reportan mayores índices de consumo de alcohol y sustancias, lo que se asocia al incremento de conductas sexuales de alto riesgo. También reportan mayores niveles de depresión y ansiedad.
- >> Las mujeres lesbianas y bisexuales reportan depresión, problemas de pareja y consumo de alcohol y drogas.
- >> El grupo de hombres trans es el más invisibilizado.
- >> Las personas trans son las que tienen menor acceso a los servicios de salud y presentan mayores índices de consumo de alcohol y depresión. Esto muchas veces asociado a otros problemas de salud general. El informe reconoce que “la adversidad y la disforia de género pueden tener un fuerte impacto negativo en la salud emocional y mental de las personas trans a lo largo de su vida”¹¹⁷.
- >> Una queja frecuente de las personas trans es la falta de reconocimiento de su identidad (nombre, pronombres), por lo que el informe recomienda siempre preguntar el nombre y los pronombres que la persona utiliza antes de la atención.
- >> El informe reconoce que los problemas de salud mental están incrementados en esta población por factores sociales, culturales y políticos, entre otros, que fomentan la discriminación y la exclusión social.

¹¹⁶ Defensoría del Pueblo (2016) Informe N° 175. Derechos Humanos de personas LGBTI.

¹¹⁷ Ibidem

Este informe puntualiza en la necesidad de hacer de los espacios de atención en salud mental espacios seguros para personas LGBTQ+. Existen pocas iniciativas que permitan reducir las brechas en la atención adecuada de esta población; una de ellas, el proyecto GROW¹¹⁸ en su fase tres (colaboración de los gobiernos estadounidense y peruano para la capacitación de profesionales de salud), busca fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud que atienden adicciones, desarrollando un currículo que incluye el enfoque de género y la educación en orientación sexual e identidad de género, lo que permitirá una mejor atención a personas LGBTQ+, a través de la capacitación sobre la intersección entre el uso de sustancias y la orientación sexual e identidad de género.



¹¹⁸ CARE Perú (s/f) Proyecto Grow. <https://www.care.org.pe/proyectos/grow/>

ALTERNATIVAS PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PERSONAS LGBTQ+ TERAPIAS AFIRMATIVAS

Para la APA-Psicología, los profesionales de salud mental que reciban a un paciente LGBTQ+ deberían evaluar las motivaciones que llevan a la persona a acudir a un servicio de salud mental (incluso si llegan buscando cambiar su orientación sexual o identidad de género). Además, deben proporcionar información precisa y veraz sobre diversidad sexual e identificar y manejar los propios sesgos interiorizados sobre la población LGBTQ+ que pudieran tener un impacto en la percepción que se tiene sobre la persona que llega a la consulta. Esto con el fin de darle un adecuado servicio a la persona que busca la atención y brindarle herramientas para afrontar el estigma social en el que vive¹¹⁹.

En 1982, el psicólogo Alan Maylon creó y acuñó el término “terapia afirmativa”, enfoque para la práctica terapéutica “que ve a las identidades lésbicas, gays, bisexuales y trans, como identidades y relaciones válidas, así como hace frente a las influencias que el heterosexismo, la homofobia y la transfobia tiene sobre las personas LGBTQ+”¹²⁰.

Este enfoque terapéutico implica, primero, el trabajo del propio profesional de la salud mental, en el reconocimiento de sus prejuicios y estereotipos aprendidos respecto de la población LGBTQ+. Luego de reconocerlos, es importante que se informe y familiarizarse con la problemática de las personas LGBTQ+, con el fin de que el espacio de atención sea inclusivo a la diversidad sexual (uso de pronombres neutros, no hacer suposiciones sobre la orientación sexual o la identidad de género, etc.). La actualización constante y la investigación son fundamentales para que pueda aplicar sus conocimientos a la práctica clínica no solo con personas LGBTQ+, sino para combatir el binarismo de género y los estereotipos asociados a ello¹²¹ en cualquiera de sus pacientes.

¹¹⁹ UNODC (2019) Nada que curar. Guía de Referencia para profesionales de salud mental en el combate a los ECOSIG. <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf>

¹²⁰ Op. cit. p. 37

¹²¹ Ibidem

FACTORES QUE PREVIENEN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PERSONAS LGTBQ+

Tener un enfoque afirmativo es importante debido a que la evidencia indica que existen factores protectores que previenen los problemas de salud mental o que ayudan a aliviar los sentimientos de distrés respecto de la estigmatización en personas LGBTQ+. Tener alta autoestima, percibirse como competentes para resolver situaciones difíciles, el apoyo social, tener buenas relaciones con familia, profesores y compañeros¹²², y tener amigos LGBTQ¹²³ son factores protectores contra los problemas de salud mental en esta población. De la misma manera, se ha encontrado que para prevenir el suicidio es importante poder acceder a servicios inclusivos, tener el apoyo de la escuela y la comunidad, y sólidas relaciones familiares y amicales¹²⁴.



¹²² Coimbra y Fontaine (2017; citado en Sevilla, A., Aparicio, M. y Limiñana, R., 2018)

¹²³ Woodford, Kulick y Atteberry (2015; citado en Sevilla, A., Aparicio, M. y Limiñana, R., 2018)

¹²⁴ Defensoría del Pueblo (2016) Informe N° 175. Derechos Humanos de personas LGBTI.

CAPÍTULO TRES





LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

A continuación, se presentan detalles sobre la elaboración del estudio, en términos de alcances, diseño, muestra y análisis de la información.

Además, se presentan las características de la muestra en relación a su orientación sexual e identidad de género.

DISEÑO

El presente estudio es exploratorio debido a que existe poca o nula información sobre la temática estudiada, por lo que este diseño permite determinar tendencias e identificar relaciones potenciales entre variables, lo que ayudará a plantear caminos claros de investigación posterior con metodologías más rigurosas¹²⁵. En esta ocasión se utilizaron evaluaciones cualitativas y cuantitativas.

PARTICIPANTES

El cuestionario virtual fue respondido por 323 lesbianas, gays, bisexuales y personas trans y de género no binario. El tipo de muestreo fue no aleatorio, circunstancial, debido a que la encuesta la contestaron las personas que pudieron acceder a ella a través de las redes sociales de Más Igualdad Perú. Para lograr más respuestas se le pidió a colectivos u organizaciones aliadas que publicaran la encuesta en sus redes sociales. Esto significa que los resultados no pueden generalizarse hacia la población de personas LGBTQ+ en el territorio peruano.

Se realizaron 15 entrevistas a profundidad a lesbianas, gays, bisexuales y personas trans. Se convocó a estas personas a través de redes sociales, se elaboró una base de datos y luego de una conversación breve se eligieron a quienes podían representar mejor las experiencias en servicios de salud mental. En esta parte del estudio se convocaron personas que pudieran representar las distintas etapas y situaciones en las que las personas LGBTQ+ suelen acudir a servicios de salud mental. El muestreo fue no aleatorio, intencional.

¹²⁵ Dankhe (1986; como se citó en Fernández, Hernández y Baptista, 2014) Metodología de la Investigación. 6ta Edición. McGraw Hill.

Respecto a la edad, en la tabla N° 1 se puede observar que el 46,44 % de la muestra tiene entre 16 y 25 años, seguido de 36,53 % que tienen entre 26 y 32 años. Un importante 6.81 % son menores de edad. En la entrevista a profundidad se entrevistaron personas entre los 21 y 40 años.

Tabla N° 1: Edad de la muestra

	f	%
Menor de 18 años	22	6,81 %
Entre 18 y 25 años	150	46,44 %
Entre 26 y 32 años	118	36,53 %
Entre 33 y 40 años	17	5,26 %
Entre 41 y 50 años	13	4,02 %
Mayor de 51 años	3	0,93 %
Total	323	100,00 %

Asimismo, el 58,2 % de las personas fueron asignadas “mujer” al nacer y el 41,2% fueron asignadas “hombre” al nacer . Dos personas de la muestra prefieren no reportar el sexo que se les asignó al momento de su nacimiento. A pesar de que se incluyó la variable “intersex” ninguna persona reportó haber sido asignada o conocer si pertenece a esta categoría.

Tabla N° 2: Sexo asignado al nacer

	f	%
Femenino	188	58,2
Masculino	133	41,2
No responde	2	0,6
Total	323	100,0

Respecto de la identidad de género de la muestra, la mayoría es cisgénero (77,40 %) y el restante 22,60 % son personas trans, de género no binario o en cuestionamiento. Un importante grupo de personas que contestó a la encuesta son personas de género no binario (16,10 % de toda la muestra) y en la entrevista participaron 8 personas cisgénero y 7 personas trans o de género no binario.

Como se ve en la tabla N° 3, la mayoría de personas cisgénero tiene una orientación sexual homosexual –gay o lesbiana– (59,20 %), mientras que la población de bisexuales cisgénero es de 40,80 %. En las entrevistas a profundidad se entrevistaron a 8 personas bisexuales, 2 heterosexuales (y trans), un homosexual y 4 lesbianas.

Las personas trans en su mayoría se identifican como bisexuales o pansexuales (47,95 %) seguido de gays o lesbianas (41,10%) y hay un grupo minoritario (2,17 %) que se identifica como heterosexual.

Tabla N° 3: Orientación sexual e Identidad de género						
		Orientación Sexual				Total
		No sabe	Gay / lesbiana	Bi/pan-sexual	Hetero-sexual	
Identidad de género	Mujer Cis	0	56	81	0	137
	Hombre Cis	0	92	21	0	113
	Transmasculino	1	3	6	6	16
	Transfemenina	0	4	0	0	4
	No binario	0	22	29	1	52
	Cuestionando	0	1	0	0	1
Total		1	178	137	7	323

A la muestra se le preguntó si se identificaban dentro del espectro de la asexualidad o demisexualidad, identidades que condicionan la atracción sexual al afecto o que reflejan el nulo o reducido interés por la vinculación sexual con otras personas. En la entrevista a profundidad dos de las personas refirieron encontrarse en el espectro demisexual, lo que significa que para sentir atracción sexual hacia otra persona requieren de vinculación emocional o afectiva.

