

# Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México



Ignacio Lozano-Verduzco@  
Profesor-investigador  
Universidad Pedagógica Nacional

Estudiar a los hombres no necesariamente es hablar desde la(s) masculinidad(es) y a la vez sí implica hacerlo; significa referirse a una parte importante de la población humana que tiene ciertas características corporales, las cuales son interpretadas, interpeladas, usadas y entendidas desde una serie de estándares socioculturales que construyen la imagen de lo “masculino”, lo “varonil” y lo “machil”.<sup>i,1</sup>

Estas interpretaciones se hacen desde un sistema de poder particular que se ha nombrado *cultura de género*,<sup>2-5</sup> que en México es binaria y jerárquica, lo que se traduce en que los cuerpos con características “machiles” son colocados por encima de aquellos cuerpos “hembriles”, se les otorga más poder y se les enseña a reproducirlo.<sup>6</sup>

Aun cuando ese poder implique privilegios y dividendos,<sup>7</sup> también deviene en malestares,<sup>8-10</sup> que se ubican en el campo de la salud física y mental.<sup>11</sup> De tal manera, estudiar las masculinidades significa colocar la mirada en las relaciones de poder derivadas de una estructura sociocultural patriarcal que afecta las relaciones ambos sexos y entre hombres.

Los malestares masculinos están claramente asociados a la pérdida de algún privilegio patriarcal<sup>10</sup> y se vinculan sobre todo con la salud mental. En este sentido, los hombres que se divorcian o pierden su trabajo suelen presentar síntomas vinculados con la depresión y la ansiedad.<sup>9</sup> Asimismo, quienes “pierden” el privilegio de la heterosexualidad, por estar asociada al binario del género y a la masculinidad,<sup>11-14</sup> tienen malestares relacionados con la presencia de cuatro emociones: miedo, vergüenza, culpa y tristeza, que en conjunto se han definido como “soledad gay”.

Lo anterior ocurre debido a que solo bajo un sistema de género binario, que excluye la posibilidad del deseo homoerótico, se producen estas emociones y esto sucede entre aquellos varones de cierto nivel social y económico que les permite acercarse a la categoría “gay”.<sup>15,16</sup> Aunado a esto, en México, el modelo de masculinidad

hegemónica (MMH) sostiene que los hombres deben ser fuertes y rudos, rasgos que afectan su relación con la salud y la enfermedad, y se presentan como obstáculos para acudir al servicio médico ante síntomas de dolor y malestar.<sup>17</sup>

Existen solo dos estudios con población mexicana que intentan describir la vida emocional y la salud mental de los hombres gay, que se relacionan de manera significativa con la discriminación y la homofobia internalizada (HI).<sup>18,19</sup> En ambos casos se señala que la homofobia cultural, producto del sistema binario del género, se traduce en formas de opresión internalizada que ponen a los hombres gay y bisexuales en riesgo de vivir formas de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y drogas, así como de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo en contextos sexuales con la misma característica.

## Discriminación, homofobia y salud

La homofobia se ha entendido como expresión del estigma,<sup>20-22</sup> de alguna forma de prejuicio sexual<sup>19, 23</sup> y de violencia de género,<sup>24</sup> lo que se ha cuantificado a través de la medición de actitudes negativas hacia la homosexualidad.<sup>25,26</sup> De esta manera, tiene diferentes niveles de expresión que abarcan desde lo individual hasta lo cultural,<sup>27</sup> e incluso la HI, que consiste en la aceptación de premisas y creencias negativas sobre la homosexualidad por la propia persona homosexual.<sup>23,28</sup>

Como señala Luis Ortiz-Hernández, la homofobia tiene sus raíces sociales en tres aspectos del sistema de género actual.<sup>19</sup> El primero es el heterosexismo, sistema ideológico que supone a la heterosexualidad como la única forma de expresión válida y que promueve una sexualidad penetrativa, reproducciónista y falocéntrica.<sup>29,30</sup> El segundo aspecto es el cumplimiento de los estereotipos de género, que se derivan de una ideología binaria. En este sentido, Marina Castañeda señala que la homofobia no es el rechazo a prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, sino a la transgresión de los estereotipos de género, en cuyo sentido se percibe a los hombres gay como hombres

@ Correo electrónico: [ilozano@upn.mx](mailto:ilozano@upn.mx)

<sup>i</sup> Utilizo los conceptos “machil” y “hembril” para referirme a la composición biológica de los cuerpos, en un intento por comprender que “hombre” y “mujer” son construcciones sociales que refieren a más elementos que los corporales.<sup>1</sup>

“afeminados”<sup>31,32</sup> Finalmente, el tercer aspecto es el androcentrismo; es decir, la dominación de los hombres y lo masculino sobre las mujeres y lo femenino.

Como producto de estas premisas, se entiende lo homosexual como inferior a lo heterosexual y a los hombres gay como menores respecto a los heterosexuales. Dicha propuesta ha sido corroborada en diversos estudios empíricos, que encuentran relaciones significativas entre la masculinidad hegemónica y la homofobia, mismas

que señalan a esta última como un conjunto de formas de ejercicio de poder basadas en el sistema de género actual.<sup>33</sup>

En México, la Encuesta Sobre uso de Drogas en Población LGBT de 2015, muestra que en el último año 88% de hombres gay y bisexuales bebió alcohol y 49% de ellos lo hizo una vez a la semana.<sup>34</sup> Respecto a otras sustancias, se indica que 74% utilizó cannabis, 46% ingirió *poppers*,<sup>ii</sup> 25% usó cocaína y 24%, *tachas*/MDMA.<sup>iii</sup> Asimismo, 28% reconoció haber consumido estas drogas cada dos o tres meses, o al menos una vez al año.



