



SALME 21

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | MAY-AGO 2023

Dossier
Comunidad
LGBTIQ+
y salud mental

**PATRICIA
SÁNCHEZ SAIFFE**
OBRA PLÁSTICA



Salud





EDITORIAL

Existe una gran deuda histórica hacia la comunidad LGBTIQ+ debido a la victimización, estigma y discriminación de las cuales ha sido objeto. Desgraciadamente la comunidad científica, médica y psiquiátrica no ha sido la excepción, ya que durante siglos y hasta años recientes se consideraban a la homosexualidad, bisexualidad, identidades trans, etcétera, como enfermedades mentales que debían ser “tratadas y corregidas”, fomentando la vulneración y trasgresión sistemática de los derechos de las personas de la diversidad sexual.

Desde el 17 de mayo de 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales y la aceptó como una variación de la sexualidad humana, sin embargo, se ha reportado que hasta en un tercio de los países que componen la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se sigue criminalizando la homosexualidad, y en algunos se castiga con la pena de muerte.

Ahora bien, desde el año 2018 debido a la evidencia científica disponible, los equipos de trabajo de la CIE-11 colocaron las identidades trans fuera del capítulo de enfermedades mentales y se clasificó en un nuevo capítulo titulado Condiciones relacionadas a la salud sexual. Sin embargo, a pesar de lo anterior, aún estamos lejos de despatologizar estas condiciones dentro de la percepción social.

El 25 de junio de cada año se conmemora el Día Mundial de la Diversidad Sexual con el fin de reivindicar los derechos humanos de las personas gays, bisexuales, travesti, transgénero, transexual, intersexual, etcétera, es por ello, que la revista Salme, en su compromiso de divulgación científica y en pro de sumarse a las acciones que faciliten la equidad e igualdad, publica este número con temas que van desde el panorama global de salud mental y física en las personas de la comunidad LGBTIQ+, los aportes de la psiquiatría mexicana para la despatologización de la condición trans, las conductas suicidas y el consumo de drogas, así como el rol de la familia y su impacto en la salud en las personas de la diversidad sexual.

Agradezco a cada uno de los autores por el tiempo y dedicación, y espero que el lector disfrute las poderosas y bellísimas obras de la maestra Patricia Sánchez Saiffe que acompañan este número de la revista.

SALME NÚMERO 21 / MAYO - AGOSTO DE 2023

CONTENIDO

1 Editorial

- 3** Panorama global de salud en las personas de la comunidad LGBTIQ+
DRA. TANIA ELISA HOLGUÍN AGUIRRE

23 Salud mental en personas LGBTIQ+ y sus determinantes
DRA. EVELYN RODRÍGUEZ ESTRADA

31 Consumo de drogas en la población LGBTIQ+
MTRA. BLANCA GABRIELA LÓPEZ MACIEL

37 Conductas suicidas y comunidad LGBTIQ+
MTRA. YOLANDA GARCÍA ÁVILA

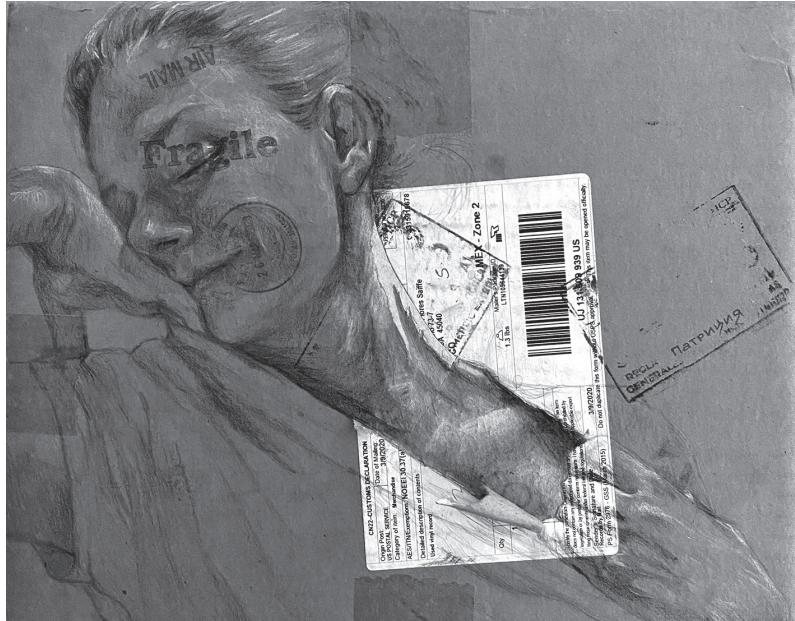
43 Las palabras importan: la identidad de género trans y el aporte de la psiquiatría mexicana a su despatologización
DR. E. HAMID VEGA RAMÍREZ

53 Aceptación familiar y su impacto en la salud de personas de la comunidad LGBTIQ+
DRA. BLANCA ELISA REAL PEÑA

Arte

- # 61 Patricia Sánchez Saiffe

FRÁGIL



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Ing. Enrique Alfaro Ramírez
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren
SECRETARIO DE SALUD
DEL ESTADO DE JALISCO

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Dr. Arturo Múzquiz Peña
DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO
ESTRÁTÉGICO DEL SECTOR SALUD

Lic. Ana Lilia Mosqueda González
DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. Maricarmen Rello Velázquez
TITULAR DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
INSTITUCIONAL

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Dr. Jorge Antonio Blanco Sierra
E.E.D. DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCOENSE
DE SALUD MENTAL (SALME)

Lic. Juan Ramón de la Cruz Torres
JEFE DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN

Mtra. Imelda Barajas Maldonado
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Mtro. Aldo Ismael Arias Jiménez
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Miguel Ángel Hidalgo
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. Jose Fernando Ojeda Palomera
E.D.E. DIRECCIÓN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

Dr. Rafael Medina Dávalos
EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dra. Blanca Elisa Real Peña
Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro

Panorama global de salud en las personas de la comunidad LGBTIQ+

Dra. Tania Elisa Holguín Aguirre¹

El acceso a la salud de la comunidad LGBTIQ+, históricamente se ha visto limitado por factores educativos, sociales, familiares e institucionales.

Uno de los problemas con los que las diversidades sexuales se enfrentan con frecuencia es la afirmación (errónea) que ciertas enfermedades son específicas de dicha comunidad, sobre todo, las infecciones de transmisión sexual. Con esto, se dejan de lado otros aspectos de salud, en particular aquellos que tienen como objetivo la detección y prevención de enfermedades crónicas. Ahora sabemos que la probabilidad de experimentar algunas patologías es mayor en la comunidad LGBTIQ+, sin que signifique que estas enfermedades son exclusivas o consecuencia directa de las diversidades, comprender esta diferencia es necesario para detener el estigma y la discriminación por parte del personal de salud.

Por otro lado, el limitado entendimiento de las diversidades y el rechazo a la adaptación social en el personal médico genera un ambiente poco amigable o empático, cuya consecuencia es la desconfianza al ámbito hospitalario por parte del paciente; y, el acoso, estigmatización, discriminación, rechazo y violencia por parte del personal de salud.

Los grupos vulnerables en México son tantos y las diversidades sexuales tan amplias, que no es infrecuente que las minorías acumulen factores de vulnerabilidad, y, con ello, peor y limitado acceso a la salud.

Pensemos en un ejemplo: una mujer lesbiana, desempleada, que sufre de rechazo familiar, es madre soltera, víctima de violencia de pareja. Al solicitar atención médica, es cuestionada en su

¹ Adscrita a la Unidad de VIH del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.

consulta de primer contacto sobre el número de parejas sexuales, ¿por qué tiene hijos si se “define lesbiana”? Le son ordenados estudios para infecciones de transmisión sexual sin explicar que esto no es a causa de su orientación sexual, y, se ignore por completo el motivo de consulta. Esta paciente difícilmente acudirá a sus tamizajes anuales contra cáncer cervicouterino, de mama o de enfermedades metabólicas. Su siguiente acercamiento a los servicios de salud, será al tener una urgencia o complicación médica.

Las consecuencias en la salud pública de casos como el descrito, son innegables, sin mencionar el aumento en el gasto de los recursos financieros para atender enfermedades catastróficas o complicadas.

A continuación, se explorarán los problemas de salud que con mayor frecuencia aquejan a la comunidad LGBTIQ+, con la finalidad de establecer pautas de acción, en particular para prevención, diagnóstico y tratamiento.

ACCIONES PREVENTIVAS Y TAMIZAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, hasta junio de 2022 las defunciones por enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte en México, seguida por complicaciones de diabetes mellitus y en tercer lugar, tumores malignos (INEGI, 2021). Por lo tanto, resulta evidente que las acciones preventivas dirigidas a estas patologías tienen impacto en la salud pública, pero también sobre la evolución y calidad de vida de quienes las padecen.

Diabetes mellitus

El desarrollo de diabetes mellitus, particularmente del tipo 2 (DM2) es de origen multifactorial, como la genética, el ambiente, aspectos personales y sociales. Dentro de aquellos factores de influencia ambiental, destacan situaciones que condicionan estrés crónico, donde se incluye el llamado “estrés de minorías”, que hace referencia al impacto psicológico negativo ocasionado por pertenecer a un grupo minoritario y marginalizado. Este estado de estrés crónico se asocia a un aumento de marcadores inflamatorios, activación del sistema nervioso autónomo y a la desregulación del eje hipotálamo-hipofisiario adrenal; alteraciones que no solo influyen en el desarrollo de DM2, sino también de otras enfermedades crónicas. El estrés de minorías se ha estudiado en poblaciones latinas y en mujeres homosexuales y bisexuales, en quienes la prevalencia de DM2 es mayor, siendo favorecida por el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, bajo nivel socioeconómico y mayor índice de masa corporal (IMC). En mujeres homosexuales y bisexuales menores de 40 años, el riesgo de desarrollar DM2 es hasta 27% más elevado y el factor externo más asociado es un mayor IMC (Pazos, 2018).

En una cohorte estadounidense de personas que viven con diabetes, se identificaron disparidades de las minorías sexuales en cuanto al tratamiento, los hombres bisexuales tuvieron las prevalencias más altas en incumplimiento en el tratamiento de DM2, en comparación con hombres heterosexuales, y los hombres homosexuales fueron el grupo con peor control glicémico.

Por otro lado, las mujeres bisexuales tienen las prevalencias más altas en incumplimiento en el manejo de DM2 que las mujeres heterosexuales (Tran et al., 2021).

Una buena parte de la población transgénero utiliza terapia hormonal de afirmación de género (THAG). Múltiples estudios se han realizado entre la población transfemenina y transmasculina con la intención de asociar alteraciones metabólicas con el uso de THAG a largo plazo. Los resultados obtenidos son variables: se ha encontrado un aumento en los niveles de insulina sérica y resistencia a la misma (homa-ir) en mujeres transgénero, y un aumento de la sensibilización a la insulina con el uso de THAG masculinizante. Sin embargo, no se cuenta con datos suficientes para afirmar que la THAG, por sí misma, genera alteraciones de la glucosa en ayuno o predisponde a DM2, por lo que el tamizaje para esta patología no es distinto al protocolo sugerido en la población general. Determinar la asociación entre DM2 y el uso de THAG es todo un desafío, ya que la diabetes es una enfermedad multifactorial y el incluir todos estos factores en contextos individuales tan distintos es difícil de establecer (Islam et al., 2022; Van Velzen et al., 2022).

Riesgo cardiovascular

Cada día, un mayor número de investigaciones demuestran que la población transgénero y poblaciones con género diverso tienen un riesgo desproporcionado de mal pronóstico cardiovascular. Los hombres transgénero tienen una prevalencia de infarto al miocardio dos veces más elevado que los hombres cisgénero y cuatro veces mayor en

comparación con mujeres cisgénero. Por otro lado, las transgénero tienen una prevalencia dos veces más alta de infarto al miocardio, en comparación con mujeres cisgénero (Streed et al., 2021).

La teoría de estrés de minorías también parece tener influencia sobre las disparidades en el riesgo cardiovascular entre la población transgénero. La Figura 1, muestra un modelo interseccional de estrés de minorías transgénero multinivel, ejemplifica cómo la estigmatización en las intersecciones de múltiples identidades marginadas y determinantes sociales de salud suman como factores estresantes generales y minoritarios que afectan la salud cardiovascular. Además, el modelo describe factores que promueven la resiliencia a diferentes niveles (individual, interpersonal y estructural), con la finalidad de contrarrestar los efectos de la violencia transfóbica y el estigma, para ofrecer mejor acceso y equidad en la salud (Streed et al., 2021).

En la Tabla 1 se resumen los factores de riesgo cardiovascular modificables que afectan a las diversidades sexuales.

Otros factores de riesgo cardiovascular: infección por VIH

Las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH, PVVIH) poseen un riesgo cardiovascular elevado, mismo que persiste tras la supresión viral sostenida por tratamiento antirretroviral efectivo. Este riesgo incluye una mayor prevalencia de infarto agudo al miocardio, falla cardíaca, evento vascular cerebral, hipertensión pulmonar y muerte por causa cardiaca.

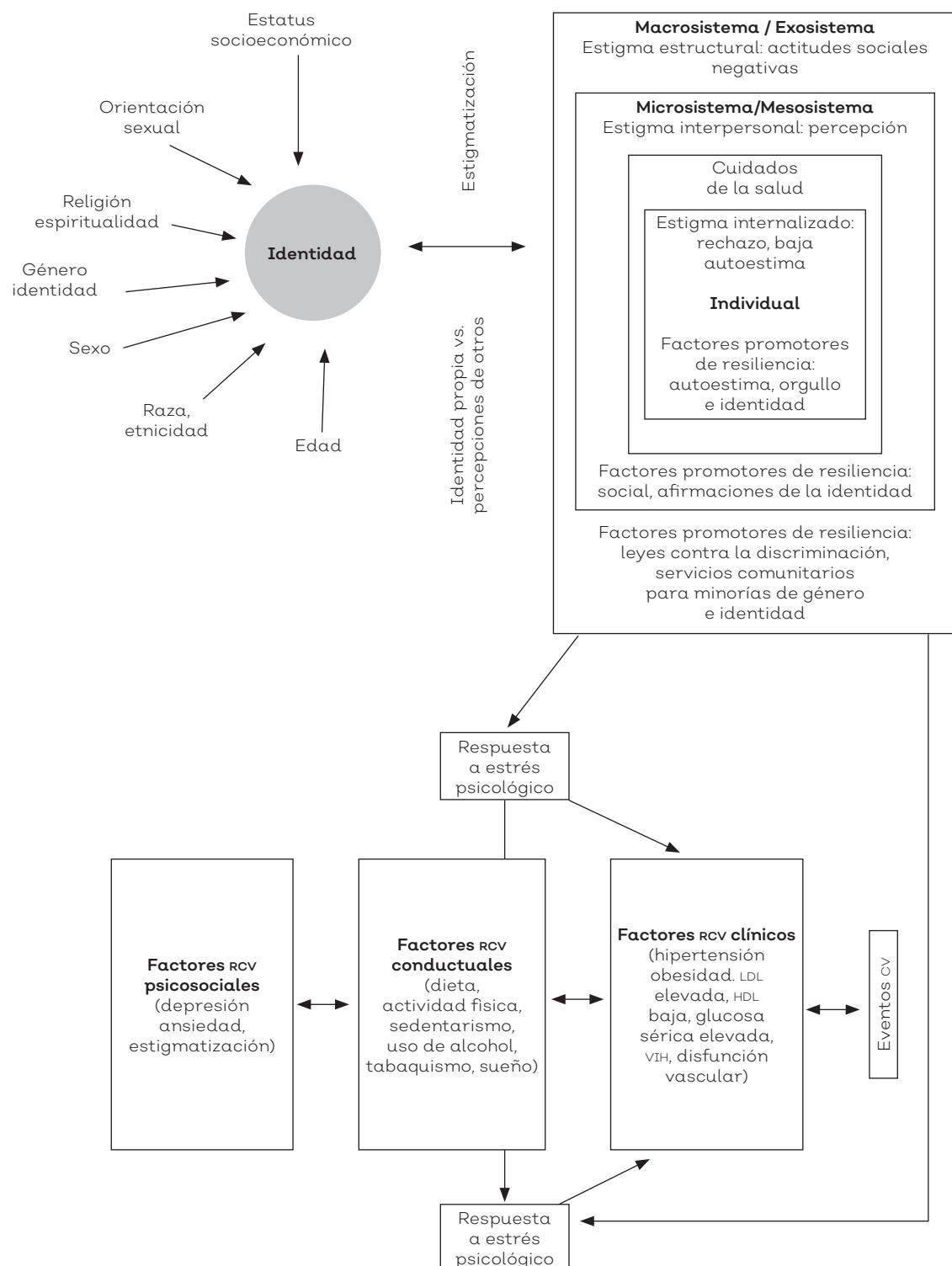
Figura 1. Modelo de estrés de minorías multinivel en población transgénero

Imagen adaptada de: <https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000001003>. RCV: riesgo cardiovascular.
LDL: lipoproteínas de baja densidad. HDL: lipoproteínas de alta densidad.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados al estilo de vida, que afectan a la población LGBTIQ+

Factores de riesgo asociados al estilo de vida (Streed et al., 2021)		
Factor	Panorama en las diversidades sexuales	Observaciones
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> El índice de fumadores es hasta 2.5 veces mayor en la diversidad LGBTIQ+ (Lee et al., 2009). Para 2008, 20.4% de la población urbana de entre 12 y 65 años eran fumadores activos. En México, el consumo de tabaco entre personas de 13 y 15 años tiene una prevalencia entre 10.5% y 27.8% (Medina, 2010). 	<ul style="list-style-type: none"> El estrés ocasionado por el estigma social y la discriminación es un factor clave para el consumo de tabaco (Lee et al., 2009). Debe considerarse un factor relevante, en el contexto de estrés de minorías y afirmación de género.
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> 23% menos actividad física entre población transgénero en comparación con población cisgénero. 	<ul style="list-style-type: none"> Factor poco estudiado. Algunos datos sugieren una menor participación en actividades por la inseguridad e inconformidad experimentadas en ambientes escolares y sociales.
Dieta y nutrición	<p>Se ha reportado la prevalencia de dos extremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo excesivo de comida rápida y refrescos. Ayunos prolongados, el consumo de fármacos para bajar de peso, dietas extremas y el uso de laxantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una brecha metodológica muy grande para explorar estas variables, así como un sinnúmero de métodos de evaluación en las diferentes etapas de la vida.
Control de peso	<ul style="list-style-type: none"> Mayor IMC en personas bajo THAG en comparación con adultos cisgénero (72.4% vs 65.5%). Estudios europeos sugieren aumento del IMC, peso y circunferencia de cintura entre personas bajo THAG. Masa magra de hombres transgénero (bajo THAG) es mayor que en mujeres cisgénero con el mismo IMC, pero más baja que la de hombres cisgénero con el mismo IMC. Mujeres transgénero en THAG tienen menos masa magra que hombres cisgénero con el mismo IMC y más masa magra en comparación con mujeres cisgénero. 	<ul style="list-style-type: none"> En México, 70% de la población vive con sobrepeso y una tercera parte de la población se encuentra en obesidad. El grupo de edad con prevalencia más alta de obesidad es el que se encuentra entre 30 y 59 años (35% de los hombres y 46% de las mujeres) (INEGI, 2020). Las diferencias entre grupos de estudio dependen de los tratamientos hormonales utilizados por región y de la duración del seguimiento.
Perfil de lípidos	<ul style="list-style-type: none"> En mujeres transgénero, la alteración más frecuente es HDL baja, independientemente del IMC, raza y estado socioeconómico. La terapia con testosterona se asocia con HDL bajo, elevación de triglicéridos y, en ocasiones, con elevación de LDL Sin evidencia de hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dl en personas bajo THAG (Leemaqz et al., 2023). 	<ul style="list-style-type: none"> Se requieren estudios más amplios para determinar la influencia de las terapias de afirmación hormonal sobre los resultados clínicos, así como el efecto directo de la terapia sobre los perfiles de lípidos en personas mayores bajo THAG.
Estado glucémico	<ul style="list-style-type: none"> Efecto del uso testosterona sobre la resistencia a la insulina. Disminución en la sensibilidad a la insulina con el uso de terapia con estrógenos. 	<ul style="list-style-type: none"> Tamizaje igual al de la población en general.
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> Dosis elevadas de testosterona en hombres transgénero se asocian con hipertensión arterial. Mujeres transgénero que han recibido progestágenos tienen menor riesgo de hipertensión arterial. En mujeres transgénero, puede haber una elevación transitoria de las cifras tensionales tras el inicio de la THAG (Banks et al., 2021). 	<ul style="list-style-type: none"> Estos hallazgos pueden modificar el tamizaje de presión arterial en la población transgénero y con género diverso que se encuentra bajo terapia de reafirmación hormonal.

