

Salud mental y diversidad sexual en Honduras: Una exploración



Salud mental y diversidad sexual en Honduras:

Una exploración



© **Movimiento de Diversidad en Resistencia (MDR)**

Correo electrónico: diversidadresistente@gmail.com

Consultora:

Gina Rodríguez

Consultor asociado:

Luis Velásquez

Consultora junior:

Jensy Ávila

Primera edición:

Tegucigalpa, agosto de 2022

Diseño: Comunica

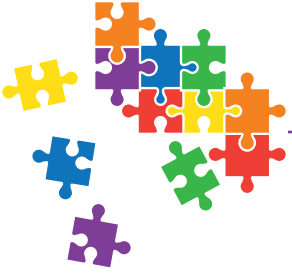
Imagen de portada: www.freepik.com

Hecho en Honduras



Contenido

Resumen Ejecutivo	5
A. Propósito del estudio	5
B. Aproximación teórica	5
C. Breve descripción metodológica	6
D. Retos encontrados y superados	6
E. Principales hallazgos	7
F. Conclusión	10
G. Recomendaciones	11
Introducción	12
Metodología	14
Principales hallazgos	16
Descripción sociodemográfica	16
Entorno Social y Salud Integral	23
Ideación suicida	30
Intención suicida	35
Salud Mental	41
A manera de conclusión	49
Recomendaciones	50
Bibliografía	52
Anexos	56



Resumen Ejecutivo

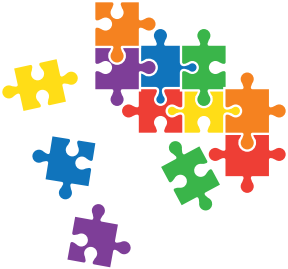
A. Propósito del estudio

La investigación “Salud mental y diversidad sexual en Honduras: una exploración” tiene como objetivo:

Conocer y dimensionar la situación de la salud emocional de las personas LGTBI en Honduras, a fin de evidenciar la necesidad de políticas públicas que mejoren el acceso a servicios y la atención diferenciada.

B. Aproximación teórica

Se aborda la problemática considerando la propuesta teórica de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece los condicionantes biológicos, socioculturales y de estilos de vida que se interrelacionan para determinar el acceso, calidad y satisfacción con el binomio salud-enfermedad, en una relación bio-psico-socio-cultural. Asimismo, nos adherimos a la propuesta de Velásquez, L. (2018) respecto de reconsiderar la LGBTIQ+fobia como GBTIQ+misandria y LBTIQ+misoginia, en tanto son conceptos más apropiados para identificar las acciones de estigma y discriminación de la población cis y heteronormada hacia las personas sexo diversas.



C. Breve descripción metodológica

Este estudio es de carácter cualitativo, con tratamiento cuantitativo de los datos recolectados, complementados con revisión bibliográfica de la literatura más relevante sobre la temática. Se realizó una consulta mediante entrevista estructurada online a 151 personas de la comunidad LGBTIQ+ en Honduras y una muestra de 27 informantes claves, especialmente del sector profesional de la salud mental, abordados mediante una entrevista semiestructurada virtual.

D. Retos encontrados y superados

En las condiciones iniciales de movilidad restringida, y luego de distintas olas de contagio, debido a variantes del SARS-Cov-2 como la Delta y Ómicron, durante el levantamiento y análisis de los datos se pudo alcanzar, mediante canales en línea (virtuales), a las personas de la comunidad LGBTIQ+, así como a profesionales de la salud mental que ejercen su labor en centros de atención pública, pese a las restricciones de acceso, debido a la necesidad de permisos especiales de sus jefes inmediatos.

Y, a pesar de no alcanzar una distribución representativa de la muestra abordada de población LGBTIQ+, en esta se logró incorporar a personas de 13 departamentos y 25 municipios del país, lo que implica un reto para futuras investigaciones, con alcance descriptivo, analítico o explicativo.

La dificultad de alcanzar la inclusión de población sexo diversa de todo el espectro LGBTIQ+ fue una constante preocupación; no obstante, se pudo encontrar e incluir a personas queer, no-binaries, asexuales y pansexuales, que constituyen minoría dentro de la población sexo diversa. No fue posible encontrar a personas intersexuales que participaran del estudio. La muestra alcanzada asciende a 151 personas sexo diversas.

E. Principales hallazgos

La población LGBTIQ+ consultada reside en 13 departamentos; 62.3% vivía en Francisco Morazán, y el resto (37.7%) en los otros 12 departamentos. La mayoría, 57.6% de la población del estudio, residía en el Municipio del Distrito Central (MDC), mientras que el 42.4% residía en otros 24 municipios del país.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 45.0% de las personas abordadas se encuentra en un grado de licenciatura incompleta; el 23.2% tenía escolaridad entre primaria incompleta y estudios técnicos o de oficios, mientras que 31.8% manifestó haber cursado desde licenciatura completa hasta doctorado.

La mayoría (53.6%) de las personas abordadas manifestó que se encontraba sin pareja sentimental; cuatro de cada diez (39.7%) expresaron tener pareja, mientras que el 6.6% declaró contar con múltiples parejas en el momento de la consulta.

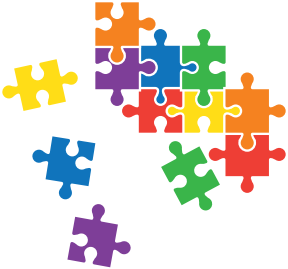
Entre 17.9% y 39.7% de la población LGBTIQ+ abordada indicó que convivía con un pariente cercano, como madre-padre o algún otr@ familiar. La proporción de población que vive sol@ fue de 15.9%, mientras que una de cada siete (14.6%) reside con su pareja.

La muestra estuvo integrada por jóvenes menores de 31 años (68.9%), mientras que las personas mayores de 30 años fueron el 31.1%. En otras palabras, siete de cada diez eran jóvenes entre 16 y 30 años.



Respecto de la pertenencia étnica auto percibida, la gran mayoría (92.1%) expresó sentirse parte del grupo social mestizo, y el restante 7.9% dijo pertenecer a un grupo étnico (garífuna, lenca).