<sup>ii</sup> *Poppers* es el término coloquial para referirse a nitritos de alquilo, nitritos de amilo y nitrito de butilo, que funcionan como vasodilatadores que relajan los músculos lisos. Entre los hombres gay se usan durante las prácticas sexuales, pues relajan los músculos del recto y del ano para facilitar la penetración.

<sup>iii</sup> Las *tachas* o MDMA, conocidas como “éxtasis”, pertenecen a la familia de anfetaminas y se usan con fines recreativos y en ocasiones psicoterapéuticos. Algunos de sus efectos son la euforia, la sensación de intimidad y la disminución de la ansiedad.

Además, un estudio a nivel nacional mostró que 66.95% de la comunidad LGBT<sup>iv</sup> mexicana reportó haber sido discriminada alguna vez debido a su orientación sexual o a su identidad de género, siendo la Ciudad de México la zona geográfica con los porcentajes más elevados.<sup>35</sup> Otra investigación llevada a cabo en esa misma urbe, con participantes de diferentes partes del país, muestra que 83.6% reportó haber vivido algún evento de discriminación y 83.8% alguna situación de violencia.<sup>36</sup> Así, entre las formas de discriminación más comunes se mencionaron: derivación para recibir atención psicológica, exclusión de su ambiente religioso y de su círculo de amistades. Mientras que las expresiones de violencia más recurrentes fueron las burlas, los insultos o amenazas y el acoso sexual.<sup>36</sup>

Por lo tanto, ante un contexto homofóbico, existe evidencia de que la construcción de relaciones sociales y de una red de apoyo a través de una sensación de conexión comunitaria (CC) puede reducir los daños producidos por la discriminación homofóbica.<sup>37</sup>

De esta manera, la expresión de la homofobia en sus distintos niveles forma parte de elementos biopolíticos que producen una *sindemia*<sup>v,38</sup> particular que incide en el desarrollo de trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias. Sin embargo, los esfuerzos para estudiar, analizar y cuantificar la homofobia y el estado sanitario de la comunidad LGBT mexicana son mínimos: las investigaciones se han centrado en comprender las diferentes formas en que esta comunidad es discriminada y violentada.

En un estado de respeto a los derechos humanos esta cuantificación es necesaria, pero no se visibiliza que la discriminación tiene efectos sobre la subjetividad, incluidos aquellos que afectan la salud mental, mismos que se deben evidenciar para comprender la situación de la comunidad y aportar en la generación de políticas públicas que minimicen los impactos sanitarios, la desigualdad y discriminación en el acceso a los servicios de salud.<sup>22</sup>

En este sentido, es necesario comprender que la discriminación deriva y produce la HI; es decir, que

los problemas de salud mental de la comunidad LGBT no se puedan localizar en la persona, haciéndola responsable o culpable de la condición. Más bien, la HI debe ser comprendida como efecto de un sistema sociocultural de género y de la sexualidad, que es jerárquico, que con frecuencia margina a la comunidad LGBT y que se incorpora a la sensación del yo a través de procesos de endoculturación<sup>vi</sup> y socialización.<sup>25</sup>

Considerando que el sistema heteropatriarcal excluye a los hombres debido a su deseo e identidad homoerótica y a las dificultades sanitarias que derivan del MMH en cualquier cuerpo-hombre, en este artículo se presenta un análisis de la manera en que la HI, la discriminación y la CC afectan la depresión, el consumo de alcohol y las prácticas sexuales de riesgo de hombres gay de la Ciudad de México.

## Material y métodos

Para esta investigación se realizó un estudio transversal correlacional, con el fin de conocer las diferencias y los efectos de la HI, la depresión, la CC, el consumo de alcohol y las prácticas sexuales de riesgo asociadas a este, entre hombres gay residentes en la Ciudad de México.

De este modo, se utilizó la escala de HI adaptada para la población mexicana por Ortiz-Hernández<sup>19</sup> y validada por Ignacio Lozano-Verduzco y Fernando Salinas-Quiroz.<sup>36</sup> Respecto a la identificación de trastornos depresivos, se usó el Cuestionario General de Salud (CGS), validado en estudiantes universitarios y población LGBT.<sup>19</sup> En cuanto al consumo de alcohol, se evaluó a partir de seis preguntas del *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), con la recomendación de Ortiz-Hernández.<sup>19</sup> Asimismo, se acudió al cuestionario de CC elaborado por D.M. Frost e I.H. Meyer<sup>37</sup> y validado en población mexicana LGBT por Lozano-Verduzco y Salinas-Quiroz.<sup>36</sup> Finalmente, el cuestionario sobre discriminación fue tomado de la propuesta de Alejandro Brito, Alfonso Jiménez, Horacio Sivori, Paula Lacerda, Napoleón Glockner y Luis Alberto de la Garza.<sup>39</sup>

<sup>iv</sup> Usaré LGBT para referirme a la comunidad compuesta por lesbianas, gays, bisexuales y trans. Utilizo este último término para incluir a transexuales, transgénero y travestis. En los últimos años, el movimiento de diversidad sexual en México ha incluido a intersexuales y personas "queer", pero no me referiré a estas dos últimas categorías.

