

**Principales Resultados  
del Diagnóstico  
situacional de personas  
lesbianas, gays,  
bisexuales, transgénero,  
travestis, transexuales,  
intersexuales y queers  
(LGBTIQ) de México 2015**

**Primera parte  
Octubre 2015**

Mtro. Juan Carlos Mendoza, UAM-X  
jmendozap@correo.xoc.uam.mx

Dr. Luis Ortiz Hernández, UAM-X  
lortiz@correo.xoc.uam.mx

Lic. Ricardo Román, Inspira Cambio A.C.  
rroman@inspiracambio.org

Lic. Aarón Rojas, Inspira Cambio A.C.



UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco





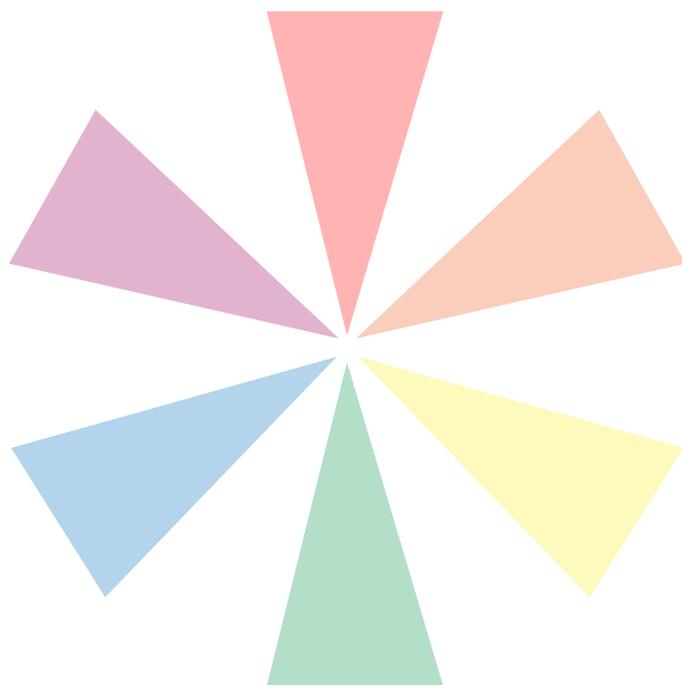
# 1.-INTRODUCCIÓN

Durante algunos años la investigación de las problemáticas de las poblaciones no *heterosexuales* estuvo centrada en los aspectos biológicos de la infección por **VIH** en los hombres *homosexuales*, dejando de lado el estudio de otros temas y a las poblaciones *lésbico, bisexual, transgénero, transexual, travestí, intersexual y queer (LGBTIQ)*. Sin embargo, en los últimos años diversas investigaciones han abordado temas como el uso de drogas, la discriminación y más recientemente el *bullying homofóbico* en el sector educativo favoreciendo así a la ampliación del conocimiento de estas poblaciones.

En este sentido, el objetivo de este Diagnóstico es describir la situación actual de las personas *LGBTIQ* de la República Mexicana, en torno a las temáticas de salud, violencia y discriminación, legislación, educación, participación política y empleo.

Algunas de las aportaciones relevantes de este trabajo sobre las situaciones desfavorables que enfrentan cotidianamente las personas *LGBTIQ* de México son las siguientes: a) tener como eje de análisis las experiencias de prejuicio, discriminación y violencia por orientación sexual y/o identidad de género, b) el análisis de las problemáticas de cada sector de la población *LGBTIQ*, c) información de las poblaciones poco abordadas como son las mujeres *lesbianas*, hombres y mujeres *bisexuales*, personas *queers* y los hombres *trans* y d) temas poco indagados como los son la ideación e intento suicida y el abuso sexual. Es importante mencionar que en este primer momento, no se presentarán las secciones de prácticas sexuales, salud de personas *trans* y participación ciudadana, los cuales serán motivo de próximos reportes.

La **Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Inspira Cambio A.C., Programa Compañeros A.C. y Reacciona México RMX** promovieron la suma de esfuerzos de distintas organizaciones de la sociedad civil, personas independientes y empresas con responsabilidad social como lo es *Manhunt México* para la realización exitosa de este Diagnóstico.





## 2.-Metodología y análisis

### Sobre la encuesta

Se realizó una encuesta transversal con una muestra por conveniencia de población *LGBTIQ*. La información se recabó a través de una encuesta auto-administrada que fue implementada a través de la plataforma en internet *Surveygizmo* durante los meses de febrero a septiembre de 2015.

Para su difusión, fueron utilizadas redes sociales en internet como Facebook<sup>1</sup>, Twitter<sup>2</sup>, *Manhunt México*<sup>3</sup>, *Reacciona México RMX*<sup>4</sup> medios de comunicación digital como *Notiese Noticias*<sup>5</sup> y a través de la difusión en distintos medios de organizaciones civiles.

### Consideraciones éticas

En la pantalla de inicio de la página de internet donde se aplicó la encuesta se presentó la información con consideraciones éticas, en las que se informaba el objetivo de la investigación, el uso confidencial de la información, el anonimato, la voluntariedad de la participación y los datos de contacto para aclarar dudas o solicitar mayores informes. No se solicitó información personal que permitiera identificar a las personas participantes.

### Criterios de exclusión

No participaron en el estudio personas que no se identificaran o pertenecieran a las poblaciones *LGBTIQ*, personas que no residían en la República Mexicana y para el análisis fueron descartados todos los datos de encuestas que no fueron concluidas.

### Estructura de la encuesta

El cuestionario auto-administrado contenía las siguientes secciones: **información sociodemográfica, discriminación, salud,**

**sexualidad, prácticas sexuales de mujeres lesbianas y bisexuales, salud de personas trans, educación, situación laboral, derecho a la no discriminación y participación ciudadana.**

### Zonas geográficas

Las zonas geográficas para el estudio de la encuesta son las siguientes:

- a) norte** (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa, Sonora, Coahuila, Durango, Nuevo León y Tamaulipas),
- b) occidente** (San Luis Potosí, Aguascalientes, Colima, Hidalgo, Jalisco, Guanajuato, Nayarit, Querétaro y Zacatecas),
- c) centro** (Estado de México, Morelos, Guerrero, Michoacán, Puebla y Tlaxcala),
- d) sur** (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán) y e) Distrito Federal (D.F.).

### Análisis

Para las variables sociodemográficas fueron realizadas las estadísticas descriptivas adecuadas (frecuencias). Para conocer la existencia de diferencias entre las diversas orientaciones sexuales o identidades de género, se estimó la prueba de *Chi cuadrada*. La misma estadística se estimó para conocer si existieron diferencias en salud mental y consumo de sustancias entre las personas que habían sufrido discriminación y las que no la habían experimentado. Para probar la hipótesis que el estrés psicológico está asociado a eventos de discriminación y de violencia, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes, de tamaños diferentes y varianzas distintas. La epidemiología se basa en la estadística,

1.- <https://www.facebook.com/DxLGBTIQMx>

2.- <https://twitter.com/DxLGBTIQMx>

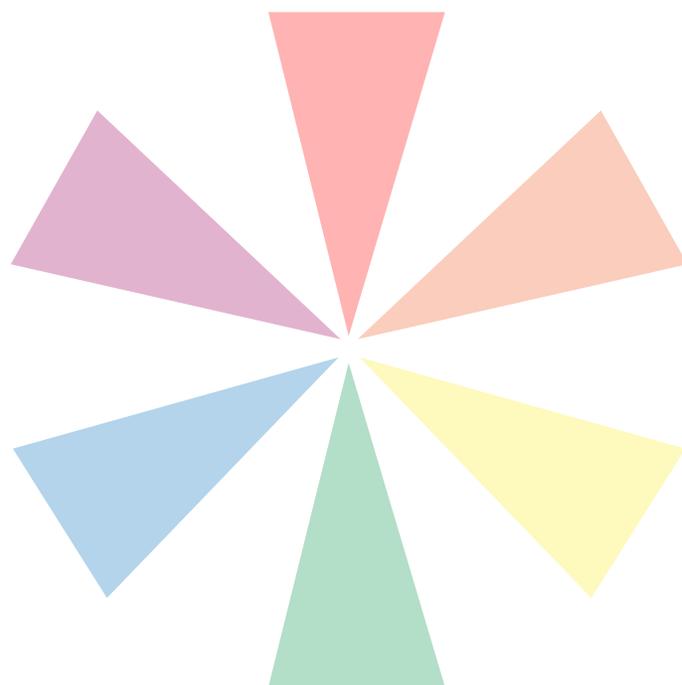
3.- <http://www.manhunt.net/>

4.- <https://www.facebook.com/reaccionamx>

5.- <http://www.notiese.org/>

la cual a su vez se fundamenta en la probabilidad. En la investigación, cuando se estudia las diferencias entre dos grupos se utiliza un valor denominado "p". Este valor es una medición de la probabilidad de que dicha diferencia exista o no. Si el valor de p es igual a la unidad, significará que las diferencias estudiadas no existen o que tiene una probabilidad del 100% de no existir. Por otro lado, cuanto más pequeño sea el valor de p, significará que la diferencia tiene mayor probabilidad de ser cierta. Así por ejemplo, si una diferencia tiene un valor de p igual a 0.01, significará que esa diferencia tiene una probabilidad del 1% de no existir; o de otra forma, una probabilidad del 99% de sí existir. Por lo regular el valor de p es expresado como decimales. En los cuadros de resultados el valor de p es simbolizado con un asterisco (\*) y al pie de los mismos esto se indica. Para simplificar la lectura de los cuadros, en ocasiones se dice que una diferencia fue "estadísticamente significativa", lo cual simplemente quiere decir que el valor de p fue menor o igual a 0.050 o que la diferencia tiene menos de 5% de no existir.

Por ser casi nula la participación de las personas intersexuales (0.82%, n=54) y con el fin de evitar comparaciones inexactas, estas poblaciones no fueron incluidas en la mayoría de los resultados. Las mujeres y hombres travestis, fueron incluidos(as) en la categoría de mujeres y hombres transgénero/transsexuales (en el resto del documento se mencionará como hombre y/o mujer trans), respectivamente. Para el análisis fue utilizado el paquete estadístico Stata 13.1.



## 3.-Principales resultados

### 3.1. Características sociodemográficas

El total de personas que participó en el estudio fue de 6,596. Los grupos predominantes fueron los hombres gay/homosexuales con 64.6%, mujeres lesbianas con 12.0% y los hombres bisexuales con 10.3% (ver figura 1). El promedio de edad de las personas fue de 30 años y los grupos etarios que concentraron la mayor cantidad de participantes comprendieron el rango de los 21 a los 45 años (ver figura 2). Las zonas geográficas que presentaron mayores porcentajes fueron el D.F., la zona norte y la zona centro (ver figura 3). La escolaridad de quien sostenía la casa se encontró predominantemente en las categorías de licenciatura y posgrado, lo que indica que el nivel socioeconómico de la mayoría de las personas encuestadas es medio o alto (ver figura 4).

Figura 1. Distribución de la población por orientación sexual/identidad de género