En la tabla N° 4 se puede observar que la mayoría de las personas (97,2 %) no se reconoce dentro de este espectro.

Tabla N° 4: Espectro asexual / demisexual		
	f	%
No	314	97,2
Sí	9	2,8
Total	323	100,0

De la misma manera, se exploró acerca de la expresión de género de las personas encuestadas. El 45,8 % de la muestra tiene una expresión de género típicamente masculina, mientras el 32,8 % tiene una expresión de género andrógina. La expresión de género de las personas que pasaron por entrevistas a profundidad era en su mayoría andrógina.

Tabla N° 5: Expresión de género

	f	%
Femenina	64	19,8
Masculina	148	45,8
Andrógina	106	32,8
No sabe/no contesta	5	1,6
Total	323	100

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se elaboraron dos instrumentos, una encuesta virtual con preguntas cerradas y abiertas, y una entrevista semiestructurada a profundidad.

La encuesta virtual constó de 15 preguntas centradas en las situaciones de violencia y discriminación vividas, los problemas de salud mental recurrentes, la atención en salud mental y las prácticas de conversión a las que habían sido expuestas los encuestados. La encuesta no realiza un mapeo de variables sociodemográficas con la finalidad de que la encuesta puede ser respondida por más personas en menor tiempo y así tener data general con finalidad exploratoria.

La entrevista tuvo los mismos ejes de análisis que la encuesta virtual, pero permitió explorar las motivaciones, experiencias y escuchar de manera libre a quienes participaron.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos cuantitativos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 23 y el programa Microsoft Excel. Se realizaron estadísticos para la medición de frecuencias, porcentajes y asociaciones de variables mediante el estadístico chi cuadrado, debido a que las variables son nominales. Además, se realizaron tablas de contingencia para identificar diferencias o similitudes entre categorías de análisis (orientación sexual, edad, sexo asignado al nacer o identidad de género).

Las entrevistas pasaron por un análisis de discurso para identificar los temas en común en los mismos ejes o categorías que planteó este estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- >> La metodología del estudio no permite generalizar los resultados a toda la población de personas LGBTQ+.
- >> La aplicación de encuestas de manera virtual no permite controlar el proceso de evaluación de manera rigurosa, debido a que existieron personas que no contestaron a todas las preguntas, por lo que se eliminaron algunas encuestas.
- >> La encuesta no pudo ser de acceso a todas las personas debido a que se realizó por internet, por lo que dependía del acceso a este servicio.
- >> Las respuestas a la encuesta se basan en las percepciones y autoidentificación de las propias personas LGBTQ+ que contestaron.
- >> No se midieron variables sociodemográficas importantes como identificación étnico-racial, ingresos económicos, condiciones de discapacidad, etc., debido a que no se contemplaron dentro de los objetivos iniciales y se buscó priorizar la recolección de respuestas con rapidez (evitando el desgaste al responder muchas preguntas). Sin embargo, es necesario recalcar que estas variables sí inciden de manera determinante en los patrones de discriminación, violencia y acceso a servicios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- >> Se aplicaron consentimientos informados para las y los participantes de las entrevistas a profundidad.
- >> Se mantuvo la confidencialidad y anonimato de las identidades de las personas que participaron tanto en la encuesta virtual (anónima) como en la entrevista a profundidad (solo se utilizó el primer nombre o pseudónimo, respetando el deseo del participante).

-
- >> Se les explicó a los y las participantes de las entrevistas que podían elegir qué preguntas responder y detener la entrevista en el momento que consideraran oportuno.
 - >> Se brindó contención emocional durante las entrevistas a profundidad. Además, se ofreció información sobre atención afirmativa a las personas entrevistadas que lo requirieron.



CAPÍTULO CUATRO





RESULTADOS Y ANÁLISIS

SOBRE LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN

El 83 % de la muestra reporta haber sufrido alguna vez algún tipo de violencia. Sobre el tipo de violencia, como se puede ver en la tabla N° 6, la violencia psicológica (68,4 %) es el tipo más frecuente, seguida de la violencia verbal (47,7 %), física (21,7 %) y sexual (18,9 %) en la muestra general.

Tabla N° 6 Formas de violencia

Psicológica		
	f	%
No	102	31,6
Sí	221	68,4
Sexual		
	f	%
No	262	81,1
Sí	61	18,9
Física		
	f	%
No	253	78,3
Sí	70	21,7
Verbal		
	f	%
No	169	52,3
Sí	154	47,7
Total	323	100,0

Estas situaciones constituyen problemas psicosociales¹²⁶ y, por ende, problemas de salud mental que, en el caso de las personas LGBTQ+ tienen como raíz muchas veces la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género. Estos resultados, además, coinciden con otras evidencias que encuentran que la violencia en personas LGBTQ+ es frecuente, sin embargo, los índices de violencia física encontrados son menores que aquellos reportados en otras investigaciones¹²⁷.

○ VIOLENCIA SEXUAL: “EN UNA DE LAS SESIONES, SE ME ACERCÓ A QUERER BESARME”.

Cuando se analizan los tipos de violencia de manera separada y por identidad se encuentra que la **violencia sexual** es alta en la población de personas de género no binario (lo reporta el 15,38 %), quienes son, a su vez, mayoritariamente bisexuales o pansexuales. El índice es más alto (19,71 %) en las mujeres cisgénero (bisexuales 10,22 % y lesbianas 9,49 %). También, una parte importante de hombres cisgénero sufrió violencia sexual (19,47 %).

Cinco testimonios refieren situaciones de este tipo que han impactado de manera significativa su salud mental¹²⁸. Ana Lucía¹²⁹ reporta haber sufrido abuso sexual por parte de un familiar siendo niña, y luego acoso sexual por parte de dos psicólogos: un profesor suyo de la universidad y un psicoanalista que la atendió y que en una ocasión intentó besarla sin su consentimiento:

En una de las sesiones yo ya estaba más tranquila y le pedí un abrazo y él me extendió su brazo, como para abrazar. Entonces, por inercia me acerqué y después como que me separó y se me acercó a querer besarme y ahí me alejé”

De la misma manera, otra de las entrevistadas refiere una situación de violencia sexual correctiva:

Una vez me metieron algo al trago y no me acuerdo, y el tipo me llevó a su casa. Lo que sí me acuerdo es que no fue consentido (...) nos conocíamos de antes, él sabía que yo era lesbiana¹³⁰.

¹²⁶ Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de centros de salud mental comunitarios. Lima: MINSA, 2017

¹²⁷ O’ Halloran, K. (2015) Family violence in an LGBTIQ context.

¹²⁸ Testimonios corresponden a 3 mujeres cisgénero, 1 persona de género no binario y 1 hombre trans.

¹²⁹ Ana Lucía, mujer cis bisexual, 27 años.

¹³⁰ K., lesbiana no binaria, 40 años.

○ **VIOLENCIA PSICOLÓGICA: “MI ABUELA SIEMPRE ME DECÍA QUE LA AVERGONZABA”**

En el caso de la **violencia psicológica** se encontraron diferencias según identidad de género. El 65 % de personas cis la reporta, en comparación con el 87,5 % de transmasculinos u hombres trans, el 76, 92 % de personas de género no binario y el 75 % de transfemeninas o mujeres trans. Es decir, cerca del 80 % de personas trans reporta haber sufrido violencia psicológica, a comparación del 65 % en personas cisgénero.

Noah¹³¹ refiere:

Mi abuela siempre me decía que la avergonzaba, que no pare por ahí, cerca de su casa, porque era una humillación para ella (...) cuando de nuevo he vuelto a tener un ataque de ansiedad esos mensajes se repetían en mi cabeza, los mensajes que me había dicho mi abuela sobre todo.

Esta asociación entre una identidad de género trans o no binaria y la violencia psicológica se corroboró a través del estadístico chi cuadrado (5,312) con una significancia obtenida menor a 0.05, lo que significa que hay una asociación estadísticamente significativa entre ser trans y haber sufrido violencia psicológica, lo que coincide con otros estudios que analizan los tipos de violencia en esta población¹³².

○ **VIOLENCIA FÍSICA Y VERBAL: “MI TÍA ME METIÓ A LA DUCHA DE AGUA HELADA (..) PARA SACARME EL DEMONIO”.**

Las **violencias física y verbal** obtienen resultados similares para las diferentes identidades de género, por lo que no se presentan análisis disgregados, sin embargo, cinco entrevistados refieren haber sufrido situaciones de violencia física.

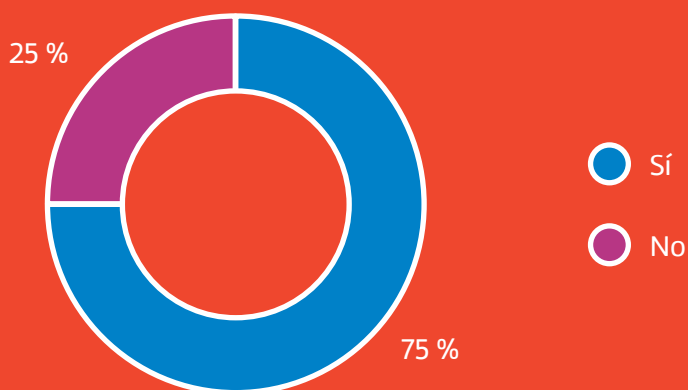
Finalmente, en el gráfico N° 1 se puede observar que el 75 % de las personas encuestadas ha sufrido algún tipo de discriminación por ser lesbiana, gay, bisexual o personas trans o de género no binario, coincidiendo con un estudio ecuatoriano que encuentra la misma cifra elevada para situaciones de discriminación¹³³.

¹³¹ Noah, hombre trans heterosexual, 25 años.