<sup>v</sup> "Sindemia" es una propuesta teórica de Merrill Singer para referirse a la combinación de dos o más enfermedades en grupos poblacionales, donde los efectos de esas enfermedades se pueden exacerbar debido a la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran.<sup>38</sup>

<sup>vi</sup> Este concepto se refiere a procesos de enseñanza-aprendizaje, a través de los cuales las generaciones de mayor edad transfieren conocimientos, ideas, valores y cosmovisiones a las y los más jóvenes.

Así, la escala de HI mostró una confiabilidad de 0.87 y una varianza explicada de 57.85%, a través de 13 reactivos en escala Likert de cinco opciones que se acomodan en dos factores.<sup>36</sup> Las seis preguntas del AUDIT también están en dicha escala y con las mismas opciones, las cuales fueron codificadas para que sumaran 15 puntos. Además, el CGS constó de 12 preguntas, nueve de las cuales se apegaron a la escala Likert de cinco opciones, una en la misma escala con cuatro opciones y dos de manera dicotómica.

Por su parte, el cuestionario de CC incluyó ocho reactivos en escala Likert de cinco opciones y agrupados en un solo factor, con una confiabilidad de 0.896 y que explica 58.7% de la varianza.<sup>36</sup> El cuestionario sobre discriminación consistió en 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí o no), que exploran los espacios donde se ha vivido discriminación y las personas que la han perpetrado. Este instrumento suma 30 puntos, alcanzar 15 puntos indica que nunca se ha vivido discriminación y de 16 a 30, que esta se ha experimentado en al menos un espacio.

El muestreo se realizó a partir de dos estrategias y fue no probabilístico accidental. En primera instancia, se capacitó a un grupo de 40 personas voluntarias, estudiantes o egresadas de la licenciatura en psicología, quienes aplicaron los instrumentos durante la marcha del orgullo gay y de la diversidad sexual celebrada el 27 de junio de 2015, en la Ciudad de México. En esa misma fecha se habilitaron los cuestionarios en línea, en la plataforma SurveyMonkey, y se difundió a través de diferentes redes sociales digitales, con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil que

se dedican al trabajo en derechos y salud de la diversidad sexual y de instancias gubernamentales como el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) y el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED).

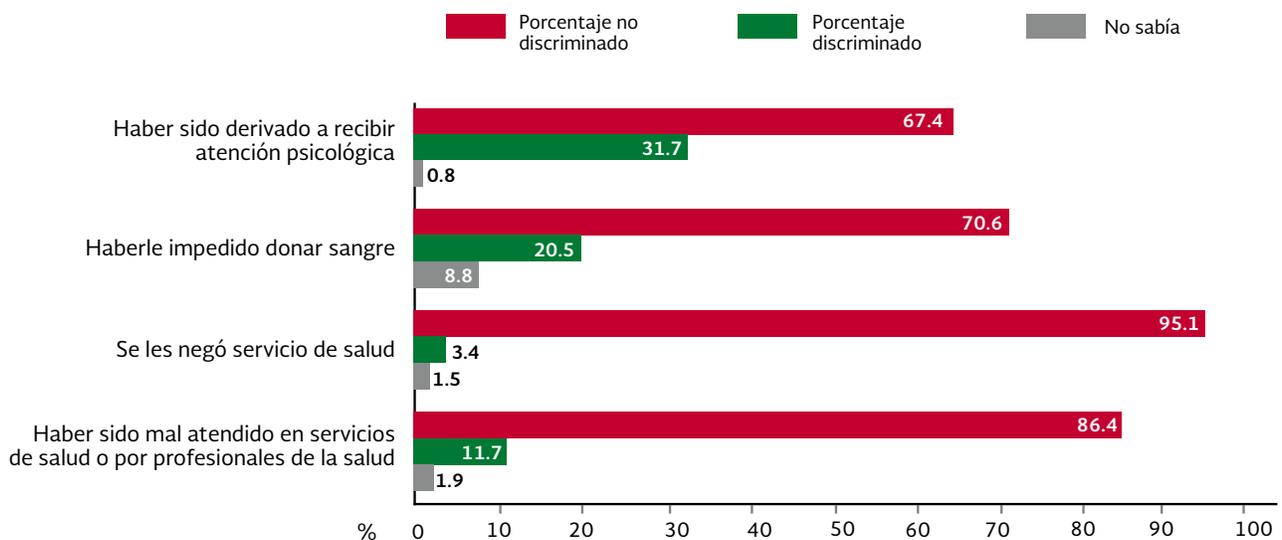
La muestra contó con 1 824 participantes, con edad promedio de 26.75 años, con una desviación estándar de 8.63 años, siendo la edad más baja 13 años y la mayor 70 años. Respecto a la edad en que se asumieron como gay, el promedio fue 13.77 años, con una desviación estándar de 13.26 años.

En cuanto al primer encuentro sexual con alguien del mismo sexo, la edad promedio fue 16.64 años, con una desviación estándar de 5.85 años y la edad del primer encuentro sexual con alguien de otro sexo fue 16.65 años, con una desviación estándar de 4.11 años. Además, 28 nunca habían mantenido prácticas sexuales con alguien de otro sexo y dos nunca lo habían hecho con alguien de su mismo sexo. Finalmente, más de la mitad contaba con estudios de licenciatura y esa misma proporción pertenecía a la clase media.