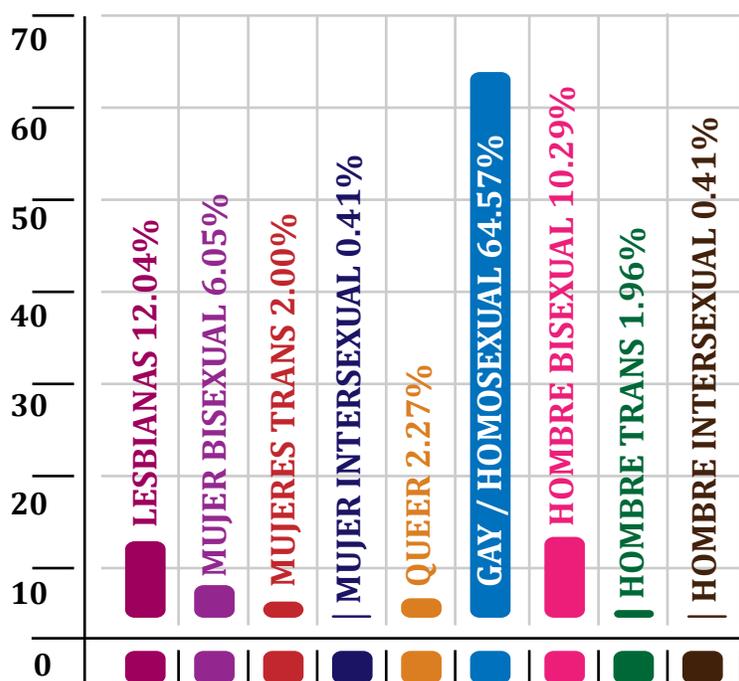


Figura 2. Distribución de la población por grupos de edad

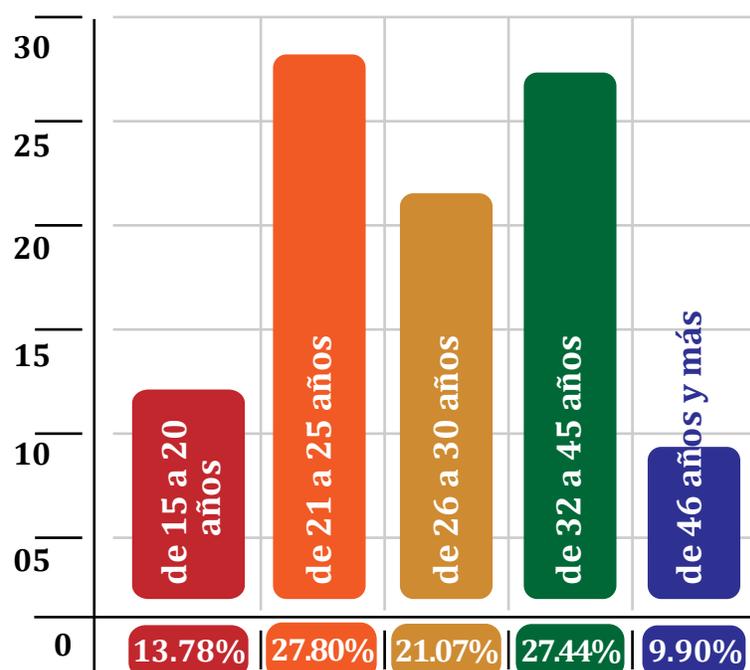
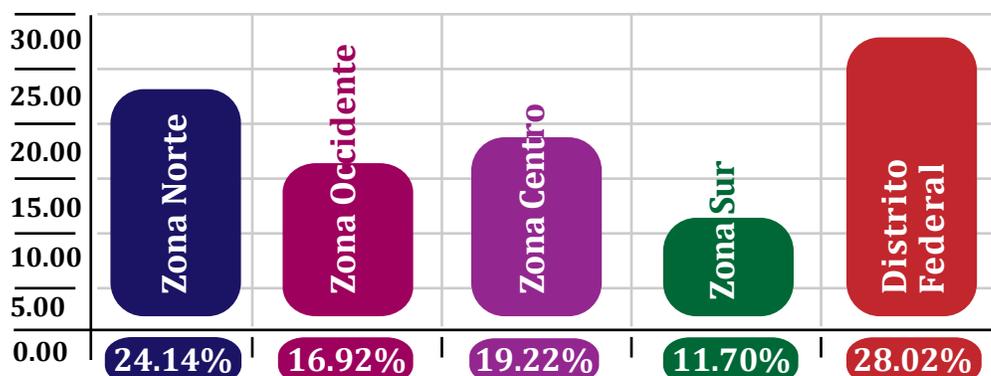
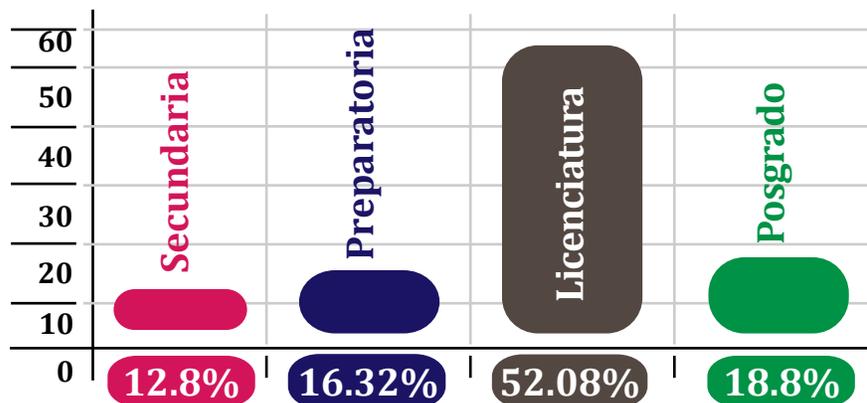


Figura 3. Distribución de la población por zona geográfica



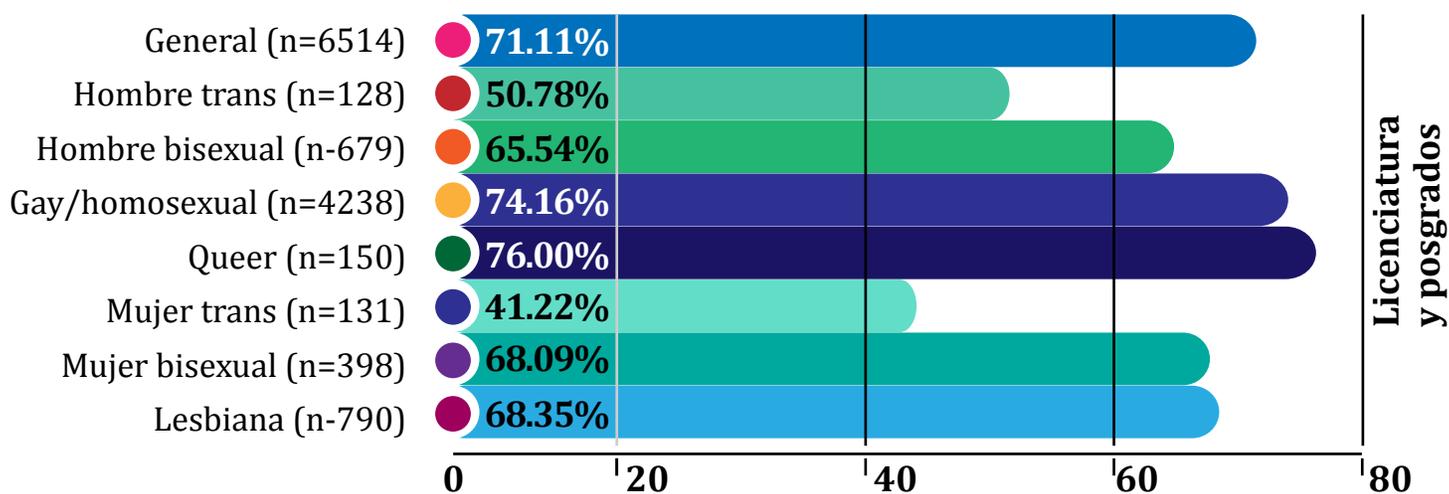
**Figura 4. Distribución de la población por escolaridad del jefe de familia**



Las poblaciones con mayor escolaridad fueron las personas queers (76%) y los hombres gay/homosexuales (74.16%), quienes en la mayoría de los casos contaban con licenciatura o posgrado. Por el contrario, las personas que presentaron mayores porcentajes en las categorías de menor escolaridad fueron las mujeres y hombres trans (58.78% y 49.22%, respectivamente)(ver figura 5).

**Figura 5. Distribución de la población por escolaridad del entrevistado**

**Nivel educativo de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

### 3.2. Experiencias de discriminación y violencia

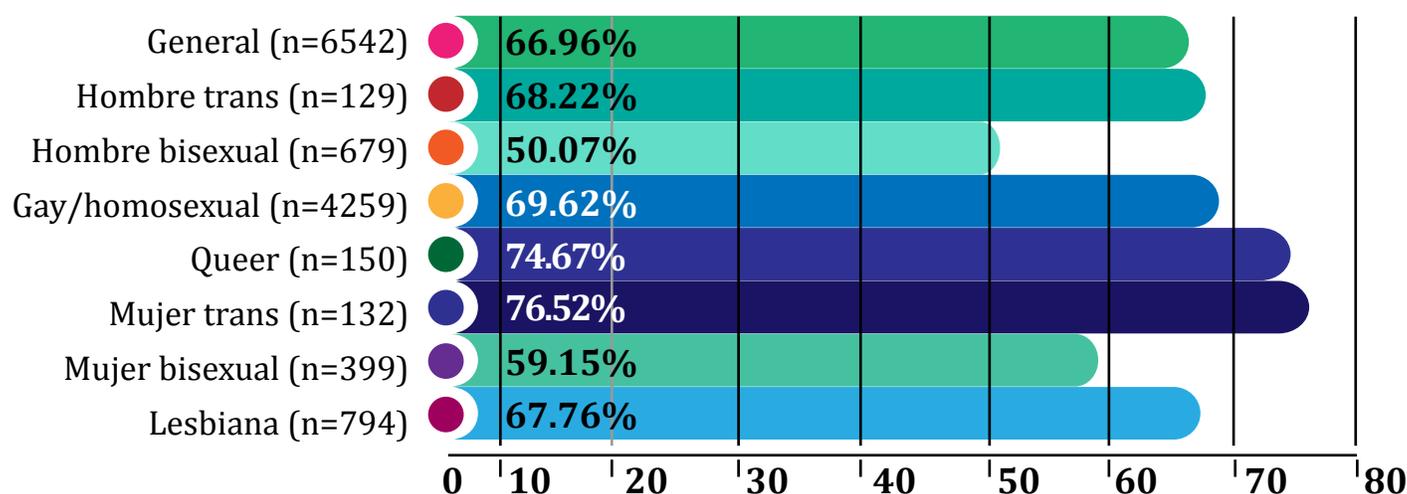
El 66.95% de la población participante reportó haber sido discriminada alguna vez en su vida por causa de su orientación sexual y/o identidad de género. Los grupos que presentaron mayores porcentajes de este evento fueron las mujeres trans (76.52%), las personas queers (74.67%) y los hombres gay/homosexuales (69.62%)(ver figura 6).

Respecto a la vivencia de discriminación de acuerdo a la zona geográfica, se encontró que en el D.F. (68.45%), la zona centro (68.72%) y en la zona occidente (67.56%) fueron reportados los porcentajes

más altos (ver figura 7). Los principales lugares en los que se reportó haber recibido discriminación fueron en la escuela (38.24%), los espacios públicos como parques, plazas o en la calle (33.46%) y en la familia (25.66%) (ver figura 8). La discriminación entre grupos, de acuerdo en el espacio en donde se recibió, se reporta de la siguiente manera: a) predomina en espacios públicos en lesbianas, mujeres y hombres trans y en personas queers, b) en la escuela predomina en hombres gay/homosexuales y en hombres bisexuales y c) en la familia en mujeres bisexuales. En contraste, en la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010, se encontró en población general que 2.12% sufrieron discriminación en la escuela, 6.29% en el trabajo, 1.29% fue discriminado en espacios privados (tienda, bar, restaurante, centro nocturno) y a un 3.35% no le quisieron atender en una clínica u hospital.<sup>6</sup> (ver figura 9)

**Figura 6. Diferencias en experiencias de discriminación entre grupos de la población LGBTIQ**

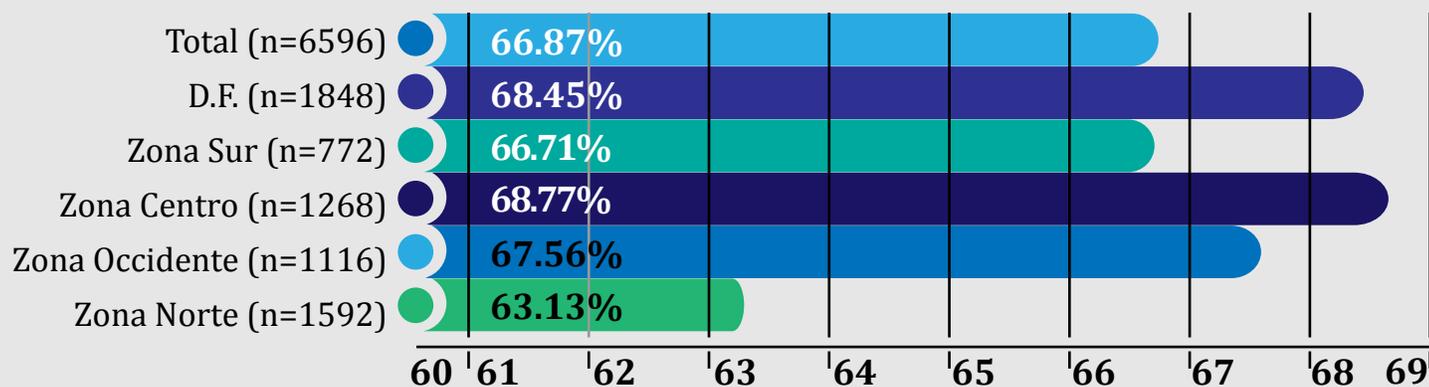
**Alguna vez ha sido discriminado(a) por orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