¹³² Miller, L. R., & Grollman, E. A. (2015). The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: Implications for Discrimination and Health. *Sociological forum* (Randolph, N.J.), 30(3), 809–831. doi:10.1111/socf.12193

¹³³ Botello, H. y Guerrero, I. (2016) Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18 (35): 129–138. <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v18n35/1657-8953-ccso-18-35-00129.pdf>

Gráfico N° 1: Discriminación



○ ESPACIOS DONDE SE EJERCE LA VIOLENCIA

Cuando se analizan las situaciones de violencia y discriminación vividas por las personas que brindaron su testimonio, se puede identificar que la familia es el espacio en donde estas situaciones ocurren con mayor frecuencia:

*mi tía me metió a la ducha de agua helada con ropa y todo para sacarme el demonio.*¹³⁴

Seguido de la escuela:

*En el colegio, con mis compañeros, yo no tenía nombre, a mí me decían 'la loca', o sea yo no era Daniel, yo era la loca*¹³⁵.

Marcelo¹³⁶ reporta situaciones de transfobia en su centro de estudios superiores:

Tenía un profesor que en un grupo de WhatsApp me llamó 'señorita' a propósito, a pesar de que muchos de mis compañeros no sabían que era trans, sino que pensaban que era un chico cis (...) También tengo compañeros que me trataban en redes sociales como mujer a propósito.

¹³⁴ Danixa, mujer cis lesbiana, 39 años.

¹³⁵ Daniel, hombre cis gay / queer, 29 años.

¹³⁶ Marcelo, hombre trans pansexual, 24 años.

De forma similar, tres entrevistados reportan haber sufrido bullying homofóbico en la escuela, situación que generó problemas de salud mental. Jessica¹³⁷ cuenta su experiencia:

Yo sentía que era una niña en mi casa y podía ser, pero en cambio cuando hacía estas cosas en el colegio era mal visto. Entonces comienzas a crecer un poquito y comienza el bullying, porque los niños comienzan a notar que tú eres muy femenino. Empieza a acentuarse más al punto de no querer ir al colegio, porque era una tortura. Es un sentimiento de depresión.

El bullying homofóbico es una fuente de estrés para personas LGBTQ+ y está relacionado con sintomatología como la que se presenta en este estudio. En el caso particular de Marcelo, Noah y Jessica, tres personas trans que reportan haber sufrido bullying por su identidad de género, encontramos síntomas como depresión, ideación suicida, ansiedad, crisis de pánico y trastorno de personalidad límite, lo que coincide con otros estudios similares^{138 139}.

Estas situaciones de violencia homofóbica, bifóbica y transfóbica pueden interiorizarse de manera que las propias personas LGBTQ+ adoptan el discurso discriminatorio sobre sí mismas:

Por años yo pensé que era la oveja negra de mi familia, simplemente por el hecho de ser gay¹⁴⁰.

De manera similar, Ana Lucía A.¹⁴¹ refiere:

Antes de descubrirme yo era tipo Con Mis Hijos No Te Metas, así explícitamente tenía un discurso homofóbico. Incluso en la universidad, decía que los homosexuales estaban mal, que se iban a ir al infierno (...) mi teoría es que necesitaba reprimir las cosas que estaba sintiendo porque tenía que ponerle un tampón fuerte, una cosa así.

Al respecto, un estudio revisado hace referencia a la homofobia internalizada y sus efectos en la salud mental¹⁴², asociado a las creencias religiosas, como se evidenció en 5 de los testimonios.

¹³⁸ Espelage, D. L., Aragon, S. R., & Birkertt, M. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students. What influence do parents and schools have? *School Psychology Review*, 37, 202–216

¹³⁹ Marchueta Pérez, Aitor (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32 (1), 255–271.<http://dx.doi.org/10.6018/rie.32.1.168461>

¹⁴⁰ Mayra, mujer cis lesbiana, 40 años.

¹⁴¹ Ana Lucía, persona de género no binario bisexual homoromántica, 27 años.

¹⁴² Ortiz-Hernández, Luis. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud mental*, 28(4), 49–65. Recuperado en 17 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000400049&lng=es&tlng=es

SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL RECURRENTES EN PERSONAS LGBTQ+

No me has preguntado si me he querido suicidar. (..) ¿Alguna vez ha pasado por mi mente? Sí.

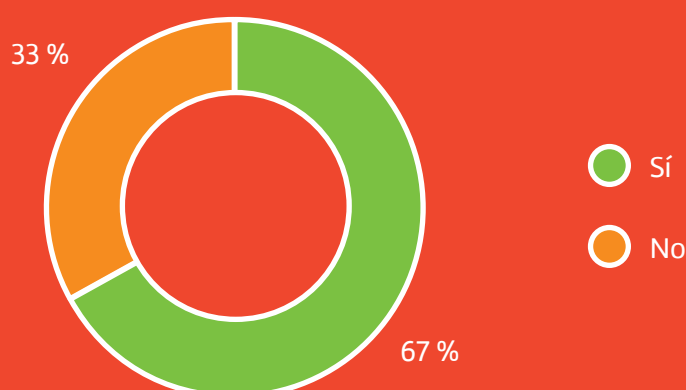
Jessica, mujer trans heterosexual, 38 años.

De forma general, se encontró que la sintomatología más frecuente en las personas LGBTQ+ que respondieron a la encuesta fueron los síntomas de ansiedad (60 %) baja autoestima e inseguridad (60 %) y depresión (58 %), seguidos de trastorno bipolar (22 %), trastorno de estrés postraumático (15,5 %), trastorno límite de personalidad (12,1 %) y consumo o abuso de sustancias psicoactivas (10 %). Estos indicadores coinciden con las evidencias revisadas que confirman que estas condiciones se ven incrementadas en población LGBTQ+.

De igual manera, el 15 % del total de encuestados reporta que no tienen ninguna sintomatología recurrente pero que cuando se sienten anímicamente mal buscan atenderse y recibir ayuda profesional. Esto es más frecuente en personas cisgénero¹⁴³, lo que quiere decir que son ellas las que reportan con mayor frecuencia no tener problemas recurrentes, mientras que las personas trans sí refieren sintomatologías más sostenidas a lo largo de su vida.

Como se observa en el gráfico N° 2, las personas de género no binario muestran el índice de **depresión** más alto (67 %), seguido de las mujeres y hombres trans (60 %) y las personas cisgénero (55,2 %). Respecto de la orientación sexual, son las personas bisexuales (61,31 %) quienes reportan depresión con mayor frecuencia, seguido de las y los homosexuales (54,49 %).

Gráfico N° 2: Personas de género no binario que reportan Depresión



¹⁴³ Asociación estadística significativa (chi cuadrado 4,784, p = 0,029)

○ DEPRESIÓN

La depresión fue el síntoma más frecuente, a su vez, en las entrevistas a profundidad, casi siempre asociado a reconocerse como LGBTQ+ en un espacio homofóbico, algo que fue corroborado por siete personas:

Me pasaba horas rogándole a dios que por favor me cambiara porque me habían metido la idea de que yo no iba a ser feliz 'tengo que rezar, tengo que quitar estos pensamientos' y eso me enfermaba¹⁴⁴.

A su vez, cinco personas entrevistadas refieren haber tenido intentos o ideación suicida.

Jessica¹⁴⁵ refiere:

Quizás no es que 'ya, voy a agarrar una pistola y me voy a matar, o voy a tirarme del acantilado'. Te dejas morir de una forma más leve, te dejas morir teniendo sexo sin condón, te dejas morir deprimiéndote, te dejas morir emborrachándote y exponiéndote a situaciones que sabes que... como buscando inconscientemente morir, de alguna u otra forma.

○ ANSIEDAD

En las personas cisgénero, los índices de **ansiedad** están al mismo nivel que los síntomas de depresión y sin diferencias sustanciales entre hombres y mujeres, sin embargo, en las mujeres trans o personas transfemeninas, el índice de ansiedad supera al de depresión (75 %), seguido de las personas de género no binario (71,15 %) y las personas transmasculinas u hombres trans (68,75 %). Respecto a la orientación sexual, son las personas bisexuales las que tienen mayores índices de ansiedad, como se puede ver en el Gráfico N° 3 (65 %).

Uno de los entrevistados, Noah¹⁴⁶, refiere situaciones de discriminación que le generan crisis de ansiedad:

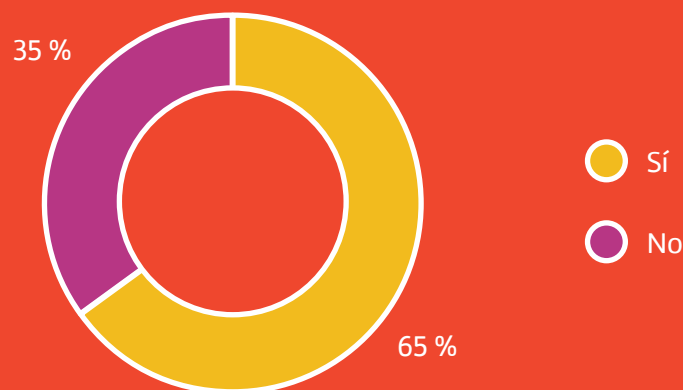
Cuando tenía que mostrar mi DNI o vestirme de una manera o tener que usar el género femenino para identificarme, era mucho más ahí donde sentía la presión y sudaba. Me sudaban las manos, me palpitaba el corazón muy rápido y estaba muy nervioso.

¹⁴⁴ Lucas, transmasculino pansexual, 24 años.

¹⁴⁵ Jessica, mujer trans heterosexual, 38 años.

¹⁴⁶ Noah, hombre trans heterosexual, 25 años.

Gráfico N° 3: Personas bisexuales que reportan Ansiedad



La depresión y la ansiedad son condiciones que siempre tiene índices incrementados en personas LGBTQ+ y, como se evidenció en las entrevistas, en muchas oportunidades lleva a tener ideas sobre el suicidio o a intentarlo. Esto en el marco de vivir en una situación donde la propia identidad de género u orientación sexual son catalogadas como negativas o son causal de discriminación¹⁴⁷.