## Resultados

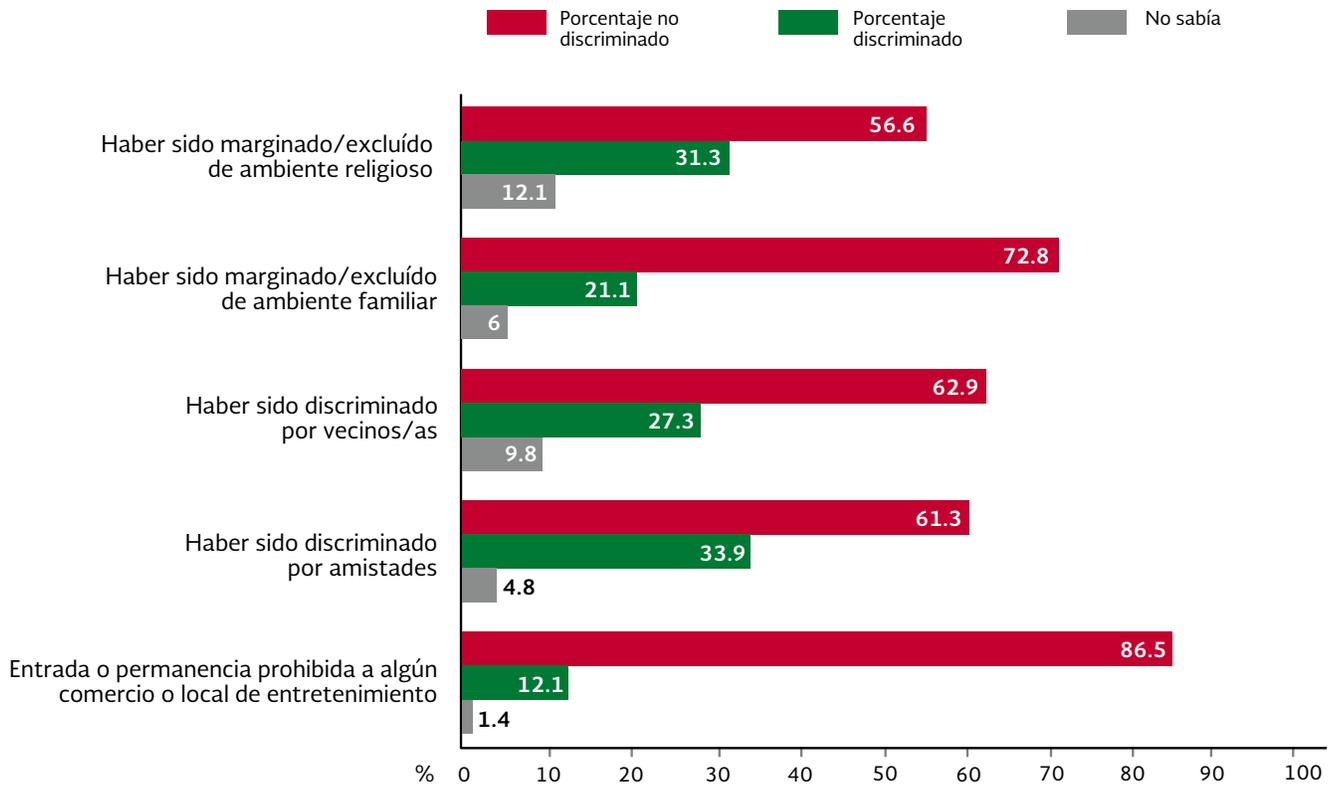
De los 1 824 participantes, 11.76% (215) reportó no haber vivido alguna forma de discriminación. En las gráficas 1 a 5 se muestran las frecuencias con la que los participantes reportan haber sido discriminados en diferentes espacios y ámbitos, como la salud, el entorno social, la seguridad y la impartición de justicia, los estudios y el laboral.

**Gráfica 1. Discriminación relacionada con la salud**



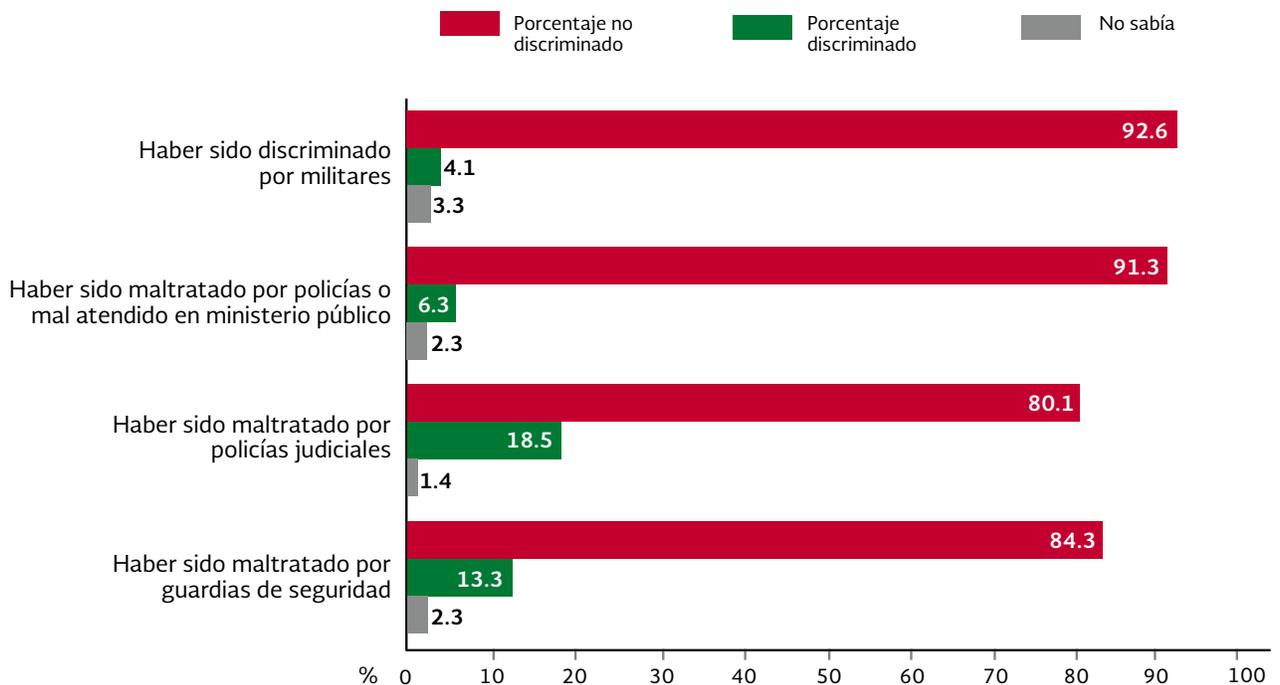
Fuente: elaboración propia.