IMC: índice de masa corporal. THAG: terapia hormonal de afirmación de género. HDL: lipoproteínas de alta densidad.
LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Figura 2. Modelo conceptual que esquematiza los mecanismos implicados en el desarrollo de falla cardiaca en personas que viven con VIH

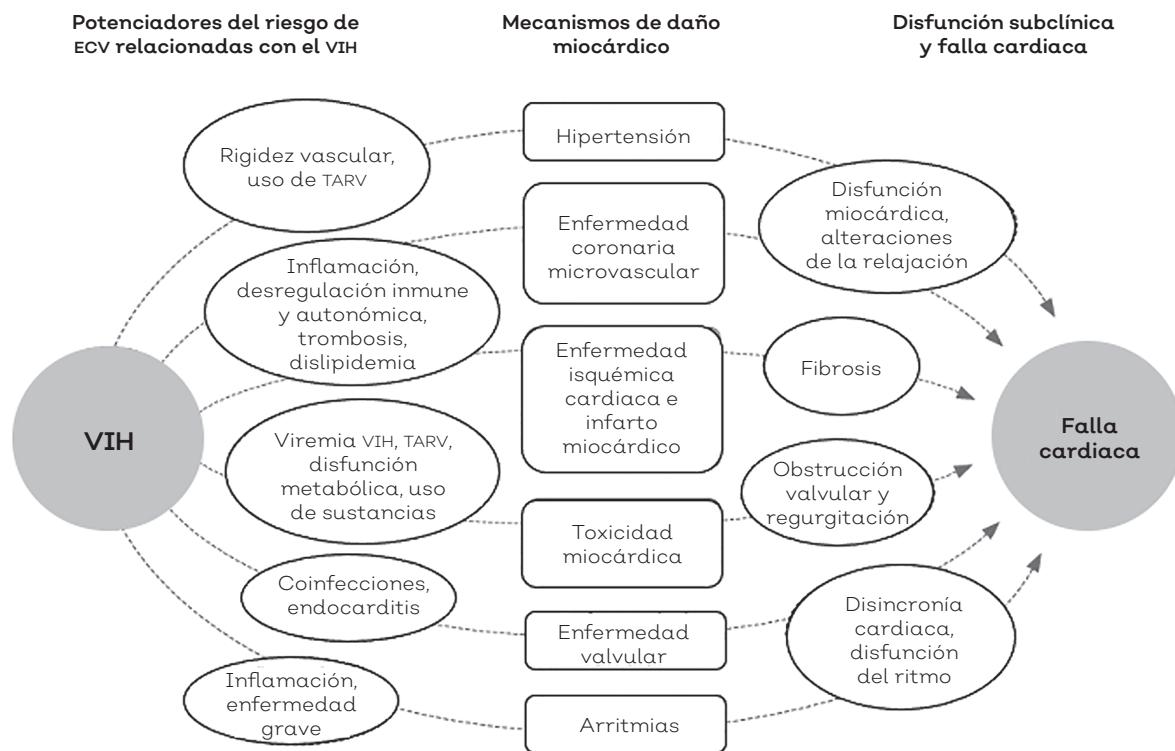


Imagen adaptada de: PMID 34856094. ECV: enfermedad cardiovascular. VIH: virus de inmunodeficiencia humana. TARV: terapia antirretroviral.

El riesgo de infarto agudo al miocardio es 50% más elevado en PVVIH. Aunque el uso de tratamiento antirretroviral (TARV) se ha postulado como un potencial factor determinante, ahora sabemos que el efecto del TARV sobre el riesgo cardiovascular (RCV) es mínimo, salvo algunas excepciones (como el abacavir). La viremia y el conteo de linfocitos T CD4+, por otra parte, están fuertemente asociados al riesgo de infarto al miocardio y de falla cardiaca.

La Figura 2 esquematiza un modelo conceptual de mecanismos asociados a falla cardiaca y enfermedad cardiovascular en PVVIH (Feinstein, 2023; Feinstein, 2021).

En personas con viremia persistente por VIH, progresión

inmunológica e infecciones oportunistas, se desarrolla una miocardiopatía asociada a VIH, que se caracteriza por disfunción sistólica severa en ausencia de enfermedad arterial coronaria obstructiva. La etiología tóxica de la disfunción miocárdica y la insuficiencia cardíaca desempeñan un papel importante en la insuficiencia cardíaca relacionada al VIH, dadas las tasas más altas de consumo de drogas tóxicas para el miocardio entre PVVIH (Feinstein, 2021). Por lo anterior, se sugiere la implementación del siguiente esquema de diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares para las diversidades sexuales que viven con VIH (Figura 3):

Figura 3. Esquema de diagnóstico y tratamiento de riesgo cardiovascular para las diversidades sexuales que viven con VIH

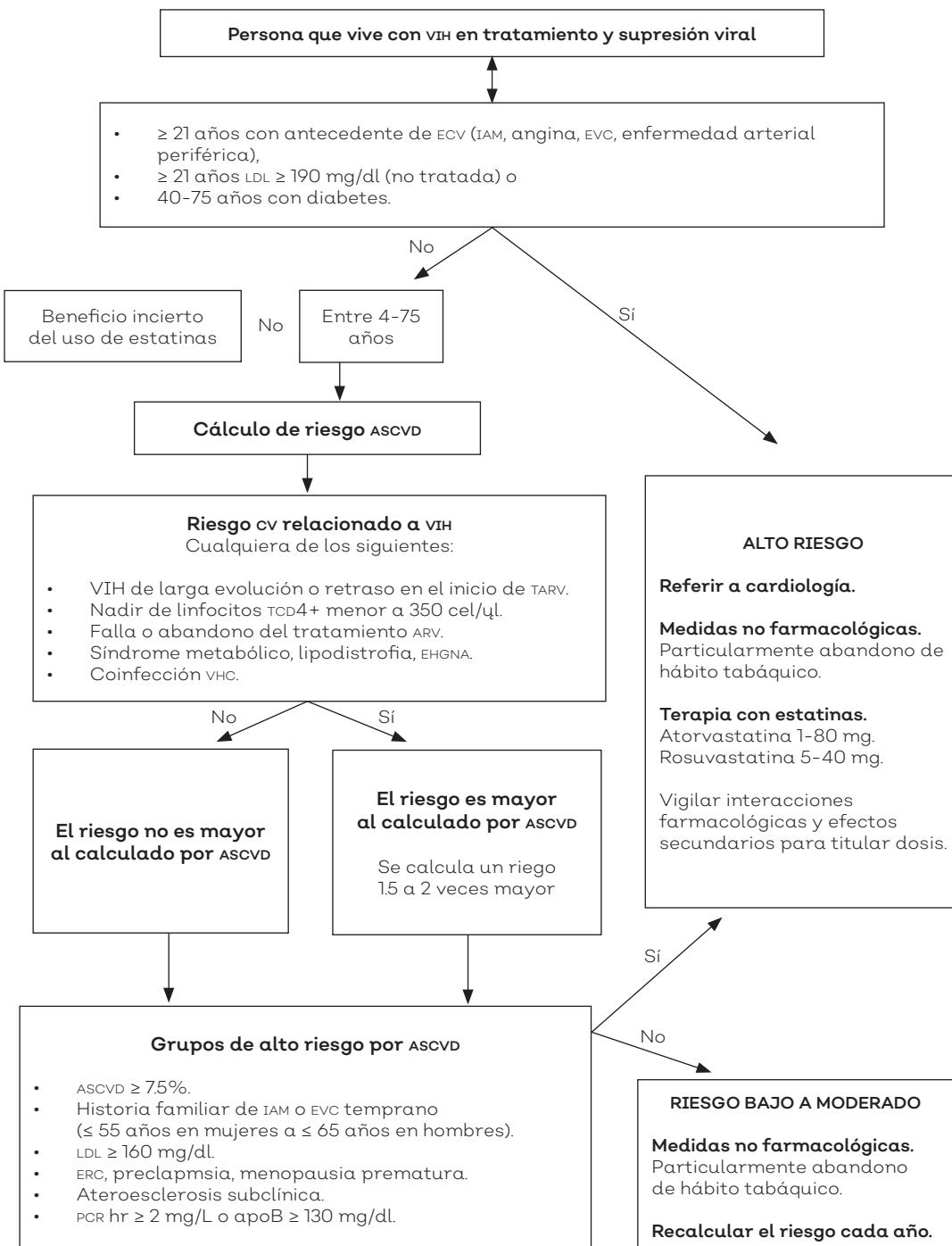


Imagen adaptada de: PMID 34856094. VIH: virus de inmunodeficiencia humana. ECV: enfermedad cardiovascular. IAM: infarto agudo al miocardio. EVC: evento vascular cerebral. LDL: lipoproteínas de baja densidad. ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease. CV: cardiovascular. TARV: terapia antirretroviral. ARV: antirretrovirales. EHGNA: enfermedad por hígado graso no alcohólico. VHC: virus de hepatitis C. ERC: enfermedad renal crónica. PCR hs: proteína C reactiva high sensitivity.

Tabla 2. Efecto de las terapias hormonales de afirmación de género sobre diversas condiciones cardiovasculares en hombres y mujeres transgénero

Condición	Efecto de terapias hormonales	
	Mujeres transgénero	Hombres transgénero
Enfermedad isquémica cardiaca	↑ ↔	↔
Enfermedad cerebrovascular	↑	↔
Presión arterial	↑ ↔	↑ ↔
Tromboembolismo venoso	↑	↔
Efecto sobre HDL	↔	↑
Diabetes mellitus	↔	↔

Adaptada de: <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.119.13080> (Connelly et al., 2019). HDL: lipoproteínas de alta densidad.

Otros factores de riesgo: salud vascular

La disfunción vascular se caracteriza por alteraciones endoteliales y rigidez arterial, hechos que son clave en el desarrollo de ECV y factores de riesgo independientes. En este sentido, el reemplazo hormonal en la población transgénero y con géneros diversos, requiere especial atención.

Los efectos vasculares de los estrógenos están mediados por los receptores que se expresan en células endoteliales, de músculo liso vascular y miocárdicas. En las células endoteliales, los receptores alfa de estrógenos activan la vasodilatación dependiente del endotelio vía óxido nítrico sintasa, la proliferación endotelial y migración, promoviendo la reendotelización de la carótida y, por lo tanto, ejerciendo un factor protector (Streed et al., 2021).

Sin embargo, en las mujeres transgénero, la carga ateromatosa genética parece no modificarse con la exposición prolongada a estrógenos. Los resultados clínicos en este grupo son variables y contradictorios.

En la Tabla 2 se resumen algunos efectos de la THAG sobre la salud vascular de hombres y mujeres transgénero.

En general, los estudios de disfunción vascular en personas con diversidades de género se limitan a aquellos que reciben THAG, por lo que aún son limitados en número, tamaño y alcance (Streed et al., 2021).

Prevención de osteoporosis

La salud ósea es esencial para asegurar la movilidad. La osteoporosis forma parte de las llamadas “enfermedades no comunicables”, y, se caracteriza por una masa ósea baja, deterioro estructural del hueso y fragilidad, que aumenta el riesgo de fracturas y reduce la movilidad. Algunos factores ambientales influyen en la pérdida de masa ósea; sin embargo, también se han identificado múltiples aspectos socioeconómicos, conductuales y ecológicos, entre ellos se incluyen el estado nutricional, la actividad física, el estrés psicosocial y el consumo de sustancias. En este sentido, las minorías sexuales suelen experimentar mayor estrés

asociado a discriminación, estigma, exclusión social y violencia, lo cual suele incrementar el uso de drogas, alcohol y tabaco.

Gibb & Eric (2020), encontraron que hombres gays presentaron valores más bajos de z-score en densitometrías óseas, al compararse con hombres bisexuales y mujeres cisgénero. Los factores que se relacionaron con estos hallazgos fueron tasas elevadas de depresión, tabaquismo (que ha demostrado alterar la absorción de calcio), el consumo de alcohol, el uso de productos derivados de cannabinoides (que alteran la remodelación ósea). En contraparte, las mujeres bisexuales parecen tener valores más elevados en la densidad ósea, en comparación con mujeres cisgénero heterosexuales (Gibb & Eric, 2020).

Por otro lado, algunos estudios han demostrado que el uso de terapias hormonales para afirmación de género durante al menos diez años en mujeres transgénero se asoció con densidades óseas significativamente menores.

Van Caenegem et al. (2015), documentaron la evolución de la densidad ósea, la geometría y el recambio óseo en mujeres trans durante los primeros años de uso monitoreado de THAG. Al inicio del estudio y antes de comenzar el tratamiento hormonal, un buen número de mujeres transgénero tenía una densidad mineral ósea más baja en comparación con los hombres control de la misma edad; con el uso de la terapia hormonal, disminuyó el recambio óseo que se acompañó de un descenso significativo en la masa muscular y la fuerza. No obstante, tras el uso

por 12 a 24 meses de terapias de reemplazo hormonal, la densidad mineral ósea parece mejorar (Sedlak et al., 2017).

Por lo anterior, se sugieren las siguientes pautas para el tamizaje de osteoporosis en personas transgénero (Figura 4):

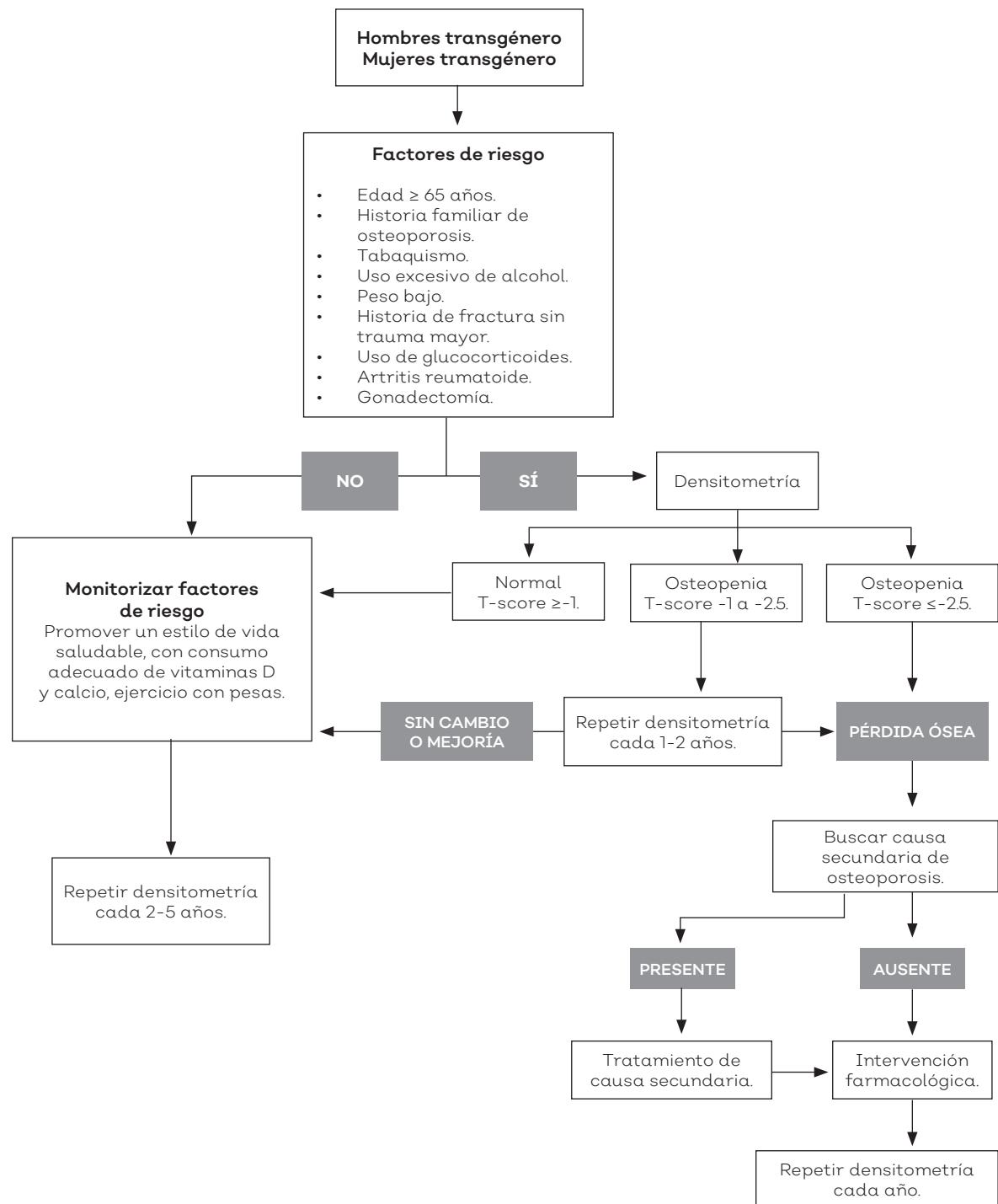
En cuanto a las terapias que promueven la salud ósea, se encuentran (Stevenson & Tangpricha, 2019):

- Fomentar el consumo de vitamina D para mantener niveles séricos de 25-hidroxi vitamina D en medias suficientes (30 ng/ml), consumo diario de entre 800 y 1000 UI.
- Promover el consumo de al menos 1000 mg de calcio.
- Realizar ejercicio anaeróbico con regularidad.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Dejar de fumar.
- Mantener un IMC por debajo de 27 kg/m².

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS

Son siete tipos de cáncer los que afectan de forma desproporcionada a la población LGBTIQ+, incluyendo: cáncer anal, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de colon, cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cáncer de endometrio. En la población transgénero y con género diverso es por mucho, menos probable que se realice cribado para cáncer de mama y cáncer colorrectal.

No existen diferencias biológicas ni psicológicas entre las personas que forman parte de la comunidad LGBTIQ+ y su contraparte heterosexual; sin embargo, las

Figura 4. Esquema propuesto para el seguimiento de la salud ósea en la población transgénero

Adaptado de: <https://doi:10.1016/j.ecl.2019.02.006> (Stevenson & Tangpricha, 2019).

disparidades causadas por una combinación de factores sociales y económicos, muchos de cuales pueden atribuirse al estrés de vivir como una minoría sexual y de género, suelen ser riesgo extra para el desarrollo de algunos tipos de cáncer, y también para el retraso en su diagnóstico.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial y 90% de muertes por esta causa ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Al menos 50% de las lesiones precancerosas en cuello uterino se atribuyen a la infección por el virus de papiloma humano (VPH) tipos 16 y 18, este virus se transmite, principalmente, por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan al poco tiempo de iniciar su vida sexual. El control integral de cáncer cervicouterino consiste en la prevención primaria (vacunación contra VPH), secundaria (detección y tratamiento de lesiones precancerosas) y terciaria (diagnóstico y tratamiento de cáncer cervicouterino invasivo).

En cuanto a la prevención secundaria, se recomienda realizar cribado en toda persona con cuello de útero, haya tenido o no penetración “vaginal” a partir de los 30 años y desde los 25 en PVVIH. El cribado deberá realizarse con una prueba de detección de la infección por VPH, en particular, se recomiendan las pruebas de ADN y ARNm, ya que a diferencia de las pruebas que dependen de la inspección visual, la de VPH es objetiva. Además, estas pruebas posibilitan intervalos de rastreo más amplios dado su excelente valor

predictivo negativo (cada 5 a 10 años). En el contexto de infección por VIH, el cribado para infección por VPH debe realizarse cada 3 a 5 años.

Se ha planteado implementar la toma autónoma de muestras para aquellos casos en que el uso de espéculos vaginales implica dolor, incomodidad y genere situaciones de estrés; sin embargo, aún no es una práctica bien difundida ni validada.

Hasta el momento, no hay evidencia que sugiera que la androgenoterapia en hombres transgénero influya en el riesgo de cáncer cervicouterino, por lo tanto se recomiendan las pautas de screening ya establecidas en este grupo. En caso de realizarse Papanicolaou, siempre deberá informarse en la muestra el uso de terapias hormonales, ya que estas pueden asociarse a cambios atróficos a nivel de epitelio cervical, que pueden simular displasias en el extendido citológico.

En aquellas personas a las que se les ha realizado una histerectomía total, no se recomienda realización de estudios citológicos. Por el contrario, de existir antecedente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grado o cáncer cervicouterino, se sugiere realizar PAP de manguito vaginal.

En personas con vagina realizada a partir de la piel del cuerpo del pene, no está indicada la toma de muestras para examen citológico o test de VPH, ya que se trata de un epitelio queratinizado (Secretaría de Acceso a la Salud et al., 2020; OMS, 2022).

La Organización Mundial de la Salud ha fijado las metas “90-70-90”, que deberán alcanzarse para 2030 y plantean (OMS, 2022):

- 90% de niñas menores de 15 años vacunadas contra VPH.
- 70% de las mujeres examinadas con una prueba de alta precisión antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años.
- 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reciben tratamiento.

Cáncer de mama

No existen estadísticas claras sobre la prevalencia de cáncer de mama en la comunidad LGBTIQ+, en los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos, únicamente 24% recabó información sobre la orientación sexual de las pacientes y solo 10% sobre la identidad de género. En la cohorte publicada (Eckhert et al., 2023), el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama es dos veces mayor en las personas que pertenecen a la minoría LGBTIQ+ en comparación con su contraparte heterosexual y cisgénero; por otro lado, el riesgo de recurrencia en cáncer de mama es tres veces mayor en la población LGBTIQ+ estudiada (Eckhert et al., 2023).