○ INSEGURIDAD Y BAJA AUTOESTIMA

Las mujeres trans o personas transfemeninas reportan sentimientos de **baja autoestima e inseguridad** con mayor frecuencia (75 %) seguido de las personas de género no binario (67,31 %), los hombres cisgénero (61,95 %) y los hombres trans o personas transmasculinas (56,25 %) y mujeres cisgénero (54,74 %). Esto mismo ha sido reportando en un reporte de la UNESCO, en el que reconocen que la baja autoestima y poca confianza son comunes en esta población¹⁴⁸.

○ TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Se encontró una relación significativa entre ser una persona trans o de género no binario y reportar **trastorno límite de personalidad** (chi cuadrado 8,608 y p 0,003). Específicamente, las personas transmasculinas y transfemeninas son aquellas que reportan con mayor frecuencia sintomatología de trastorno límite de personalidad (25 %) seguido de las personas de género no binario (21,15 %). Las personas cisgénero reportan esta sintomatología en porcentajes cercanos al 10 % (mayores en mujeres cisgénero).

¹⁴⁷ King, Semlyen, See Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk y Nazareth (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry, 8 (70) doi: 10.1186/1471-244X-8-70

¹⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Out in the open. Education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/ expression. París: 2016, p. 30

Además de estos índices, las personas bisexuales (12,41%) reportan índices ligeramente superiores a las personas homosexuales (11,24%) en sintomatología de trastorno límite de personalidad. Esto ha sido corroborado en las entrevistas a profundidad, donde dos mujeres cis bisexuales reportan tener trastorno límite de personalidad. Además, un hombre cis y un hombre trans también refieren presentar esta sintomatología, acompañada de autolesiones.

○ CONSUMO DE SUSTANCIAS

El **consumo de sustancias** se reporta en mayor medida en personas trans o de género no binario (13,89 %) siendo mayor en mujeres trans o personas transfemeninas. En personas cisgénero, alcanza al 8,40 % de las personas encuestadas, siendo mayor el reporte en hombres. En cambio, cuando se hace el análisis por orientación sexual, son las personas heterosexuales (con identidad trans) quienes reportan mayores índices, comparado a las personas bisexuales (9,49 %) y homosexuales (10,11 %).

○ TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los síntomas de **trastorno de estrés postraumático** los reportan en mayor medida en personas trans o de género no binario (20,83 %) siendo mayor en hombres trans o personas transmasculinas. El detalle se puede observar en la Tabla N° 7. En personas cisgénero, alcanza al 14 % de las personas encuestadas, sin diferencias porcentuales importantes entre hombres y mujeres.

Tabla N° 7: Identidad de género y trastorno de estrés postraumático

	No	Si	Total
Mujer cisgénero	118	19	137
Hombre cisgénero	97	16	113
Transmasculino	11	5	16
Transfemenina	3	1	4
Género no binario	43	9	52
Cuestionando	1	0	1
Total	273	50	323

De manera similar, los índices reportados en personas homosexuales y bisexuales alcanzan el 15,17 % y el 16,79 %, respectivamente.

Debido a que el estrés postraumático es una condición de salud mental que se diagnostica a partir de situaciones de violencia pasadas, se realizó una asociación entre las diferentes formas de violencia reportadas y el reporte de estrés postraumático y se encontró que todas las formas de violencia y la violencia general se asocian de manera significativa con esta condición clínica (utilizando el estadístico chi cuadrado). Esto ha sido encontrado en otros estudios¹⁴⁹, confirmando que la violencia tiene impacto en la salud mental, especialmente en el caso de la violencia sexual, como se puede ver en el siguiente extracto de una de las entrevistas:

[La persona que abusó sexualmente de mí cuando era niña] me llamó el otro día por teléfono y el solo hecho de ver su nombre en la pantalla de mi celular me paralizó y sentí como que se me cortaba la respiración y sentí miedo¹⁵⁰.

○ TRASTORNO BIPOLAR

Respecto a la sintomatología del **trastorno bipolar**, también se reporta con mayor frecuencia en personas trans o de género no binario (29,17 %) siendo mayor en mujeres trans y personas de género no binario. En personas cisgénero (20,40 %) es mayor el reporte en hombres (26,55 %) que en mujeres (15,33 %). Una de las personas entrevistadas refirió tener ciclotimia, un tipo considerado dentro las formas que toma el trastorno bipolar. En relación con la orientación sexual, las personas homosexuales reportan sintomatología de trastorno bipolar con mayor frecuencia (24,16 %) que las personas bisexuales (21,17 %).

○ ALTERACIONES AL PROYECTO DE VIDA

Otro de los problemas de salud mental detectados como consecuencia de las situaciones de violencia y discriminación son las **alteraciones al proyecto de vida**, es decir, entendido no solo como las metas que tiene cada persona, sino la formación de la identidad personal, el modo de autovaloración de uno mismo y el reconocimiento de las relaciones interpersonales y sociales¹⁵¹. En ese sentido, algunos de los entrevistados refieren haber tenido que cambiar de carrera, haber tenido que dejar el país, dejar su vida profesional para atender sus situaciones familiares debido a su orientación sexual o identidad de género, etc.

¹⁴⁹ Sevilla, A., Aparicio, M. y Limiñana, R. (2018) La salud de adolescentes y adultos transgénero: revisión sistemática desde la perspectiva de género. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación, 50 (1): 5-20.

¹⁵⁰ Ana Lucía, mujer cis bisexual, 27 años.

¹⁵¹ Ministerio Público. (2011) Guía de Valoración del Daño Psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional. Recuperado de https://www.mpf.gov.pe/escuela/contenido/publicaciones/35_guia_psiquico.pdf

Sinceramente, a mí me gustaría tener un hijo. Pero pienso todo lo que yo estaría heredándole a esta persona que ni siquiera pidió eso y digo 'no, no puedo ser tan egoísta solamente porque yo quiero tener un hijo ¿no?, mi hijo va a sufrir porque todos lo van a molestar porque tiene dos mamás, y digo no, ya fue'. Entonces planes como ese tipo se te truncan, a mí y a miles de personas ¿no? Porque digo si quiero tener un hijo tendría que irme a otro país y qué implica para mí irme a otro país¹⁵².

Al respecto, Gerald¹⁵³ refiere:

A veces he pensado como sería mi vida si hubiera llevado una terapia adecuada cuando tenía 11 años (...) a veces pienso 'ala, qué no hubiera podido hacer si es que hubiera, si hubiera estado mejor acompañada en este proceso.

ORÍGENES DEL MALESTAR PSICOLÓGICO

Las causas del malestar psicológico se exploraron con mayor detalle en las entrevistas a profundidad. Varias de las personas entrevistadas refirieron que el reconocerse como LGBTQ+ en un espacio homofóbico (casi siempre la escuela y la familia) generaba mucho malestar. El discurso religioso en la familia o en instituciones religiosas también se revela como una fuente de violencia y discriminación que genera malestar emocional en tres de las personas que pasaron por entrevistas a profundidad.

Yo tenía una pelea de gatos en la cabeza. Fue muy fuerte, la verdad es que la pasé mal. Me ponía a llorar mientras me bañaba para que no se notara, todos los días. Durante una buena época la pedía perdón a dios. Intentaba que no me gusten las chicas, estaba con chicos, tuve bastantes enamorados, pero no duré ni un mes con ellos, me aburría. Mi manera de 'aceptarme' fue hacer un pacto con dios, porque nadie está libre de pecado ¿no? Mi pacto era que iba a tratar de ser la mejor persona que pudiera ser yo, para que ese [ser gay] sea mi único pecado¹⁵⁴.

¹⁵² Carla, mujer cis lesbiana / pansexual, 35 años.

¹⁵³ Gerald, mujer cis bisexual, 28 años.

¹⁵⁴ Mayra, mujer cis lesbiana, 40 años.

Esto ha sido corroborado por la evidencia revisada¹⁵⁵, que encuentra que haber sido formado en un hogar religioso se asocia a ideación suicida, lo que significaría que aquellas personas que han sido expuestas a discursos religiosos homofóbicos internalizan la discriminación, lo que les genera problemas de salud mental.

SOBRE EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES

No volvería nunca en mi vida a un psicólogo. Nunca. Ni a un psiquiatra.

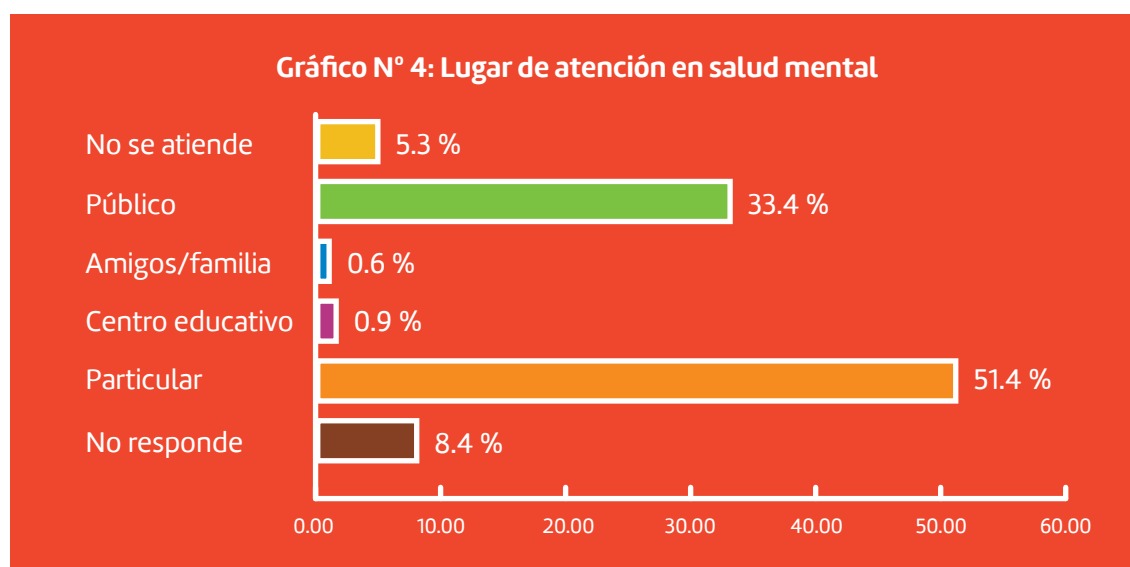
K, lesbiana no binaria, 40 años.