En cuanto a la identificación religiosa/espiritual, el 56.3% se identificó como creyente, el 37.7% se considera no creyente, y 6.0% se ubica en otras opciones espirituales, incluido el agnosticismo.



La mayoría de la población consultada se agrupó en 49 profesiones y oficios (75.5%); es decir, tres de cada cuatro personas; y el 21.2% se catalogó como estudiante, 2.0% como amas de casa y solo el 1.3% manifestó identificarse como persona desempleada.

53.0%

Ingresos
< L 10,000.00
mensuales

47.0%

Ingresos
> L 10,000.00
mensuales

El 53.0% de la población abordada reportó tener ingresos personales menores de L 10,000.00 mensuales; el restante 47.0 se ubicó en una posición económica con ingresos mayores a los L 10 mil al mes.

Las personas LGBTIQ+ se identificaron en su género, siendo los dos grupos mayoritarios los hombres gay y bisexuales cisgénero (41.7%) y las mujeres lesbianas y bisexuales cisgénero (40.4%); mientras que las personas trans alcanzadas fueron el 9.9% y, en las otras identidades (queer, no-binaries y otr@s), se agrupó el restante 7.9% de la población.

Al filtrar la información de la orientación sexual, según identidad de género, resulta que el 41.1% de la población consultada se identificó gay; el 33.1% bisexual y el 15.2% lesbiana; y quienes se describen como heterosexuales y de otras orientaciones, suman 5.3% cada una.

Más de la mitad de las personas LGBTIQ+ abordadas expresaron que acudían a los servicios de salud privada (53.0%) cuando lo requerían, frente al 33.8% que utiliza los servicios de salud pública. La cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) abarca a aproximadamente una persona de cada 13, mientras que los servicios comunitarios son frecuentados por cerca de una de cada 19 personas consultadas.

Las personas de la muestra manifestaron que habían sido diagnosticadas con ansiedad (30.9%) y depresión (28.6%) en el último año, además de otros (23.6%) trastornos del estado de ánimo, todos relacionados con la problemática suicida; únicamente el 17.0% expresó no reportar ninguna afección de salud mental.

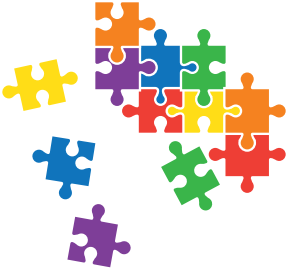
En general, se aprecia una mediocre valoración de los servicios de salud en cuanto al respeto a los derechos de las personas LGBTIQ+, con una apreciación de poco o nada del 73.5%. El mismo personal de salud (55.5%) admite que se respetan poco o nada los derechos de la población diversa sexual en la atención de los servicios de salud.

Con los resultados de este estudio, se confirman los hallazgos de una anterior investigación del Movimiento de Diversidad en Resistencia, MDR (Sandoval, Nelsy, 2020), en particular los referidos a la situación de vulnerabilidad que prevalece en la población sexo diversa del país.

En cuanto a las reacciones de otras personas ante la “salida del clóset” de la población sexo diversa —fuera del contexto familiar y las amistades—, entre las figuras de autoridad que se perfilan como apoyo para la aceptación se encuentran el personal docente (27.8%) y los/as jefes/as (37.1%), pero permaneciendo por debajo del promedio general de apoyo (44.1%). El mayor soporte de aceptación y apoyo lo constituyen las amistades (88.7%). A pesar de la discriminación y los factores en contra, la autoaceptación de las personas abordadas es alta (93.4%), y es aún mayor entre la muestra de población trans. Esta población, en el aspecto de satisfacción consigo mism@, alcanzó el mayor grado (9.27/10.0).

Respecto de la vulnerabilidad en cuanto a la situación de salud emocional, se aprecia en el grupo de las mujeres cisgénero una ideación suicida de 60.7%, mientras que en el grupo de bisexuales este porcentaje alcanza el 60.0%. De ello se deduce que las mujeres cisgénero bisexuales son las de mayor riesgo. Los índices de ideación (53.6%) e intento suicida (36.4%) son en general muy altos, en comparación con la literatura de la problemática en población cisgénero heterosexual.

Una de las preguntas en la consulta fue: Desde 2009, ¿conoce a personas LGBTIQ+ en Honduras que hayan intentado suicidarse? A lo que la mayoría respondió que Sí: 104 (69%). A la siguiente pregunta: Desde 2009, ¿conoce personas LGBTIQ+ en Honduras que se hayan suicidado?, respondieron Sí: 67 (44%) de la muestra abordada.



Los informantes claves reportan que han brindado atención a las problemáticas de ansiedad, depresión (incluyendo intentos suicidas), rupturas amorosas, atención a ITS, secuelas de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, trastornos de alimentación, duelos, violencia sexual, rechazo, estigmas, drogadicción, discriminación internalizada, rechazo familiar y violencia doméstica.

El 96.3% de los 27 informantes claves han tenido que atender a personas sexo diversas con problemáticas derivadas de la depresión, y el 40.7% ha atendido alguna emergencia psiquiátrica suicida. El 55.6% considera que se respetan NADA o POCO los derechos de las personas sexo diversas en los servicios de salud. En este sentido, en consonancia con opiniones vertidas por la población consultada, son reconocidos como espacios de atención los servicios psicológicos privados/comunitarios de: la organización Kukulkán, Médicos Sin Fronteras, Colectivo Violeta y el Movimiento de Diversidad en Resistencia (MDR), la mayoría ubicados en la capital de la República.

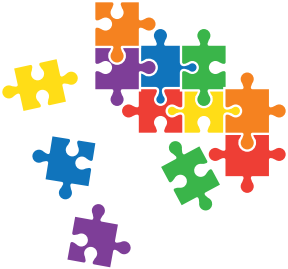
López, B. (2019), analista del Centro de Estudio para la Democracia (CESPAD), quien realizó una radiografía del suicidio en Honduras, refiere lo que diferentes sectores relacionados con la Salud Mental mencionan como causas del suicidio. Para el Colegio de Psicología son los problemas económicos y sociales, consumo de alcohol y drogas, abuso sexual, patología mental (ansiedad, depresión). Para el Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS) es la baja autoestima, rupturas de pareja, presiones familiares (generadoras de miedo), violencia y precaria situación económica y, para el Hospital Mario Mendoza, los trastornos mentales (bipolaridad, ansiedad y depresión) y condiciones psicosociales (desempleo, estrés, divorcios y violencia intrafamiliar).