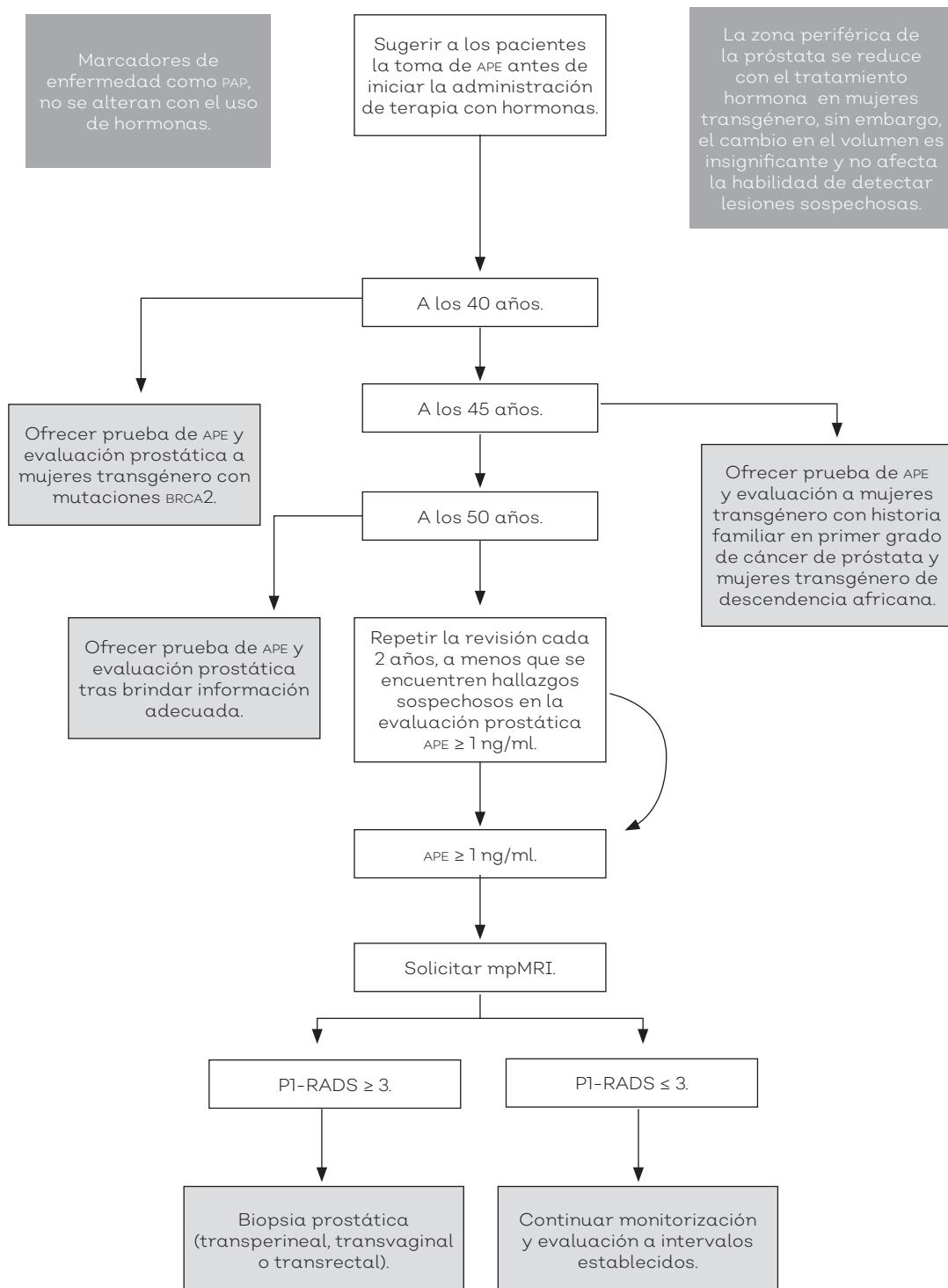
En aquellas personas que no se han sometido a tratamientos de reafirmación hormonal, ni cuentan con antecedente de cirugías mamarias, las pautas de tamizaje se deberán realizar de acuerdo con el sexo que les fue asignado al nacimiento.

En el caso de las mujeres transgénero, parecería lógico intuir que el uso de terapia hormonal con estrógenos añadiría un riesgo extra para el desarrollo de cáncer de mama. Sin embargo, existe poca evidencia científica que confirme

esta hipótesis, en general, la tasa de incidencia de cáncer de mama entre las mujeres trans es menor en comparación a las mujeres cisgénero, pero mayor a cáncer de mama en hombres, con una incidencia estimada de 4.1 por 100,000 personas/año.

Todavía no está establecido el papel del cribado de cáncer de mama en mujeres transgénero asintomáticas. Hasta el momento, no existe un consenso sobre cuál es el programa de cribado ideal para la población transgénero. Tampoco existen datos para saber en qué medida los tratamientos hormonales, las alteraciones genéticas, los tratamientos quirúrgicos, el uso de prótesis mamarias u otros factores aumentan el riesgo de cáncer de mama. Ante estas limitaciones, algunos autores recomiendan iniciar los programas de cribado en pacientes transgénero a los 50 años con mamografía y repetir cada dos años. Además, se recomienda iniciar el cribado hasta que el tratamiento hormonal se haya extendido durante al menos cinco años. La frecuencia y edad de inicio se pueden modificar en función de los factores de riesgo individuales (Secretaría de Acceso a la Salud et al., 2020; Martínez et al., 2019).

En el caso de los hombres transgénero, el uso de testosterona suele incrementar el riesgo de cáncer de mama a través de dos mecanismos: la aromatización periférica de la testosterona mediante la aromatasa que puede convertir la testosterona circulante en estrógenos, por otro lado, la activación de los receptores de andrógenos generaría crecimiento y proliferación celular, sobre

Figura 5. Esquema de tamizaje para cáncer de próstata en mujeres transgénero

Adaptado de: <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01989-y>. PAP: fosfatasa ácida prostática. APE: antígeno prostático específico. brca2: Breast Cancer Type 2 gen. mpMRI: resonancia magnética multiparamétrica. PI-RADS: Differentiation of prostatitis and prostate cancer using the Prostate Imaging Reporting and Data System (Crowley et al, 2023).

todo en el tejido mamario. Pese a estos hallazgos, no se cuenta con evidencia suficiente para afirmar que el tratamiento hormonal con testosterona aumenta el riesgo de cáncer en los hombres transgénero. Un hecho es que los hombres transgénero pueden desarrollar cáncer de mama, aun después de haberse sometido a mastectomía bilateral. El cribado en esta población es controversial, la recomendación suele ser realizar el cribado como en mujeres cisgénero (Martínez et al., 2019). Finalmente, dada la baja evidencia científica y la falta de recomendaciones oficiales, el riesgo se debe evaluar de forma individualizada.

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es la primera causa de neoplasias en hombres, y representa la segunda causa de muerte por cáncer (después de cáncer de pulmón).

Los hallazgos que afirman una mayor proporción de cáncer de próstata en hombres gays, bisexuales u hombres que tienen sexo con hombres (HSH), son controversiales. Se ha descrito el riesgo aumentado en aquellas personas con historial de infecciones de transmisión sexual, particularmente gonorrea. Y, no existe evidencia suficiente para asociar la identidad u orientación sexual. Por otra parte, un factor asociado al desarrollo de cáncer de próstata es el historial de más de veinte parejas sexuales masculinas, así como la infección por VIH.

En lo que respecta a las mujeres transgénero expuestas a terapia de reemplazo hormonal, la evidencia disponible ha demostrado una baja incidencia de cáncer de próstata; sin

embargo, un porcentaje elevado de casos corresponde a un tipo tumoral independiente de andrógenos con evolución agresiva. En la Figura 5 se propone un modelo de tamizaje para cáncer de próstata en mujeres transgénero.

Cáncer anal

El riesgo de cáncer anal se asocia a la infección por VPH, particularmente en aquellos que practican sexo anal receptivo y con riesgo adicional en PVVIH y bajo recuento de linfocitos T CD4⁺ (Secretaría de Acceso a la Salud et al., 2020).

Se ha propuesto el screening con citología en hombres gay, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH y son mayores de 35 años. Con tratamiento temprano en lesiones intraepiteliales de alto grado, con una progresión anual a cáncer de anal de 5% por año.

CONSTRUCCIÓN DE LA CORPORALIDAD Y LA EXPRESIÓN DE GÉNERO

El cuerpo refleja la expresión de la identidad a nivel social. Por lo que, es indispensable para la construcción y seguridad de la identidad, esto se conforma a través de elementos físicos que son imprescindibles. Estas necesidades no están cubiertas por los servicios de salud pública, por lo que una buena parte de la población se ve obligada a costear y buscar alternativas por sus propios medios. En muchas ocasiones, sometiéndose a procedimientos poco regulados, aplicándose productos de fácil acceso, a costos menores y sin asesoría médica (Peralta & Espitia, 2013).

Tabla 3. Manifestaciones clínicas, tratamiento y algunas particularidades sobre las complicaciones en el uso de biopolímeros

Complicaciones en el uso de biopolímeros			
Complicación	Hallazgos clínicos	Tratamiento	
Efectos locales (Ruiz et al., 2021; Corrales et al., 2022)	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación. Irregularidades en la piel. Eritema. Cicatrices queloides. Hiper e hipopigmentación. 	Uso de antiinflamatorios, analgésicos, lavados, remover el biopolímero.	Se acompaña de síntomas generales y suele tener una presentación cíclica.
Alogenosis iatrogénica (Gordillo et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> Dolor. Formación de granulomas. Edema. Abscesos. Hiperpigmentación. Dolor. 	Drenaje, reconstrucción analgésicos, en ocasiones antibióticos.	Ocurre en 66% de los pacientes. Orden de aparición descrito en los síntomas. Su severidad depende de la cantidad de biopolímero y de la sustancia administrada.
Migración de material (Gordillo et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> Deformación del área afectada. Dolor. 	Drenaje, reconstrucción, analgésicos.	
Síndrome de ASIA (García et al., 2022)	<p>Criterios propuestos por Shoenfeld y Agmon-Levin (2011) Criterios mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición a estímulo externo antes de las manifestaciones. Manifestaciones típicas (mialgias, debilidad muscular, artralgias o artritis, fatiga crónica, trastornos del sueño o sueño no reparador, alteraciones cognitivas, pérdida de memoria, pirexia, boca seca). Biopsia con características de "cuerpo extraño". La eliminación del agente conduce a la mejoría. Criterios menores: HLA compatibles (HLA DRB1, HLA DQB1) Anticuerpos o autoanticuerpos dirigidos al adyuvante. Síndrome de intestino irritable. Evolución a enfermedades autoinmunes. <p>Se requieren 2 criterios mayores, o 1 mayor y 2 menores.</p>	Eliminación del estímulo, dependiendo de la evolución, tratamiento inmunomodulador.	Aparece tras un tiempo de latencia variable. Riesgo particular con el uso de silicón.
Complicaciones a distancia (Gutiérrez et al., 2021)	Embolización sanguínea o linfática (neumonitis, enfermedad renal, hepatitis).	Tratamiento específico.	Implica alta mortalidad y estancias hospitalarias prolongadas.

Síndrome de ASIA: síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes. HLA: complejo mayor de histocompatibilidad.

Uso de biopolímeros y prácticas inseguras para la modificación corporal

El acceso a los biopolímeros es cada vez más frecuente, en particular entre los grupos de mujeres trans. Los biopolímeros son sustancias de diversos orígenes (naturales, sintéticos o derivados) que se aplican de forma subcutánea para brindar, particularmente, características ginecoides, como ensanchamiento de caderas y muslos, afilamiento de facciones, etcétera. Sin embargo, las complicaciones derivadas de estas intervenciones van desde una reacción inflamatoria excesiva, su migración con la generación de deformidad en el lugar donde fueron inyectados, hasta el riesgo de alogenosis iatrogénica (Tabla 3) y de forma más tardía y severa puede dar lugar a un síndrome de ASIA, con síntomas sistémicos. Incluso, se han planeado como inductores de enfermedades autoinmunes (lupus, esclerosis sistémica, artritis reumatoide y fibromialgia), en particular aquellos relacionados con la silicona y el aceite mineral (Gordillo et al., 2013).

Mesoterapia

La mesoterapia consiste en una técnica de mínima invasión, donde se aplican múltiples inyecciones intradérmicas o subcutáneas de diversas sustancias, con la finalidad de tonificar e hidratar la piel, reducir la celulitis y eliminar cúmulos de grasa. Sin embargo, su uso se asocia con múltiples complicaciones, particularmente infecciosas, que pueden afectar la piel y tejidos blandos. Entre ellas, destaca la infección por microbacterias no tuberculosas

(sobre todo, *M. chelonae* y *M. abscessus*), está infección suele tener una aparición tardía (entre 1 y 10 semanas después de la inyección) e implica la aparición de inflamación crónica, granulomas y necrosis (Figura 6). Su diagnóstico es complicado y generalmente requiere de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o medios de cultivo especiales para su aislamiento e identificación. El tratamiento consiste en la combinación de antimicrobianos durante 4 a 6 meses (Ramos et al., 2011).

En Latinoamérica, las sustancias que se inyectan con mayor frecuencia incluyen vasodilatadores, lipolíticos como L-carnitina y aminofilina, minerales, vitaminas y extractos naturales de plantas (Vega et al., 2017).

A pesar de su bajo costo, la eficacia de estas técnicas es incierta y se asocia a efectos

Figura 6. Lesiones nodulares en glúteos y muslos tras someterse a tratamiento "de relleno" aislando microbacterias no tuberculosas

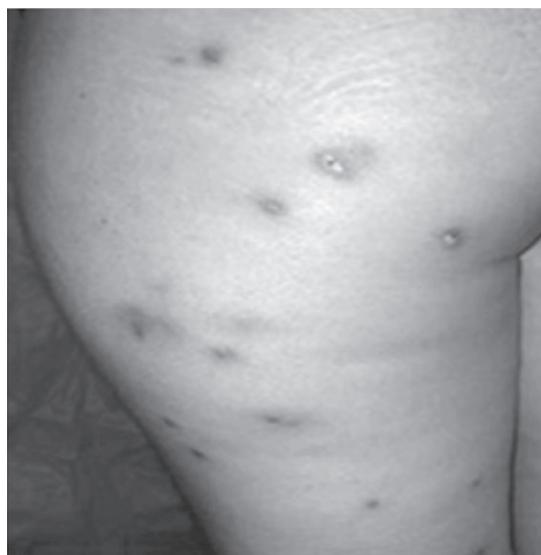


Foto tomada de: [https://doi:10.406/
s0716-10182019000600778](https://doi:10.406/s0716-10182019000600778)

adversos, contaminación e infección de tejidos subcutáneos y blandos (CONAVE, 2020).

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El equipo de salud deberá encargarse de brindar asesoramiento sobre la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, con la finalidad de generar una concientización y toma de decisiones de manera informada. Siempre se debe promover el uso correcto de preservativo, barreras de látex, lubricantes y otros métodos de prevención (como profilaxis, preexposición y postexposición).

Es de especial importancia, entre la población general, pero también entre las diversidades sexuales, la actualización de los esquemas

de vacunación que previenen infecciones de transmisión sexual y sus complicaciones (virus de hepatitis A, VPH, virus de hepatitis B), así como el tamizaje continuo de sífilis, VIH, hepatitis virales, *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

El modelo de atención a la salud en la población LGBTIQ+, siempre debe centrarse en dejar de lado las expectativas binarias y cisistas. Los procesos de modificación y adaptación corporal son un camino singular y único para cada individuo, basado en la búsqueda diversa y personal. No se trata de un pasaje entre modelos definidos entre lo “masculino” y lo “femenino”, por lo que la atención médica debe individualizarse.

REFERENCIAS

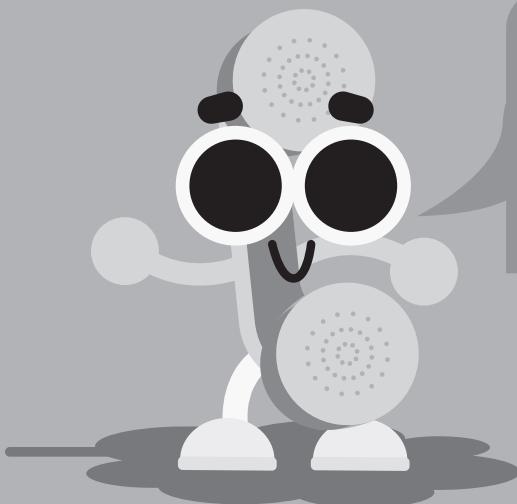
- BANKS, K., KYINN, M., LEEMAQZ, S. Y., SARKODIE, E., GOLDSTEIN, D. & IRWIG, M. S. (2021). Blood Pressure Effects of Gender-Affirming Hormone Therapy in Transgender and Gender-Diverse Adults. *Hypertension*, 77, 2066-2074.
- COMISIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (2020). Casos de infección cutánea y tejidos blandos, asociada a productos cosméticos para uso en Mesoterapia lipolítica. Aviso Epidemiológico. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/508316/AE_MESOTERAPIA_24102019.pdf
- CORRALES, M. F., RESTREPO, R., CALLE, E. & MORALES D. (2022). Reacción granulomatosa de tipo sarcoideo secundaria a biopolímeros: reporte de caso y revisión de la literatura. *Biomédica Instituto Nacional de Salud*, 42(1), 8-16.
- CONNELLY, P. J., FREEL, E. M., PERRY, C., EWAN, J., TOUYZ, R. M. & CURRIE, G. (2019). Gender-Affirming Hormone Therapy, Vascular Health and Cardiovascular Disease in Transgender Adults. *Hypertension*, 74, 1266-1274.
- CROWLEY, F., MIHALOPOULOS, M., GAGLANI, S., TEWARI, A.K., TSAO, C. K., DJORDJEVIC, M. ET AL. (2023). Prostate cancer in transgender women: considerations for screening, diagnosis and management. *Br J Cancer*, 128(2), 177-189.
- FEINSTEIN, M. J. (2023). HIV, subclinical cardiovascular disease, and clinical progression. *JAMA*, 33(328), 931-932.
- FEINSTEIN, M. J. (2021). HIV and cardiovascular disease : from insights to interventions. *Top Antivir Med*, 4, 407-411.
- ECKHERT, E., LANSINGER, O. & RITTER, V. (2023). Breast Cancer Diagnosis, Treatment, and Outcomes of Patients From Sex and Gender Minority Groups. *JAMA Oncol*, 9(4), 473-480.
- GARCÍA GALINDO, O. L., NARVÁEZ HOYOS, F. A. & ÁLVAREZ YACUB, Y. L. (2022). Situación actual de la aplicación de biopolímeros en cirugía estética de glúteos: Una revisión sistemática aplicando la guía PRISMA. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*, 28(1), 28-36.
- GIBB, J. K. & ERIC, C. S. (2020). Sexual orientation-based disparities in bone health : Evidence of reduced bone mineral density and mineral content among sexual minority men but not women in multiple NHANES waves. *Am Journal Human Biology*, 33(6), 1-21.
- GORDILLO-HERNÁNDEZ, J., ALEGRE-TAMEZ, E., TORRES-BALTAZAR, I., MENDIETA-ESPINOSA, M. J. & SASTRÉ-ORTIZ, N. (2013). Abordaje multidisciplinario de la enfermedad humana por infiltración de sustancias modelantes. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana*, 39(3), 269-277.
- GUTIÉRREZ PADILLA, R., FLORES MORALES, L., ALONSO MARTÍNEZ, D., MATEOS TOLEDO, H., GAXIOLA GAXIOLA, M. & MEJÍA ÁVILA, M. (2011). Neumonitis aguda secundaria a la inyección subcutánea de biopolímero líquido. *Neumol Cir Torax* 70(3), 199-202.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2021). Estadística de defunciones registradas en 2021. Comun Prensa, 600(22), 1-92.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2020, 11 DE NOVIEMBRE). Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. Comun Prensa 528(20).
- ISLAM, N., NASH, R., ZHANG, Q., PANAGIOTAKOPOULOS, L., DALEY, T., BHASIN, S. ET AL. (2022). Is There a Link Between Hormone Use and Diabetes Incidence in Transgender People? Data From the Strong Cohort. *J Clin Endocrinol Metab*, 107(4), E1549-1557.
- LEE, J. G. L., GRIFFIN, G. K. & MELVIN, C.L. (2009). Tobacco Use Among Sexual Minorities in the USA, 1987 To May 2007: A Systematic Review. *Tob Control*, 18(4), 275-282.
- LEEMAQZ, S. Y., KYINN, M., BANKS, K., SARKODIE, E., GOLDSTEIN, D. & IRWIG, M. S. (2023). Lipid profiles and hypertriglyceridemia among transgender and gender diverse adults on gender-affirming hormone therapy. *J Clin Lipidol*.