**Gráfica 2. Discriminación relacionada con su entorno social**



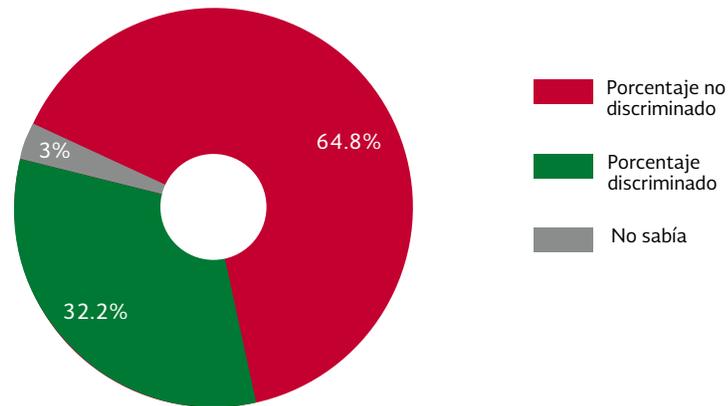
Fuente: elaboración propia.

**Gráfica 3. Discriminación relacionada seguridad e impartición de justicia**



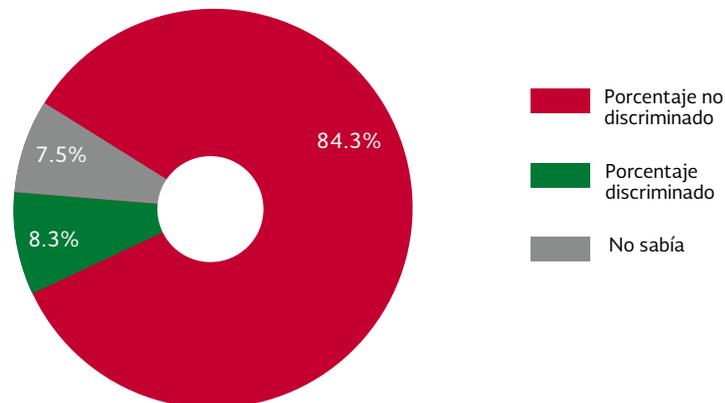
Fuente: elaboración propia.

**Gráfica 4. Discriminación relacionada con los estudios.  
Haber sido discriminado en el lugar de estudio**



Fuente: elaboración propia.

**Gráfica 5. Discriminación relacionada con el ámbito laboral.  
No haber sido contratado o haber sido despedido**



Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con los datos obtenidos, casi 90% de los hombres participantes han sido discriminados en al menos un contexto a lo largo de su vida, aunque estos son diferenciados. Es decir, si un hombre gay es discriminado en algún entorno, difícilmente lo será en otro, de tal manera que no son acumulativos. No obstante, llama la atención la alta frecuencia de discriminación que vive esta población. Asimismo, se evidencia que los contextos donde más se ejerce este tipo de prácticas es en las escuelas, el entorno social (familias, amistades y personas vecinas) y en el ámbito religioso. En menor medida, se observa en los contextos de salud y de justicia.

Respecto al consumo de alcohol, en el cuadro 1 se observa que los participantes tienen un consumo moderado (mensual o semanal), pero un porcentaje importante de esta población tiene consumos elevados por ocasión,<sup>vii</sup> que puede ser considerado como abuso de alcohol. También llama la atención que la mayoría de los participantes considera que esta forma de beber les ocasiona malestar. En los cuadros 1 y 2 se muestran las frecuencias de consumo de alcohol y su relación con las conductas sexuales de riesgo.

<sup>vii</sup> Que en inglés se conoce como *binge drinking*.