F. Conclusión

Se concluye que, debido a la discriminación, la población sexo diversa sufre constantemente de las causas mencionadas (entre otras la depresión y la ansiedad), que se relaciona con la alta tasa de ideación y tentativa suicida encontrada en esta muestra.

G. Recomendaciones

- ① Elaborar de manera participativa e incluyente una Política Nacional de Salud Mental, que actualice la de 2004-2021, donde se tomen en cuenta las organizaciones de la diversidad sexual y de género, así como aquellas organizaciones no gubernamentales (ONG) que —con o sin personería jurídica— abordan el derecho humano a la salud desde una perspectiva de género.
- ② Actualizar los datos y cifras estadísticas a los disponibles en los cinco años más recientes, especialmente la información obtenida por la ENDESA/MICS 2019, para adecuar los objetivos específicos, líneas de acción e indicadores de la Política.
- ③ Incluir en el vocabulario los términos: identidad de género, orientación sexual y expresión de género, así como palabras incluyentes no binarias como población, habitantes, personas, como parte del eje transversal de equidad de género de la Política.
- ④ Incluir un apartado para la salud mental de grupos socialmente diferenciados por identidad de género y orientación sexual, que incorpore el Protocolo de Atención de Salud Mental para población LGBTIQ+ propuesto en este estudio.
- ⑤ Se requiere la disponibilidad de servicios psicológicos de atención diferenciada para las personas sexo diversas, que sean gratuitos y respetuosos de sus derechos.
- ⑥ A los observatorios de muertes violentas, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y de CATTRACHAS, se les recomienda elaborar anualmente un boletín especial de muertes por suicidio, desagregadas por identidad de género y orientación sexual, con datos validados con las fuentes oficiales y de las organizaciones LGBTIQ+ que llevan registros en el territorio nacional.
- ⑦ A las organizaciones de la diversidad sexual que prestan servicios de atención psicológica, se les recomienda incrementar su incidencia política para que dichos servicios de atención diferenciada sean brindados como atención primaria en salud por las instancias de salud pública correspondientes, con cobertura nacional.



Introducción

La salud mental ocupa una pequeña parte de los presupuestos públicos destinados al campo de la salud en general (Médicos Sin Fronteras, 2020), orillando a la población con necesidades de atención especializada a acudir a las consultas privadas para solventar sus requerimientos. Esto es una realidad que se agudiza cuando se trata de la salud mental de la población sexo diversa, generalmente marginada de las prioridades del sistema de salud en países como Honduras, con un rezago considerable en cuanto a la prevención de trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad.

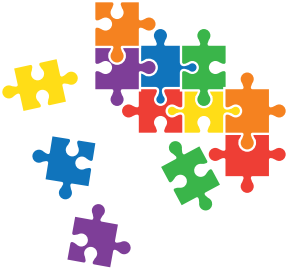
El problema del suicidio en los últimos años, de acuerdo al IUDPAS (2021), se cuantifica así: “En Honduras, las muertes violentas auto-infligidas o suicidios han cobrado la vida de 2274 personas durante el periodo de enero 2015 a diciembre 2020”. Esta prevalencia alcanzó en 2019 una tasa de 5.4 víctimas por cada cien mil habitantes. No se cuenta con un registro estadístico que desglose este dato por identidad de género y orientación sexual; no obstante, la incidencia de trastornos de salud mental asociados al suicidio suele ser mayor entre la población LGBTQ+, influenciada por factores de discriminación social y abuso de sustancias adictivas.

En este estudio exploratorio se pretende realizar una aproximación a los factores relacionados con la salud mental de la población sexo diversa en Honduras, a partir de una consulta mediante entrevista estructurada a personas de la comunidad LGBTQ+ y una muestra de informantes claves, especialmente del sector profesional de la salud mental, abordados mediante una entrevista semiestructurada.

El documento está organizado en seis grandes apartados; la parte central, denominada Principales Hallazgos, contiene los resultados de las entrevistas estructuradas, y el análisis apoyado por la bibliografía consultada más actualizada que se encontró, tanto de textos de Latinoamérica como del contexto nacional.

Muy importante es el aporte realizado por el Movimiento de Diversidad en Resistencia (MDR), con el apoyo institucional del Centro de Derechos de Mujeres (CDM), al patrocinio de esta investigación, cuyos alcances buscan proveer de indicios racionales suficientes para proseguir en este campo de estudio, profundizando en la temática, con un diseño de investigación que permita realizar inferencias de la población sexo diversa de Honduras, y realice las comparaciones pertinentes con las realidades de los otros países centroamericanos.

Por lo pronto, presentamos este trabajo que incluye segmentos dedicados a la descripción sociodemográfica de la muestra estudiada, el entorno social y la salud integral, la ideación suicida, la intención suicida y la salud mental, donde se expone una serie de hallazgos y reflexiones en torno de la temática, tan revalorizada en el contexto de la pandemia de COVID-19, como telón de fondo que potencia los factores de riesgo y socava los factores de protección de la salud mental.



Metodología

Este estudio es de carácter cualitativo, con tratamiento cuantitativo de algunos datos recolectados mediante la revisión bibliográfica y las entrevistas con cuestionario estructurado. Según el tiempo de ocurrencia, la investigación es retrospectiva por abordar el tema de la salud emocional de acuerdo al registro y los testimonios históricos. De acuerdo al periodo y secuencia, este estudio es longitudinal, con algunos datos extraídos de la entrevista estructurada con características transversales. Según el tipo de análisis, este es analítico, fundamentado en la bibliografía consultada y la experticia de las/el investigador/as. El alcance de la investigación es exploratorio, bajo el supuesto de que se trata de un acercamiento preliminar al tema del estudio, abierto a futuras contribuciones, ampliaciones y especificaciones de posteriores investigaciones.