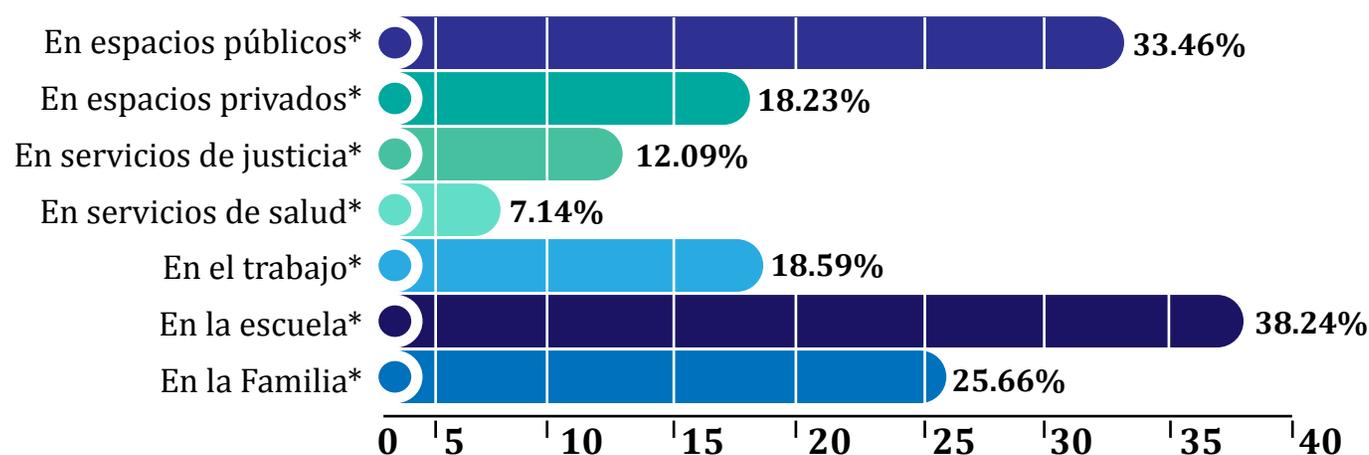
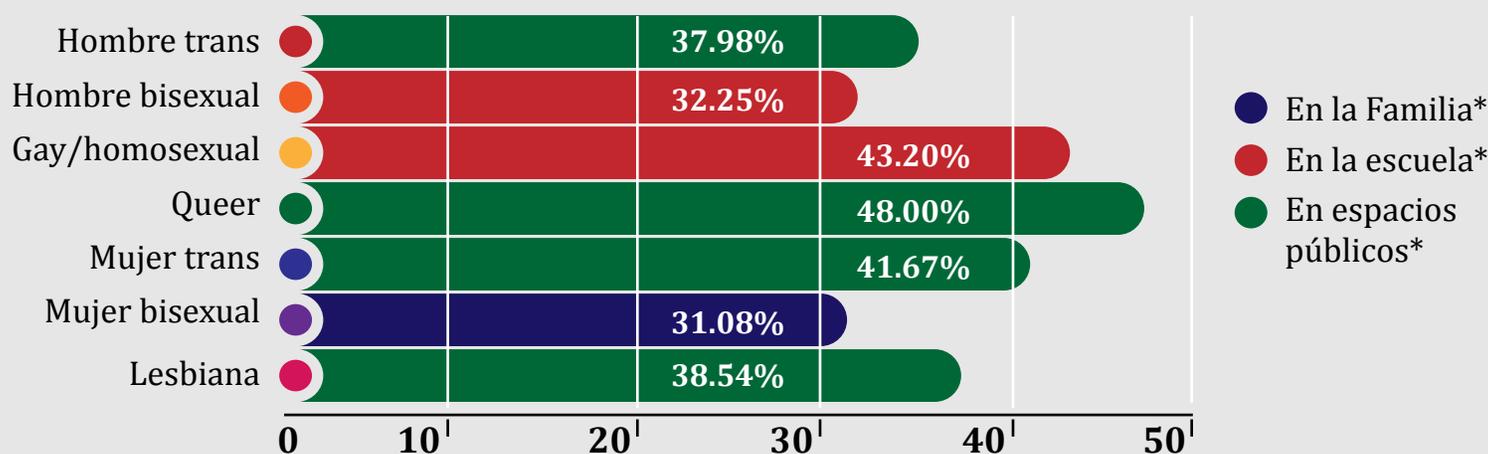
**Figura 7. Diferencias en experiencias de discriminación entre zonas geográficas**

**Alguna vez ha sido discriminado(a) por orientación sexual/identidad de género de acuerdo a la zona geográfica\*(%)**



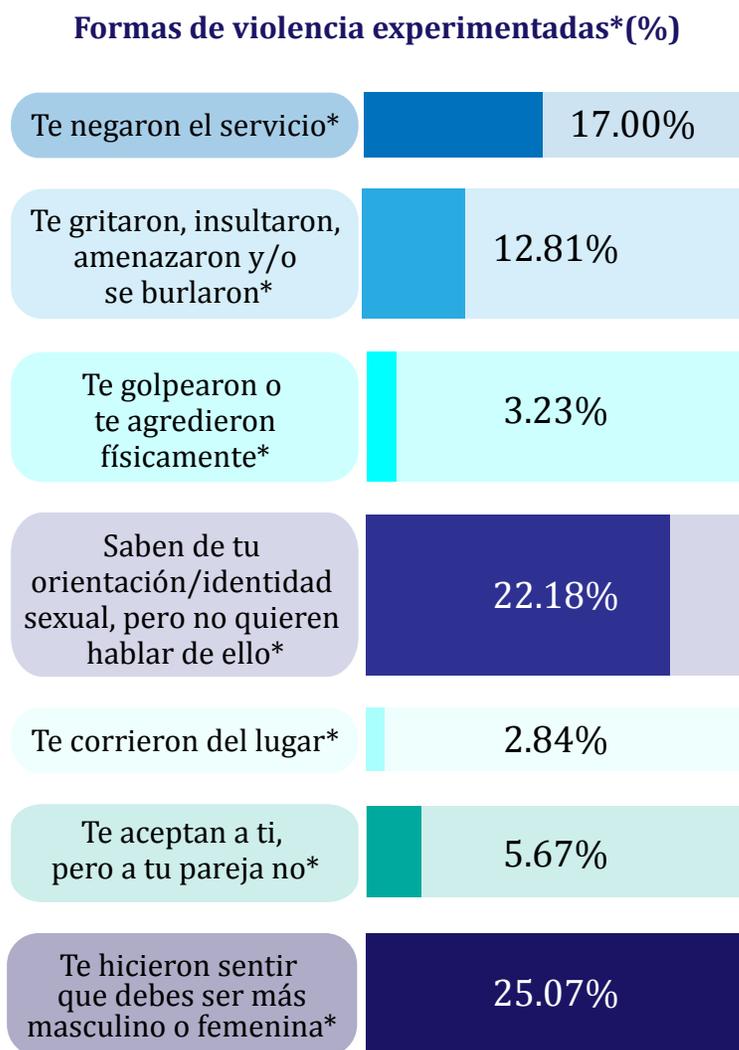
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

6.-Se obtuvieron las estimaciones de la base de datos de la ENADIS 2010.

**Figura 8. Diferencias en experiencias de discriminación de acuerdo a los lugares donde ésta ha ocurrido****Alguna vez ha sido discriminado(a) por orientación sexual/identidad de género\*(%)**\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).**Figura 9. Lugar donde han sido más frecuentes las experiencias de discriminación en cada grupo de la población LGBTIQ****Espacios principales en donde recibieron la discriminación de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

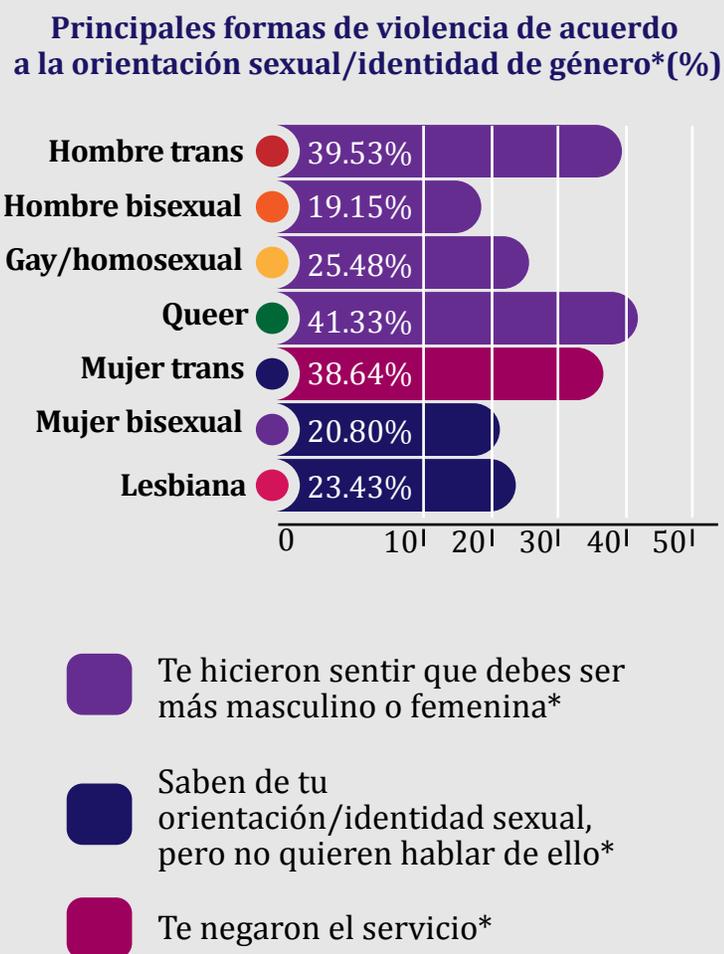
Las principales formas de violencia experimentadas por causa de la orientación sexual o identidad de género en toda la población LGBTIQ fueron: a) le hicieron sentir que debía ser más masculino o femenina (25.07%), b) sabían de su orientación sexual y/o identidad de género, pero no querían hablar de ello (22.18%) y c) les negaron algún servicio (17.00%) (ver figura 10). Las formas de violencia en las que se encontraron mayores porcentajes de acuerdo a la orientación sexual o identidad de género fue de la siguiente manera: a) le hicieron sentir que debía ser más masculino o femenina en hombres trans, bisexuales y gay y en personas queers, b) sabían de su orientación sexual y/o identidad de género, pero no querían hablar de ello en mujeres bisexuales y lesbianas y c) le negaron algún servicio en mujeres trans (ver figura 11).

**Figura 10. Formas de violencia experimentadas por la población LGBTIQ**



\*Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 11. Formas de violencia experimentadas en cada grupo de la población LGBTIQ**

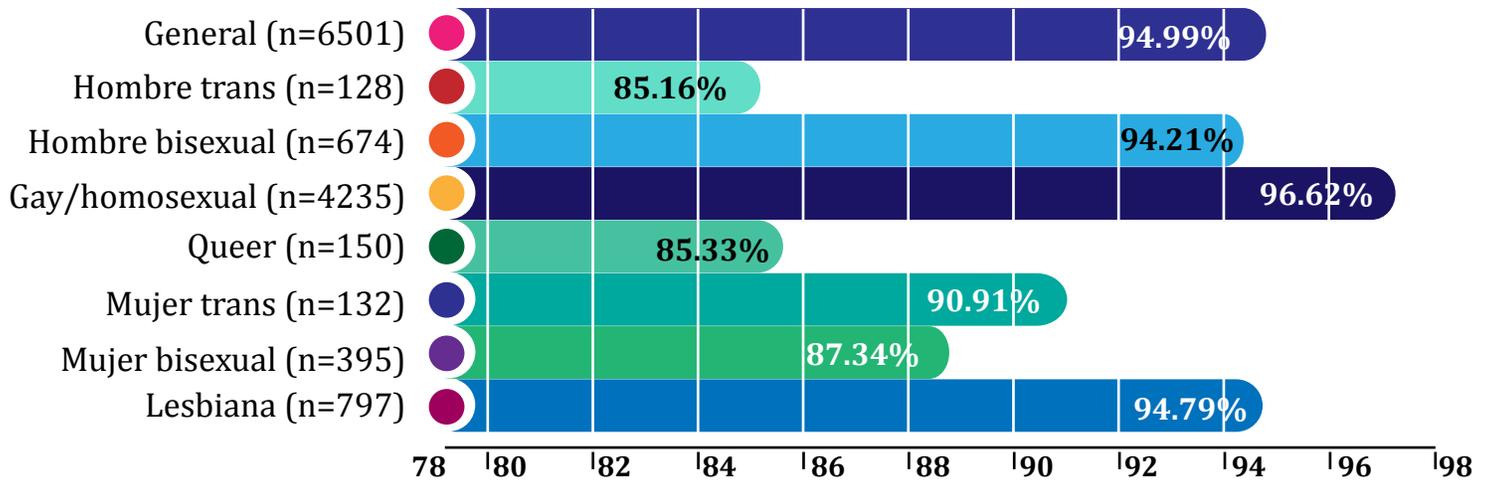


\*Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

De la población total participante, el 94.99% de las personas había tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida (ver figura 12). Al indagar sobre los motivos de haber tenido la primera relación sexual en la vida, el 4.65% de la población entrevistada reportó haberla tenido porque le obligaron, a esta situación se le consideró abuso sexual. El abuso sexual en la primera relación sexual por grupos, presentó mayores porcentajes en los hombres bisexuales (5.51%), hombres trans (5.50%) y en las mujeres trans (5.50%)(ver figura 13). En contraste, Frías y Erviti (2013) reportan datos de la Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia 2007 en los que fueron encontrados que entre la población general de adolescentes se presentó una prevalencia de abuso sexual en la primera relación sexual de 1.76%.