**Cuadro 1. Consumo de alcohol. Porcentaje**

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	Cuatro o más veces por semana
	3.4	16.9	33	36.1	9.1
Cantidad de copas bebidas por ocasión	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más
	2.4	23	34.8	22.4	11.3
Frecuencia de consumo de 6 o más copas por ocasión	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
	3.2	29.3	35.8	19.3	12
	Sí	No			
Sensación de que debería beber menos	89.2	10.8			
Sensación de culpa o remordimientos por la forma de beber	84.5	15.5			
Haber bebido como primera opción para “curarse la cruda”	83.2	16.7			

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 2. Prácticas sexuales de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol. Porcentaje**

	Frecuencia con la que tomó alcohol antes o durante relaciones sexuales con hombres	Frecuencia con la que usó drogas antes o durante relaciones sexuales con hombres
No tuvo relaciones sexuales	3.1	7.1
Nunca	10.2	17
Casi nunca	29.7	61.1
Poco menos de la mitad de las veces	34.4	8.6
La mitad de las veces	12.2	2.8
Poco más de la mitad de las veces	3.8	1.1
La mayoría de las veces	2	0.8
Siempre	3.9	1.1

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las prácticas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de alcohol y drogas, se observa un porcentaje bajo, pero relevante, de hombres gay que siempre usan alguna sustancia para mantener relaciones sexuales, aunque la mayoría consume alcohol la mitad de las veces y casi nunca utiliza drogas.

Con el fin de conocer si existían diferencias en las variables dependientes (CC, HI, alcoholismo, depresión y conductas sexuales de riesgo) entre personas que habían sido discriminadas y las que no, se realizó una T de Student para muestras independientes. A pesar de que las medias para cada grupo se observaron dispares y diferentes, ninguna T fue significativa, quizá debido a que la cantidad de personas en el grupo de hombres

discriminados era considerablemente mayor a la cantidad de personas que no habían vivido dicha experiencia.

En este sentido, los hombres gay llegan a desarrollar creencias homofóbicas hacia su persona, como parte de su identidad gay,<sup>16</sup> lo que se conoce como homofobia internalizada (HI) y se vincula con aspectos de la salud mental de esta población.<sup>19</sup> Para identificar cómo afecta la HI a la depresión, la CC y las prácticas sexuales de riesgo y alcoholismo, se realizó el análisis de la varianza (ANOVA<sup>viii</sup>) para comprender de qué manera el grado de HI afecta a estas variables. De esta forma, los grupos se dividieron en tres, calculando los percentiles 33.3 y 66.6 en los puntajes de HI.



<sup>viii</sup> ANOVA se refiere al análisis de la varianza, que permite medir si existen diferencias entre tres o más grupos. La prueba ANOVA se basa en las medias y varianzas de los puntajes totales de cada subgrupo para calcular las diferencias.

Los resultados de la ANOVA mostraron que existen diferencias significativas en todas las variables dependientes (CC, depresión, alcoholismo significativas al 0.01 y conductas sexuales de riesgo significativa al 0.05), dependiendo del nivel de HI (bajo, medio, alto) que tienen los hombres gay. En el cuadro 4 se muestran las medias y desviaciones estándar de cada variable dependiente, con segregación por el nivel de HI.

**Cuadro 4. ANOVA de un factor para conocer diferencias en CC, depresión, alcoholismo y conductas sexuales de riesgo en tres niveles de HI**

	Variable dependiente	Gays	
		Media	DE
HI baja	CC	27.06	6.51
	Depresión	27.91	3.37
	Alcoholismo	9.78	3.46
	Conductas sexuales de riesgo	3.8	1.61
HI media	CC	26.33	5.95
	Depresión	28.1	2.7
	Alcoholismo	10.34	4.14
	Conductas sexuales de riesgo	4.08	1.6
HI alta	CC	23.99	6.34
	Depresión	28.68	3.06
	Alcoholismo	10.78	3.1
	Conductas sexuales de riesgo	4.11	1.78

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, estos resultados indican que a mayor nivel de HI hay menores niveles de CC, mayores niveles de depresión, de alcoholismo y de conductas sexuales de riesgo. Así, se puede afirmar que la HI, como resultado de procesos complejos de discriminación y marginación, funciona como factor que impide el sano desarrollo de hombres gay, produciendo importantes malestares emocionales y de salud.

En específico, existen diferencias en el nivel de CC entre personas con HI baja y HI alta y entre personas con HI media y HI alta [ $F(2,1158)=25,38, 0.042$ ]. Respecto a la depresión, se observan disparidades entre aquellas personas con HI baja y HI alta y aquellos con HI media y HI alta [ $F(2,1122)=6.41, 0.011$ ]. También se reportan diferencias en el tema del alcoholismo entre personas con HI baja y HI alta [ $F(2,1022)=6.6, 0.012$ ]. En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, se ubican entre el grupo de HI baja y el de HI alta [ $F(2,970)=3.448, 0.007$ ].

Finalmente, para conocer la manera en que la CC afecta a las demás variables (HI, discriminación, alcoholismo, prácticas sexuales de riesgo y depresión), se llevó a cabo una ANOVA entre los grupos que puntuaron bajo, alto y medio en esta categoría. En el cuadro 5 se muestran los resultados de ese análisis.

**Cuadro 5. ANOVA de un factor para conocer diferencias en HI, depresión, alcoholismo y conductas sexuales de riesgo en tres niveles de CC**

Variable dependiente	Gays		
	Media	DE	
CC baja	HI	22.66	10.04
	Depresión	28.14	2.84
	Alcoholismo	10.17	3.53
	Conductas sexuales de riesgo	4.04	1.79
CC media	HI	20.75	8.08
	Depresión	28.14	2.84
	Alcoholismo	10.3	3.25
	Conductas sexuales de riesgo	3.94	1.56
CC alta	HI	17.74	6.23
	Depresión	28.37	3.16
	Alcoholismo	9.93	3.28
	Conductas sexuales de riesgo	3.83	1.65

Fuente: elaboración propia.