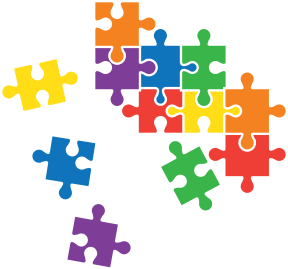
En cuanto a las etapas en que se desarrolló la investigación, primero se realizó la revisión bibliográfica, priorizando los documentos sobre las personas sexo diversas en Honduras. Habiendo recorrido lo bibliográfico, y teniendo construida la ruta documental, se realizó un ejercicio teórico-conceptual en el cual se definieron las categorías de análisis propuestas en el objetivo del estudio.

Se elaboraron los instrumentos de recolección de información: una entrevista estructurada para la recolección de datos de las personas sexo diversas y otra entrevista estructurada para personal de salud como informantes claves. Ambos documentos fueron validados con opiniones externas de personas calificadas. Ambos instrumentos permitieron sustraer la información necesaria para lograr cumplir el objetivo perseguido; fueron aplicados, mediante formato virtual, a las personas sexo

diversas de diferentes regiones del país, así como a personal de salud de instituciones públicas y privadas. Se aplicaron en total 27 entrevistas a informantes claves, incluidas tres en formato semi-estructurado, y 151 entrevistas estructuradas a personas sexo diversas, depuradas de acuerdo a criterios científicos y éticos de la validez de la información proporcionada.

Teniendo aplicados los instrumentos de recolección de información, se procedió a construir las matrices de análisis que sirvieron para procesar, depurar y analizar la información obtenida. Se destaca que el objetivo principal de las matrices de análisis fue poder agilizar la depuración de las entrevistas estructuradas realizadas y, a la vez, rescatar elementos esenciales que ayudarían a lograr el propósito propuesto del estudio.

Se formuló un Protocolo de Intervención Psicológica, considerando la información más relevante y oportuna sobre la salud mental de las personas LGTBI, con especial énfasis en el suicidio, fundamentado en documentación bibliográfica de fuentes institucionales expertas en salud mental. Por último, se realizó la síntesis descriptiva y analítica de la información cualitativa y cuantitativa, que está contenida en el presente informe exploratorio.



Principales hallazgos

Descripción sociodemográfica

La población LGBTIQ+ consultada abarcó 13 departamentos de lugar de residencia: 62.3% vivía en Francisco Morazán y el resto (37.7%) en los otros 12 departamentos. La mayoría, 57.6% de la población del estudio, residía en el Municipio del Distrito Central (MDC), mientras que el 42.4% residía en otros 24 municipios del país.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 45.0% de las personas abordadas se encuentra en un grado de licenciatura incompleta, el 23.2% tiene escolaridad entre primaria incompleta y estudios técnicos o de oficios, mientras que 31.8% manifestó haber cursado desde licenciatura completa hasta doctorado.

TABLA 1: Nivel de escolaridad

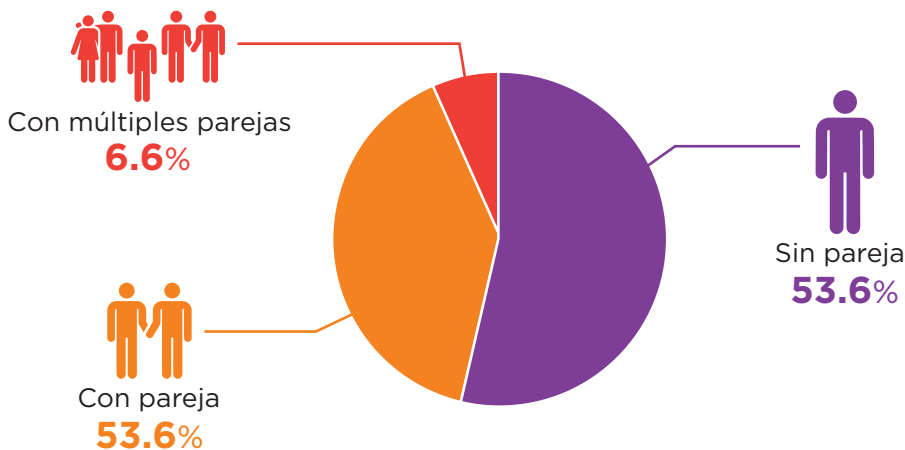
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1. Primaria incompleta	1	0.7	0.7
2. Secundaria incompleta	3	2.0	2.7
3. Secundaria	24	15.9	18.6
4. Estudios técnicos o de oficios	7	4.6	23.2
5. Licenciatura incompleta	68	45.0	68.2
6. Licenciatura	34	22.5	90.7
7. Maestría	13	8.6	99.3
8. Doctorado	1	0.7	100.0
Total	151	100.0	

La mayoría de las personas abordadas (53.6%) manifestó que se encontraba sin pareja sentimental; cuatro de cada diez (39.7%) expresaron tener pareja, mientras que el 6.6% declaró contar con múltiples parejas en el momento de la consulta.

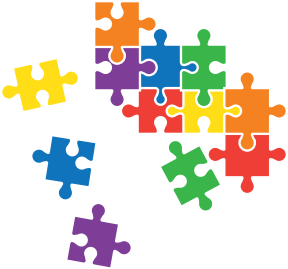
Como factores protectores se reconoce el apoyo social en general y la presencia de un ambiente social inclusivo. En la heterosexualidad la vida de pareja es un factor protector para los hombres, pero no para las mujeres. En las personas sexo diversas, autores como Hickson *et al.* (2016) [citado por González *et al.*, 2019, p. 256] señalan que tener pareja y, más aún, convivir con ella, es un factor protector para el estado de ánimo, ya que disminuye a la mitad el riesgo de padecer depresión.