¹⁵⁵ Jeremy J. Gibbs & Jeremy Goldbach (2015) Religious Conflict, Sexual Identity, and Suicidal Behaviors among LGBT Young Adults, Archives of Suicide Research, 19:4, 472–488, DOI: 10.1080/13811118.2015.1004476

El acceso a servicios de salud mental en las personas LGBTQ+ encuestadas se realiza mayormente en clínicas o consultorios particulares (51,4 %), seguido de la atención en servicios públicos de diverso tipo (33,4 %), como se puede observar en el gráfico N° 4. Sobre el servicio de salud que brinda el Estado, existe la percepción de que la atención no va a ser de calidad:

A mí me cuesta creer que el Estado pueda garantizar, más que una infraestructura, profesionales que sean empáticos con la situación que vivo¹⁵⁶.

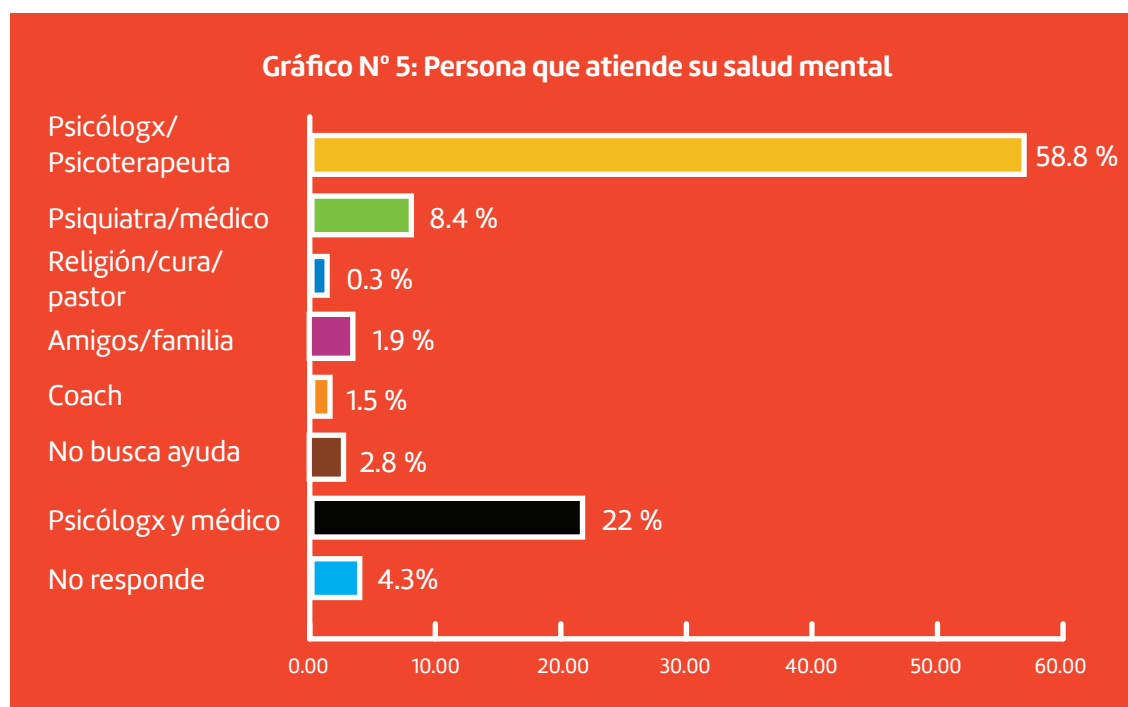


No se encontraron asociaciones entre el lugar de atención en salud mental y la orientación sexual o identidad de género, ni por tipo de síntoma reportado.

Respecto del tipo de profesional que atiende su salud mental, el gráfico N° 5 muestra que la mayoría de las personas reporta atenderse con un psicólogo o psicoterapeuta (58,8 %), mientras que el 22 % se atiende siempre con un psicólogo y además con un médico (atención psicofarmacológica) y el 8,4 % se atiende solo con un médico. En total, el 89,2 % se atiende con un profesional de salud cuando busca atender su salud mental. Dos hombres trans¹⁵⁷ entrevistados refirieron que tuvieron que buscar la atención psiquiátrica con el objetivo de que se les brinde un informe médico que les permita acceder a hormonas, como parte de su proceso de afirmación de género (transición).

¹⁵⁶ Alithú, trans no binarie, 27 años.

¹⁵⁷ Noah, hombre trans heterosexual, 25 años y Marcelo, hombre trans pansexual, 24 años.



No se encontraron asociaciones entre la atención con profesionales de salud mental y la orientación sexual o la identidad de género, pero sí se encontraron asociaciones entre esta variable y reportar depresión, ansiedad, baja autoestima, trastorno límite de personalidad y sintomatología no recurrente (al utilizar el estadístico chi cuadrado se encontraron niveles de significancia p menores a 0.05), lo que quiere decir que las personas LGBTQ+ buscan profesionales de salud mental y no otras personas cuando tienen malestar emocional

DISCRIMINACIÓN Y PREJUICIOS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL: “YO ESTOY YENDO PARA CUIDAR DE MÍ MISMO Y ESTA PERSONA ME ESTÁ HACIENDO ESTE PROCESO MÁS DIFÍCIL”

Daniel¹⁵⁸ cuenta una situación de discriminación que pasó con una psiquiatra del Hospital Negreiros de Essalud:

Le dije ‘ah sí, soy homosexual’ y me dijo ‘¿desde cuándo usted decidió ser homosexual?’ y yo ‘ehm, no decidí, eso no se decide.’

¹⁵⁸ Daniel, hombre cis gay / queer, 29 años.

Fue como bien condescendiente (...) Luego le dije que yo era paciente código blanco [VIH positivo] y me dijo 'ah, hubiera empezado por ahí... entonces usted ha tenido encuentros furtivos por ahí... (...) y ¿cuándo usted se contagió?' y ahí le dije que el contagio no existe, que es transmisión, porque la transmisión es directa y el contagio es indirecto, el VIH no se contagia. Luego me preguntó: '¿usted sabe con quién se contagió?' y le dije '¿qué tiene que ver eso doctora?'. Eso la hizo molestar más (...) al final me dijo 'lo voy a derivar con un psicólogo para que controle su ira'.

Estos prejuicios sobre ser LGBTQ+ han sido reportados con frecuencia por las personas encuestadas y entrevistadas. Como se puede ver en el gráfico N° 6, el 61,9 % de encuestados refiere haber detectado estos prejuicios al ser atendidos por personal de salud mental. Comparado al 16 % que detectó la primera encuesta virtual para personas LGBTQ+, el presente estudio reporta que el índice es bastante más alto.

Algunos de estos prejuicios se han encontrado en las entrevistas a profundidad. Marcelo¹⁵⁹ comenta una de sus experiencias en donde una psicóloga le recomienda que tenga sexo con hombres para definir si realmente le gustaban las mujeres. Esto sucedió cuando tenía 14 años:

Llegó el punto en que me dijo 'ok, pero ¿estás segura que te gustan las mujeres?, ¿has estado alguna vez con un chico?' yo le dije que no había tenido relaciones sexuales con chicos. Así que me dijo 'bueno, entonces, yo te recomiendo que las tengas para que te asegures si es que realmente te gustan las mujeres o no'. Eso fue lo que me dijo. Tenía 14 años. Entonces me quedé pensando y justo en mi salón había un compañero y decidimos probar. Aun así, no pasaba nada, pero lo hice porque la psicóloga me dijo.

De igual manera, Ana Lucía¹⁶⁰ cuenta dos situaciones que vivió con psicólogos que tenían prejuicios sobre la bisexualidad:

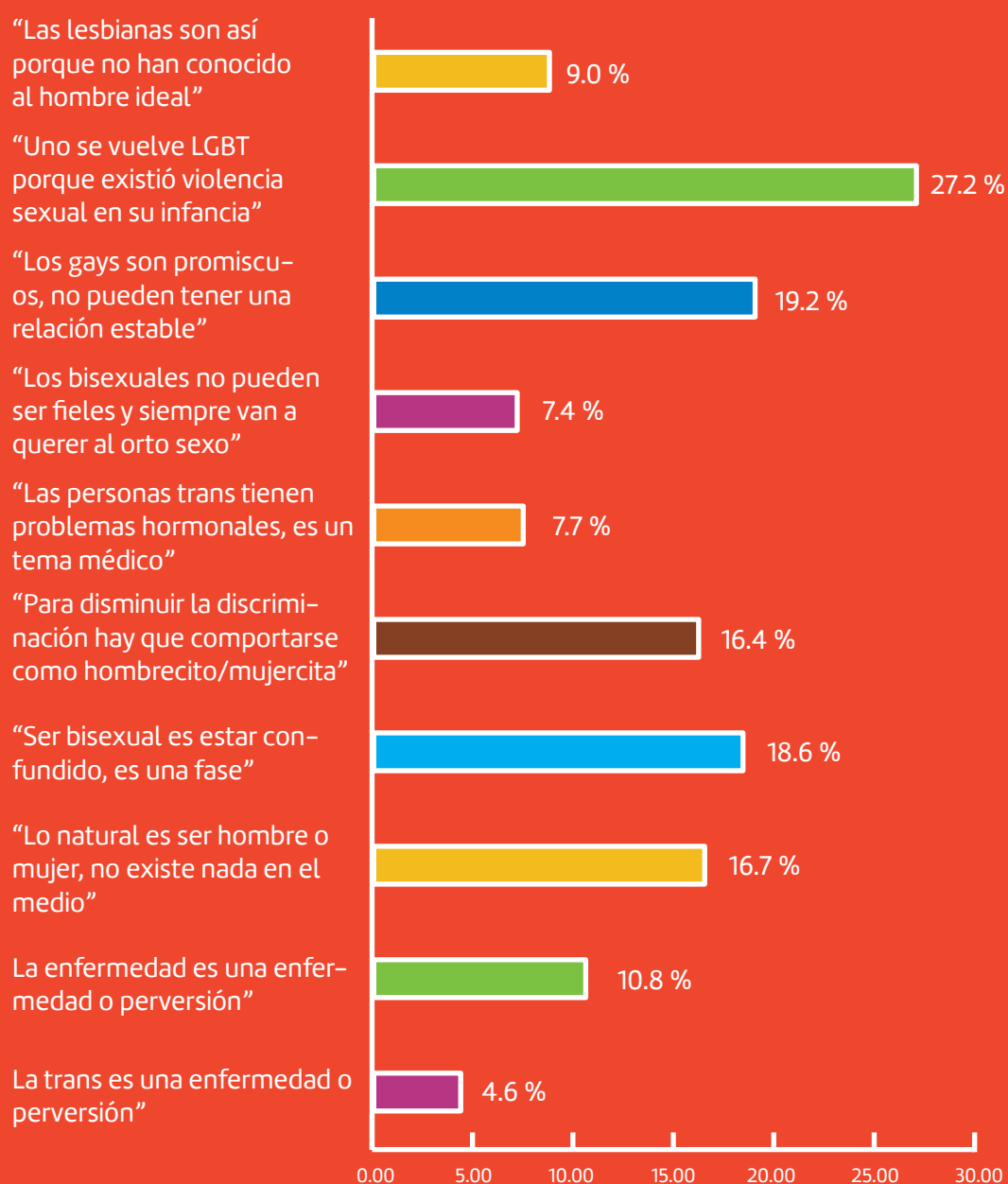
Una psicóloga-consejera de la universidad me hizo sentir como que eso estuviera mal y lo tuviera que detener, así que me recomendó solamente tratar como amiguita a la chica que