**Figura 12. Frecuencia de haber tenido relaciones sexuales en cada grupo de la población LGBTIQ**

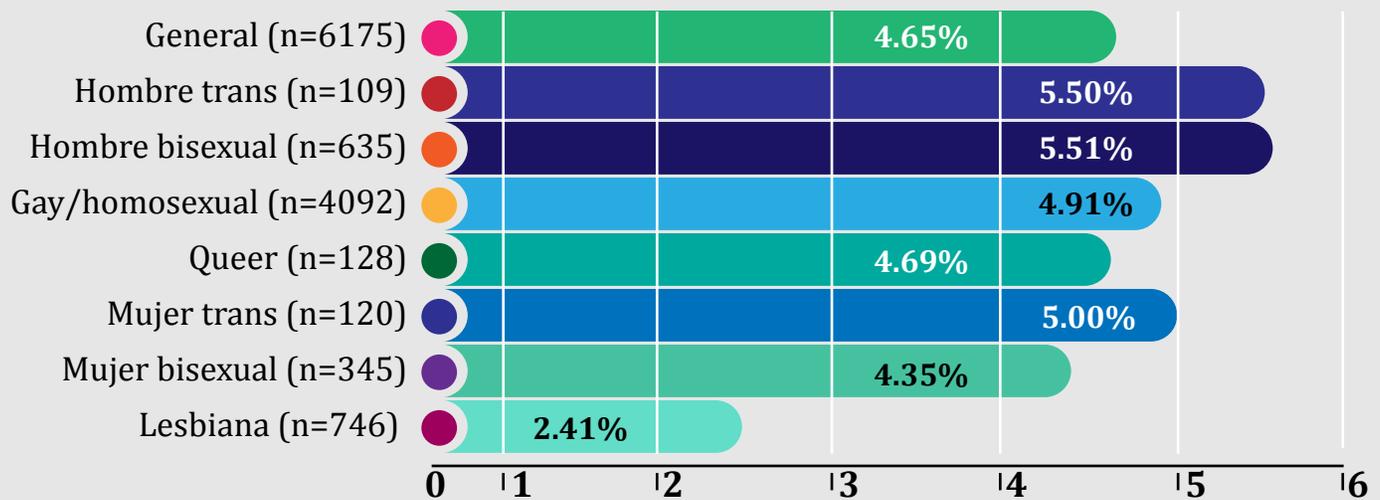
**Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida de acuerdo a orientación sexual/identidad de género\* (%)**



\*Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 13. Experiencia de abuso sexual**

**Abuso sexual en la primera relación sexual de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género (%)**

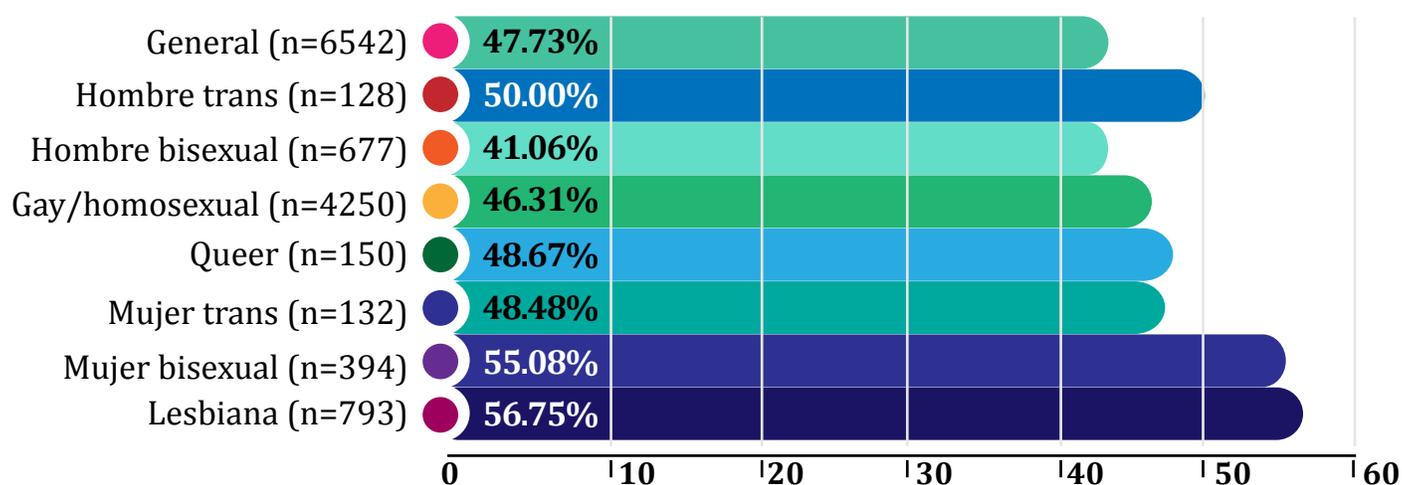


### 3.3. Problemas de salud y acceso a los servicios de salud

#### Consumo de tabaco

Casi la mitad de la población entrevistada consumía tabaco (47.73%). Las principales poblaciones que reportaron consumo de tabaco fueron las mujeres lesbianas (56.75%), las mujeres bisexuales (55.08%) y los hombres trans (50.00%) (ver figura 14). En cuanto a los niveles de consumo por grupo, el consumo excesivo de tabaco (fumar más de 5 cigarrillos la última vez) se presentó en mayor medida en mujeres trans (12.88%), en hombres gay/homosexuales (10.14%) y en las mujeres lesbianas (9.95%) (Ver figura 15). Estos datos comparados con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), resultan superiores ya que en ésta el consumo de tabaco activo en población general fue de 21.7%, 31.4% de los hombres y 12.6% de las mujeres eran personas fumadoras activas.

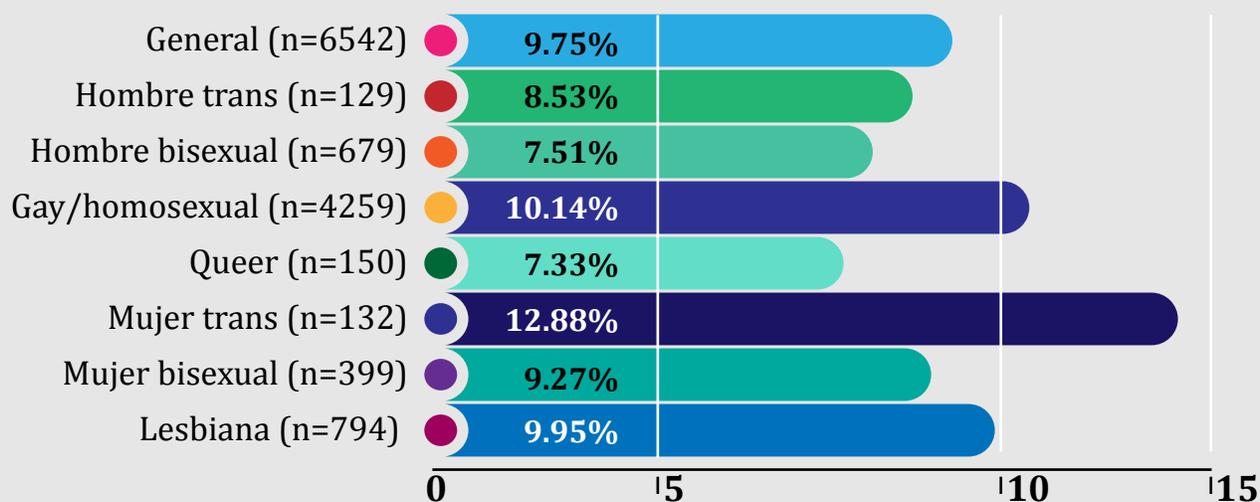
**Figura 14. Consumo de tabaco de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 15. Nivel de consumo de tabaco**

#### Consumo excesivo de tabaco de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género (%)

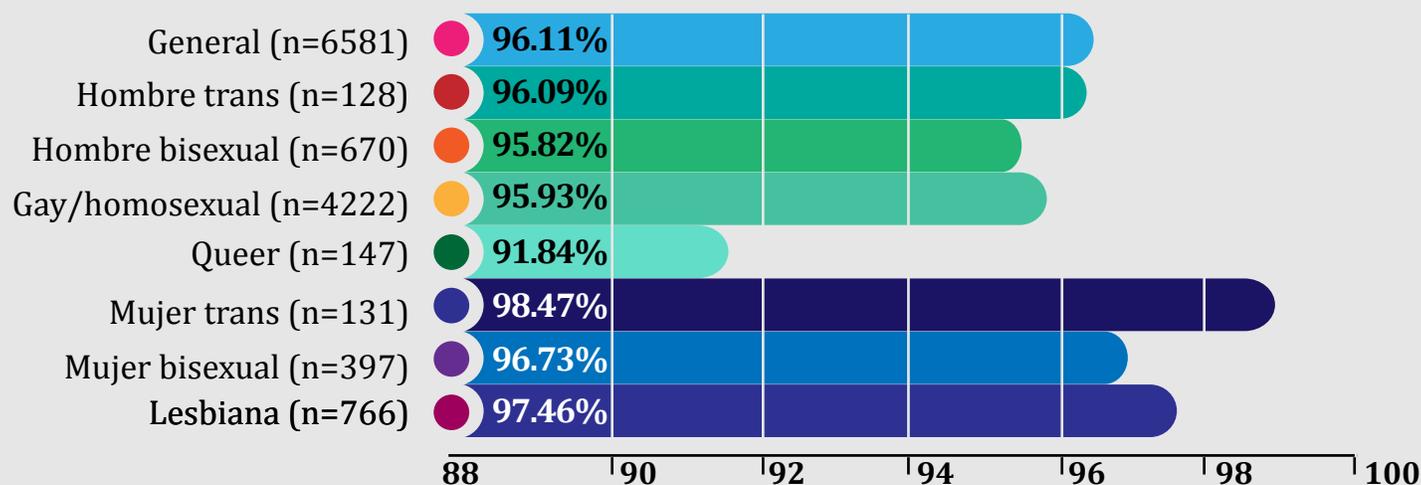


## Consumo de alcohol

Casi el total de la población entrevistada ha consumido alcohol alguna vez en su vida (96.11%). Las principales poblaciones que reportaron haber consumido alcohol fueron las mujeres trans (96.73%), las mujeres lesbianas (97.46%) y las mujeres bisexuales (96.73%)(ver figura 16). El 72.78% de la población reportó ser bebedora activa (consumo de alcohol en los últimos 30 días) (ver figura 17) y con relación al nivel de consumo de acuerdo a la orientación sexual y/o identidad de género, los principales grupos en la categoría de consumo alto (6 o más bebidas en la última vez) fueron las mujeres trans (33.59%), los hombres gay/homosexuales (26.51%) y los hombres bisexuales (25.64%)(ver figura 18). Los datos nuevamente siguen estando por encima de las prevalencias nacionales que presenta la ENA 2011, ya que en población general se encontró que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 71.3%, la prevalencia de consumo en el último mes fue de 31.6% y la prevalencia de consumo alto fue de 14.5%.

**Figura 16. Consumo de alcohol**

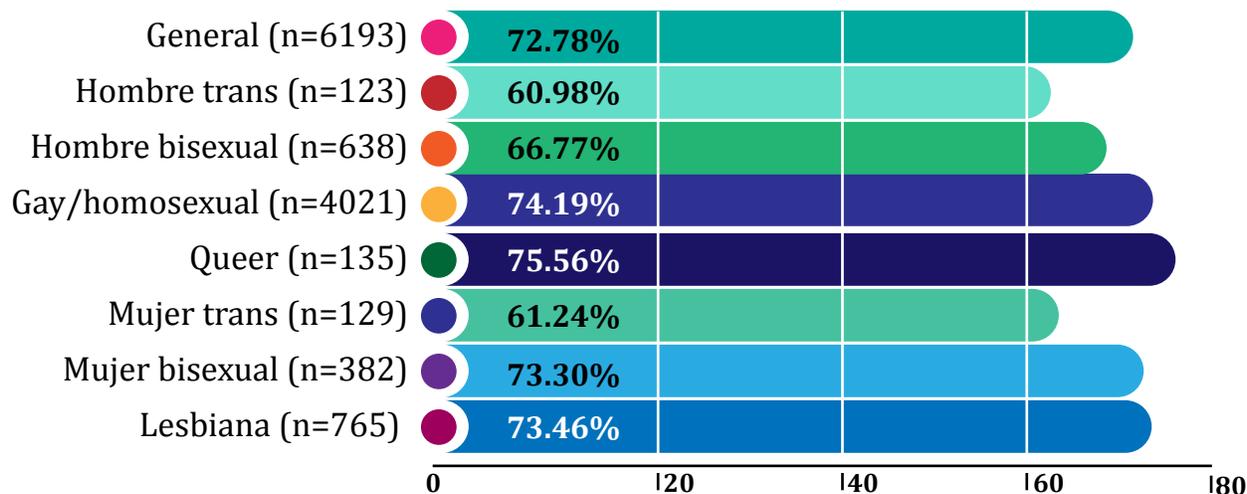
**Ha consumido alcohol alguna vez de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