- MARTÍNEZ, D., SIMÓN, L., MARTÍNEZ, R., ESTELLÉS, N., SUELVES, C., QUERALT, R., ET AL. (2019).** Cáncer de mama en pacientes transgénero. Revisión de la literatura. *Revista de Senología y Patología Mamaria Cáncer de mama en pacientes transgénero*, 32(4), 140-114.
- MEDINA MORA, M. E. (2010).** Tabaquismo en México: ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año? El Colegio Nacional.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022, 20 DE ENERO).** Cáncer cervicouterino. Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- PAZOS GUERRA, M. (2018).** Diabetes en las personas de la comunidad LGBTIQ+. *Diabetes*.
- PERALTA CRUZ, K. J. & ESPITIA PACHÓN, N. (2013).** Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rasa*, 19, 281-300.
- RAMOS, A., ROUSTAN, G., LUCENA, J. L. & DAZA, R. M. (2011).** Aparición de nódulos subcutáneos después de aplicación de mesoterapia. *Enferm Infect Microbiol Clin*, 29(10), 775-777.
- RUIZ ORTEGA, M. G., ADUM RUIZ, J. H., ALCÍVAR ALCÍVAR, F. S. & LEONE JIMÉNEZ, P. A. (2021).** Los biopolímeros y sus consecuencias: alogenosis iatrogénica. *Reciamuc*, 5(1), 180-188.
- SECRETARÍA DE ACCESO A LA SALUD, DIRECCIÓN DE GÉNEROS Y DIVERSIDAD, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2020).** Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. 2020; Ministerio de Salud.
- SEDLAK, C. A., GALE, C., MANFRED, R., HOMOOD, V. D., SANATA, J. D., LEIFSON, M. A. ET AL. (2017).** Transgender Individuals and Osteoporosis Prevention. *Orthop Nurs*, 36(4), 259-268.
- SHOENFELD, Y. & AGMON-LEVIN, N. (2011).** "ASIA" - Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmun*, 36(1), 4-8.
- STEVENSON, M. O. & TANGPRICHA, V. (2019).** Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 48(2), 1-8.
- STREED, C. G., BEACH, L. B., CACERES, B. A., DOWSHEN, N. L., MOREAU, K. L., MUKHERJEE, M., ET AL. (2021).** Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: a scientific statement from the american heart association. *Circulation*, 144(6), E136-148.
- TRAN, P., TRAN, L. & TRAN, L. (2021).** Influence of Sexual Orientation on Diabetes Management in US Adults with Diabetes. *Diabetes Metab*, 47(1), 7-12.
- VAN VELZEN, D., WIEPJES, C., NOTA, N., VAN RAALTE, D., DE MUTSERT, R., SIMSEK, S., ET AL. (2022).** Incident Diabetes risk is not increased in transgender individuals using hormone therapy. *J Clin Endocrinol Metab*, 107(5), E2000-2007.
- VEGA LÓPEZ, P., RUÍZ DEL CUETO, S. & MARTÍNEZ CARPIO, P. (2017).** Complicaciones de la mesoterapia informadas por la comunidad médica internacional: alerta de los riesgos del intrusismo para la salud pública. Revisión sistemática. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*.

Es tiempo de hablar, elige vivir

**Si notas que la salud mental de tu hija
o hijo está deteriorada:**

- No asumas que es solo un estado de ánimo pasajero.
- No esperes a que acuda a ti.



**Llama al 075,
línea de atención
en crisis de SALME**

**Servicio gratuito las 24
horas, los 365 días del año**



**Es tiempo
de querernos**



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental



Salud



Salud mental en personas LGBTIQ+ y sus determinantes

Dra. Evelyn Rodríguez Estrada¹

23

INTRODUCCIÓN

LGBTQ+ es un acrónimo que representa a los individuos que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer. Es un término paraguas que abarca un amplio rango de minorías de género y sexuales. Las minorías de género y sexuales incluyen, pero no están limitadas a individuos que se identifican como LGBTIQ+. El “+” en el acrónimo simboliza a las personas que tienen otras identidades o que están por ser incluidas, esto deja espacio a la expansión de la comunidad y también involucra a personas cuya orientación sexual, identidad o expresión de género, o desarrollo reproductivo se caracterizan por constructos no binarios de orientación, género y/o sexo (Sexual & Gender Minority Research Office).

Desde una perspectiva histórica, relativamente hace poco tiempo que la homosexualidad fue retirada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, siendo considerada como una enfermedad más hasta el año 1973; y la transexualidad fue despatologizada más recientemente, retirándose como un diagnóstico en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* en el año 2018. Históricamente las minorías sexuales han sido marginalizadas e ignoradas en los sistemas de atención de salud.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) de 2021, en México se estima que la población LGBTIQ+ asciende a 5 millones de personas, lo que significa que una de cada 20 personas de 15 años o más se identifica como población LGBTIQ+. Resalta que el 53% de las personas que

¹ Psiquiatra de Enlace, sexóloga médica, Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ciudad de México,

se identifican como diversas pertenecen a la generación Z o centennial (tienen entre 15 y 24 años), y el 50% de ellos se identifican como bisexuales (INEGI, 2022).

Entender las necesidades de esta población en términos de salud mental, barreras de acceso a servicios de salud y las causas de esas disparidades en comparación con la población heterosexual y cisgénero es primordial para la generación de políticas de atención y adecuación de servicios. En esta revisión narrativa de la literatura se abordan los principales problemas de salud mental en esta población y los factores asociados a los mismos.

SALUD MENTAL EN LGBTIQ+

Las personas LGBTIQ+ tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental en comparación con las personas heterosexuales. Distintas revisiones han demostrado un incremento de 1.5 a 5 veces en el riesgo de desarrollo de diversos trastornos mentales (que incluyen depresión, trastornos de ansiedad, uso de sustancias, estrés postraumático), riesgo suicida y conductas autolesivas en las personas LGBTIQ+ en comparación con las personas heterosexuales cisgénero (King et al., 2008; Pinna et al., 2022; Plöderl & Tremblay, 2015).

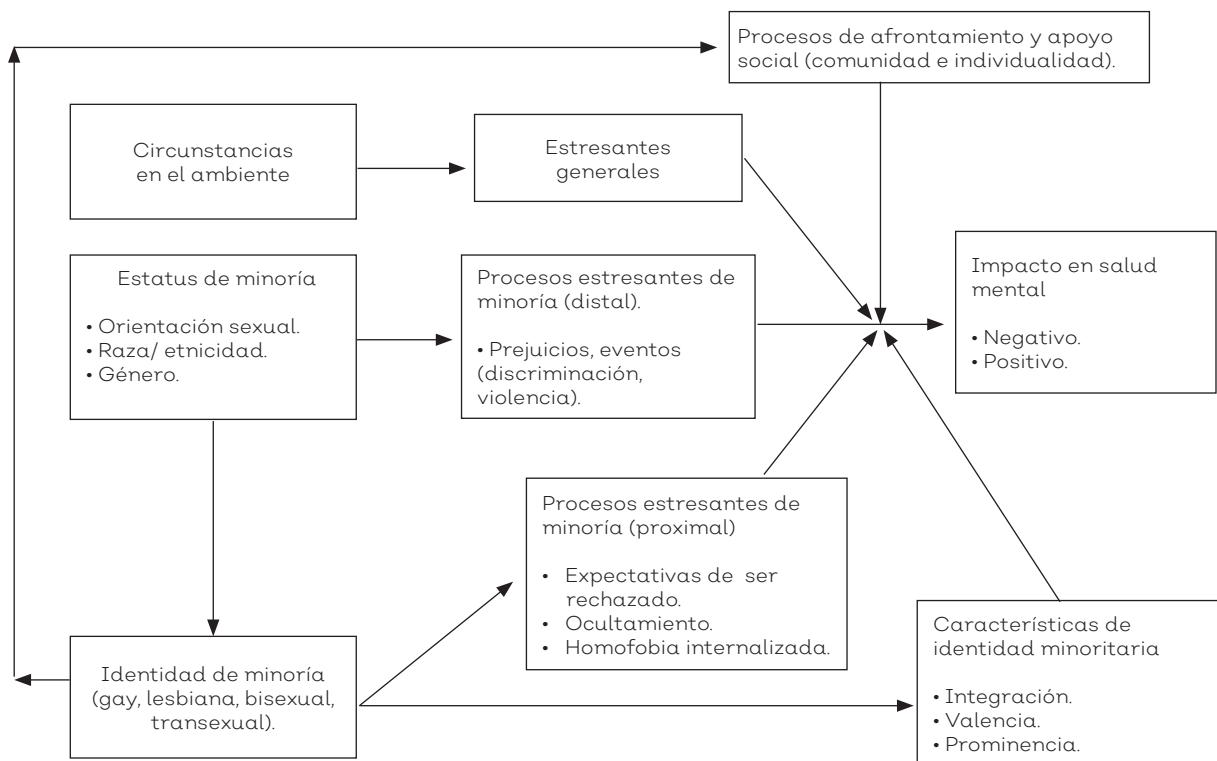
Los trastornos por uso de sustancias representan un tópico de particular interés en las mujeres bisexuales (Kerridge et al., 2017) y en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En estos últimos el consumo de sustancias psicoactivas, particularmente dentro del contexto sexual (CHEMSEX) ha incrementado en los últimos años (Kelly et al., 2022).

En comparación con la población heterosexual, las personas LGBTIQ+ muestran un incremento en conductas autolesivas suicidas y sin intencionalidad suicida, estas últimas, reflejan la presencia de estrategias de afrontamiento no adaptativas además de que conlleva riesgo de muertes accidentales (Marchi et al., 2022).

Dentro de las subpoblaciones incluidas en la diversidad LGBTIQ+ se han reportado también diferencias en la prevalencia de trastornos psiquiátricos. Las personas bisexuales presentan depresión, conductas autolesivas, consumo de sustancias y riesgo suicida incrementado a comparación de personas lesbianas/gays y heterosexuales. Desafortunadamente una de las explicaciones a estas diferencias es la estigmatización de la bisexualidad por heterosexuales y homosexuales y por personas con vinculaciones monosexuales dentro de los mismos grupos minoritarios. Este estigma bifóbico incluye la negación de la bisexualidad, o la asociación de esta a promiscuidad incrementada, inmadurez y deshonestidad (Friedman et al., 2014). De tal manera, que las personas bisexuales se enfrentan a mayor discriminación y estigmatización que los otros subgrupos de la población LGBTIQ+.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN LGBTIQ+

En la mayoría de los estudios encaminados a responder el por qué de la mayor prevalencia de trastornos de salud mental en personas LGBTIQ+ en comparación con la población heterosexual, se

Figura 1. Modelo de Estrés de Minorías de Meyer (traducido de Meyer, 2003)

reconoce que el incremento en la prevalencia de trastornos mentales no está vinculado inherentemente a su orientación sexual o identidad sexogenérica, sino que es resultado de los estresantes sociales y los eventos de discriminación y estigma a los que se enfrentan (Robles *et al.*, 2016; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Johnson *et al.*, 2019; Vargas *et al.*, 2020).

El Modelo de Estrés de las Minorías (Meyer, 2003) ofrece un marco psicológico para comprender las disparidades de salud mental que experimentan las personas pertenecientes a minorías sexuales. Sugiere que la mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas LGBTIQ+ no se debe inherentemente a su orientación sexual o identidad de género,

sino más bien al resultado de los factores estresantes sociales y a la discriminación que enfrentan.

El modelo de Meyer (Figura 1) postula que las minorías sexuales se enfrentan a dos tipos principales de factores estresantes:

- Factores de estrés externos: estos incluyen prejuicios, discriminación, estigma y exclusión social basados en la orientación sexual o la identidad de género (experiencias de intimidación, acoso o rechazo por parte de familiares, amigos, colegas o instituciones). Estos factores estresantes externos pueden provocar estrés crónico y afectar negativamente la salud mental.

b) Factores estresantes internos: surgen de la internalización de actitudes y creencias sociales negativas sobre la orientación sexual o la identidad de género. La homofobia, la transfobia o la autoestigmatización internalizadas pueden generar sentimientos de vergüenza, culpa, baja autoestima y conflictos relacionados con la identidad.

El Modelo de Estrés de las Minorías postula que estos factores estresantes crónicos pueden conducir a resultados negativos para la salud mental, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias e ideación suicida. También propone que estos factores estresantes no son inherentes a ser una minoría sexual o de género, sino que son el resultado de factores sociales y de la propia condición de minoría.

No debemos dejar de lado el papel que factores biológicos juegan en mayor prevalencia de trastornos mentales en población LGBTIQ+. Estos estresantes de minorías desencadenan respuestas fisiológicas de estrés y se mantienen elevadas generando cambios fisiológicos en niveles de citocinas proinflamatorias, impacto en la síntesis de neurotransmisores y otros mecanismos que contribuyen desde un punto de vista biológico al desarrollo de trastornos mentales como depresión, ansiedad, estrés postraumático y riesgo suicida.

EL DINAMISMO DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

El Modelo de Estrés de Minorías también reconoce la importancia

de los factores de protección, como el apoyo social, el desarrollo de una identidad positiva y el acceso a entornos y recursos afirmativos. Estos factores pueden mitigar el impacto negativo del estrés de las minorías en la salud mental y promover la resiliencia y el bienestar entre las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género.

Un factor de protección se define como una característica que reduce el impacto negativo de un factor de riesgo en los resultados, como discriminación, violencia y problemas de salud mental. Mientras que un factor de riesgo es cualquier variable que incrementa el impacto negativo. Los factores protectores y de riesgo están interconectados y se refuerzan unos con otros y son dinámicos e influenciados por las necesidades individuales de cada persona. Lo que funciona como un factor protector para una persona puede no serlo para otra.

El proceso de la “salida del clóset” representa un factor protector para las personas que reciben una respuesta de aceptación por parte de la familia, amistades y comunidad. Sin embargo, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida para aquellos que reciben una respuesta de rechazo (Puckett et al., 2015). Aunque, la mayor parte de los estudios identifican la “salida del clóset” como un factor de protección ya que está inversamente relacionada con el grado de homofobia internalizada del individuo.

Cada vez ha habido más mejoras políticas, legislativas y de inclusión social para las

personas LGBTIQ+, principalmente en países occidentales. En México, el matrimonio igualitario se empezó a reconocer en Ciudad de México en el año 2010, y recientemente, en el año 2022, se terminó de legislar en todo México con la aprobación en Tamaulipas (Coronel, 2022). En los lugares donde está reconocido el matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo se ve un efecto de disminución del impacto de los actos de discriminación (Bariola *et al.*, 2015). Este efecto se ha relacionado a que existe una validación social que contrarresta las agresiones, ya que al vivirse validados por lo que la ley dictamina, las personas agresoras no tienen ese respaldo social (volviéndose de alguna manera, una opinión de “minoría”). Sin embargo, a pesar de que se tiene en México este aval legal en el matrimonio igualitario, las personas LGBTIQ+ son discriminadas el doble en comparación a la población heterosexual (INEGI, 2022); dejando de manifiesto que, a pesar de los avances legales, las actitudes y comportamientos de la sociedad hacia la identidad/orientación sexual/genérica llevan un desfase.

CONCLUSIONES

Está demostrado que las personas que pertenecen a cualquier tipo de minoría (raciales, étnicas, sexuales) sufren estrés relacionado a su marginalización (Brandt *et al.*, 2022), incluyendo discriminación, la expectativa de la discriminación y estigma internalizado (Bhui, 2016), impactando su salud mental.

Es relevante señalar que no todas las personas LGBTIQ+ desarrollarán algún trastorno de salud mental. Distintos factores de protección

como un ambiente de aceptación y apoyo, servicios de salud afirmativos e incluyentes se han descrito como mitigadores de la alta prevalencia de trastornos mentales en minorías sexuales.

Debemos recordar que realmente la única diferencia entre las personas heterosexuales y LGBTIQ+ recae en su identidad y/u orientación de género/sexual. Todos los seres humanos somos susceptibles de los efectos deletérios sobre la salud mental del aislamiento social, pobre reconocimiento legal, estigma y la discriminación; independientemente de pertenecer o no a una minoría sexual.

La prevalencia de las encuestas respecto al porcentaje de población que se identifica como perteneciente a la diversidad sexual ha ido en aumento a nivel mundial en los últimos años, y este incremento se ha presentado principalmente en países en donde se ha ganado terreno en el reconocimiento legal y aceptación de la población LGBTIQ+ (como mejores servicios de atención en salud, reconocimiento del matrimonio igualitario). En México, la mayoría de las personas de la comunidad LGBTIQ+ pertenecen a la población entre 15 y 24 años (ENDISEG, 2022); poniendo sobre la mesa la posibilidad de que las generaciones venideras tengan una conceptualización de su sexualidad más libre y afirmativa de la vivencia de su sexualidad.

Por lo tanto, en la atención en salud a personas LGBTIQ+ es relevante tener una aproximación respetuosa y de compresión, y reconocer que estas diferencias en salud mental son generalizaciones

derivadas de la evidencia en la literatura que apuntan a que las minorías sexuales tienen mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en comparación de su contraparte heterosexual, y son susceptibles de agresiones, estigma y depositarios

de conductas violentas. Todas estas características nos invitan a realizar un tamizaje y búsqueda encaminado a la temprana detección de problemas de la salud mental en nuestros pacientes LGBTIQ+.

REFERENCIAS

- BARIOLA, E., LYONS, A. & LEONARD, W. (2015).** The Mental Health Benefits of Relationship Formalisation among Lesbians and Gay Men in Same-sex Relationships. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(6), 530-535. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12432>
- BHUI, K. (2016).** Discrimination, Poor Mental Health, and Mental Illness. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 28(4), 411-414. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210578>
- BRANDT, L., LIU, S., HEIM, C. & HEINZ, A. (2022).** The Effects of Social Isolation Stress and Discrimination on Mental Health. *Translational Psychiatry*, 12(1), 398. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02178-4>
- CORONEL, K. (2022).** La regulación del matrimonio civil entre personas del mismo sexo en México. Mirada Legislativa No. 215. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, Ciudad de México.
- FRIEDMAN, M. R., DODGE, B., SCHICK, V., HERBENICK, D., HUBACH, R. D., BOWLING, J., GONCALVES, G., KRIER, S. & REECE, M. (2014).** From Bias to Bisexual Health Disparities: Attitudes Toward Bisexual Men and Women in the United States. *LGBT Health*, 1(4), 309-318. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0005>
- HATZENBUHLER, M. L. & PACHANKIS, J. E. (2016).** Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985-997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (2022).** Encuesta Nacional sobre diversidad sexual y de género (ENDISEG) 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endiseg/Resul_Endiseg21.pdf
- JOHNSON, B., LEIBOWITZ, S., CHAVEZ, A. & HERBERT, S. E. (2019).** Risk Versus Resiliency: Addressing Depression in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 509-521. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.02.016>
- KELLY, B. C., COYER, L., MUSTILLO, S. A., PRINS, M. & DAVIDOVICH, U. (2022).** Changes in Substance use Among HIV-negative MSM: A Longitudinal Analysis, 1995-2019. *The International Journal on Drug Policy*, 106(103748), 103748. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103748>
- KERRIDGE, B. T., PICKERING, R. P., SAHA, T. D., RUAN, W. J., CHOU, S. P., ZHANG, H., JUNG, J. & HASIN, D. S. (2017).** Prevalence, Sociodemographic Correlates and DSM-5 Substance Use Disorders and Other Psychiatric Disorders among Sexual Minorities in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 82-92. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.038>
- KING, M., SEMLYEN, J., TAI, S. S., KILLASPY, H., OSBORN, D., POPELYUK, D. & NAZARETH, I. (2008).** A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People. *BMC Psychiatry*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-70>
- MARCHI, M., ARCOLIN, E., FIORE, G., TRAVASCO, A., UBERTI, D., AMADDEO, F., CONVERTI, M., FIORILLO, A., MIRANDOLA, M., PINNA, F., VENTRIGLIO, A., GALEAZZI, G. M. & ITALIAN WORKING GROUP ON LGBTIQ MENTAL HEALTH. (2022).** Self-harm and Suicidality Among LGBTIQ People: A Systematic Review and Meta-analysis *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 34(3-4), 240-256. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2053070>
- MEYER, I. H. (2003).** Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Eviden. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PINNA, F., PARIBELLO, P., SOMAINI, G., CORONA, A., VENTRIGLIO, A., CORRIAS, C., FRAU, I., MURGIA, R., EL KACEMI, S., GALEAZZI, G. M., MIRANDOLA, M., AMADDEO, F., CRAPANZANO, A., CONVERTI, M., PIRAS, P., SUPRANI, F., MANCHIA, M., FIORILLO, A., CARPINIELLO, B. & ITALIAN WORKING GROUP ON LGBTIQ MENTAL HEALTH (2022).** Mental Health in Transgender Individuals: A Systematic Revie. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 34(3-4), 292-359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>

- PLÖDERL, M. & TREMBLAY, P. (2015).** Mental Health of Sexual Minorities. A Systematic Review. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 27(5), 367-385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- PUCKETT, J. A., WOODWARD, E. N., MEREISH, E. H. & PANTALONE, D. W. (2015).** Parental Rejection Following Sexual Orientation Disclosure: Impact on Internalized Homophobia, Social Support, and Mental Health. *LGBT Health*, 2(3), 265-269. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0024>
- ROBLES, R., FRESÁN, A., VEGA-RAMÍREZ, H., CRUZ-ISLAS, J., RODRÍGUEZ-PÉREZ, V., DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ, T. & REED, G. M. (2016).** Removing Transgender Identity from the Classification of Mental Disorders: a Mexican Field Study for ICD-11. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 850-859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1)
- SEXUAL & GENDER MINORITY RESEARCH OFFICE (S. F.) DPCPSI.** Retrieved June 1, 2023, <https://dpcpsi.nih.gov/sgmro>
- VARGAS, S. M., HUEY, S. J. & MIRANDA, J. (2020).** A Critical Review of Current Evidence on Multiple Types of Discrimination and Mental Health. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 374-390. <https://doi.org/10.1037/ort0000441>

Consumo de drogas en la población LGBTIQ+

Mtra. Blanca Gabriela López Maciel¹

El consumo de drogas en la comunidad LGBTIQ+ ha sido objeto de investigación y discusión debido a las disparidades y desafíos únicos que enfrentan las personas de estas minorías. Algunos estudios han señalado que ciertos subgrupos dentro de esta comunidad pueden tener una mayor prevalencia de consumo de drogas en comparación con la población general (Smith, 2022).