¹⁵⁹ Marcelo, hombre trans pansexual, 24 años.

¹⁶⁰ Ana Lucía, mujer cis bisexual, 27 años.

me gustaba. Luego, había un psicólogo Gestalt que un día me preguntó '¿y ya te decidiste?!' y yo pensé 'no sabía que tenía que decidirme si en verdad me gustan los chicos o las chicas' y eso me llevó a hacer conductas problema.

Gráfico N° 6: Prejuicios en profesionales de salud mental



Las ideas falsas que se reportaron con mayor frecuencia entre profesionales de la salud mental fueron “Uno se vuelve gay / bisexual / lesbiana / trans porque existió violencia sexual en la infancia” (27,2 %), que los homosexuales son más promiscuos (19,2 %) y que la bisexualidad es una fase o confusión (18,6 %). Karla cuenta una situación en la que su orientación sexual bisexual fue tomada como una confusión por parte de personal de salud mental¹⁶¹:

Le dije que era bisexual y en el diagnóstico puso que yo tenía dudas sobre mi orientación sexual, de mis preferencias sexuales (...) También pasó que yo ya estaba con mi pareja actual [un chico trans] y el psicólogo puso en recomendaciones que tenía que abordar en la terapia la idoneidad de la elección de pareja.

Finalmente, se les preguntó si de manera general consideraban que los profesionales de salud mental que los había atendido estaban o no capacitados para atender personas LGBTQ+. El 59,4 % respondió que no, como se puede ver en el gráfico N°7. Al respecto, K¹⁶² refiere: “No volvería nunca en mi vida al psicólogo. Nunca. Ni a un psiquiatra”, debido a las malas experiencias que ha tenido con profesionales de salud mental.

De la misma manera, Daniel¹⁶³ refiere:

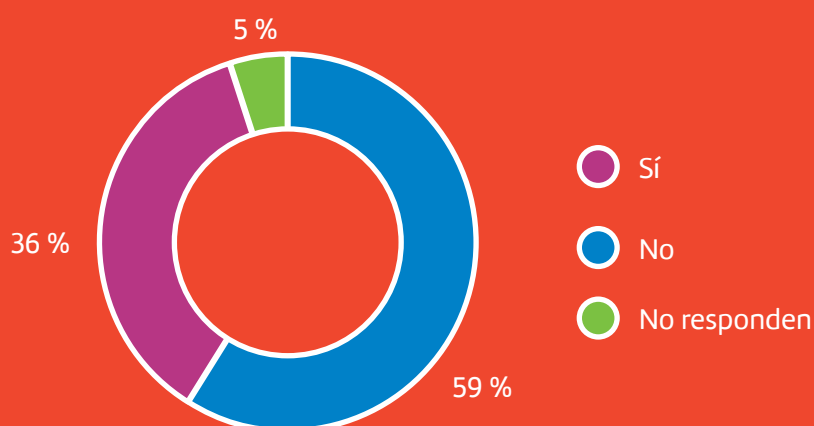
Yo estoy yendo para cuidar de mí mismo y esta persona me está haciendo este proceso más difícil de lo que ya es. O sea, yo no estoy yendo porque me siento bien, estoy yendo porque me siento mal y necesito ayuda, y llegas tú y comienzas a juzgarme. Y no solamente eso, por ejemplo, cuando testean o te tratan de VIH siempre te preguntan ‘¿cuántas parejas sexuales has tenido?’ (...) a los heterosexuales no les preguntan cuántas parejas sexuales han tenido y eso sí se me hace super violento.

¹⁶¹ Karla, mujer cis bisexual, 21 años.

¹⁶² K, lesbiana no binaria, 40 años.

¹⁶³ Daniel, hombre cis gay / queer, 29 años.

Gráfico N° 7: Capacitación del personal de salud mental



OBSTÁCULOS PARA LA ATENCIÓN Y EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

(...)cada sesión me cuesta 250. Cada sesión de terapia me cuesta 120 y mis medicamentos, en la Quetiapina gasto mensual como 400 y en la Fluoxetina (...) por dos semanas gasto 280. (...) al final han salido como 1500 o 2000 soles ¿ya? Todo mi dinero se va básicamente a mi salud mental.

Gerald, mujer cis bisexual, 28 años.

Los obstáculos que se han identificado para la atención o el acceso a servicios de salud mental en las entrevistas a profundidad se agrupan en tres ejes: costo excesivo, falta de capacitación del personal de salud asociado a prejuicios y ausencia de información sobre profesionales especialistas en atender población LGBTQ+. Estos obstáculos fueron referidos por las 15 personas entrevistadas.

*Tú esperas que el psicólogo sepa más que tú del tema, no que tú le enseñes. Es algo super importante, que realmente sepa del tema. Y si alguien va por otra cosa, realmente que se enfoque en esa otra cosa. No debería ser un problema.*¹⁶⁴

¹⁶⁴ Mayra, mujer cis lesbiana, 40 años

○ COSTO EXCESIVO

Al respecto, Karla refiere:

Hay personas LGBT que por su identidad sexual no pueden acceder a trabajos u oportunidades laborales, y por ello no se pueden costear una terapia o que tienen rechazo por parte de su familia y obviamente ellos tampoco les apoyan para acceder a terapias o tratamientos¹⁶⁵.

○ FALTA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ASOCIADO A PREJUICIOS

Respecto a la falta de capacitación del personal en temática LGBTQ+, Lucas¹⁶⁶ refiere:

En una de mis confesiones le dije al padre que me gustaban las mujeres, como pecado (...) me derivó a una psicóloga de la iglesia, me dijo que ese pecado lo iba a cargar durante toda la vida, pero que dependía de mí caer en el pecado. Me metieron la idea de que yo no podía estudiar psicología porque iba a enfermar a la gente. Estuve muchos años con esa idea y cuando postulé a la universidad, postulé a comunicaciones.

Tres de las personas entrevistadas son, a su vez, estudiantes de psicología o psicólogos egresados. En las entrevistas refirieron que durante su formación no recibieron cursos con enfoque de género, ni información afirmativa sobre personas LGBTQ+, a su vez, refieren que han tenido docentes que tenían prejuicios respecto de la diversidad sexual, al respecto, Lucas¹⁶⁷ refiere:

Un profesor que me enseñó la formación en terapia Gestalt afirmaba que podía curar la homosexualidad, y nos enseñó a curar la homosexualidad (...) me siento estafado con esa formación (...) era un instituto de formación en terapia, acreditado por la Universidad San Martín. Entonces te daban tu cartoncito que decía 'validado por la USMP... él decía 'yo curo homosexuales'.

¹⁶⁵ Karla, mujer cis bisexual, 21 años.

¹⁶⁶ Lucas, transmasculino pansexual, 24 años.

¹⁶⁷ Lucas, transmasculino pansexual, 24 años.



○ **AUSENCIA DE INFORMACIÓN SOBRE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN ATENDER POBLACIÓN LGBTQ+**

Finalmente, sobre el acceso a servicios de salud mental debido a los problemas emocionales derivados del estigma y la discriminación, Carla¹⁶⁸ refiere:

Me sobreexijo, estoy pagando a alguien para que me haga entender que lo que hago está bien.

Esto en referencia a que son las mismas personas LGBTQ+ las que tienen que buscar ayuda por sus problemas de salud mental, incluso cuando estos problemas son derivados de la violencia y la discriminación.

De manera similar, Kimi¹⁶⁹ refiere que los servicios de salud mental son poco accesibles para las personas que no tienen solvencia económica:

Es bastante cara la salud mental, y tampoco hay una base de datos de psicólogos donde puedas buscar. A veces uno busca un recomendado, no sabes si te va a ir bien, si te van a discriminar, realmente no sabes dónde buscar. Esos son los factores más pesados: plata y dónde buscar.

¹⁶⁸ Carla, mujer cis lesbiana / pansexual, 35 años.

¹⁶⁹ Kimi, mujer cis lesbiana, 31 años.

SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN Y LOS ESFUERZOS POR CAMBIAR LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO

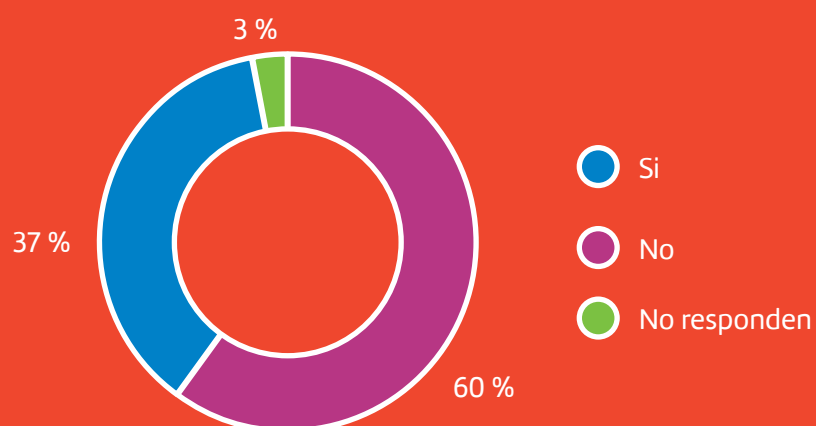
De las 323 personas que respondieron la encuesta, 120 reportaron haber sufrido alguna vez alguna práctica o esfuerzo para cambiar su orientación sexual o identidad de género, esto corresponde casi al 40 % de la muestra encuestada, como se puede observar en el gráfico N° 8. De estos, la mayoría fueron hombres cisgénero (39,1 %), la mayoría de ellos homosexuales (63,3 %). En las entrevistas a profundidad siete personas revelaron haber sufrido prácticas de conversión.

Le dijeron a mi mamá que mi orientación sexual era debido a que tenía trastorno límite de personalidad, entonces mi mamá pensó 'entonces, te curamos'. Estuve medicado seis meses más o menos, no sé cómo estudiaba medicado y trabajaba (...) ahora he transicionado, he crecido, he madurado, y no he tenido ya alguna de estas conductas [del trastorno límite de personalidad]¹⁷⁰

De este grupo, el 5 % reporta haber sido internado como parte de la práctica a la que fue sometido.

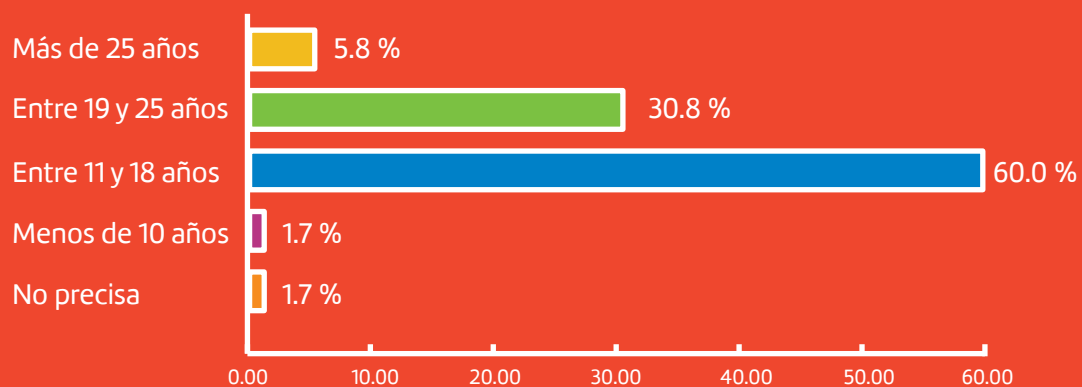
¹⁷⁰ Lucas, transmascuino pansexual, 24 años.

Gráfico N° 8: Personas que pasaron por prácticas de conversión



Además, cerca del 62 % fueron sometidos a estas prácticas siendo menores de edad, como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 9: Edad en la que acudieron a prácticas de conversión



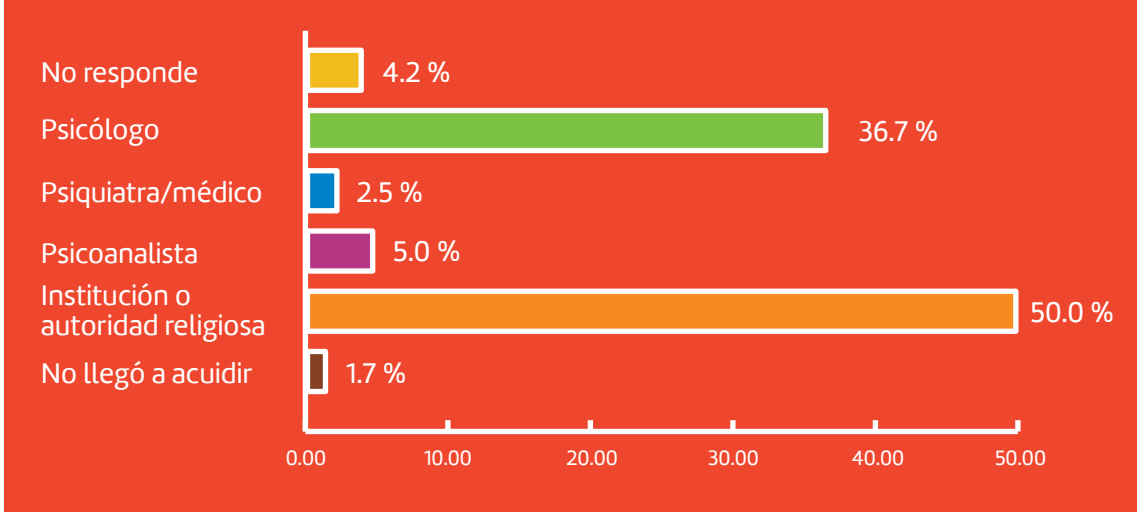
El 28,3 % acudió por voluntad propia, mientras el 46,7 % acudió por obligación de los padres o la familia y el 20 % por indicación de alguna autoridad religiosa (cura, monja, pastor).

Tabla N° 8: Motivo de atención

	f	%
Voluntad propia	34	28,3
Padres / familia	56	46,7
Autoridad religiosa	24	20
Maestro / Maestra	3	2,5
No recuerda	2	1,7
Total	120	100,0

La persona o lugar en donde se practicaron las “terapias” de conversión fue en su mayoría de naturaleza religiosa (50 %), seguido de atención por parte de un profesional psicólogo (36,7 %) o psicoanalista (5 %). Además, el 2,5 % fueron médicos o psiquiatras. Esto implica que cerca del 45 % de las prácticas de conversión las realiza un profesional de salud, como se puede ver en el gráfico N° 10.

Gráfico N° 10: Lugar o persona que realizó la atención





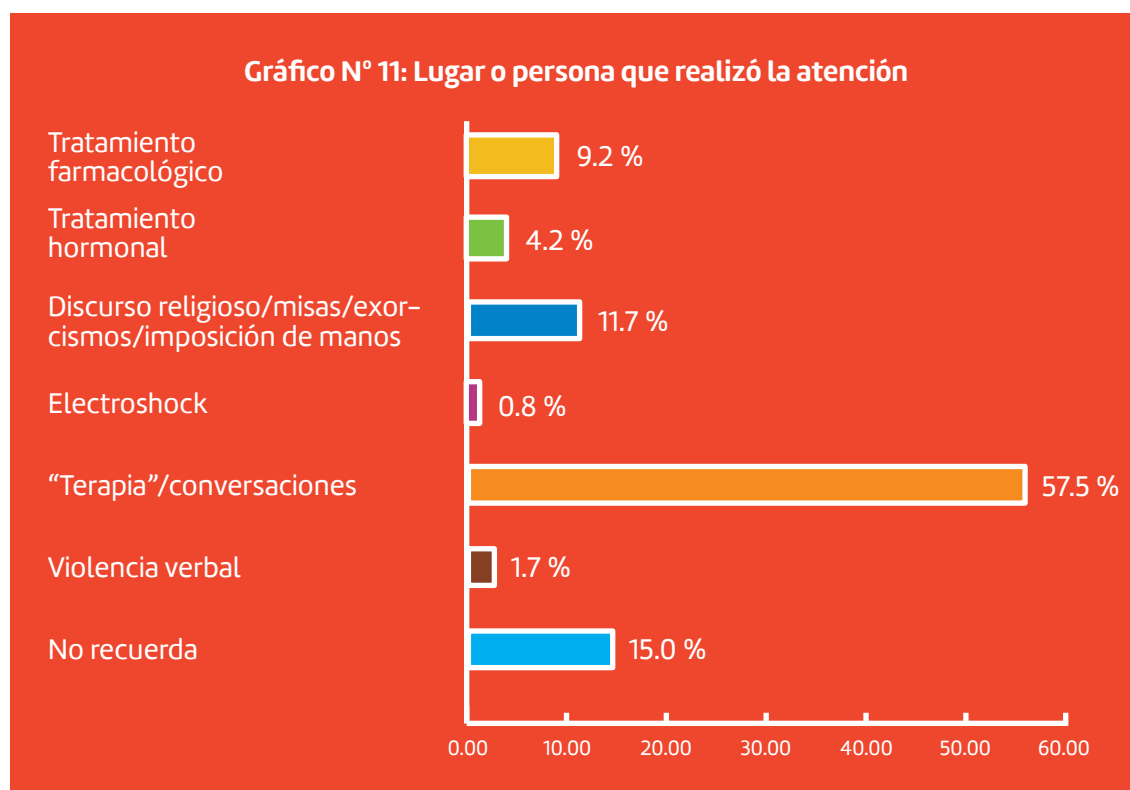
Gerald¹⁷¹ cuenta que fue sometida a prácticas de conversión durante varios años, de parte de un psiquiatra y psicoanalista peruano conocido:

Me acuerdo que fui y me dijo que esos comportamientos no eran de una chica, y me dio medicación que supuestamente me iba a ayudar a que mis pensamientos no fueran orientados a eso (...) me dijo que era una obsesión, como TOC, lo que me hacía pensar en mujeres. Me medicó con haloperidol, antipsicóticos, escitalopram. Tenía 15 años (...) Sentía mucho sueño, ni siquiera recuerdo bien.