En un estudio exploratorio, González Rivera, J., Rosario Rodríguez, A. y Santiago Torres, L. (2019) evaluaron si tener pareja es un factor protector para la depresión y la ideación suicida en la comunidad LGBT de Puerto Rico, y encontraron diferencias en los niveles de depresión entre las personas que tienen pareja y las que no tienen. Los resultados demostraron que el tener pareja reduce a la mitad la probabilidad de la ideación suicida, y concluyeron que tener una relación de pareja es un factor protector contra la ideación suicida. No obstante, en esta muestra no representativa, no se aprecia una diferencia significativa influida por la condición de tener o no pareja.

GRÁFICO 1: Condición de la pareja



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.



La población LGBTIQ+ abordada indicó, entre 17.9% y 39.7%, que convivía con un pariente cercano, incluidos madre-padre o algún otr@ familiar. La proporción de población que vive sol@ fue de 15.9%, mientras que quienes residen con su pareja fueron aproximadamente una de cada siete (14.6%).

TABLA 2: Personas convivientes

Actualmente ¿con quién/es vive?<?>	Frecuencia	Porcentaje
Con mi madre	60	39.7
Con mi padre	29	19.2
Con algún otr@ familiar	27	17.9
Sol@	24	15.9
Con mi pareja	22	14.6
Otras	14	9.3
Con amistades	11	7.3
Con mis hij@s	7	4.6
Con compañer@ de cuarto	6	4.0
Total	200	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada.

La población LGBTIQ+ que participó en el estudio estuvo integrada por jóvenes menores de 31 años en 68.9%, mientras que las personas mayores de 30 años fueron el 31.1%. En otras palabras, siete de cada diez eran jóvenes entre 16 y 30 años.

TABLA 3: Edad de la población consultada

Edad quinquenal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
16 a 20 años	16	10.6	10.6
21 a 25 “	39	25.8	36.4
26 a 30 “	49	32.5	68.9
31 a 35 “	24	15.9	84.8
36 a 40 “	12	7.9	92.7
41 a 45 “	7	4.6	97.4
46 a 50 “	3	2.0	99.3
51 o más	1	0.7	100.0
Total	151	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

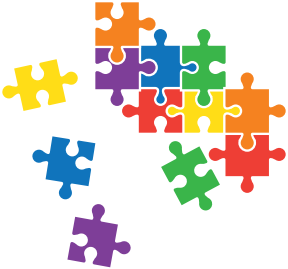
Respecto de la pertenencia étnica auto percibida, la gran mayoría (92.1%) expresó sentirse parte del grupo social mestizo, mientras que el restante 7.9% dijo pertenecer a un grupo étnico (garífuna, lenca).

En cuanto a la identificación religiosa/espiritual, el 56.3% se identificó como creyente, el 37.7% se considera no creyente, y 6.0% se ubica en otras opciones espirituales, incluido el agnosticismo.

La mayoría de la población consultada se agrupó en 49 profesiones y oficios (75.5%), que equivale a tres de cada cuatro personas; el 21.2% se catalogó como estudiante, 2.0% como ama de casa y solo el 1.3% manifestó identificarse como persona desempleada.

Sandoval, Nelsy (2020) en un Diagnóstico situacional de seguridad, desprotección y exclusión de la población lgttbiq+ en Honduras, solicitado por el MDR/CDM, encontró que al 59.8%, en más de una ocasión, se le ha negado el empleo a causa de su orientación sexual.

El 53.0% de la población abordada reportó tener ingresos personales menores a L 10,000.00 mensuales; el restante 47.0 se ubicó en una posición económica con ingresos mayores a los L 10 mil al mes.



En la revisión de investigaciones que realizaron Tomicic, Alemka y cols. (2016) encontraron que las personas de la comunidad LGBT con bajos recursos económicos y/o bajo nivel de educación tienen mayor probabilidad de padecer depresión. En cambio, si son privilegiados en estos dos aspectos, aumentará la probabilidad de resistir el impacto negativo de los principales estresores sociales que esta comunidad enfrenta.

TABLA 4: Nivel de ingresos personales

Ingreso mensual aproximado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Más de L 50,000	3	2.0	2.0
De L 20,001 a L 50,000	22	14.6	16.6
De L 10,001 a L 20,000	46	30.5	47.0
De L 5,001 a L 10,000	25	16.6	63.6
Menos de L 5,000	22	14.6	78.1
No recibo ingresos	33	21.9	100.0
Total	151	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada.

El Estado de Honduras reconoce únicamente dos sexos en los documentos oficiales de identificación de las personas nacidas o nacionalizadas. Por ello, fue pertinente preguntar a la población LGBTIQ+ con cuál de ambos sexos se le identifica desde su nacimiento. El resultado es que el 57.0% está asignado como hombre, en tanto que el 43.0% permanece asignada como mujer.

TABLA 5: Sexo legal de la población consultada

Sexo asignado al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	86	57.0
Mujer	65	43.0
Total	151	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Las personas LGBTIQ+ se identificaron en su género de acuerdo a lo que refleja la Tabla 6, siendo los dos grupos mayoritarios los hombres gay y bisexuales cisgénero (41.7%) y las mujeres lesbianas y bisexuales cisgénero (40.4%); las personas trans alcanzadas fueron el 9.9% y, en las otras identidades (queer, no-binaries y otr@s), se agrupó el restante 7.9% de la población.

TABLA 6: Población consultada según identidad de género

Identidad de género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre cisgénero	63	41.7	41.7
Hombre trans	4	2.6	44.4
Mujer cisgénero	61	40.4	84.8
Mujer trans	11	7.3	92.1
Otras (Queer, no-binaries, ...)	12	7.9	100.0
Total	151	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Al filtrar la información orientación sexual según su identidad de género, resulta que el 41.1% de la población consultada se identificó Gay, el 33.1% Bisexual y el 15.2% Lesbiana; mientras, quienes se describen como heterosexuales y de otras orientaciones, suman el 5.3%, respectivamente.

En el Informe sobre los Abusos de Derechos Humanos de Usuarios de Servicios de Salud Mental en Honduras (2020), tres mujeres transgénero, entrevistadas en el contexto de su trabajo de prostitución, informaron que ser transgénero se considera una enfermedad mental en Honduras. Una de ellas tenía una discapacidad psicosocial y era usuaria de servicios psiquiátricos. Señaló que había sido socializada para creer que su identidad de género era un síntoma de su condición psicosocial.