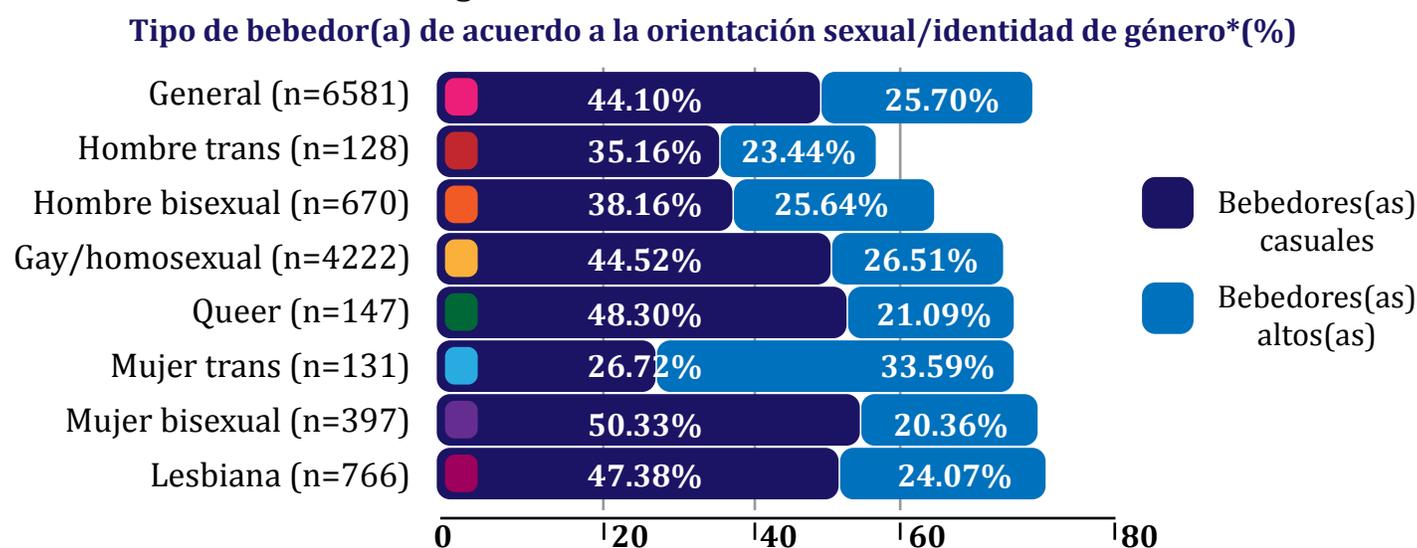
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 17. Consumo de alcohol en los últimos 30 días.**

**Ha consumido alcohol en los últimos 30 días de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



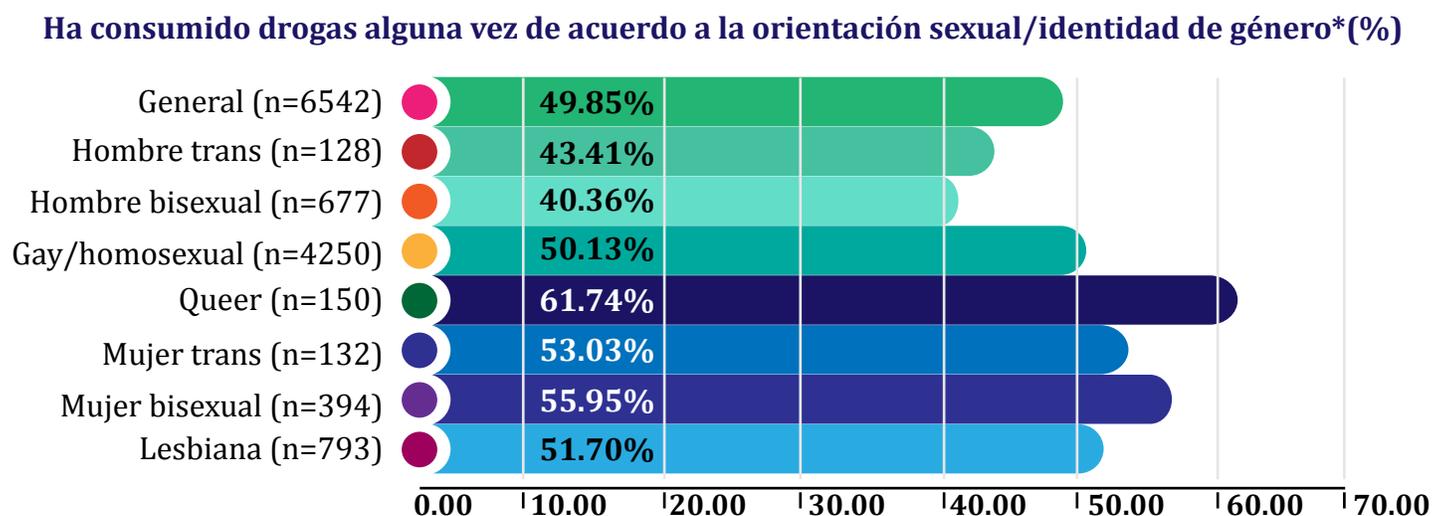
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 18. Nivel de consumo de alcohol**

\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

### Otras sustancias

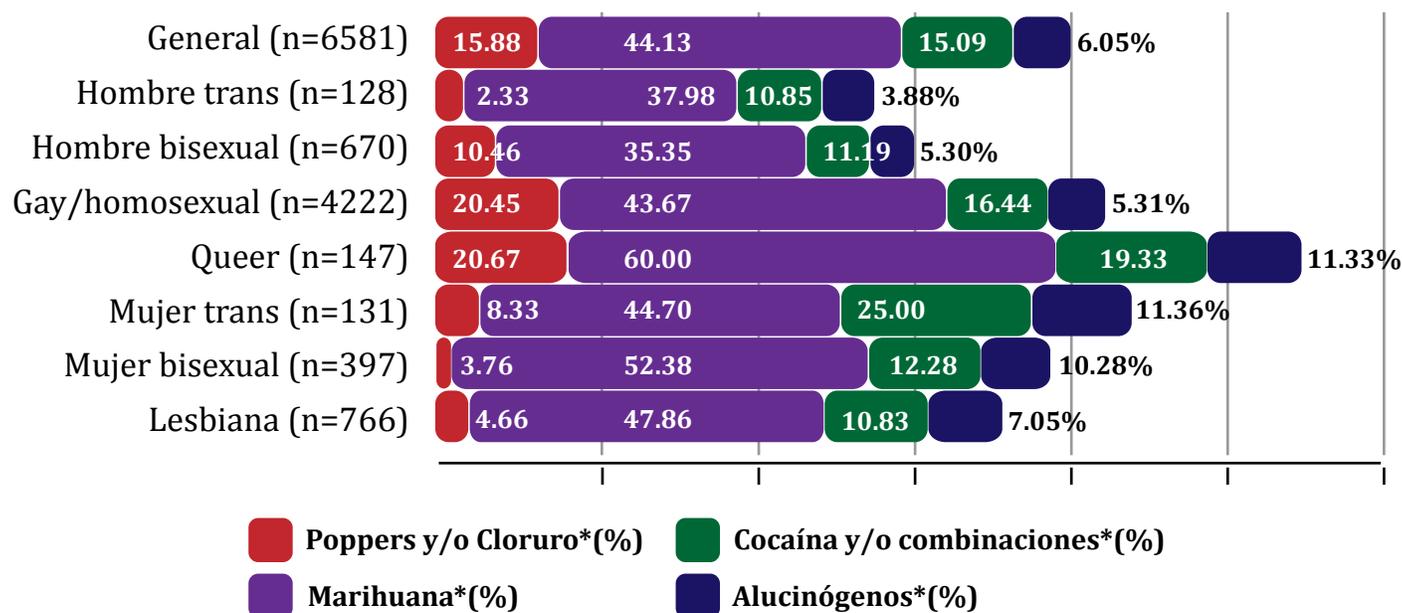
El 49.85% de la población participante reportó haber consumido alguna droga alguna vez en su vida (ver figura 19). Los tipos de drogas que más se consumieron fueron marihuana, poppers, cloruro y cocaína. Las sustancias más consumidas en cada grupo fueron: las dos primeras en las personas queers (60.00% y 20.67%) y la última en las mujeres trans (25.00%)(ver figura 20). Con respecto a la prevalencia actual de consumo de drogas (uso en los últimos 30 días), se encontró que 14.71% había consumido drogas al menos en un día en el último mes (ver figura 21). Con respecto al nivel de consumo de drogas en último mes, se encontró que la categoría de consumo regular (consumo en más de 5 ocasiones) las poblaciones que reportaron mayores porcentajes fueron las personas queers (8.72%), las mujeres trans (6.06%) y las mujeres bisexuales (5.06%)(ver figura 22). Los resultados en población general que la ENA 2011 presenta, se reporta lo siguiente con respecto al consumo de otras sustancias: el consumo de cualquier droga en el último año fue de 1.8%, con relación al consumo específico de una droga, la marihuana tuvo una prevalencia de 1.2% y la cocaína un 0.5%.

**Figura 19. Consumo de drogas en la vida**

\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 20. Tipo de droga**

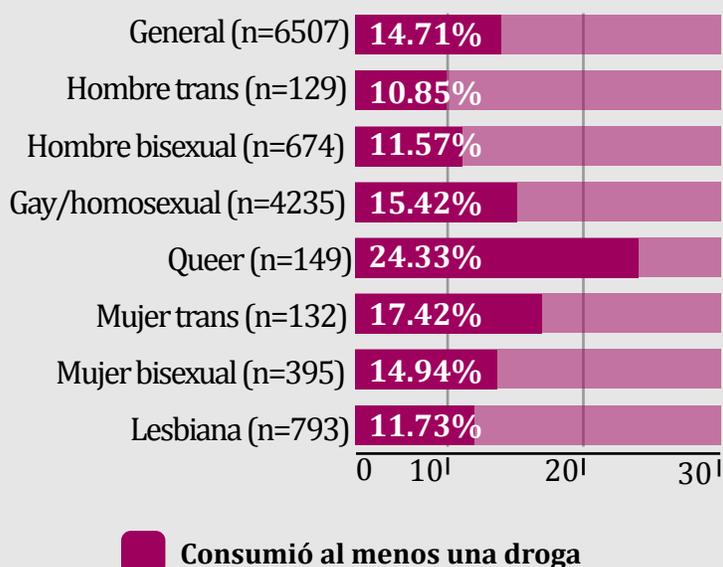
**Tipo de droga que se ha consumido alguna vez en la vida de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p<0.050).

**Figura 21. Prevalencia actual de consumo de drogas**

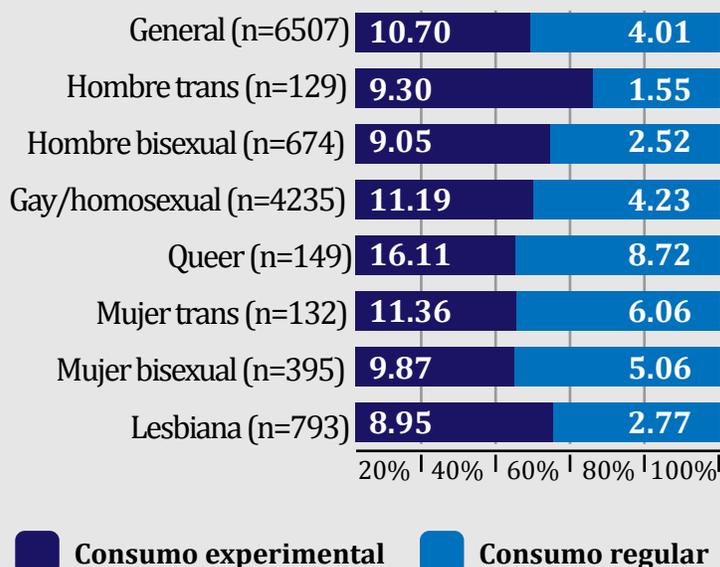
**Ha consumido drogas en los últimos 30 días de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p<0.050).

**Figura 22. nivel de consumo de drogas**

**Nivel de consumo en el último mes de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



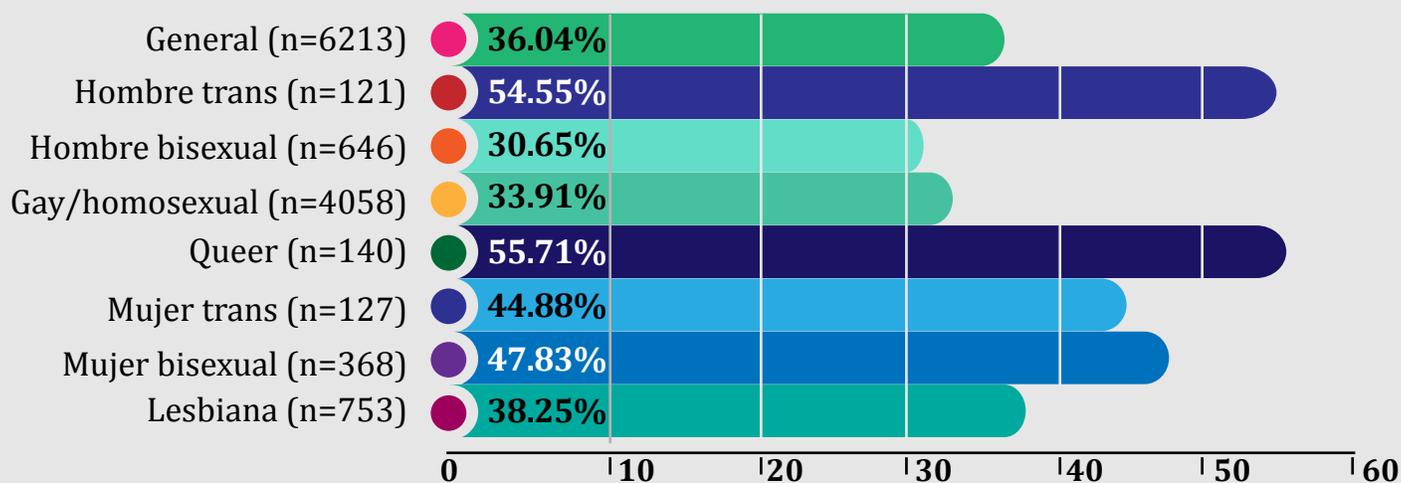
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p<0.050).