La única diferencia significativa se encontró en la HI ( $p= 0.001$ ),  $F(2,1158)33.86$ ,  $0.055$  y con diferencias entre los tres grupos, las cuales indican que a menor CC, existe mayor HI. En las variables de depresión y alcoholismo no se evidencian patrones claros dependientes de la CC y en las conductas sexuales, a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas, se observa que a menor CC, hay más prácticas de riesgo.

## Discusión

Con los datos obtenidos, se señala que la discriminación por homofobia está muy presente entre hombres gay de la Ciudad de México, pues casi 90% de ellos ha sido víctima de alguna práctica de este tipo. Esta discriminación puede ser comprendida como un recordatorio constante de la pérdida patriarcal que implica

romper con las normas heteronormativas y del MMH. Debido a que la reproducción del poder es solo posible a través de procesos pedagógicos con nuevos cuerpos-hombres, el MMH también exige la reproducción heterosexual. Entonces, la identidad gay rompe con esta demanda e implica la renuncia a la masculinidad hegemónica y a la heteronormatividad.

No solo eso, sino que este tipo de discriminación está tan inmersa en la cotidianidad de todos los hombres gay, que forma parte de los procesos básicos de socialización y enculturación, enseñando constantemente que el deseo homoerótico y la identidad sexual que se puede construir con ese deseo, son inadecuados, marginados, indeseables y discriminados.<sup>15,16,32,40,41</sup> Estos procesos resultan en lo que Meyer llama “estrés minoritario”,<sup>21,22</sup> Ross y Rosser nombran “homofobia internalizada”<sup>28</sup> y Ortiz-Hernández denomina “opresión internalizada”.<sup>19</sup> Estas expresiones señalan un mismo conjunto de creencias negativas

que poseen los hombres gay (y otras personas de minorías sexuales) sobre su propia persona y su sexualidad. Como otros estudios han señalado, este prejuicio, homofobia u opresión es una variable que medía la discriminación externa y los malestares de salud mental en hombres gay,<sup>18,19</sup> así como con emociones negativas y prácticas sexuales inseguras.<sup>15,42</sup>

Los datos aquí presentados señalan que la HI está afectando el bienestar de los hombres gay en mayor medida que la discriminación, pues aqueja de manera directa la depresión, el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo. Lo anterior debido a que cuando tienen mayores niveles de opresión, presentan mayores niveles en estas variables.

Asimismo, resalta el porcentaje de hombres que siempre usan alcohol y drogas antes o durante las relaciones sexuales con otros hombres, ya que dicho consumo puede interferir en la negociación del uso del condón y otras prácticas sexuales seguras. De igual modo, algunas drogas generan deshidratación en el cuerpo del usuario y secan

las mucosas (como ano y boca), cuestión que puede favorecer heridas en ellas y propiciar algún tipo de infección.

Un dato de suma relevancia, pues no ha sido estudiado en población mexicana, es la manera en que la HI impacta sobre la sensación de conexión con la comunidad LGBT. Es evidente que los hombres que sienten más opresión se vinculan de manera más distante con otros hombres gay y esta distancia simbólica impacta en su salud.

Si bien los hombres gay deben tener acceso a servicios de salud mental y sexual de calidad que les permita disminuir los malestares de tristeza, depresión, consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo, parece que estas afectaciones tienen una raíz clara en la discriminación homofóbica, que tiene un vínculo cercano con el MMH y la cultural heteropatriarcal. De tal manera, en la medida en que existan políticas públicas que disminuyan la discriminación, la violencia de género e incrementen la igualdad de género, se podrán observar modificaciones positivas en la manera en que hombres gay viven su salud y su identidad sexual.



La política pública en materia de salud e igualdad se puede beneficiar de manera importante con los datos aquí presentados. Como línea de trabajo se propone la inclusión de servicios de salud mental específicos para hombres gay y otras minorías sexuales, los cuales tienen que estar insertos en la perspectiva de género y deben considerar la discriminación homofóbica y las emociones producidas por dichas prácticas, como base de problemáticas depresivas y de consumo de alcohol.<sup>15</sup> Esto implica la capacitación del personal de salud en materia de género, sexualidad, derechos humanos y no discriminación, con la intención de que el trabajo terapéutico se oriente a la resignificación de la HI.