TABLA 7: Población consultada según orientación sexual e identidad de género

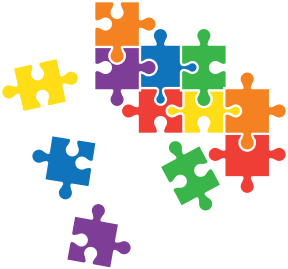
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?		¿Cuál es su identidad de género?					Total
		Hombre cisgénero	Hombre trans	Mujer cisgénero	Mujer trans	Otra (Queer, no-binaries, ...)	
Heterosexual	Recuento	0	1	0	7	0	8
	%	0.0%	25.0%	0.0%	63.6%	0.0%	5.3%
Gay	Recuento	54	0	1	2	5	62
	%	85.7%	0.0%	1.6%	18.2%	41.7%	41.1%
Lesbiana	Recuento	0	1	22	0	0	23
	%	0.0%	25.0%	36.1%	0.0%	0.0%	15.2%
Bisexual	Recuento	9	0	36	1	4	50
	%	14.3%	0.0%	59.0%	9.1%	33.3%	33.1%
Otras (asexual, pansexual, ...)	Recuento	0	2	2	1	3	8
	%	0.0%	50.0%	3.3%	9.1%	25.0%	5.3%
Total	Recuento	63	4	61	11	12	151
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Entorno Social y Salud Integral

Las personas LGBTIQ+ consultadas expresaron que habían dado a conocer su orientación sexual mayormente a sus amistades (96.0%), seguido de madre y herman@s con 74.8% cada uno; la figura paterna conoce su orientación sexual en un 53.6%, por debajo de otros familiares (57.6%), compañer@s de trabajo (57.0%) y su pareja (57.6%). En el entorno académico, el grupo de compañer@s de estudio alcanzó un 68.2%, muy por encima del grupo de maestr@s con 37.7%, entre otros. Se evidencia que las amistades constituyen el grupo de mayor confianza para “salir del clóset”, mientras que l@s hij@s (10.6%) y alumn@s (14.6%) resultan con los porcentajes más bajos, debido a la alta proporción de “No aplica” que contienen.

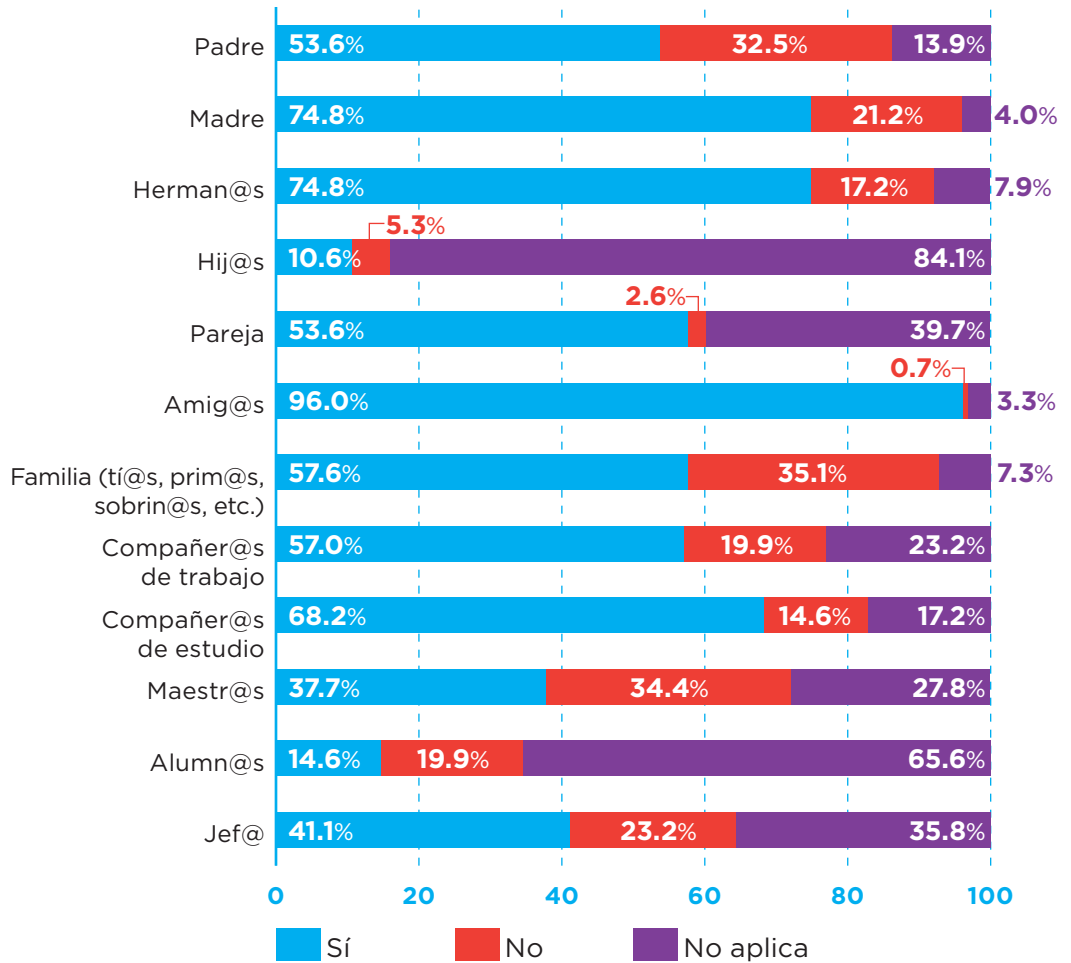
Las amistades representan 96.0%, el mayor porcentaje de con quien se siente bien compartir y confiar la orientación sexual; esto también se refleja en el 86.1% de quienes muestran apoyo a las personas sexo diversas, siendo este vínculo el sostén alternativo ante el rechazo en el entorno familiar. Tener amistades reduce el impacto de la violencia por discriminación brindando, por ejemplo, un lugar seguro donde vivir, apoyo económico para el sostén y afirmando de manera positiva la identidad y orientación. Las personas sexo diversas enfrentan reacciones de discriminación en los diferentes contextos en que se desenvuelven; el ambiente familiar es fuente de violencia, que puede ser física y psicológica, por lo que sufren imposiciones y control de su vida.