Luego la derivaron con una psicóloga que la trató por ser lesbiana:

Y me dijo 'tus papás han venido a hablarme antes y nunca te van a aceptar, nunca van a aceptar que eres lesbiana, mejor ni siquiera hablemos de eso, porque no tiene sentido (...) ellos ya me dejaron en claro antes de que tú vinieras que no quieren nada que ver con eso y que tus sesiones acá van a ser para ver de qué manera se pueden ir quitando esos pensamientos'. Sus sesiones consistían en hablarme muy mal de ser gay, me decía cosas religiosas, que esa no era la meta de dios para mí, su consultorio estaba lleno de imágenes religiosas. Mi depresión aumentó ahí con ella.

¹⁷¹ Gerald, mujer cis bisexual, 28 años.



Mi tía asumió que era el demonio que estaba poseyéndome, porque eso no es de dios y que esas actitudes son del diablo, así que me llevó a una misa de sanación a las cinco de la mañana (...) me llevó literalmente casi a rastras, pidió el taxi y me dijo 'yo te voy a ayudar, te voy a sanar, esto es una enfermedad'. Era una misa grupal de personas que estaban supuestamente enfermas (...) el cura daba una misa normal y luego ponía las manos sobre la cabeza y oraba y decía 'sal demonio de este cuerpo' y cosas así¹⁷².

En las entrevistas a profundidad se exploraron acerca de estas prácticas. La mayoría de estas fueron realizadas por profesionales de salud mental psicólogos y psiquiatras que tenían creencias religiosas arraigadas. Las formas de tratamiento consistieron en aplicación de hormonas con el fin de "corregir" su orientación sexual o identidad de género, tratamiento farmacológico, psicoterapia y discursos y prácticas religiosas, como misas de sanación o imposición de manos.

¹⁷² Danixa, mujer cis lesbiana, 39 años.

CONSECUENCIAS DE LAS TERAPIAS Y PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN

Se realizó un análisis mediante tablas de contingencia y el uso del estadístico de asociación chi cuadrado para conocer si el hecho de haber pasado por algunas de estas prácticas se relaciona con los problemas de salud mental recurrentes. En la tabla N° 9 se puede observar que todos los indicadores de problemas de salud mental son ligeramente mayores en las personas que reportan haber sido sometidas a prácticas de conversión, sin embargo, el Trastorno de Estrés Postraumático salta 11 puntos porcentuales y obtiene un estadístico chi cuadrado de 7,198, con un nivel de significancia de 0,007, lo cual indica que ambas variables están asociadas de manera significativa.

Tabla N° 9: Problemas de salud mental recurrentes y prácticas de conversión

	Sin Prácticas de conversión	Con Prácticas de conversión
Depresión	56,16%	60,00%
Ansiedad	59,11%	62,50%
Baja Autoestima	59,11%	60,83%
TLP	11,33%	13,33%
Abuso de sustancias	9,36%	10,83%
TEPT *	11,33%	22,50%
Trastorno Bipolar	20,20%	25,83%

*asociación con significancia estadística

CAPÍTULO CINCO





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- >> El 83 % de la muestra ha sufrido algún tipo de violencia: violencia psicológica (68,4 %), violencia verbal (47,7 %), violencia física (21,7 %) y violencia sexual (18,9 %, con índices más elevados en personas de género no binario y en mujeres cisgénero).
- >> La violencia psicológica se asocia significativamente con la identidad de género: las personas de género no binario o trans reportan mayor violencia psicológica que las personas cisgénero.
- >> El 75 % de las personas reportan haber sufrido algún tipo de discriminación por su orientación sexual o su identidad de género.
- >> La sintomatología más frecuente en las personas LGBTQ+ que respondieron a la encuesta fueron los síntomas de ansiedad (60 %) baja autoestima e inseguridad (60 %) y depresión (58 %), seguidos de trastorno bipolar (22 %), trastorno de estrés postraumático (15,5 %), trastorno límite de personalidad (12,1 %) y consumo o abuso de sustancias psicoactivas (10 %).
- >> Cinco personas entrevistadas reportan haber intentos o ideación suicida.
- >> El trastorno límite de personalidad se encontró prevalente en personas trans o de género no binario debido a las dificultades que encuentran por la vivencia de su identidad. Cuatro personas entrevistadas reportan estos síntomas.
- >> El estrés postraumático se encontró asociado a reportes de violencia y a reportes de haber sido sometido a prácticas de conversión.
- >> Se encontraron afectaciones al proyecto de vida como consecuencia de la discriminación en las entrevistas a profundidad.
- >> El acceso a servicios de salud mental en las personas LGBTQ+ encuestadas se realiza mayormente en clínicas o consultorios particulares (51,4 %), seguido de la atención en servicios públicos de diverso tipo (33,4 %).
- >> El 89,2 % de las personas encuestadas refiere atenderse con un profesional de salud cuando busca atender su salud mental (psicólogo y/o psiquiatra).



- >> El 61,9 % de encuestados refiere haber detectado prejuicios o ideas falsas sobre ser LGBTQ+ al ser atendidos por profesionales de salud mental. Las ideas falsas que se reportaron con mayor frecuencia fueron: “Uno se vuelve gay / bisexual / lesbiana / trans porque existió violencia sexual en la infancia” (27,2 %), “los homosexuales son más promiscuos” (19,2 %) y “la bisexualidad es una fase o confusión” (18,6 %).
- >> Los obstáculos que se han identificado para la atención o el acceso a servicios de salud mental en las entrevistas a profundidad se agrupan en tres ejes: costo excesivo, falta de capacitación del personal de salud asociado a prejuicios y ausencia de información sobre profesionales especialistas en atender población LGBTQ+.
- >> Casi el 40 % de la muestra encuestada reporta haber sido sometida a prácticas de conversión para intentar cambiar su orientación sexual o identidad de género. De este grupo, el 5 % reporta haber sido internado como parte de la práctica a la que fue sometido y cerca del 62 % fueron sometidos a estas prácticas siendo menores de edad.
- >> El 28,3 % acudió a estas prácticas por voluntad propia, mientras el 46,7 % acudió por obligación de los padres o la familia y el 20 % por indicación de alguna autoridad religiosa.
- >> Cerca del 45 % de las prácticas de conversión las realiza un profesional de salud, la mayoría psicólogos. El 50 % de las prácticas se realizan en instituciones de carácter religioso o por personas que suscriben a religiones cristianas.
- >> Todos los indicadores de problemas de salud mental son ligeramente mayores en las personas que reportan haber sido sometidas a prácticas de conversión, especialmente estrés postraumático (con significancia estadística).

2.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- >> Realizar un muestreo estratificado de tal manera que se asegure una mejor representación de las personas LGBTQ+ teniendo en cuenta variables como el ingreso económico, lugar de procedencia, auto identificación étnica y discapacidad.
- >> Continuar incorporando las variables de género, orientación sexual e identidad de género en las encuestas y entrevistas.
- >> 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 auto reporte.





3.

RECOMENDACIONES PARA EL ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL

AL ESTADO:

- >> Modificar la Ley de Salud Mental (N° 30947) para que se haga explícita la prohibición y sanción de todo tipo de práctica que busque cambiar la orientación sexual o la identidad de género.
- >> Aprobar una ley general contra la discriminación y violencia hacia personas LGBTQ+ que incluya los esfuerzos 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.
- >> Fortalecer las mesas de trabajo de lesbianas y de gays, bisexuales, trans e intersexuales del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables con el fin de que en sus agendas se toquen de manera regular temas de salud y salud mental.
- >> Implementar capacitaciones para profesionales de salud mental del Ministerio de Salud con enfoque de género y con énfasis en diversidad sexual y de género y con un enfoque psicoterapéutico afirmativo para la atención de personas LGBTQ+.
- >> 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 e identidad de género en las investigaciones que dirige el Instituto Nacional de Salud Mental y los distintos sectores del Estado que implementan políticas públicas.

- >> Implementar los protocolos de denuncia de Susalud, Síseve y CEM de manera que permitan registrar prácticas de conversión en la atención de situaciones de violencia en personas LGBTQ+, debido a que la violencia de este tipo va en contra de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos establecidas en tratados internacionales.
- >> Fiscalizar a los centros de educación básica, donde muchas de estas situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes LGBTQ+ ocurren. Prevenir, detectar, e intervenir a los psicólogos y psicólogas educativos que sometan a estudiantes a prácticas de conversión.

A LA SOCIEDAD CIVIL, COLEGIOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES ACADÉMICAS:

- >> Implementar rutas de atención, denuncia y sanción de este tipo de prácticas y discursos discriminatorios en los colegios profesionales de Psicólogos y Médico, de tal manera que se hagan evidentes en sus reglamentos, leyes y códigos de ética y deontología.
- >> Implementar reformas en los currículos universitarios de profesiones que atienden la salud mental (psicología, medicina y enfermería) para incluir formación en enfoque de género, de tal manera que los futuros profesionales de salud mental estén capacitados para atender personas LGBTQ+ con un enfoque afirmativo.
- >> Promover la organización comunitaria de personas LGBTQ+
- >> Promover la investigación de la realidad de la población LGBTQ+





- >> Difundir y sentar una posición en contra de las prácticas de conversión a través de comunicados, talleres y capacitaciones, especialmente en el marco de los colegios profesionales, universidades y centros de investigación.
- >> Implementar mecanismos de vigilancia para identificar y denunciar prácticas de conversión o problemas en el acceso a servicios de salud mental en personas LGBTQ+.

A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

- >> Difundir representación de personas LGBTQ+ en el marco del respeto a sus identidades, respetando los pronombres y nombres de las personas trans y de género no binario.
- >> Exponer la homofobia, bifobia y transfobia como un problema social que genera violencia, y que constituye un atentado contra los derechos humanos.

Más 
Igualdad