Quienes se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o queer (LGBTIQ+) a menudo enfrentan el estigma social, la discriminación y otros desafíos que las personas que se identifican como heterosexuales no enfrentan. Como resultado de este y otros factores estresantes, las minorías sexuales corren un mayor riesgo de sufrir diversos problemas de salud conductual, entre estos el consumo de drogas.

Un estudio realizado por Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Patricio Bustos, y el presidente de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA-ACCIÓN-GAY, Gustavo Hermosilla, además del director de la División de Organizaciones Sociales de la SEGEBOB, Camilo Ballesteros, reveló que 9 de cada 10 personas encuestadas (86.6%) consumió alcohol alguna vez en el último mes, siendo la sustancia más recurrida por este segmento de la población. Además, 1 de cada 2 consumió marihuana (48.7%) o tabaco (4.54%) en el mismo periodo, mientras que cerca de 1 de cada 30 usó cocaína (3.4%).

El informe también reveló que en el último mes, 1 de cada 10 (11%) usó popper, una droga inhalante, compuesta por tres tipos de nitrito (amilo, butilo e isobutilo) y que actúa como un potente vasodilatador. Respecto a las motivaciones para el uso de esta sustancia, los encuestados señalaron que les permite divertirse

¹ Licenciada en Trabajo Social. Maestra en Educación de la Sexualidad Humana. Coordinadora de CAPA Tlquepaque. Entrenadora internacional para Plan Colombo.

más (4 de cada 5); relajarse (7 de cada 10), y aumentar las percepciones (1 de cada 2).

El estudio consignó además que el consumo de estas sustancias estaría estimulando las conductas de riesgo para un eventual contagio de VIH. Así, 1 de cada 2 encuestados reconoció que al menos una vez en el último mes despertó sin recordar lo que hizo la noche anterior (SENDA, 2017).

Mientras tanto la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH) realizada en Estados Unidos en 2020, aproximadamente 41.3 % de los adultos de minorías sexuales mayores de 18 años informaron haber consumido marihuana el año pasado, 1 persona en comparación con el 18.7 % del total población adulta (2020 DT 1.3B). Aproximadamente 6.7 % de los adultos de minorías sexuales en el 2020 abusaron de los opioides (opioides recetados o uso de heroína) en el último año, 1 persona en comparación con el 3.6 % de la población adulta en general.

La encuesta NSDUH también encontró que, en el año 2020, aproximadamente 21.8% de los adultos de minorías sexuales tuvieron un trastorno por consumo de alcohol en el último año, 1 en comparación con el 11.0 % en la población general (SAMHSA, 2022).

Es importante subrayar que no todas las personas LGBTIQ+ consumen drogas y que los patrones de consumo varían entre individuos y comunidades. A continuación, se presentan algunas drogas que han sido objeto de atención.

Alcohol: el consumo de alcohol es común en la población general, incluyendo a la comunidad LGBTIQ+. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que las personas LGBTIQ+

pueden tener tasas más altas de consumo excesivo de alcohol y enfrentar problemas relacionados con el alcoholismo en comparación con la población heterosexual.

Tabaco: se ha observado que la prevalencia del consumo de tabaco es más alta entre las personas LGBTIQ+ en comparación con la población heterosexual. Esto puede deberse a factores sociales, estrés o marketing dirigido a la comunidad LGBTIQ+.

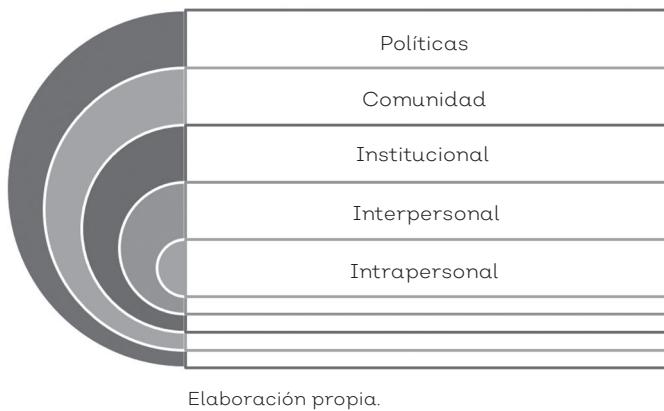
Marihuana: esta es una droga que se consume ampliamente en muchas comunidades, incluyendo la población LGBTIQ+. Algunos estudios sugieren que las personas LGBTIQ+ tienen tasas más altas de consumo de marihuana en comparación con la población heterosexual.

Estimulantes: el consumo de estimulantes, como la metanfetamina (también conocida como "tina" o "cristal"), ha sido un tema de preocupación en algunas subcomunidades LGBTIQ+. Algunos individuos pueden recurrir a estimulantes como una forma de lidiar con el estrés, la discriminación o los desafíos emocionales.

Entre los factores que influyen en el consumo de drogas en la población LGBTIQ+ están el estigma social y la discriminación que pueden aumentar el estrés y la angustia emocional en las personas LGBTIQ+, lo que lleva a un mayor riesgo de consumo de drogas como una forma de hacer frente a estas experiencias negativas.

Con el modelo ecológico en salud se explica cómo el estigma afecta a las personas LGBTIQ+ en todas las áreas de su vida (Figura 1).

Los cinco niveles del modelo ecológico de salud incluyen:

Figura 1. Modelo ecológico en salud

1. Intrapersonal: ¿cómo reconocer el estigma intrapersonal?

A nivel individual, las imágenes y las creencias negativas sobre las personas trans pueden ser internalizadas por las personas trans, lo que lleva a un estigma internalizado (o transfobia), baja autoestima, depresión y autolesión.

Por otra parte, las personas trans pueden intentar buscar la validación de su identidad de género a través de fuentes externas, como parejas sexuales, que pueden ponerlas en riesgo de contraer VIH/SIDA.

2. Interpersonal: ¿cómo reconocer el estigma interpersonal?

A nivel interpersonal, el estigma se hace particularmente evidente entre grupos de pares.

Entre los grupos de pares se pueden incluir: compañeros(as) de estudios, de trabajo; miembros de la familia y parejas sexuales/románticas.

3. Institucional: ¿cómo reconocer el estigma institucional?

A nivel institucional, el estigma tiene efectos sobre la atención de salud, los establecimientos educacionales, el empleo, la vivienda, los alojamientos públicos, los

establecimientos correccionales y la religión.

4. Comunidad: ¿cómo reconocer el estigma a nivel de la comunidad?

A nivel comunitario, las personas trans se ven desproporcionadamente afectadas por la violencia, en comparación con las personas no trans. Además, en algunas comunidades trans podría haber normas para el trabajo sexual y el consumo de sustancias.

El estigma social puede permear todos los aspectos de la vida de una persona trans.

5. Políticas: ¿cómo reconocer el estigma a nivel de políticas?

Aunque la American Bar Association aprobó una resolución en 2013 para desincentivar el uso de las defensas legales de “pánico trans”, los gobiernos estatales y locales deben aprobar leyes que no permitan el uso de estas defensas.

Este tipo de defensa se utiliza para exculpar a personas que cometan violencia en contra de personas trans basándose únicamente en el “pánico” generado en una persona cuando se da cuenta de la condición trans de la otra persona.



34

Además, hay muchos gobiernos locales y estatales que no incluyen la identidad de género o la expresión de género en las leyes de no discriminación. Esto significa que a las personas trans se les puede negar la vivienda, el empleo y los alojamientos públicos basándose únicamente en su identidad de género o expresión de género.

Las leyes para el cambio de nombre y de género son complejas y varían entre estados. En algunas ocasiones no se permite que una persona cambie la designación sexual de su certificado de nacimiento, lo que se traduce en que una persona trans puede tener que estar siempre expuesta a “declararse” trans ante sus empleadores potenciales.

Finalmente, con frecuencia las personas trans emigran para escapar de la violencia de género en sus países de origen; sin embargo, a la llegada se ven expuestos a leyes de inmigración transfóbicas, tal como la negación de asilo.

El heterosexismo es el marco ideológico bajo el cual se produce la estigmatización de la población LGBTIQ+.

El uso del término *heterosexismo* pone de manifiesto los paralelismos entre el sentimiento antigay y otras formas de prejuicio, como el racismo, el antisemitismo y el sexism.

Al igual que el racismo y el sexism, el heterosexismo penetra las costumbres y las instituciones sociales. Funciona a través de un doble proceso: invisibilidad y ataque. La homosexualidad, por lo general, permanece culturalmente invisible; cuando las personas que se involucran en conductas homosexuales o que son identificadas como homosexuales se visibilizan, se exponen a los ataques de la sociedad.

En este sentido, el proceso de aceptación y exploración de la identidad sexual o de género suele ser desafiante y estresante. Algunas personas LGBTIQ+ pueden recurrir al consumo de drogas como una forma de búsqueda de identidad, adaptación social o pertenencia a una comunidad.

Algunos estudios han sugerido que los ambientes y espacios LGBTIQ+, como bares y clubes nocturnos, tienen una mayor disponibilidad y

aceptación del consumo de drogas recreativas. Esto puede influir en el aumento del consumo de drogas dentro de la comunidad.

Es importante destacar que el consumo de drogas está influenciado por diversos factores, como el estrés, la discriminación, la marginalización social y los desafíos de salud mental que enfrenta la comunidad LGBTIQ+. Además, cada persona es única y puede tener experiencias y patrones de consumo individuales.

EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y LA COMUNIDAD LGBTIQ+

A la hora de establecer un tratamiento eficaz de adicciones para un paciente LGBTIQ+ deberíamos tener en cuenta algunos aspectos. Como explicábamos anteriormente, la “alianza terapéutica” entre el paciente y el terapeuta en el tratamiento de adicciones es fundamental. En el caso de las personas gays, bisexuales, lesbianas o transgénero, este hecho puede resultar absolutamente crucial.

En cuanto a la intervención individual, la “competencia asertiva” del terapeuta resultará imprescindible. Pero en caso de una intervención grupal habrá que contar previamente (y respetar), con la decisión del paciente de visibilizar o no su identidad sexual. Mostrar tolerancia cero con cualquier tipo de discriminación entre compañeros de tratamiento será condición indispensable. Estas personas no esperan nada que no sea un trato de igualdad e inclusión. Y habrá que ofrecérselo a toda costa.

Para brindar un trato digno y libre de estigma debe capacitarse a las y los proveedores de tratamiento sobre la relación entre el consumo

de sustancias, la orientación sexual y la identidad de género.

Destaca aquí Plan Colombo Internacional, una organización que trabaja temas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, y creó el curso de capacitación La Intersección del Consumo de Sustancias, Orientación Sexual e Identidad de Género (por sus siglas en inglés SOGI), dirigido a toda persona que pudiera estar en contacto con personas de la comunidad LGBTIQ+. Entre las profesiones de la salud mental y del consumo de sustancias (todos los niveles) se incluyen:

- Gobiernos nacionales, regionales y locales.
- Profesionales de la atención primaria.
- Profesionales de la salud pública.
- Especialistas en prevención y rehabilitación.
- Organizaciones no gubernamentales de base comunitaria.
- Profesores(as) y orientadores(as) escolares.

El objetivo de esta capacitación es proporcionar una visión pormenorizada de los problemas relacionados con el abuso de sustancias y la salud entre personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, y mejorar el nivel de sensibilización y de respuesta de los proveedores de tratamiento a las necesidades de la comunidad LGBTIQ+.

En Jalisco se cuenta a la Universidad de Guadalajara como proveedora de esta capacitación a personas o grupos que la soliciten, con el aval de Plan Colombo Internacional.

REFERENCIAS

- HUMAN RIGHTS CAMPAIGN (2023).** Campaña de los Derechos Humanos. <http://www.hrc.org/resources/benefits>
- NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER (2023).** <http://www.lgbthealtheducation.org/>
- SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (2017, 23 DE MAYO).** Estudio SENDA-ACCIÓN GAY: 1 de cada 2 personas de diversidad sexual admite conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.senda.gob.cl/estudio-senda-acciongay-1-de-cada-2-personas-de-diversidad-sexual-admite-conductas-de-riesgo-asociadas-al-consumo-de-drogas/>
- SMITH, J. Y. (2022).** Substance Use among LGBTQ. *Comprehensive Review Journal of LGBTQ Studies*, 123-145.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2022).** 2020 National Survey On Drug Use And Health: Lesbian, Gay, And Bisexual (LGB) Adults. www.samhsa.gov. <https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-lesbian-gay-bisexual-lgb-adults>

Conductas suicidas y comunidad LGBTIQ+

Mtra. Yolanda García Ávila¹

El suicidio es considerado un problema de salud pública, tema tabú para muchas personas del cual, desde su perspectiva, no se debe hablar. La Organización Mundial de Salud (oms) refiere que al año se suicidan cerca de 700 mil personas y los grupos de riesgo son los que viven con algún trastorno mental, principalmente depresión y consumo de alcohol y/o droga. Las tasas más altas de suicidios se dan en grupos discriminados, vulnerables, refugiados, migrantes, personas indígenas, así como personas de la comunidad LGBTIQ+.

Varios estudios refieren que estas personas viven discriminación por pertenecer a un grupo minoritario y entre más alta es la percepción de discriminación, más propensos son a tener conductas de riesgo suicida, en especial las personas transexuales.

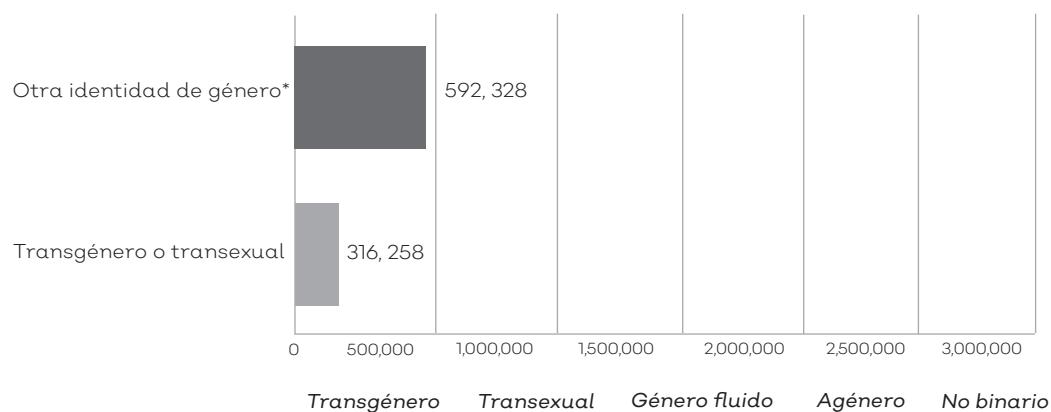
La mayoría de la población LGBTIQ+ vive o ha vivido rechazo por parte de sus padres al no ser lo que ellos esperaban (un heterosexual en toda la extensión de la palabra), acoso y burlas en la escuela, en el área laboral discriminación y poco o nulo crecimiento profesional, acoso por la población que no pertenece a este grupo, juicios y señalamientos en establecimientos de atención de urgencias, sobre todo si son transexuales.

La depresión es la principal enfermedad mental que se presenta en el grupo LGBTIQ+ con un alto riesgo de tener ideación suicida. Un factor protector para el riesgo suicida es tener pareja.

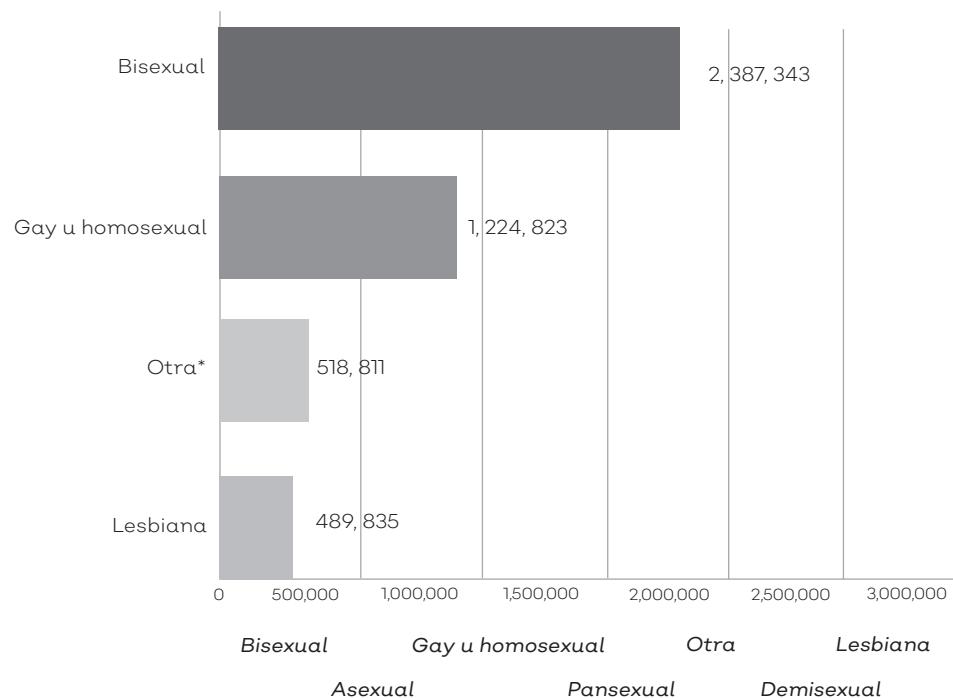
La Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG, 2021) refiere que en México se autoidentifican con una identidad de género u orientación sexual LGBTIQ+, 5 millones de personas, 1 de cada 20 personas de 15 años y más.

¹ Responsable del Programa Atención Integral del Fenómeno Suicida del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Gráfica 1. Población de 15 años o más trans+ según autoidentificación de identidad de género



Gráfica 2. Población de 15 años o más LGBTIQ+ según autodeclaración de orientación sexual

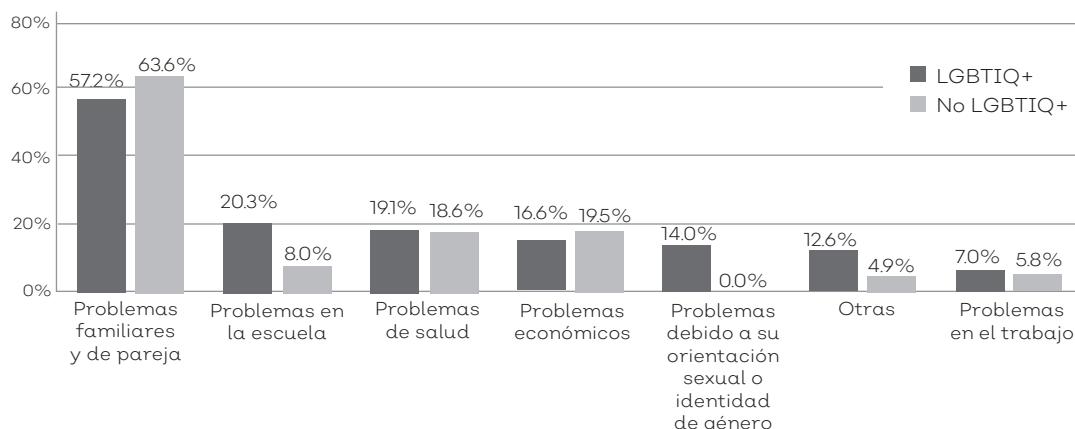


* Notas

En la Gráfica 2, “Otra identidad de género” considera las identidades de género no binario, género fluido, agénero, entre otras.

En la Gráfica 3, “Otra” considera orientaciones sexuales como pansexual, demisexual, asexual, entre otras.
Fuente: Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDSEG) 2021.

Gráfica 3. Distribución porcentual de la población de 15 años y más que ha tenido ideas o intentos suicidas por autoidentificación LGBTIQ+, según causa principal de ideas o intentos suicidas



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

En Jalisco para el año 2021, de acuerdo con la Encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 98,270 personas se identifican con la población LGBTIQ+. El 26.1% de la población LGBTIQ+ ha tenido ideas suicidas y el 14.2%, intentos de suicidio.