Por otro lado, iniciativas como el matrimonio y la adopción igualitaria, así como campañas nacionales en contra de la homofobia, son formas de sensibilizar a la población en general en materia de discriminación y derechos humanos, y pueden contribuir a la construcción de dinámicas culturales basadas en el trato equitativo e igualitario. Finalmente, se propone la inclusión de temáticas LGBT en la currícula de todos los niveles educativos, con contenido sobre la lucha social y política de esta comunidad, su historia y las diferentes expresiones de la sexualidad humana, libres de estigma. Esto con la intención de disminuir la clandestinidad con la que se desarrollan las identidades gay, que con mucha frecuencia conducen a prácticas sexuales de riesgo.<sup>16,42</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Coll-Planas G. La voluntad y el deseo: La construcción social del género y la sexualidad, el caso de lesbianas, gays y trans. Barcelona, Madrid: Egales; 2010.
2. Amuchástegui A. ¿Masculinidad(es)? Los riesgos de una categoría en construcción. En: Careaga G, Cruz S, coordinadores. Debates sobre "masculinidad"es: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. Ciudad de México: UNAM-PUJEG; 2006. p. 121-140.
3. Muñiz E. Cuerpo, representación y poder. México en los albores del siglo XX. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa; 2002.
4. Núñez Noriega G. Diversidad sexual y afectiva, un nuevo concepto para una nueva democracia. México; 2005.
5. Núñez Noriega G. Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian? Culturales ene-jun 2016;IV(1):9-32.
6. Amorós Puente C. Notas para una teoría nominalista del patriarcado. *Asparkia, Investigación Feminista* 1992;1:41-58.
7. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society* 2005;19(6):829-59.
8. Burin M. Atendiendo el malestar de los varones. En: Burin M, Meler I, compiladoras. *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2000. p. 338-357.
9. Fleiz Bautista C, Ito Sugiyama ME, Medina-Mora Icaza ME, Ramos Lira L. Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2008;31(5):381-90.
10. Tena Guerrero O. Problemas afectivos relacionados con la pérdida, disminución y riesgo de pérdida del empleo en varones. En: Jiménez Guzmán ML, Tena Guerrero O, editores. *Reflexiones sobre "masculinidad" y empleo*. México: CRIM-UNAM; 2007. p. 357-375.
11. de Keijzer B. La salud de los hombres: muchos problemas y pocas políticas. En: Rocha TE, Lozano I, compiladores. *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*. Ciudad de México: Facultad de Psicología-UNAM; 2014.
12. Butler J. *El género en disputa*. México: Paidós; 1992.
13. Butler J. *Cuerpos que importan*. México: Paidós; 2001.
14. Butler J. *Deshacer el género*. México: Paidós; 2006.
15. Lozano-Verduzco I. Desire, emotions and identity of gay men in Mexico City. *Psychology of Men & Masculinity* 2015;16(4):448-58.
16. Lozano-Verduzco I, Rosales AL. In/formal sex education: learning gay identity in cultural and educational contexts in Mexico. 2016;28(4):546-61.
17. Sabo D. The study of masculinities and Men's Health: An Overview. En: Kimmel MS, Hearn J, Connell RW, editores. *Handbook of studies on Men and Masculinities*. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 326-352.
18. Granados J, Delgado G. Salud mental y riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia. México: UAM-División de Ciencias Biológicas y de la Salud; 2007.
19. Ortiz-Hernandez L. Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental* 2005;28(4):49-65.
20. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Nueva York: Simon & Schuster; 1986.
21. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995;35:38-56.
22. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin* 2003;129:674-79.
23. Herek GM. Beyond "homophobia": thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sex Res Social Policy* 2004;1:6-24.
24. Lagarde M. Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. En: Papadimitriou Cámara G, coordinador. *Educación para la paz y los derechos humanos. Distintas miradas*. Ciudad de México: Asociación Mexicana para las Naciones Unidas. A.C./ Universidad Autónoma de Aguascalientes y El Perro sin Mecate; 1997. p. 71-106.

25. Lozano I, Díaz-Loving R. Factores asociados a la expresión de la homofobia en la Ciudad de México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* 2009;15:45-66.
26. Lozano I, Díaz-Loving R. Medición de la homofobia: desarrollo y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2010;30:105-24.
27. Blumenfeld W. Introduction. En: Blumenfeld W, editor. *Homophobia, how we all pay the price*. Boston: Beacon Press; 1992. p. 1-22.
28. Ross M, Rosser B. Measurement and correlates of internalised homophobia: a factor analytic study. *J Clin Psych* 1996;52:15-21.
29. Rich A. Compulsory Sexuality and Lesbian Existence. En: Jackson S., Scott S, editoras. *Feminism and Sexuality: A reader*. New York: Columbia University Press; 1996. p. 130-134
30. Warner M. Introduction. En: Warner M, editor. *Fear of a Queer Planet: Queer politics and Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1993. p. Vii-xxxi.
31. Castañeda M. *La experiencia homosexual*. México DF: Paidós; 1999.
32. Castañeda M. *La nueva homosexualidad*. México DF: Paidós; 2006.
33. Lozano I. La colusión entre masculinidad y homofobia. En: Rocha TE, Lozano I, compiladores. *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género*. México DF: UNAM-Facultad de Psicología; 2014. p. 231-252.
34. Encuesta sobre Uso de Drogas en Población LGBT en México. Marzo 2015. México: Espolea e INSADE A.C.; 2015.
35. Mendoza J.C., Ortiz-Hernández L, Román R, Rojas A. Principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015. Ciudad de México: UAM-Xochimilco, Inspira; 2015.
36. Lozano-Verduzco I, Salinas-Quiroz F. *Conociendo Nuestra Diversidad: Discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI*. Ciudad de México: ActúaDF; 2016.
37. Frost DM, Meyer IH. Measuring Community Connectedness among Diverse Sexual Minority Populations. *Journal of Sex Research* 2012;49(1):36-49.
38. Otrach B, Singer MC. At Special Risk: Biopolitical Vulnerability and HIV Syndemics Among Women. *Health Sociology Review* 2012;21(3): 258-71.
39. Brito A, Jiménez A, Sívori H, Lacerda P, Glockner N, de la Garza LA. Política, derechos, violencia y sexualidad. Encuesta Marcha del Orgullo y la Diversidad Sexual Ciudad de México- 2008. Ciudad de México: CLAM; 2012.
40. List M. *Jóvenes corazones gay de la Ciudad de México*. Puebla: BUAP; 2005
41. List M. *Hablo por mi diferencia, de la identidad gay al reconocimiento de lo queer*. México: Eón; 2009.
42. Lozano-Verduzco I. Barriers to sexual expression and safe-sex among Mexican gay men: A qualitative approach. *American Journal of Men's Health* 2016;10(4):270-84.