## Salud mental

El 36.04% de la población participante reportó haber tenido ideación suicida y el 15.86% reportó intentó suicida. Los grupos con porcentajes más elevados en ideación suicida fueron las personas queers (55.71%), los hombres trans (54.55%) y las mujeres bisexuales (47.83%)(ver figura 23). En relación con el intento suicida, los porcentajes más elevados se observaron en los hombres trans (32.56%), las personas queers (29.53%) y las mujeres bisexuales (24.69%)(ver figura 24). Borges y colaboradores (2010), reportan datos de la ENA 2008 que evidencian diferencias en los perfiles de salud mental entre la población general y la población LGBTIQ. En esta investigación se encontraron las siguientes prevalencias en población general: de 18 a 29 años 8.74% para la ideación suicida y para el intento suicida 0.90%, mientras que para el grupo de 30 a 65 años 8.39% para la ideación suicida y 0.62% para el intento suicida.

**Figura 23. Ideación suicida**

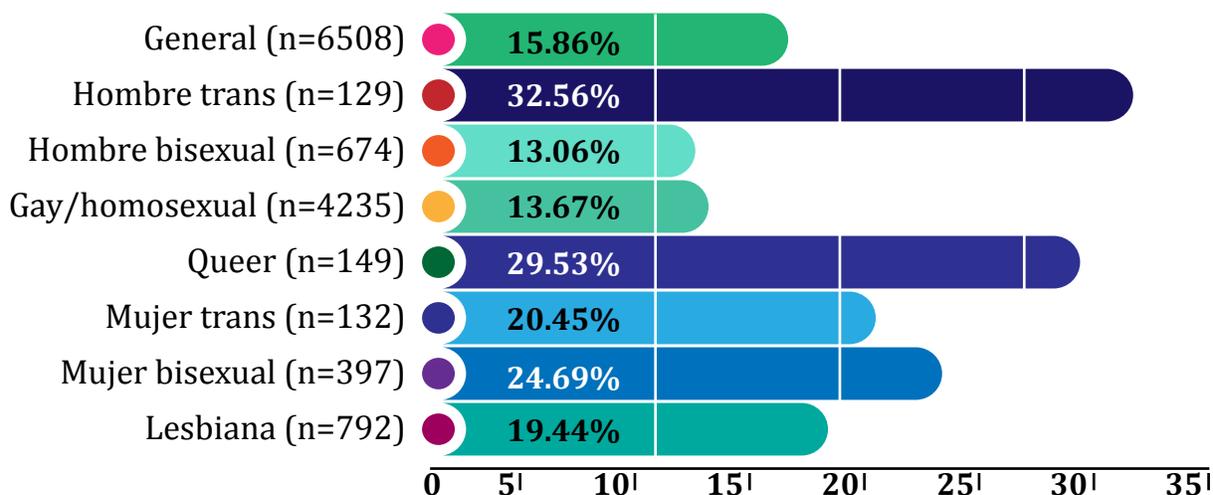
**Alguna vez ha ideado suicidarse de acuerdo a orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 24. Intento suicida**

**Alguna vez ha intentado suicidarse de acuerdo a orientación sexual/identidad de género\*(%)**



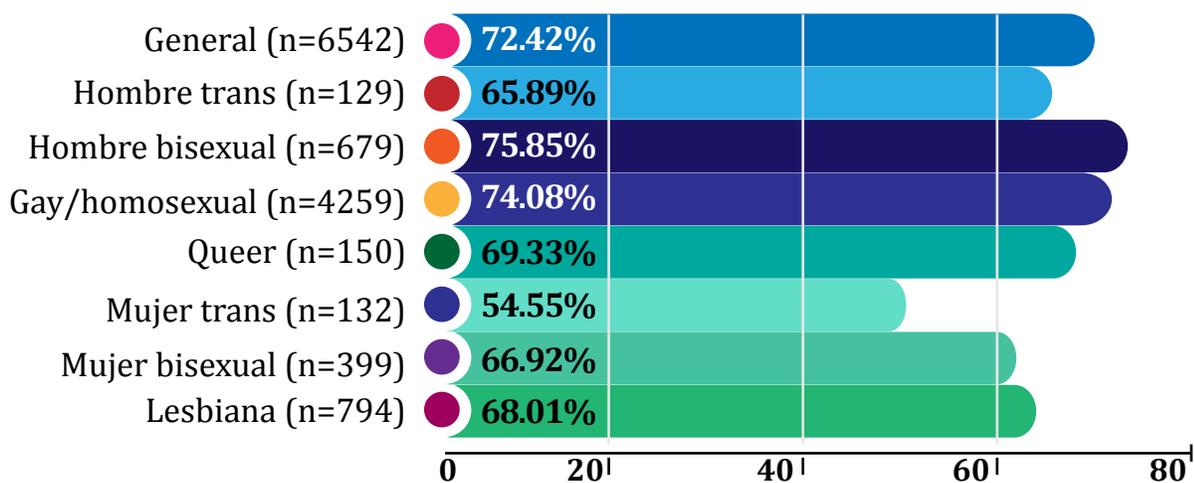
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

## Acceso a los servicios de salud

Más de la mitad de la población entrevistada está afiliada a un servicio de salud (72.42%), sin embargo en las poblaciones de mujeres y hombres trans se encuentran la mayor cantidad de personas que no cuentan con afiliación a una institución de salud (45.45% y 34.11%)(ver figura 25).

**Figura 25. Afiliación a servicios de salud**

**Está afiliado(a) a alguna institución de salud de acuerdo a orientación sexual/identidad de género\*(%)**

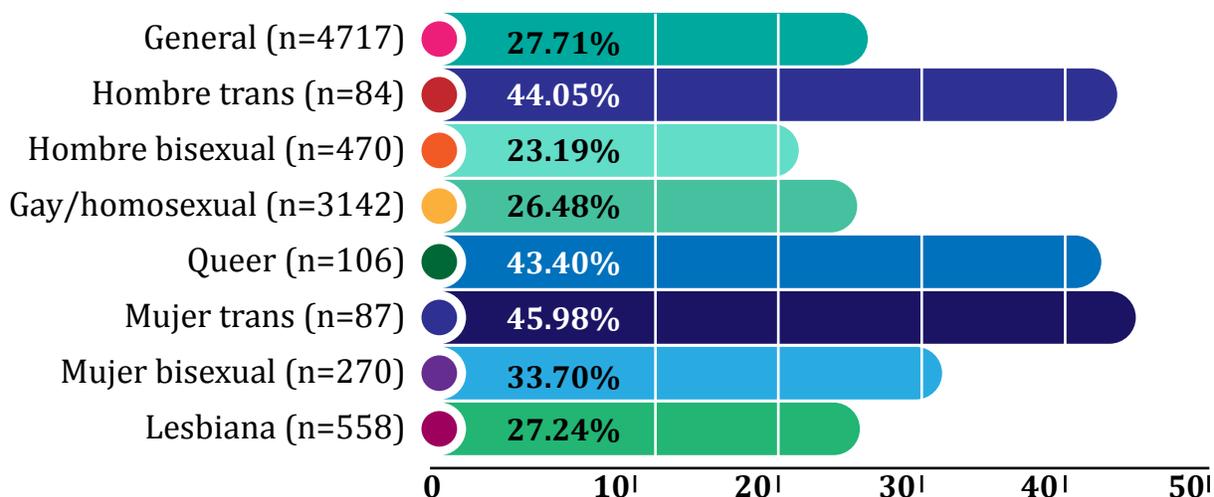


\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

Sobre la experiencia de haber presentado dificultades para el acceso a la atención necesaria en los problemas de salud en los últimos doce meses, menos de la mitad de la población total presentó dificultades (27.71%). Las poblaciones que reportaron mayor dificultad para recibir las atenciones necesarias en salud fueron las de mujeres y hombres trans (45.98% y 44.05%)(ver figura 26).

**Figura 26. Dificultades para acceder a los servicios de salud**

**Ha tenido dificultades para acceder a los servicios de salud de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**

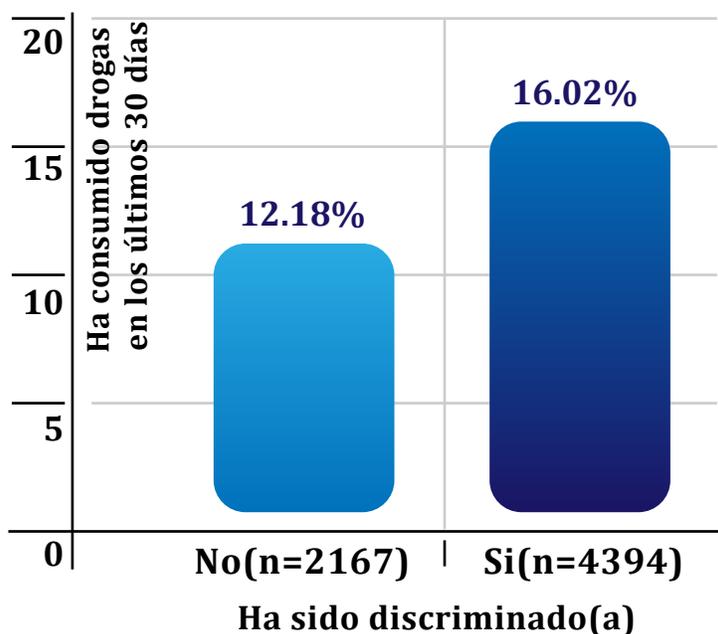


\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

## Asociación de la discriminación con los problemas de salud

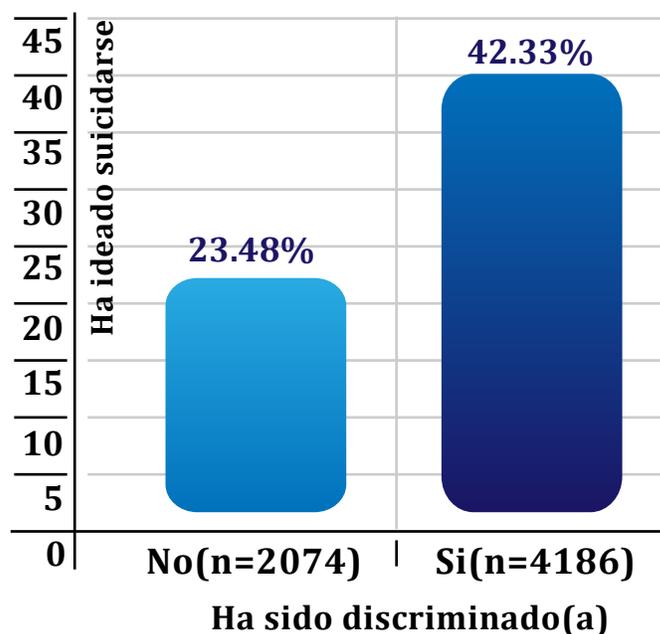
Se analizó si las experiencias de discriminación se relacionaban con diferentes problemas de salud. Las personas que habían sido discriminadas en algún momento de su vida presentaban mayor porcentaje de uso de drogas en el último mes (16.02%) con respecto a aquellas que no lo habían sido (12.2%). En las variables intento e ideación suicida, las personas que reportaron discriminación en algún momento de su vida, presentaron mayores porcentajes en estos dos eventos (42.3% y 19.1%, respectivamente) en comparación con las que no reportados haber sido discriminadas (23.48% y 9.49%, respectivamente)(ver figura 27-29).