Las tres principales causas por las que han tenido intentos e ideas suicidas son por problemas familiares, problemas con la pareja y problemas en la escuela. El principal motivo para este grupo no difiere mucho de lo que arrojan estudios en población no LGBTIQ+ ya que su principal motivo son los problemas con los padres y problemas familiares.

En la gráfica 3 se identifica el comparativo entre población no LGBTIQ+ y la que sí se identifica como tal con ideas de muerte o intentos de suicidio.

Un dato importante que arroja esta gráfica 3 es que el 49.8% se atiende en consultorios, clínicas y hospitales privados. El 71% refiere haber vivido rechazo social en el

trabajo. El 81.8% ha presentado al menos un problema emocional (estrés, ansiedad, insomnio, pérdida o aumento de apetito o peso, depresión), existe una alta probabilidad de que la principal barrera para atenderse en clínicas y hospitales públicos sea la internalización del estigma y el ocultamiento de la identidad sexual aunado a las burlas, críticas y señalamientos de que son objeto.

Las atenciones en salud mental no satisfacen sus necesidades y en ocasiones pueden convertirse en negativas, lo que trae como consecuencia la pobre adherencia al tratamiento farmacológico como a la psicoterapia, considerando también el estrés que viven por pertenecer a la comunidad LGBTIQ+, la discriminación, la victimización, la problemática de la diversidad sexual, las actitudes heterosexistas, el ocultamiento de la identidad de género y la internalización del estigma. Son pocos los psicoterapeutas que se especializan en el trabajo con personas LGBTIQ+.

Ocultar su identidad sexual genera en estas personas un alto estrés al tratar de mantener los estándares dictados por una sociedad mayoritariamente heterosexual, el no hablar abiertamente de lo que sienten, de lo que piensan, de cómo les gustaría vivir, provoca que se aíslen, que piensen que no merecen la vida, además de las creencias religiosas que generan conflictos internos entre ser un buen creyente y el vivir fuera de los estatutos ideológicos.

La fobia internalizada por el individuo perteneciente al grupo LGBTIQ+ puede manifestar rechazo, valores y lenguaje negativos hacia otras personas de su mismo grupo por tener comportamientos diferentes a los esperados por el grupo de minoría sexual, esto se observa hacia afuera y hacia adentro produciendo un malestar general, rechazo por personas del mismo sexo, desconexión, autoexclusión, problemas de autoestima, autodesprecio y violencia autoinfligida.

La violencia autoinfligida es vista desde dos aspectos: aquella que no tiene la intención de provocar la muerte y la que imprime toda la intención de morir. Para atender lo que viven las personas de la diversidad sexual, debe contarse con mayores profesionistas en salud mental —psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros(as)— capacitados en

temas de sexualidad humana en los que se incluya la diversidad sexual para brindar orientación, atención y seguimiento a personas LGBTIQ+ que pasan algún trastorno mental, principalmente ansiedad, depresión y riesgo suicida.

Existen asociaciones que brindan apoyo y orientación a la población LGBTIQ+, entre ellas se encuentra The Trevor Project Para Juventudes LGBTIQ+, que es una organización que brinda intervención en crisis y prevención del suicidio para juventudes de la diversidad sexual. Ellos están disponibles las 24 horas, los siete días de la semana, es confidencial y gratuito, también puede ingresarse a través de TrevorChat, Trevor Text, enviar la palabra “Comenzar” al 67676 o al Whatsapp 55-9225-3337, o a través de su página: <https://www.thetrevorproject.mx/>

En Jalisco se encuentra la Dirección de Diversidad Sexual del Gobierno del Estado de Jalisco que brinda atención directa a la población de la diversidad sexual, apoya en la vinculación con dependencias públicas y municipales, orienta y asesora en trámites de programas sociales, en trámites de rectificación ante registro civil, en caso de ser víctima de discriminación. Contacto: Andrés Treviño Luna, teléfono 33 3169 2669.

Asimismo, existen organizaciones civiles en materia de diversidad sexual (ver tabla 1).

Tabla 1. Organizaciones civiles en materia de diversidad sexual

Organización	Contacto	Teléfono	Organización	Contacto	Teléfono
Consultoría Kaliopeo S. C.	Lic. Gloria Mayela García Acalá	33107449204	Mezcal Rosas Producciones	Lic. Noe Abraham	3334601638
Urbana Revista	Lic. Cristian Marroquí	3310068869	Cohesión de Diversidades para la Sustentabilidad A. C.	Lic. Luis Guzmán	3338439727
Alianza México Diverso A. C.	Lic. Javier Madrigal	3326738429	Familias en la Diversidad Sexual (FADIS)	Lic. Edgar Rosales	3312730447
El Laboratorio de Formación de Activistas LGBTIQ+	Lic. Rodolfo	3325529572	Impulso Trans. A. C.	Lic. Izack Zacarías	3310382509
Chapala Pride	Lic. Jhonny Cobián	3325231840	CHECCOS A. C.	Lic. Víctor Dante	3313261117
Diverso UdeG	Lic. Cristian Dennis Cárdenas	33147663623	Mesón de la Misericordia	Lic. Manuel Salcedo	3314756763
Colegio de Profesionales de la Psicología del Estado de Jalisco	Mtro. Ángel Pimentel	3311182727	AVEM	Lic. Aranza Razo	3316981508
Red de Jóvenes Positivos	Rubén Barba	3320729385	Incluyo	Lic. Emmanuel	3318495588

REFERENCIAS

- ANDARÁN, A. (2014).** *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida.* Fundación Salud Mental España.
- CANTÚ, Z. & MARTÍNEZ, ALEJANDRA (2022).** Lesbofobia en la familia de origen: un desamparo ante la violencia en las lesbofamilias. Universidad Autónoma de Querétaro. <https://revistas.uaq.mx/index.php/albores/article/view/750/892>
- ENCUESTA NACIONAL SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO (ENDISEG) (2021).** www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/endiseg/2022/doc/endiseg_web_2022_presentacion.pdf
- GUTIÉRREZ, P. (2018).** Aceptación, reconocimiento y acciones afirmativas para las personas trans en la UACJ. *Revista del Centro de Investigación y Docencia.*
- RUIZ, A. (2022).** *El significado de la universidad desde la experiencia de estudiantes LGBT.* Ecosur/ BUAP.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021, 17 DE JUNIO).** Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- THE TREVOR PROJECT PARA JUVENTUDES LGBTQ+.** <https://www.thetrevorproject.mx/>

Las palabras importan: la identidad de género trans y el aporte de la psiquiatría mexicana a su despatologización

Dr. E. Hamid Vega Ramírez¹

INTRODUCCIÓN

El registro de las personas trans se tiene desde la Grecia Antigua. Su presencia en la sociedad había pasado integrada de una u otra manera, pero desde finales del siglo XIX, la descripción de la identidad de género trans ha sido bajo un filtro de patologización, lo que trajo como consecuencia que las personas construyeran sus identidades en medios hostiles, violentos y de rezago social. Además, al tratarse de una experiencia de la identidad de género se ha tratado de "corregir" a través de intervenciones médicas, sobre todo psiquiátricas. El objetivo de este artículo es hacer una revisión breve de los aspectos relacionados con la conceptualización médica de la identidad de género trans, y cómo ha sido necesario un cambio para cerrar la brecha de desigualdad hacia las personas trans, muchas veces justificada con argumentos patologizantes y supuestamente médicos.

43

DESARROLLO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

A inicio del presente siglo, pero sobre todo en la última década, se han publicado investigaciones que revelan la influencia de los genes y las hormonas en la diferenciación sexual en el cerebro en dos etapas críticas: durante el desarrollo embrionario y la adolescencia. La teoría que la identidad de género (cisgénero o trans) está determinada, en parte, por la acción de genes y hormonas durante la diferenciación cerebral en estas dos etapas

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

del desarrollo humano, se sustenta en lo observado en personas que nacen con cariotipos XY o XX, pero que muestran variaciones en la producción o acción de las hormonas sexuales (como la hiperplasia adrenal congénita) y, por ende, manifiestan una identidad de género distinta del sexo asignado al nacer. Para mayor referencia de este tema se puede revisar el trabajo de Heino F. Meyer-Bahlburg (2010).

En la actualidad, se reconocen ciertos términos necesarios y, para entender este artículo, han sido ordenados con la finalidad clarificar qué elementos componen a la identidad de género, principalmente (CONAPRED, 2016; OMS, 2018):

- **Sexo:** características biológicas (genéticas, anatómicas, hormonales y fisiológicas) de los seres humanos que les identifica como machos o hembras y, posteriormente, como hombre o mujer. Estas categorías no son excluyentes, porque puede haber personas con ambas características. Así, con base en la observación directa de los genitales externos, se asigna un sexo al nacer: hombre, mujer o intersexual.
- **Género:** conjunto de atributos sociales, geográficos, políticos, culturales e históricos, así como aquellas actividades, funciones, sentimientos, formas de vestir, hablar, pensar o sentir que habitualmente se asignan como “masculinas” o “femeninas”.
- **Identidad de género:** experiencia interna e individual del género, incluyendo la

vivencia de la corporalidad o la expresión del rol de género. La identidad de género puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer.

- **Rol o expresión de género:** manifestaciones de la identidad de género de una persona, que pueden ser a través de la forma de hablar, manierismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, etcétera. Estas manifestaciones pueden ser impuestas, aceptadas o asumidas. Por ejemplo, las imposiciones sociales del rol de género femenino de que las mujeres deben ser madres o dedicarse exclusivamente a la crianza de los hijos.
- **Cisgénero:** identidad de género de una persona que coincide con el sexo asignado al nacer. Por ejemplo: hombre-masculino, mujer-femenina.
- **Trans:** En los últimos años se ha usado como un término “paraguas” para incluir sobre todo a las personas transgénero y transexuales. Hace referencia a aquellas personas con una identidad de género distinta al sexo asignado al nacer (por ejemplo, hombre-femenina, mujer-masculino). Su rol o expresión de género puede ser a través de comportamientos del género de identificación, modificaciones corporales (hormonales o quirúrgicas) o cambios legales de documentos oficiales. Una persona trans podría adaptar o modificar algunos o todos los aspectos

Tabla 1. Evolución de la clasificación de la identidad de género trans en la CIE y DSM

Año	Edición	Categoría diagnóstica	Nombre de diagnóstico
1965	CIE-8	Perversiones sexuales.	Travestismo.
1968	DSM-II	Perversiones sexuales.	Travestismo.
1975	CIE-9	Perversiones sexuales.	Travestismo y transexualismo.
1980	DSM-III	Trastornos psicosexuales.	Transexualismo.
1987	DSM-III-R	Trastornos usualmente evidentes por primera vez en la infancia o adolescencia.	Transexualismo.
1990	CIE-10	Trastornos de la identidad sexual.	Transexualismo.
1994	DSM-IV	Trastornos sexuales y de la identidad de género.	Trastorno de la identidad de género en la adolescencia o adultez.
2000	DSM-IV-TR	Trastornos sexuales y de la identidad de género.	Trastorno de la identidad de género en adolescentes o adultos.
2015	DSM-5	Disforia de género.	Disforia de género en adolescentes o adultos.
2022	DSM-5-TR	Disforia de género.	Disforia de género en adolescentes o adultos.
2022	CIE-11	Condiciones relacionadas con la salud sexual.	Discordancia de género en la adolescencia o adultez.

Traducido y modificado de: Soll et al., 2017, pp. 174-180.

relacionados con su identidad de género, y depende de cada persona.

- **Travesti:** refiere a una persona que usa elementos del género opuesto (ropa, actitudes, por ejemplo) al sexo asignado al nacer (como drag-queens), independientemente de su identidad de género. Este término no debe usarse para referirse a las personas trans, a menos que socialmente esté aceptado dentro de este mismo grupo de personas (como travestis en Brasil).
- **Orientación sexual:** capacidad de una persona de sentir atracción sexual, afectiva o erótica hacia uno o varios géneros iguales o diferentes al suyo. Esto es independiente del sexo asignado al nacer o

la identidad de género de la persona.

EVOLUCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO TRANS

Desde finales del siglo XIX e inicios del XX, las personas que expresaban una identidad de género distinta del sexo de nacimiento comenzaron a ser objeto de estudio y descripción por la medicina. Sin embargo, la falta de conocimiento de esa época condicionó que las definiciones, categorías o conceptos alrededor de las expresiones de la sexualidad humana distintas de la normativa (o lo común para el resto de la población general) fueran identificadas con un filtro de confusión y moralidad, sobre todo en el mundo occidental. Incluso,

las primeras descripciones de la identidad de género trans, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (1965) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM) (1968), eran mezcladas con orientaciones sexuales no heterosexuales o conducta sexual fetichista, a pesar de que Harry Benjamín, un endocrinólogo alemán radicado en Estados Unidos, comenzó a señalar la distinción de la identidad trans de otras variantes de la sexualidad humana (Benjamin, 1966). En la Tabla 1 se resume la evolución de las clasificaciones médicas de la identidad trans, según la CIE y el DSM (Soll et al., 2018).

Como se observa, la clasificación de la identidad de género trans es relativamente reciente y su evolución fuera del marco de patologización ha sido lenta. Al inicio, incluso se le denominaba como una “desviación” o “perversion” con todo lo que eso puede representar para cualquier persona que se le identifique con esos adjetivos. Prácticamente cincuenta años después de esas categorizaciones iniciales, la identidad trans permaneció ligada a los trastornos mentales, tanto en la CIE como en el DSM, lo cual retrasó el progreso adecuado en el estudio de esa variante de la identidad de género, y provocó la aparición de supuestas opciones la “corregían” a través de tratamientos médico-psiquiátricos. De hecho, la identidad de género trans aún persiste en la última edición del DSM-5-TR, como parte del listado de trastornos mentales, con la invariable asociación a la patología mental.

Por otro lado, en un lapso de poco más de treinta años se actualizaron

los criterios de varias enfermedades de la CIE-10, incluyendo los trastornos mentales y algunas variantes de la conducta sexual humana que estaban clasificadas como patologías mentales. Ante este panorama, la OMS creó el Grupo de Trabajo sobre Trastorno Sexuales y Salud Sexual (GTTSS) para revisar la clasificación y descripción de ciertas condiciones relacionadas con la sexualidad que no contaban con el sustento científico para ser consideradas patologías mentales. Esto tampoco hubiera sido posible sin la intervención de grupos civiles, conformados por personas con estas variantes de la sexualidad humana, que exigieron incansablemente a la OMS la remoción de términos y clasificaciones que justificaban intervenciones médicas por el simple hecho de estar dentro del grupo de patologías mentales. Una de estas fue la identidad de género trans, considerada hasta ese entonces como una patología mental. Sin embargo, incluso hoy, no existe evidencia científica que demuestre que una identidad de género trans sea, por sí sola, la causa de un deterioro funcional en las personas, tal como se considera dentro de los criterios de un trastorno mental.

Además, uno de los objetivos de la OMS, a través de la CIE, es alcanzar para todas las personas el grado de salud más alto posible, según las condiciones y realidades de cada sociedad alrededor del mundo; por lo que tener a la identidad de género trans dentro del capítulo de trastornos mentales ha resultado en un impacto social negativo hacia las personas (estigma, discriminación, violación de derechos humanos, etcétera),

alejándolas de alcanzar un estado de salud física y mental óptimos. En este sentido, el GTTSSS tuvo que generar evidencia que sustentara la remoción de la identidad de género trans del listado de trastorno mentales y evaluar la pertinencia de colocarla en otra sección o eliminarla de la CIE. Para ello, se seleccionó a un grupo de investigadoras de México del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

LA CONTRIBUCIÓN MEXICANA A LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LA CONDICIÓN TRANS

Si bien en México existen leyes federales que garantizan el libre acceso a servicios de salud para toda la población y el derecho a la no discriminación, las personas trans no gozan de estas protecciones en su vida diaria por el alto grado de estigma y desconocimiento de la población general, aun en nuestros días. En 2009, Ciudad de México modificó su Ley de Salud para incluir explícitamente el mandato de generar programas de salud específicos para las personas trans, los cuales consideran tratamiento hormonal y apoyo psicoterapéutico, además de otras medidas preventivas. Además, desde 2014 que se aprobó la reforma al Código Civil de la misma ciudad para poder hacer cambio legal de género en los documentos de identidad. Aunque esto representó un avance significativo en materia legislativa, la evidencia hasta ese momento mostraba la vulnerabilidad que muchas personas trans experimentaban. Por ejemplo, en una muestra de mujeres trans ($n=500$) de Ciudad de México, se encontró

que 60% de ellas se dedicaban al trabajo sexual, siendo su único medio de sostén económico, 25% habían estado recluidas y 11% había vivido en la calle en algún momento de su vida (Colchero et al., 2015).

Con este escenario, el GTTSSS decidió realizar el primer estudio de campo para comprobar que los nuevos criterios propuestos para la identidad trans en la edición CIE-11 fueran adecuados (Robles et al., 2016). Los objetivos principales del estudio fueron: 1) comparar los criterios diagnósticos propuestos para la discordancia de género de la CIE-11, los criterios de la disforia de género del DSM-5 y los criterios de transexualismo de la CIE-10; y 2) determinar si las características inherentes de la identidad de género trans están asociadas al estrés o disfuncionalidad que las personas trans pueden experimentar.

El estudio se llevó a cabo en la Clínica Especializada Condessa de Ciudad de México, que era el único sitio público hasta ese momento que proporcionaba tratamiento hormonal de reafirmación de género gratuito para las personas trans. Un elemento central para el reclutamiento fue la explicación del proyecto a las personas clave dentro de la comunidad trans, con la intención de sensibilizar y difundir el objetivo del proyecto que buscaba, entre otras cosas, despatologizar la identidad trans. El cuestionario incluyó preguntas sobre: aspectos sociodemográficos, procedimientos médicos realizados con la intención de reafirmar el género (uso de hormonas, cirugías, procedimientos estéticos, etcétera), experiencias subjetivas de la discordancia de género, estrés psicológico, deterioro funcional, rechazo social

Tabla 2. Características basales sociodemográficas y de la identidad de género de personas trans de Ciudad de México, 2014

Variable	Total* (n= 250) n (%)	Mujeres trans (n= 199) n (%)	Hombres trans (n= 46) n (%)	Queer (n= 4) n (%)
Edad en años (media, D.E.)	30.8 (10.2)	32.0 (10.5)	26.2 (7.1)	23.5 (7.1)
Años de educación (media, D.E.)	12.2 (3.5)	12.2 (3.6)	12.0 (3.0)	12.7 (2.9)
Empleo remunerado	179 (72%)	146 (73%)	31 (67%)	2 (50%)
Soltera(o)	207 (83%)	160 (80%)	42 (91%)	4 (100%)
Edad de concientización de la identidad de género trans (media, D.E.)	5.6 (2.5)	5.7 (2.5)	5.4 (2.6)	5.2 (3.2)
Uso previo de hormonas	182 (73%)	158 (79%)	23 (50%)	1 (25%)
Cirugías previas	36 (14%)	32 (16%)	4 (9%)	---

*Se excluyó a una persona intersexual que no definió su identidad de género. D.E: desviación estándar.

y violencia. Todas las preguntas se acotaron al periodo de mayor distrés, discordancia de género o disfuncionalidad experimentados a lo largo de la vida de las personas participantes. En la mayoría de los casos, este periodo fue la etapa de la adolescencia que es cuando comenzó la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

De abril a agosto de 2014 se entrevistaron a 260 personas trans, de las cuales 250 completaron el cuestionario y se consideraron para el análisis final. En la Tabla 2 se muestran las principales características basales sociodemográficas y aspectos de la identidad de género de toda la muestra.

El distrés psicológico durante la época fue reportado por 83% (n= 208) del grupo de participantes, siendo los síntomas depresivos los de mayor frecuencia (76% en aquellos con distrés) y con una media de 79.9 (± 20.7) puntos (escala:

0 – 100). La proporción de hombres trans que reportaron el distrés fue mayor que las mujeres trans (93.5% vs. 80.9%, $p= 0.04$). El deterioro funcional en algún área de su vida fue reportado por 90% (n= 226) de participantes, siendo el de tipo familiar el más frecuente (66%, n= 166), seguido de la disfunción social (62%, n= 155) y la escolar o laboral (62%, n= 155). Más de la mitad (63%, n= 157) fueron víctimas de violencia debido a su identidad de género, comenzando por la violencia psicológica (95%, n= 149) y luego la física (52%, n= 82), pero también una proporción importante reportó la de tipo sexual (28%, n= 44).