Como lo menciona Ubilla (2009), citado en el *Estudio sobre percepción de la diversidad sexual en la ciudad Universitaria, 2015* (Martínez H., M. et al., 2016), hay necesidades elementales como los vínculos sociales, un marco de orientación, de entrega a algo, el arraigo, identidad y trascendencia que permiten desarrollar una buena salud mental en el ser humano.

GRÁFICO 2: Conocimiento de orientación sexual por personas del entorno social

Le ha hecho saber su orientación a:



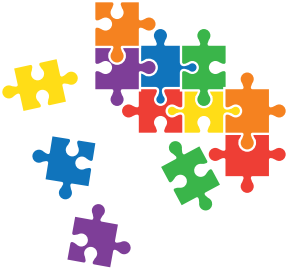
Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

“Salir del clóset” es comunicar la identidad de género y/u orientación sexual a familiares, amigos o compañeros de trabajo; se clasifica como un hito del desarrollo de las personas LGTB+, y sigue siendo necesario desde el punto de vista psicosocial, pues constituye una mayor aceptación y mejora considerable del Autoconcepto y de la salud mental en general (APA, 2012, citado por Baca, T., 2018). Sin embargo, este hito también es producto de una sociedad heterosexista, que presupone que todos somos heterosexuales cisgénero y que, por tanto, es necesario aclarar los casos contrarios; mientras la lucha LGTB+ y la visibilización se sigue desarrollando, este proceso resulta necesario para la mayoría de las personas (Baca, T., 2018).

Siguiendo la propuesta teórica-conceptual de Velásquez, L. (2018), en este estudio se omite deliberadamente el uso de los términos relativos a homo-lesbi-bi-trans-fobia, por coincidir con el autor en que se trata de actos de discriminación motivados por la misandria y la misoginia, como conductas reprobables culturalmente aprendidas, y no miedos irracionales que requieren tratamiento de salud mental.

El mayor porcentaje de rechazo 10.6%, que corresponde a la madre, y que coincide con el 39.7% que convive con su madre, implica que las personas sexo diversas experimentan un grave desajuste emocional debido a esta respuesta. Experimentan mayor riesgo de depresión, abuso de drogas, conductas autolesivas y suicidio. La falta de apoyo y aceptación afecta el funcionamiento en su vida académica y laboral, y dificulta establecer vínculos emocionales de confianza, lo cual es un riesgo para que se generen relaciones de dependencia emocional en los vínculos de pareja.

En relación con el proceso de adopción de la identidad de género y orientación sexual, los hallazgos de un estudio (Birkett *et al.*, 2009 [citado por Tomicic, Alemka y cols., 2016]) muestran que la etapa de “cuestionamiento” constituye un importante período de riesgo suicida en el caso de las personas LGBT. En cuanto a la edad de “salida del clóset”, se encontró que, a menor edad de develación de la identidad de género y orientación sexual LGBT, mayor probabilidad de victimización de género y mayor riesgo de comportamiento suicida (Corliss *et al.*, 2010, [citado por Ídem.]).



Por otra parte, la convivencia con una persona que no sea su pareja, no tiene un efecto protector sobre la depresión ni la soledad en la comunidad LGBT. Investigaciones internacionales previas han llegado a la conclusión de que la edad de mayor intento suicida en población LGBT podría estar cercana a los años en que se reconoce y se revela su orientación sexual, más que a la edad cronológica (Pineda, C., 2013).

TABLA 8: Percepción de aceptación/rechazo social al “salir del clóset”

Tejido social	Me mostró apoyo	Se disgustó, pero me apoyó	Me rechazó	Me trató de convencer de que yo no era así	Me llevó con alguna persona (médic@, psicólog@s, etc.) para intentar cambiarme	No aplica
	%	%	%	%	%	%
Padre	16.6	13.9	9.9	13.2	4.0	42.4
Madre	19.9	27.2	10.6	11.9	5.3	25.2
Herman@s	50.3	17.2	4.6	3.3	0.7	23.8
Hij@s	9.9	0,7	0.7	0.0	0.0	88.7
Pareja	51.7	0.7	1.3	0.0	0.7	45.7
Amig@s	86.1	2.6	2.6	1.3	0.0	7.3
Familia (tí@s, prim@s, sobrín@s, etc.)	31.8	14.6	6.0	6.0	0.0	41.7
Compañer@s de trabajo	49,.	2.0	4.0	0.7	0.0	44.4
Compañer@s de estudio	50.3	5.3	4.0	0.7	0.0	39.7
Maestr@s	23.2	4.6	4.0	2.6	0.0	65.6
Alumn@s	11.9	0.7	2.0	0.7	0.0	84.8
Jef@	36.4	0.7	1.3	0.7	0.0	60.9
Promedios	36.4	7.5	4.3	3.4	0.9	47.5

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Más de la mitad de las personas LGBTIQ+ abordadas expresaron que acudían a los servicios de salud privada (53.0%) cuando lo requerían, frente al 33.8% que utiliza los servicios de salud pública. La cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) abarca a aproximadamente una persona de cada 13, mientras que los servicios comunitarios son frecuentados por cerca de una de cada 19 personas consultadas. Estos datos (Tabla 9) se complementan con los resultados de Sandoval, Nelsy (2020) en el Diagnóstico situacional de seguridad desprotección y exclusión de la población lgtttbiq+ en Honduras, que refleja que el 25% de las personas de los colectivos LGTBIQ+ han sido expuestas a la negación del acceso a atención médica.

TABLA 9: Sitio de atención en salud de la población consultada

Lugar de atención en salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consultorio, centro de salud u hospital público	51	33.8	33.8
Consultorio, clínica u hospital privado	80	53.0	86.8
Seguro Social (IHSS)	12	7.9	94.7
Servicio comunitario	8	5.3	100.0
Total	151	100.0	

Fuente: Elaboración propia en base en la muestra consultada del estudio.