**Figura 27. Prevalencia de uso de drogas de acuerdo a si alguna vez ha sido discriminado(a) o no por causa de la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



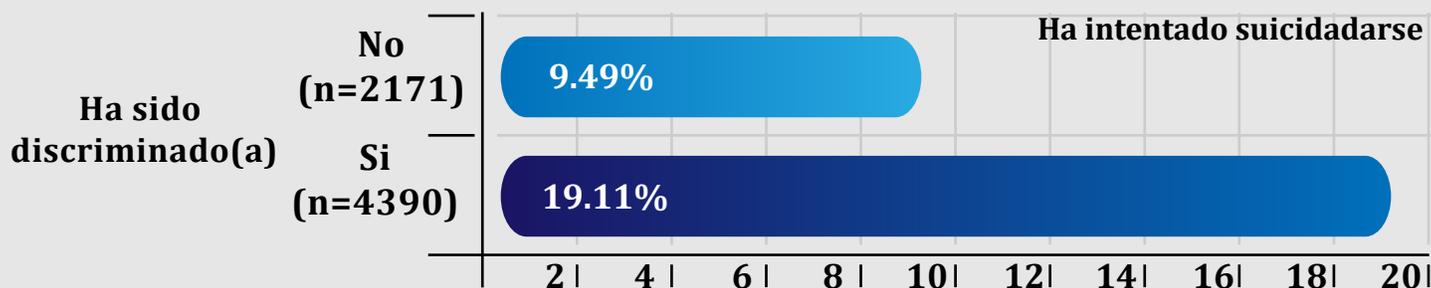
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 28. Frecuencia de ideación suicida de acuerdo a si alguna vez ha sido discriminado(a) o no por causa de la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

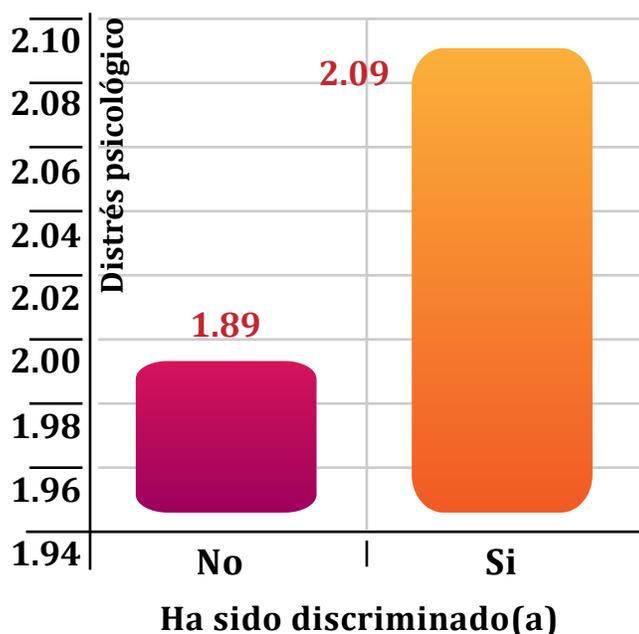
**Figura 29. Frecuencia de intento de suicidio de acuerdo a si alguna vez ha sido discriminado(a) o no por causa de la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

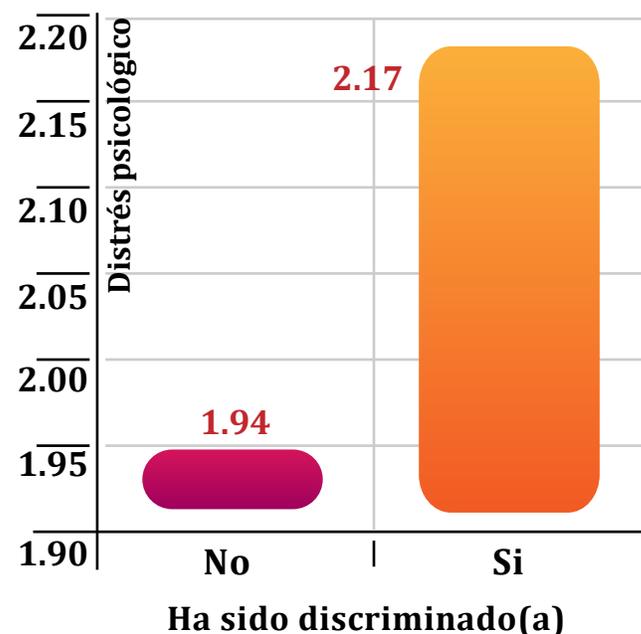
Zúñiga y colaboradores (1999) proponen la evaluación del distrés psicológico a partir de la sección de salud mental del cuestionario SF36, con la cual se obtiene un puntaje que al ser más alto indica mayor frecuencia de síntomas como nerviosismo, tristeza o sentirse decaído. En comparación con los participantes que no habían sufrido discriminación, entre aquellos que sí la habían padecido tuvieron un promedio de distrés más alto (2.09 versus 1.89). De igual modo, el distrés fue mayor en las personas que habían sido discriminadas en la escuela (2.17 versus 1.94) o en la familia (2.27 versus 1.94) que las que no lo habían sido. En las personas participantes que habían sufrido abuso sexual existió mayor distrés psicológico que en aquellas que no lo sufrieron (2.23 versus 2.00) (ver figuras 30-32).

**Figura 30. Frecuencia de distrés psicológico de acuerdo a si ha sido discriminado(a) alguna vez en la vida por causa de su orientación sexual/identidad de género\***



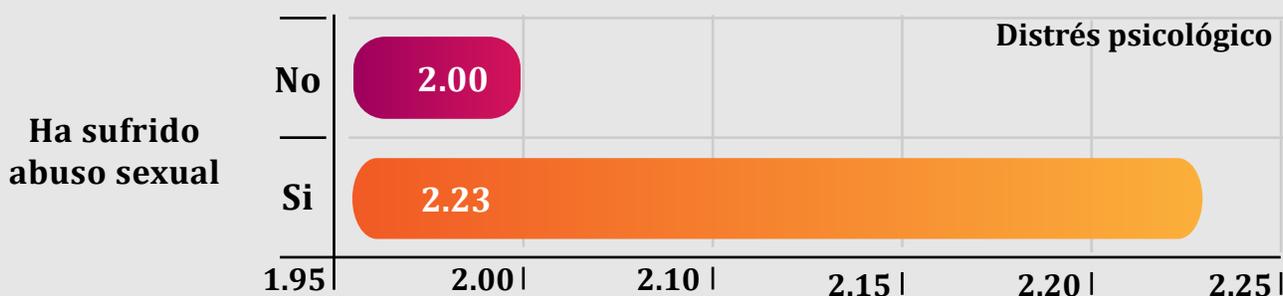
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 31. Frecuencia de distrés psicológico de acuerdo a si ha sido discriminado(a) alguna vez en la escuela por causa de su orientación sexual y/o identidad de género\***



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 32. Frecuencia de distrés psicológico de acuerdo a si ha alguna vez ha sufrido abuso sexual\***



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

### 3.4. Derecho a la no discriminación

Se indagó sobre el conocimiento del derecho a la no discriminación por preferencia sexual reconocido en la Constitución Mexicana. El 23.17% de las personas participantes desconocía sobre el tema. Entre los grupos que reportaron en mayor medida desconocer este aspecto fueron los hombres bisexuales (27.6%), las mujeres bisexuales (25.13%) y los hombres gay/homosexuales (22.99%) (ver figura 33). El 38.24% de las personas no acudirían a denunciar en caso de que en el transcurso de la semana fueran discriminados(as), siendo los hombres bisexuales (48.08%) y las personas queers (38.67%) quienes reportaron mayores porcentajes en esta categoría (ver figura 34). Los principales motivos para no denunciar son cuestiones estructurales del país como la corrupción y la desconfianza al cambio de la situación (48.38%), la burocracia (35.22%) y el miedo o la vergüenza a denunciar (10.26%) (ver figura 35).

**Figura 33. Conocimiento sobre el derecho a la no discriminación**

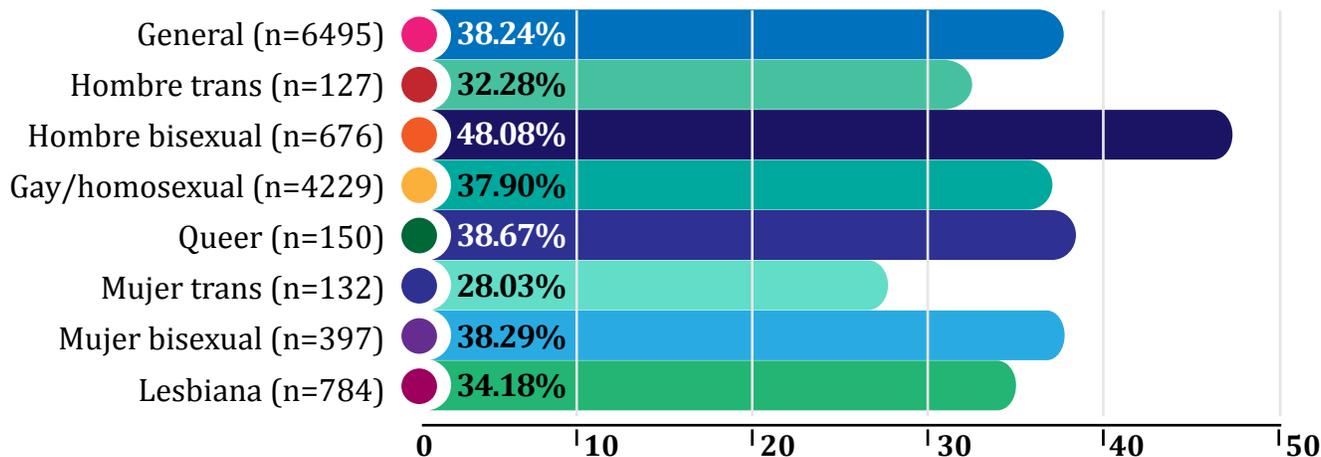
**Desconocen sobre el derecho a la no discriminación de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



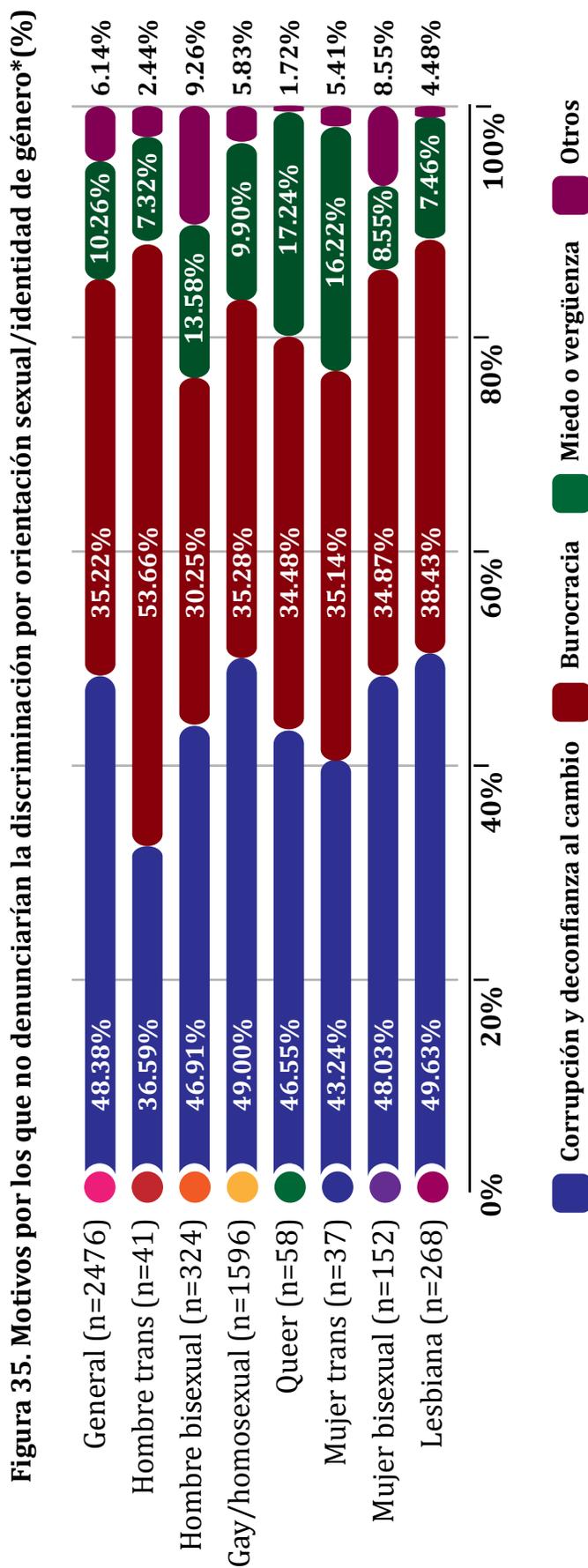
\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).

**Figura 34. Denuncias de actos discriminatorios**

**No denunciarían en caso de recibir discriminación de acuerdo a la orientación sexual/identidad de género\*(%)**



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).



\* Existieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p < 0.050$ ).



## 4.-Comentarios finales

### 4.1. Conclusiones

El presente Diagnóstico es un acercamiento a las problemáticas a las que se enfrenta la población LGBTIQ en México. Al respecto, existen experiencias compartidas entre toda la población LGBTIQ, de las cuales se encuentran:

- La discriminación es una vivencia común, lo cual vulnera sus derechos e incrementa la probabilidad de eventos negativos como deterioro de su salud.

- La escuela, los lugares públicos y la familia son espacios donde existe más discriminación por orientación sexual e identidad de género.

- Aunque la violencia física hacia la población LGBTIQ se reporta, cada vez, con menor frecuencia, la violencia psicológica o simbólica comienzan a cobrar relevancia: entre una cuarta y quinta parte de la población LGBTIQ no pueden hablar abiertamente de su orientación sexual o les han pedido que cambien su identidad de género. Aunque son formas sutiles de violencia, éstas siguen teniendo efectos negativos en la vida de las personas LGBTIQ en tanto que son una forma de reproducción del estigma asociado a la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género.