Al hacer el análisis de regresión logística múltiple para determinar los aspectos asociados con el distrés o deterioro funcional (Tabla 3), se observa que el rechazo familiar o la identidad trans masculina conferían mayores momios de distrés o disfunción familiar; el rechazo escolar o laboral

Tabla 3. Factores asociados al distrés o disfuncionalidad en personas trans de Ciudad de México, 2014

Variable	R.M.	I.C. 95%	P
Distrés			
Rechazo familiar.	5.72	2.74 – 11.91	<0.0001
Identidad de género trans masculina.	3.90	1.11 – 13.74	0.03
Disfunción familiar			
Rechazo familiar.	8.15	4.44 – 14.97	<0.0001
Violencia sexual.	3.99	1.49 – 10.68	0.006
Disfunción social			
Rechazo por pares escolares o laborales.	2.29	1.30 – 4.04	0.004
Violencia física.	2.41	1.30 – 4.45	0.005
Disfunción escolar o laboral			
Rechazo por pares escolares o laborales.	3.37	1.82 – 6.24	<0.0001
Violencia psicológica.	1.99	1.03 – 3.83	0.03
Pedir ser llamada(o) con el género de identificación.	1.82	1.02 – 3.25	0.04

I.C.: Intervalo de confianza; R.M.: Razón de momios.

mayores momios de disfunción social, laboral o escolar, y los distintos tipos de violencia (física, psicológica y sexual) también aumentaban significativamente los momios a este tipo de disfuncionalidades. Ninguna de las variables de la identidad de género trans (como tener un rol o expresión de género acorde con su identidad trans) tuvieron asociación con el distrés o la disfuncionalidad.

Si bien el estudio tuvo algunas limitaciones (como medición retrospectiva del fenómeno), con estos resultados se comprobó empíricamente que la identidad de género trans no confería ninguna asociación al distrés o la disfuncionalidad, tal como se especifica en los criterios diagnósticos de cualquier trastorno mental, sino las experiencias de violencia y rechazo experimentadas por las personas trans debido a su identidad de género. Gracias a esto, el GTTSSS pudo replicar el mismo

trabajo de investigación en otros países del mundo: Brasil (Lobato et al., 2019), Francia (Askevis-Leherpeux et al., 2019), India (Diehl et al., 2017), Líbano (Khoury et al., 2021) y Sudáfrica (Campbell et al., 2018), encontrando resultados similares. Con ello, en mayo del 2019, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la reclasificación de la identidad de género trans y su remoción del capítulo de trastornos mentales.

CONCLUSIONES

De la misma manera que la psiquiatría comenzó a describir a la identidad de género trans desde una perspectiva patologizante, hoy en día, junto con otros profesionales de la salud mental, ha generado evidencia científica clara y directa que ha contribuido a separar esta identidad de la patología mental. En consecuencia, deben desaparecer las intervenciones que busquen “curar” o “corregir”

una identidad de género trans bajo el argumento de que se trata de una patología médica, y tampoco debe justificar una segregación que resulte en desigualdades o limitaciones de acceso al derecho humano en salud. Las palabras (o conceptos) importan, y si usamos las correctas, difícilmente seríamos

agentes causales o contribuyentes de sufrimiento hacia otras personas por el simple hecho de tener identidades, orientaciones, expresiones o conductas distintas de la mayoría de la población general, sobre todo cuando estas diversidades no dañan o limitan el derecho o integridad de los demás.

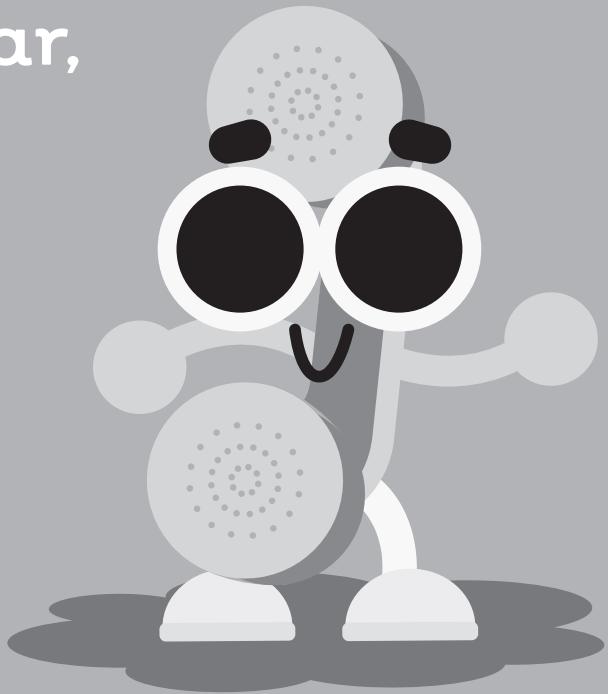
REFERENCIAS

- ASKEVIS-LEHERPEUX, F., DE LA CHENELIÈRE, M., BALEIGE, A., CHOUCHANE, S., MARTIN, M. J., ROBLES-GARCÍA, R., FRESÁN, A., QUACH, A., STONA, A. C., REED, G. & ROELANDT, J. L. (2019). Why and How to Support Depsychiatrisation of Adult transidentity in ICD-11: A French Study. *Eur Psychiatry*, 59, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>
- BENJAMIN, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Julian Press.
- CAMPBELL, M. M., FRESÁN, A., ADDINALL, R. M., BÖHMKE, W., GROBLER, G. P., MARAIS, A., WILSON, D., STEIN, D. J., REED, G. M. & ROBLES, R. (2018). Experiences of Gender Incongruence and the Relationship Between Social Exclusion, Psychological Distress, and Dysfunction Among South African Transgender Adults: A field-study for ICD-11. *Ann Clin Psychiatry*, 30(3), 168-174.
- COLCHERO, M. A., CORTÉS-ORTIZ, M. A., ROMERO-MARTÍNEZ, M., VEGA, H., GONZÁLEZ, A., ROMÁN, R., FRANCO-NÚÑEZ, A. & BAUTISTA-ARREDONDO, S. (2015). HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica Mex*, 57(2), s99-106. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7596>
- CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. CONAPRED. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
- DIEHL, A., VIEIRA, D. L., ZANETI, M. M., FANGANELLO, A., SHARAN, P., ROBLES, R. & DE JESUS MARI, J. (2017). Social Stigma, Legal and Public Health Barriers Faced by the Third Gender Phenomena in Brazil, India and Mexico: Travestis, Hijras And Muxes. *Int J Soc Psychiatry*, 63(5), 389-399. <https://doi.org/10.1177/0020764017706989>
- KHOURY, B., EL KHOURY, J., FRESÁN ORELLANA, A., DAOUK, S., KHAULI, N., RAMADAN, Z., REED, G. M. & ROBLES, R. (2021). The ICD-11 Classification of Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood: Adequacy Among Transgender People in Lebanon. *Cult Health Sex*, 23(1), 131-142. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1692907>
- LOBATO, M. I., SOLL, B. M., BRANDELLI COSTA, A., SAADEH, A., GAGLIOTTI, D. A. M., FRESÁN, A., REED, G. & ROBLES, R. (2019). Psychological Distress Among Transgender People in Brazil: Frequency, Intensity and Social Causation - an ICD-11 Field Study. *Braz J Psychiatry*, 41(4), 310-315. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0052>
- MEYER-BAHLBURG, H. F. (2010). From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants As Psychiatric Conditions. *Arch Sex Behav*, 39(2), 461-476. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9532-4>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1152209/retrieve>
- ROBLES, R., FRESÁN, A., VEGA-RAMÍREZ, H., CRUZ-ISLAS, J., RODRÍGUEZ-PÉREZ, V., DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ, T. & REED, G. M. (2016). Removing Transgender Identity from the Classification of Mental Disorders: A Mexican Field Study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- SOLL, B. M., ROBLES-GARCÍA, R., BRANDELLI-COSTA, A., MORI, D., MUELLER, A., VAITSSES-FONTANARI, A. M., CARDOSO DA SILVA, D., SCHWARZ, K., ABEL-SCHNEIDER, M., SAADEH, A., & LOBATO, M. I. (2018). Gender Incongruence: A Comparative Study Using ICD-10 and DSM-5 Diagnostic Criteria. *Braz J Psychiatry*, 40(2), 174-180. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2224>

**Si estás pasando
por un momento difícil,
te escuchamos**

Llama al 075

**Es tiempo de hablar,
elige vivir**



**Es tiempo
de querernos**



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental



Salud



Aceptación familiar y su impacto en la salud de personas de la comunidad LGBTIQ+

Dra. Blanca Elisa Real Peña¹

53

La diversidad sexual se define como la variedad de expresiones afectivas, eróticas, conductuales, de identidad, etcétera, que enriquecen la experiencia de vida humana, ésta siempre ha sido parte fundamental de la sociedad.

El acrónimo LGBTIQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, intersexual, queer y más) involucra aspectos como la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, así como el sexo, por ello, es importante definir de manera breve cada una de las palabras que lo componen.

Sexo: diferenciación biológica entre machos y hembras de la especie, es decir, hombres y mujeres.

Género: características que social y culturalmente se consideran adecuadas para hombres y mujeres, por ejemplo, si se habla de fuerza, rudeza, determinación, color azul, deportes... se asocia a lo masculino (hombres); y cuando se habla de ternura, sumisión, cuidados, sacrificio, virginidad, pureza, delicadeza, debilidad, color rosa, etcétera, estos constructos se asocian con las mujeres.

Identidad de género: es la autopercepción de saberse hombre, mujer u otro género, que deriva de un proceso multifactorial complejo de interacción cerebral, ambiental, hormonal, genética, psicológica, etcétera. Aunque solo existen dos sexos en la naturaleza, (hombre y mujer) no es así con la identidad de género.

¹ Psiquiatra y sexóloga adscrita al CAISAME estancia prolongada. Profesora de la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA).

Cisgénero: persona cuya identidad de género coincide con su sexo biológico.

Transgénero: personas cuya identidad de género no coincide con el sexo biológico. Habitualmente se engloban en dos grandes categorías:

TRANSGÉNERO BINARIO	TRANSGÉNERO NO BINARIO
La identidad está en el polo de hombre o mujer	La identidad no está en el polo de hombre o mujer, algunos ejemplos son:
Mujer trans: persona con sexo biológico de hombre, pero cuya identidad de género es de mujer.	Género queer: personas que no se identifican ni como hombres ni como mujeres, pueden identificarse como un género neutral.
Hombre trans: persona con sexo biológico de mujer, pero cuya identidad de género es de hombre.	
Género fluido: persona que puede identificarse de manera temporal o transitoria como hombre, mujer o ambos a la vez.	
Agénero: se identifica como persona sin género.	

54

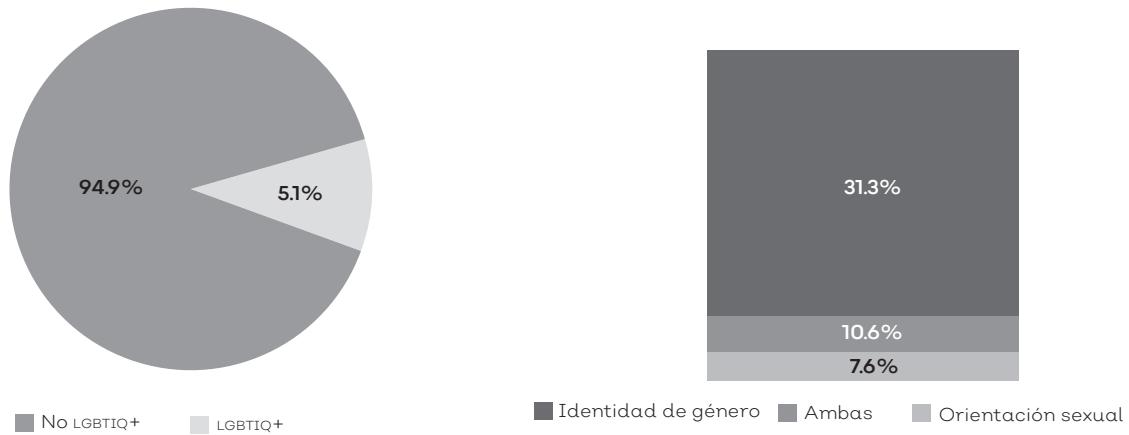
Orientación sexual/género: se refiere a la atracción física, afectiva y erótica por personas del mismo sexo o género (homosexual), opuesto (heterosexual) o ambos (bisexual). En este apartado se incluye la orientación pansexual (capacidad de sentir atracción física, emocional y afectiva con personas de cualquier sexo, identidad o expresión de género).

El acrónimo se ha ido modificando con el tiempo y el signo de más (+) incluye múltiples posibilidades, es decir, todas las personas tienen cabida dentro de la diversidad sexual, independientemente de su sexo biológico, identidad, expresión de género y su orientación sexual.

Ahora bien, es importante señalar que existe una tendencia a concebir la diversidad como un “fenómeno de moda”, sin embargo, siempre

se ha manifestado en la especie humana; afortunadamente durante las últimas décadas, su visibilidad y reconocimiento social, legal, administrativo, en derechos humanos, ha tomado mayor fuerza e impulso, lo que ha permitido que las personas de la comunidad LGBTIQ+ puedan vivir y expresarse con mayor libertad.

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) estima que en 2021, en México, 97.2 millones de personas son mayores de 15 años; de estos 5 millones se autoidentifican como pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+, lo que equivale al 5.1% de la población. El 81.8% se asume parte de esta población por su orientación sexual, 7.6% por su identidad de género y 10.6% por ambas.

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

LGBTIQ+ Lesbianas Gay u homosexual Bisexual Trans Intersexual Orientación sexual Identidad de género

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

Es decir, en el país una de cada 20 personas de 15 años o más edad se autoidentifican como LGBTIQ+.

De las personas que se autoidentifican como LGBTIQ+ por su orientación sexual, 2.3 millones son bisexuales, lo que representa 51.7 % del total de esta población. El 34.8% es transgénero o transexual.

En México, una de cada 2 personas con orientación sexual diversa se declara bisexual.

Sin embargo, para este grupo poblacional prevalece de manera sistemática y generalizada el estigma, la discriminación y la vulneración de sus derechos humanos, presentándose en todas las esferas (pública, privada, gubernamental, social, familiar). Dichas formas de violencia pueden manifestarse clara y explícitamente o bien, de manera encubierta o implícita, lo que conlleva niveles de estrés y barreras de atención mucho más elevados, este

fenómeno es conocido como “estrés de minorías”.

El Modelo Meyer de Estrés de Minorías (Meyer, 2003) apunta que existen factores externos e internos relacionados a las minorías (ejemplos de minorías son personas indígenas, afroamericanas, con discapacidad física o mental, y por supuesto la comunidad LGBTIQ+) que impactan la salud mental y la resiliencia. Es decir, el estrés que ejerce la sociedad en dichos grupos es un factor desencadenante directo de enfermedad mental y que dificulta su capacidad para superar circunstancias difíciles de la vida diaria.

El Modelo de Estrés de Minorías de Género (Testa 2015, 2017) demostró que la victimización y discriminación se correlaciona altamente con la propensión al suicidio. Es decir, el riesgo de que una persona de la comunidad LGBTIQ+ se suicide, aumenta o disminuye de acuerdo con el grado de aceptación

social pero especialmente familiar, como se describirá más adelante.

Un estudio realizado en México en población trans reveló que la discapacidad y el distrés que presentan las personas trans, no está asociado directamente a su condición de diversidad sexual, sino más bien a la violencia y el rechazo que experimentan durante su vida (Robles et al., 2016).

Es decir, las personas trans presentan deterioro y disfunción de la salud física o mental debido al rechazo y diversos tipos de violencia (física, psicológica, sexual, económica, institucional, etcétera) que viven día a día. Existe una normalización de la discriminación y estigma en nuestro país y alrededor del mundo, y habitualmente, quienes la ejercen no tienen la conciencia de hacerlo.

Especialmente dentro del ámbito familiar pueden llevarse a cabo acciones con la intención de ayudar a la persona de la comunidad LGBTIQ+, pero éstas podrían resultar altamente perjudiciales para la salud física, psicológica y mental de la persona gay, lesbiana o trans, y claramente esa no es la intención de los padres o hermanos que toman decisiones basadas en recomendaciones que carecen de evidencia científica sobre su beneficio (por ejemplo, las terapias psicológicas reparativas o de conversión, que tienen como finalidad “corregir” la orientación sexual o identidad y expresión de género, las cuales trasgreden y vulneran los derechos de una persona, y que además se ha evidenciado que aumentan los índices de suicidio, depresión,

ansiedad). Esas prácticas “psicoterapéuticas” se encuentran fuera de la ética médica y psicológica, incluso están fuera del marco legal normativo y de los tratados internacionales de derechos humanos. Es por ello, que el presente artículo pretende dar a conocer la importancia del rol fundamental de la familia y el impacto positivo o negativo de algunas acciones que marcan para bien o para mal la vida de su hija(o), hermana(o), nieta(o).

Desde hace más de una década se ha documentado que la aceptación familiar promueve el bienestar y ayuda a proteger a las personas de la diversidad. El rechazo familiar tiene un grave impacto en el riesgo de que una persona homosexual o transgénero tenga problemas de salud física y mental.

El proyecto de aceptación familiar de la Universidad de San Francisco, dirigido por C. Ryan desde 2009, ha presentado evidencia contundente sobre el impacto de la familia en la comunidad LGBTIQ+, algunos de sus hallazgos son que aquellas personas que fueron fuertemente rechazadas por sus familiares corrían un alto riesgo de tener problemas de salud física o mental al llegar a ser jóvenes adultos entre 21 y 25 años, (Figura 1).

La Gráfica 1 muestra que las y los adolescentes homosexuales y transgénero que experimentaron muchos rechazos corrían un riesgo mayor de suicidarse, que los jóvenes de familias que solo demostraron poco o ningún tipo de rechazo, las y los jóvenes homosexuales y transgénero de familias con alto nivel de rechazo presentan una probabilidad hasta 8 veces mayor

Figura 1. Intento de suicidio de jóvenes LGBTIQ+

Caitlin Ryan, Proyecto en Familia, 2009.

de intentar suicidarse al llegar a la vida adulta.

En las familias con rechazo moderado (aquellas que tuvieron algunas reacciones negativas frente a sus hijos homosexuales o transgénero, pero también positivas) tenían una probabilidad dos veces mayor de quitarse la vida.

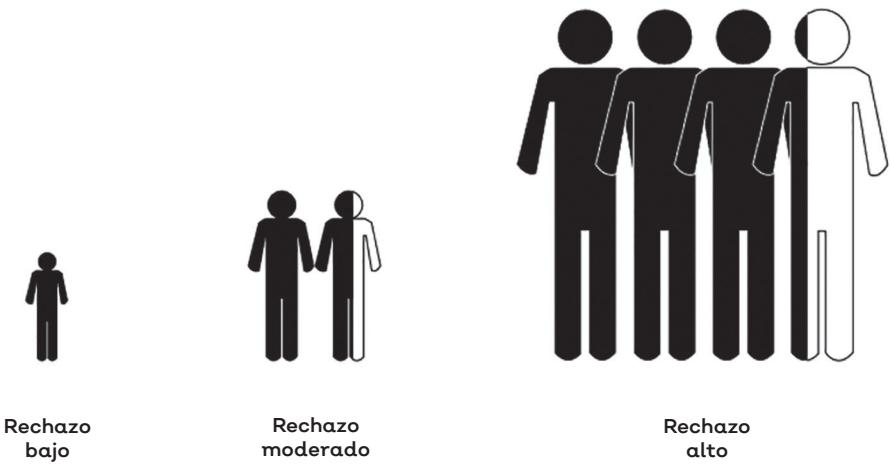
Las personas fuertemente rechazadas por sus familias experimentan más desesperanza, mayor consumo de drogas y menores cuidados para protegerse del VIH (Figura 2).

Las personas homosexuales y transgénero con altos niveles de rechazo familiar presentaban una probabilidad tres veces mayor de consumir drogas en comparación con los jóvenes de familias con poco o sin rechazo. Cuando las familias demuestran un rechazo moderado, el consumo se reduce a la mitad (Figura 3).

Los jóvenes LGBTIQ+ de familias con altos niveles de rechazo presentan una probabilidad 3 veces mayor de correr un alto riesgo de infectarse de VIH o contraer enfermedades de transmisión sexual, que los jóvenes de familias que no demostraron rechazo. Cuando las familias demuestran un rechazo moderado, el riesgo se reduce a la mitad.

En resumen, las personas que experimentan un fuerte rechazo familiar pueden tener una probabilidad 8 veces mayor de haber intentado suicidarse, una probabilidad casi 6 veces mayor de presentar altos niveles de depresión, una probabilidad 3 veces mayor de consumir drogas y una probabilidad 3 veces mayor de correr un alto riesgo de infectarse por el VIH o contraer enfermedades de transmisión sexual, en comparación con las personas homosexuales y transgénero que no sufrieron

Figura 2. Consumo de drogas



Caitlin Ryan, Proyecto en Familia, 2009.

58

Figura 3. Riesgo de infección por el VIH



Caitlin Ryan, Proyecto en Familia, 2009.

rechazo alguno o que fueron rechazados levemente por sus familias.

A continuación, se describen los comportamientos familiares que se presentan desde la infancia y pueden ayudar o demeritar la salud física y mental de una persona gay o transgénero en su vida adulta.

Comportamientos de la familia que aumentan el riesgo de problemas de salud física y mental en personas de la comunidad LGTBIQ+

- Pegar, abofetejar o herir físicamente.
- Acosar verbalmente o ponerle apodos.
- Excluir de las actividades familiares.
- Bloquear el acceso a los amigos LGTBIQ+, a los eventos y a los recursos de información LGTBIQ+.
- Culpar a la persona cuando ha sido discriminada debido a su identidad LGTBIQ+.
- Presionar a una niña para que sea más femenina, o un niño para que sea más masculino.
- Decirle que dios la/lo castigará debido a que es gay.
- Decirle que se avergüenzan de ella/él o que su forma de actuar avergonzará a la familia.
- Obligar a mantener su identidad LGTBIQ como un secreto entre la familia y no dejarlos hablar al respecto.