- El abuso sexual también es experimentado con mayor frecuencia por la población LGBTIQ en comparación con el resto de la población.

- Entre los integrantes de esta población, los problemas más comunes de salud son: el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así

como la ideación y el intento de suicidio; los cuales están relacionados a las experiencias de prejuicio, discriminación y violencia a los que se enfrentaron o siguen sobrellevando.

Al mismo tiempo, conviene identificar problemáticas que son específicas de cada sector de la población LGBTIQ, como son:

- Las mujeres y hombres trans se enfrentan a la exclusión económica (tienden a tener baja escolaridad y no tener empleo formal), sufren con más frecuencia discriminación y violencia, han tenido ideación e intento de suicidio; además de que con menos frecuencia tienen acceso a los servicios de salud. Dadas estas experiencias negativas, es comprensible por qué ellas y ellos son los grupos que con más frecuencia denunciarían la discriminación por su orientación sexual y/o identidad de género.

- Las mujeres trans tienen mayor consumo de alcohol, drogas recreativas (cloruro y poppers), cocaína y alucinógenos.

- Los hombres gays/homosexuales y los bisexuales tienen mayor consumo de drogas recreativas como poppers y cloruro.

- Los hombres y mujeres bisexuales son los que experimentan con menos frecuencia discriminación y violencia, quizá porque con más frecuencia mantienen oculta su orientación sexual. En correspondencia con ello, son los grupos que con menos frecuencia denunciarían actos de discriminación en su contra.

- En comparación con lo observado en las mujeres de la población general, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen alto consumo de tabaco y alcohol.

- Las mujeres bisexuales con más frecuencia consumen marihuana y alucinógenos y han tenido ideación e intento de suicidio.

- Las personas que se asumen como queer tienen mayor escolaridad y mayor consumo de tabaco, drogas recreativas (cloruro y poppers), marihuana, cocaína y alucinógenos; además de presentar ideación e intento de suicidio.

## 4.2. Recomendaciones

En este Diagnóstico se evidenció que diferentes problemas de salud son experimentados con mayor frecuencia en la población LGBTIQ. En contraste, siguen existiendo prácticas de discriminación en los servicios de salud. Esto muestra que se requiere el desarrollo de políticas y programas encaminados a reducir las disparidades en salud asociadas con la orientación sexual y la identidad de género. Además de la sensibilización de los trabajadores de la salud para evitar las prácticas discriminatorias, también se requiere que reciban capacitación sobre las situaciones particulares a las que se enfrentan estas poblaciones. Es claro que la reducción de las disparidades en salud deben tener un enfoque intersectorial, -como pueden ser los aspectos legales y sociales vinculados con lo biomédico- pues están estrechamente ligadas a los prejuicios derivados de la homofobia.

En el corto plazo se pueden crear programas enfocados a la población LGBTIQ para identificar a las personas que tienen alto riesgo de problemas de salud mental y consumo de sustancias. Esto puede realizarse a través de campañas de información en los sitios de reunión de la población LGBTIQ. Además, se pueden crear políticas de atención con enfoque de género en las unidades de salud existentes.

En mediano y largo plazo se requiere erradicar a la discriminación por orientación y/o identidad de género, esto debería ser una prioridad en la política pública. Una posible estrategia que contribuiría a la solución de esta problemática es la visibilización de campañas en distintos medios con la finalidad de desestigmatizar a las personas no heterosexuales y la transgresión de los estereotipos de género.

En el tema de la familia como uno de los precursores de las prácticas homofóbicas, se plantea la creación de modelos educativos en

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

Las escuelas son espacios privilegiados para intervenciones dirigidas a la reducción de la discriminación y la violencia homofóbicas. Además de ser los espacios donde más actos de discriminación y violencia ocurren, las escuelas tienen la ventaja de tener concentrada a la población de niños, adolescentes y jóvenes quienes están desarrollando actitudes y habilidades para el resto de la vida. Deben existir mecanismos de detección y seguimiento de casos por violencia homofóbica; además, el personal docente debe ser capacitado en temas de respeto a la diversidad y prevención de este tipo de violencia. En este sentido, en los actuales programas de prevención de la violencia y acoso escolar se debe reconocer que existen grupos con mayor riesgo de experimentarlos, entre los que destaca la población LGBTIQ.

Dos temas emergen y saltan ante la incomodidad política y moral de su abordaje: el abuso sexual y el suicidio. Es necesario y urgente que estos temas sean insertados en la discusión de la agenda de trabajo con poblaciones LGBTIQ, siendo estas discusiones ausentes de prejuicios moralistas -que conlleva principalmente el abuso sexual- y apegadas a una visión basada en evidencia con el

fin de prevenir y atender los casos existentes. Aunque la mayoría de la población LGBTIQ reconoce que la discriminación es un acto ilegal, esto no ha evitado que se sigan produciendo actos de prejuicio. Sin duda los avances legales en materia de no discriminación como lo son la legislación sobre el derecho a la no discriminación por orientación sexual o identidad de género y el matrimonio igualitario son avances en la materia, sin embargo la población no tiene pleno goce de estos derechos a nivel nacional y las políticas públicas que conduzcan a ello son insuficientes. La paridad de avances legales con el cambio social, es una condición indispensable para la construcción de una sociedad más respetuosa y saludable.

Se requiere continuar con el estudio de las disparidades sociales y en salud asociadas a la orientación sexual y la identidad de género. Por ejemplo, es necesario incorporar indicadores de orientación sexual e identidad de género en los diferentes sistemas de información estadística que deriva el gobierno mexicano incluyendo los censos de población y vivienda, así como las encuestas de hogares dirigidas a evaluar las condiciones sociales, de trabajo y de salud de la población mexicana. El contar con esta información permitirá verificar los avances de las políticas y programas de combate a la discriminación. Finalmente, es urgente realizar mayor investigación que incremente el conocimiento de las problemáticas de los sectores menos visibles –pero no por ello menos relevantes- de la población LGBTIQ tales como la población trans, intersexual y las personas identificadas como queer.

### 4.3. Limitaciones

La lectura de los resultados del presente Diagnóstico debe realizarse considerando sus limitaciones. A pesar de que se obtuvo información de una muestra que sobre-representa las poblaciones de mayores ingresos, permite tener un

panorama de las dificultades a las que se enfrenta la población LGBTIQ. Más aún, es esperable que las estadísticas obtenidas sean conservadoras, es decir, las cifras en la mayoría de los casos posiblemente serían mayores si se hubiera podido incluir a más población de bajos recursos económicos. Lo anterior puede ser resultado de que las actitudes negativas hacia la homosexualidad son más prevalentes entre las personas con menor escolaridad. Por ello, es esperable que las vivencias homofóbicas sean más frecuentes entre la población LGBTIQ de bajos recursos.

Otra limitante del Diagnóstico es que no se utilizó un muestreo aleatorio, éste garantizaría que las cifras obtenidas fueran aplicables a toda la población. Sin embargo, es bien reconocido que dado el reducido tamaño de la población LGBTIQ (lo cual es especialmente cierto para los segmentos trans e intersexuales), un muestreo de esa naturaleza escapa a las posibilidades de organizaciones civiles con recursos limitados. Aún así, este Diagnóstico permitió identificar algunos patrones específicos para los diferentes segmentos que componen la población LGBTIQ que pueden ser confirmados en posteriores aproximaciones.

Con relación a la forma de obtener la información, se encontró una gran dificultad para llegar a las poblaciones trans e intersexuales. Una lección a retomar es la búsqueda de estrategias más efectivas para abordar estas poblaciones de difícil acceso, en las que posiblemente el abordaje cara a cara sea el más adecuado.

Una limitante que tienen los datos de las personas queers, es la imposibilidad de determinar el sexo asignado y distinguir perfiles de eventos adversos por este factor. Sin embargo en el diseño del estudio, se optó por ser congruentes con el posicionamiento queer de desdibujar el sexo asignado. El estudio de la categoría queer como una cuestión identitaria es un aspecto para

reflexionar para su posterior discusión. Si bien es cierto el movimiento queer ha realizado fuertes críticas al uso de “etiquetas”, recientemente diversas personas se auto-identifican con esta categoría.

En el mismo sentido, el concepto de identidades trans no ha permeado en todas las personas que “perteneceían” a esta categoría. Durante la implementación del estudio, se recibieron comentarios acerca de la participación de mujeres u hombres trans que se auto-identificaban como gays o como lesbianas respectivamente. Tomando en cuenta este punto, se discute la posible subestimación en el reporte de participación de personas con identidades trans.

Finalmente, las relaciones que se han mostrado de las experiencias de discriminación con diferentes daños a la salud deben ser interpretadas con reserva pues al ser una encuesta transversal, es aventurado hacer conclusiones contundentes sobre posibles relaciones causales. Sin embargo, creemos que es poco probable la existencia de causalidad reversa dado que los actos de discriminación son poco probables que no hayan ocurrido. Es decir, es baja la probabilidad de que los estados de ánimo negativos hagan que las personas reporten más actos de discriminación.





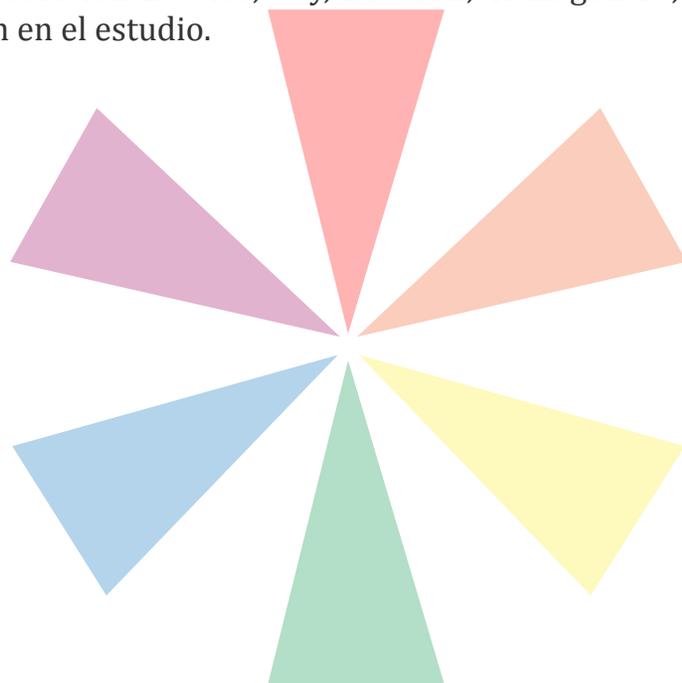
## Agradecimientos

Agradecemos a aquellas personas, organizaciones de la sociedad civil e instituciones que ayudaron al desarrollo de este estudio. A Programa Compañeros A.C. en especial a María Elena Ramos, Juan Carlos Medel y David Mendoza por su aportación con el diseño de materiales promocionales y la amplia difusión en sus espacios. A Javier Espinoza de *Manhunt* México por el compromiso social en impulsar la promoción del estudio. A la Red de Atención Ciudadana en Materia de No Discriminación y para el Ejercicio de los Derechos Humanos, REDAC por su aportación para el desarrollo de la presentación de resultados. Al Centro Cultural de España por ser anfitriones de eventos que promueven acciones a favor de las personas LGBTIQ. A Eduardo Javier Escobedo y Luis Humberto Ladrón por su pasión y compromiso en el diseño de materiales de comunicación. A Guadalupe González del Centro Comunitario de Atención a la Diversidad Sexual por su colaboración y ayuda para el pilotaje de la encuesta. A la Embajada de los Países Bajos en México por su apoyo con acciones que favorecen el respeto de los derechos humanos de las personas LGBTIQ.

A todas las organizaciones de la sociedad civil que difundieron la encuesta, en especial a aquellas que nos acompañaron durante todo el proceso: Una Mano Amiga en la Lucha Contra el Sida, A. C., Asociación de Prevención y Atención en VIH/SIDA Nueva Era, A.C., Amigos Potosinos en Lucha Contra el Sida, A.C./El Gremio, Centro de Apoyo a las Identidades Trans A.C., Comunidad Metropolitana, A.C./Diversimedios, Centro de Servicios CSER A.C, Verter. Integración Social AC. Osos Musculosos, Colega o A.C. Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal, A.C. y Colectivo Sonora Igualitario.

Agradecemos al Consejo Municipal Contra la Discriminación hacia la Diversidad Sexual en Mérida Yucatán y a todas las personas que de manera independiente compartieron y distribuyeron el link en sus redes sociales.

Finalmente, el agradecimiento más grande es hacia la población Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual, Intersexual y Queer que participaron en el estudio.





## Referencias

- *Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. Salud Publica Mex. 2010;52(4):292-304.*
- *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2011), Encuesta Nacional sobre Discriminación en México/ Enadis 2010.*
- *Frías SM, Erviti J. Gendered experiences of sexual abuse of teenagers and children in Mexico. Child Abuse Negl. Elsevier Ltd; 2014;38(4):776-87.*
- *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, TéllezRojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández- Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM, 2012. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)*
- *Zúniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex 1999;41:110-118.*