Fuente: Caitlin Ryan, *Family Acceptance Project*, 2009.

Se documentó que algunas de estas conductas intolerantes, tales como impedir el acceso a amigos homosexuales o evitar que la persona homosexual asista a reuniones familiares, son tan perjudiciales como golpear físicamente a un(a) niño(a) homosexual o transgénero.

Comportamientos de la familia que disminuyen el riesgo de problemas de salud física y mental en personas de la comunidad LGTBIQ+ y promueven el bienestar

- Hablar con el familiar sobre su identidad.
- Expresar afecto cuando se enteran que la persona es homosexual o transgénero.
- Apoyar la identidad homosexual o transgénero de la persona aunque se sientan incómodos.
- Defender los derechos de la persona cuando lo tratan mal debido a su identidad LGTBIQ+.
- Exigir que los demás familiares respeten a la persona homosexual o transgénero.
- Llevar a la persona a organizaciones o eventos para la comunidad LGTBIQ+.
- Procurar que desde la infancia la persona tenga contacto con adultos LGTBIQ+, que sean un modelo de las opciones para el futuro.
- Recibir en el hogar a amigas o compañeros homosexuales o transgénero de la persona.
- Apoyar la expresión de cómo la persona demuestra su género.
- Creer que la persona puede tener un futuro feliz como adulto(a) homosexual o transgénero.

Fuente: Caitlin Ryan, *Family Acceptance Project*, 2009.

El hallazgo más importante sobre la familia y la diversidad sexual, es que el amor, la aceptación y el respeto por las personas, independientemente de su sexo, orientación, identidad o expresión de género, es la clave para que se desarrollen plenamente y saludables.

La aceptación familiar brinda protección y blindaje contra la carga del estigma social, discriminación y violencia al que se enfrentan día a día las personas lesbianas, gays y transgénero, quizá no es posible cambiar a una sociedad entera, pero si la familia nuclear aprende a disminuir el rechazo y aumentar la aceptación, el mundo en general será un mejor lugar para todas las personas, no solamente para la comunidad LGTBIQ+.

LECTURAS RECOMENDADAS

ENCUESTA NACIONAL SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO (ENDISEG) 2021.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS LGBTTTI Y GUÍAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS. SECRETARÍA DE SALUD. (2017). Versión III. el acceso sin

POCKET GUIDE TO LGBTQ MENTAL HEALTH. UNDERSTANDING THE SPECTRUM OF GENDER AND SEXUALITY. (2020).

Edited by Petros Levounis, M.D.; M.A. Eric Yarbrough, M.D. First Edition, American Psychiatric Association Publishing.

RYAN, C. (2009). *Niños saludables con el apoyo familiar: Ayudar a las familias con niños gays, lesbianas, bisexuales y transgénero*. San Francisco, CA: Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University.

Frágil



PATRICIA SÁNCHEZ SAIFFE



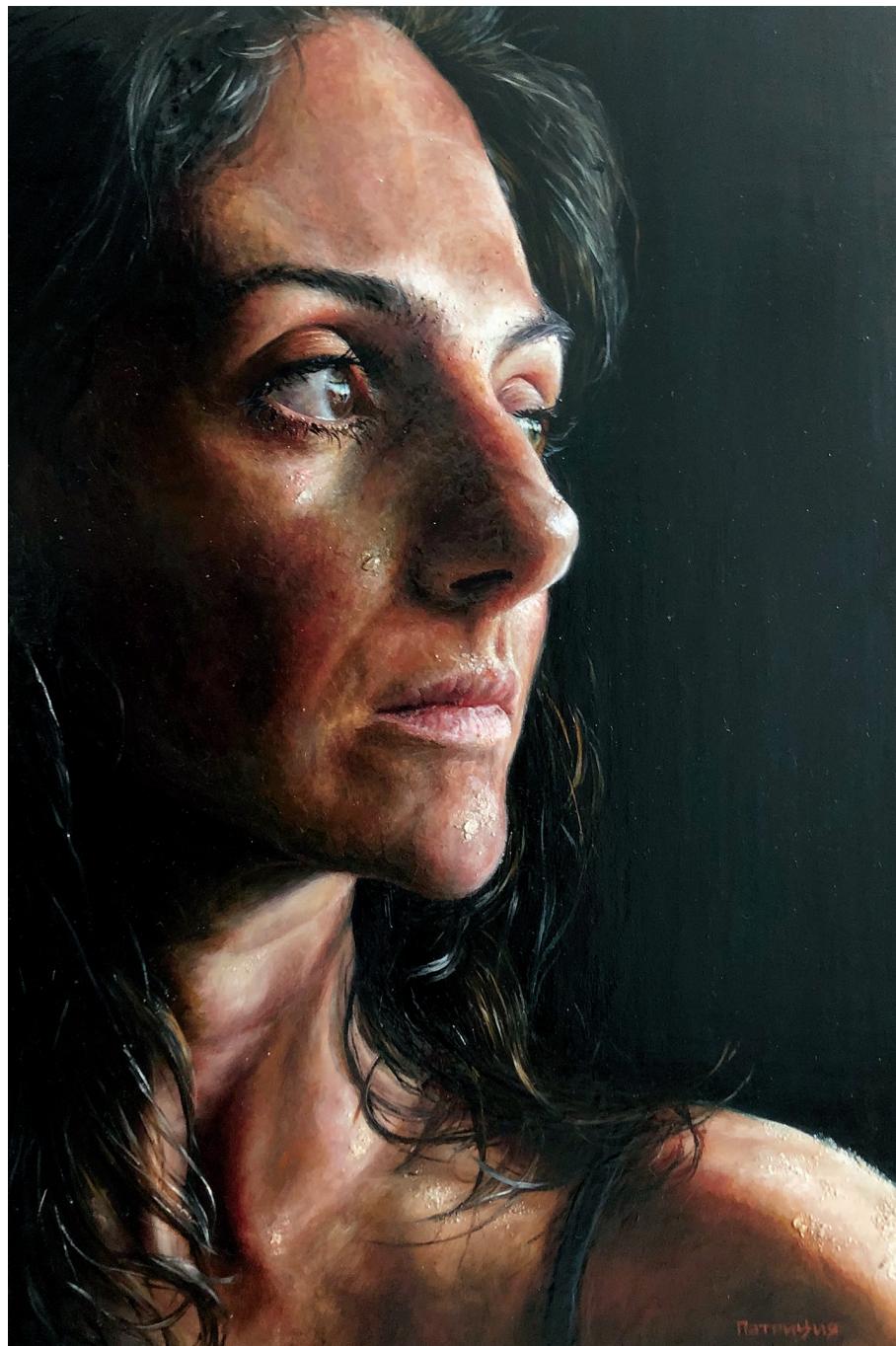
PATRICIA SÁNCHEZ SAIFFE

Pintora mexicana, nacida en Guadalajara, Jalisco. Es técnica en diseño gráfico por la Universidad del Valle de Atemajac y licenciada en Ciencias de la Comunicación por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores (TEC) de Monterrey. Ha participado en certámenes, bienales y concursos; así como en varias exposiciones colectivas e individuales en galerías y museos de México. Internacionalmente su propuesta artística ha sido exhibida en foros culturales y casas de arte en diversas ciudades de los estados de California y Texas en Estados Unidos, en galerías de Sevilla y Madrid, España, y en el Musée de La Poste en París, Francia. Parte de su obra pertenece a las colecciones de arte de Banco de México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Black Coffee Gallery y la Colección de Arte Milenio, así como a colecciones privadas en Argentina, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Japón y México. Ha incursionado en la ilustración editorial, colaborando con el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo Nacional para la Cultura y las Artes (FONCA) y la Editorial Andrés Bello de México.

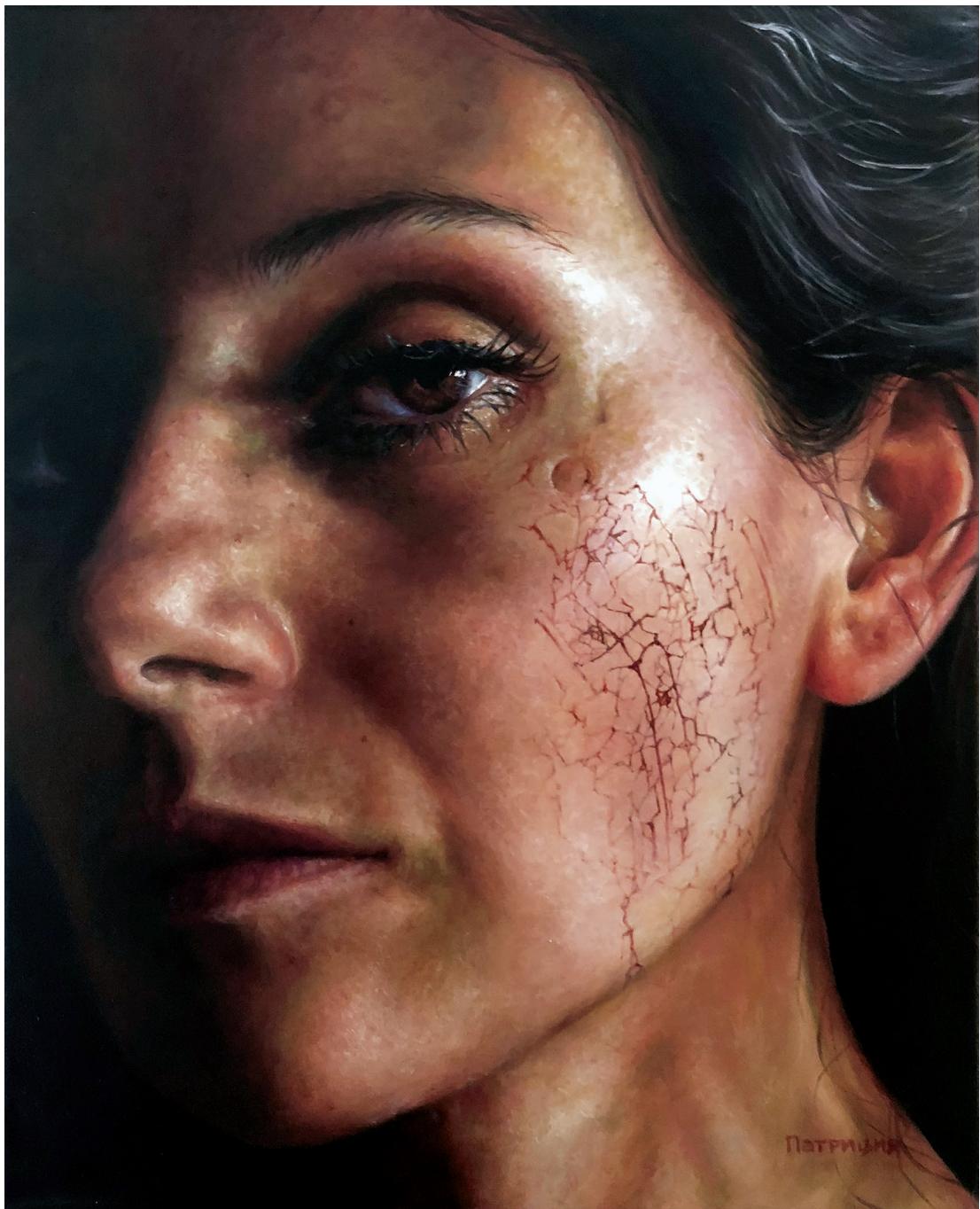
Web y redes sociales:
<http://www.patriciasanchezsaiffe.com>
Patricia Sanchez Saiffe : FACEBOOK
@patriciasanchezart / @patriciasanchezsaiffe : INSTAGRAM

**Desmaterializando un sentimiento**

Intervención de fotografías, 50 x 50 cm, 2020

**Tentaciones**

Óleo y cuarzo sobre lino en soporte rígido, 60 x 40 cm, 2019



Inconponible

Óleo sobre tela, 343 x 20 cm, 2018



Classic communication

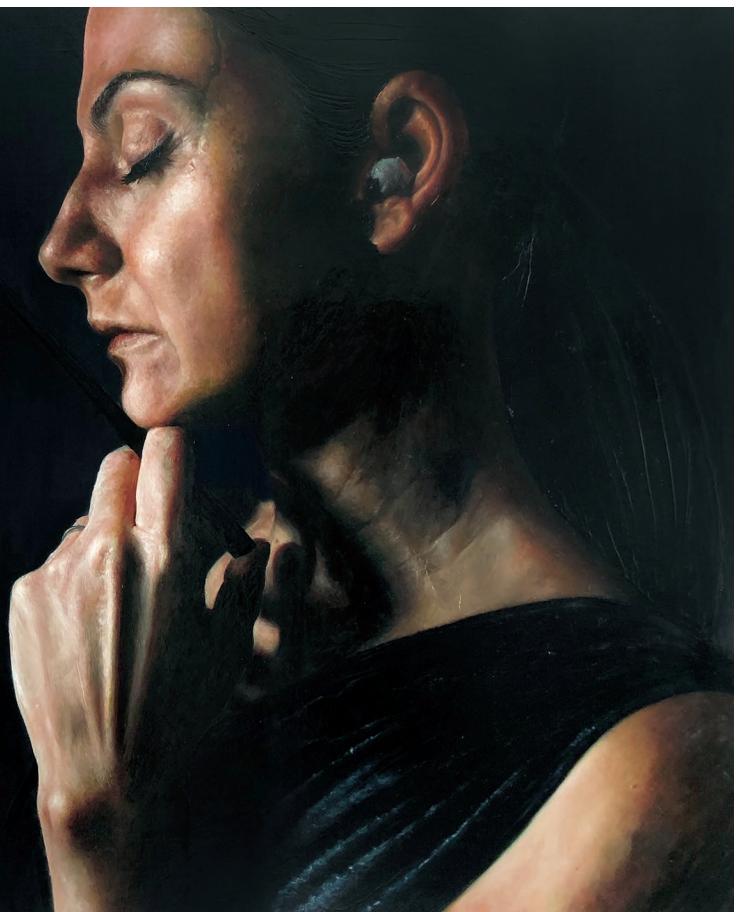
Óleo sobre lino, 30 x 20 cm, 2021

**Ocular**

Óleo sobre tela, 34 x 20 cm, 2017

**Renovación**

Óleo sobre lino en soporte rígido, 100 x 85 cm, 2018



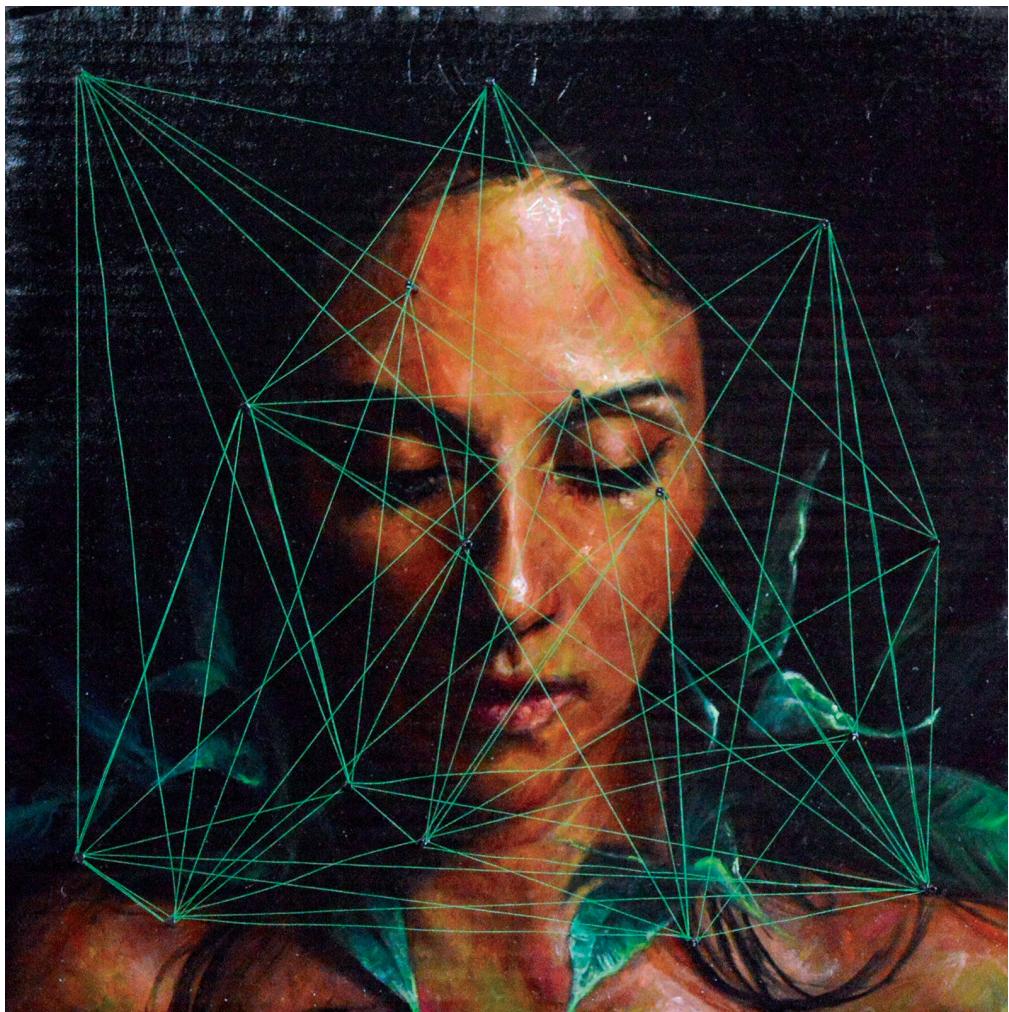
Silencio

Óleo sobre lino en soporte rígido, 100 x 150 cm, 2019



Nocturna infraganti

Óleo sobre lino, 105 x 70 cm, 2022

**La guía**

Mixta sobre cartón, 30 x 30 cm, 2020

**Articulare**

Óleo sobre tela, 50 x 40 cm, 2017

**Paralelismos**

Óleo sobre lino en soporte rígido, 130 x 85 cm, 2021

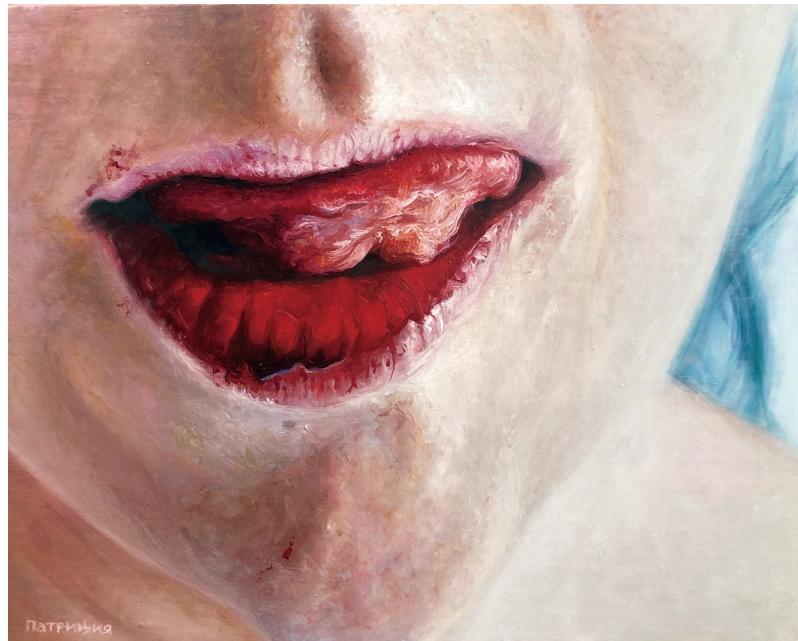
**Balanza**

Mixta sobre madera, 60 x 40 cm, 2023



Radiografía de un recuerdo que florece

Mixta sobre madera, 60 x 40 cm, 2021

**Hematófaga**

Óleo sobre lino en soporte rígido, 30 x 40 cm, 2019



La espera

Óleo sobre lino en soporte rígido, 30 x 40 cm, 2019

**Gestación lunar**

Óleo sobre lino en soporte rígido, 100 x 100 cm, 2021

**Ignite**

Óleo sobre lino en soporte rígido, 130 x 85 cm, 2021

Clopsine®
Clozapina

AMPLIA POTENCIA SIN
RESISTENCIA



acudopik
olanzapina

EL CAMINO A LA ESTABILIDAD



RAYAR®
Quetiapina

ESTABLE Y CONFIABLE



LA LIGA DE LOS ANTIPSICÓTICOS

psicofarma®
Al servicio de la salud mental

Pontiride®
Sulpirida

VERSATILIDAD PRESENTE



Flupazine®
Trifluoperazina

EL ARTE DE SER EFICAZ



Antredamin®
Aripiprazol

EFFECTO INTEGRAL Y SEGURO