El 26.5% de la población LGBTIQ+ consultada manifestó que los derechos de las personas sexo diversas se respetan mucho o algo, y la mayoría (73.5%) afirma que se les respetan poco o nada en los centros de atención de salud. Es importante destacar que la valoración aplica tanto al ámbito público como privado. Esto equivale a que una de cada cuatro personas tiene una valoración positiva, frente a tres de cada cuatro con una valoración negativa.



TABLA 10: Respeto a los derechos de las personas LGBTIQ+ en los servicios de salud

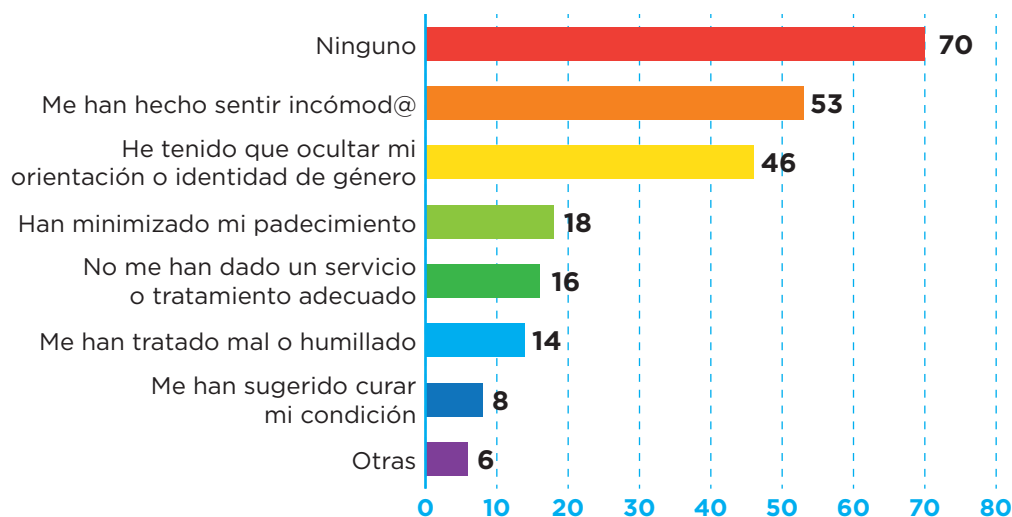
Valoración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho	6	4.0	4.0
Algo	34	22.5	26.5
Poco	75	49.7	76.2
Nada	36	23.8	100.0
Total	151	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

El hecho de sentir discriminación en los lugares donde buscan atención en salud, provoca descuido de su salud física y mental, con las consecuentes complicaciones. Su dignidad se ve dañada, lo que provoca deterioro y abandono de prácticas preventivas y curativas.

La discriminación que suelen enfrentar las personas trans en el sistema de salud, es la primera barrera que dificulta el acceso a la salud; esta discriminación se ve reforzada por la patologización sobre la construcción de la identidad de género, que define la transexualidad como una enfermedad mental. La patologización de la comunidad transexual mantiene invisibilizada la necesidad real, e incapacita a los sistemas de atención para responder de forma eficaz a estos casos; es necesario reorientar el acceso a la salud con el fin de alcanzar el pleno desarrollo humano (Reyes, Fernando, 2016).

En el *Estudio sobre percepción de la diversidad sexual en la ciudad Universitaria, 2015* (Martínez H., M., 2016) los encuestados sobre la necesidad de atención psicológica acorde a la orientación sexual, mencionaron algunas altamente discriminatorias como: para "... estudiarlos y encontrar soluciones... evaluar sus pensamientos y juicios, ideas de acuerdo a las posibilidades reales... definir y conocer mejor su personalidad... definir su futuro... cuáles son las causas de su estado... porque se debe investigar a qué se debe su desviación sexual... algo anda mal en su naturaleza... nuestra sociedad no está preparada para aceptarlas". Lamentablemente, este tipo de opiniones son comunes también en los servicios de salud.

GRÁFICO 3: Número de personas con problemas en la atención médica por ser LGBTIQ+

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

El hecho de que una persona se sienta obligada a ocultar su orientación y/o identidad sexual daña su autoestima y provoca autopercepciones negativas, lo cual disminuye su ánimo y aumenta su vulnerabilidad a situaciones de violencia. En tal sentido, destacan los mecanismos eficientes de las personas sexo diversas que, pese a desenvolverse en un ambiente hostil y violento, logran creativamente funcionar y sobrevivir; la alegría de aceptarse se vive con rebeldía y fuerza.

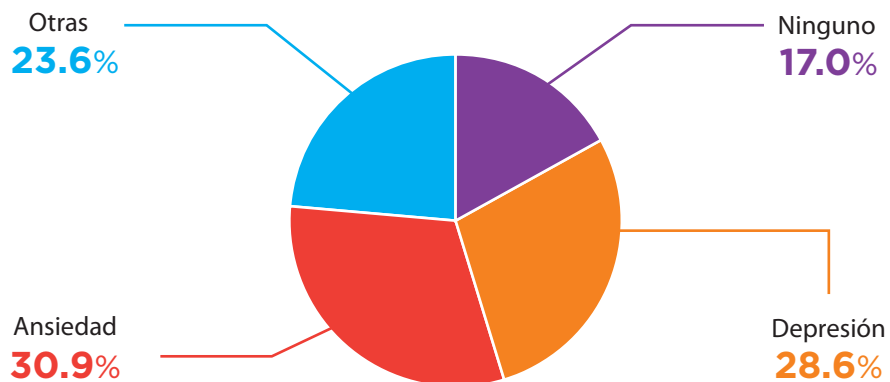
TABLA 11: Sentimiento respecto de la propia identidad de género y orientación sexual

Sentimiento que prevalece	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Me siento feliz de ser quien soy	106	70,2	70,2
Acepto ser quien soy	35	23,2	93,4
No me incomoda ser quien soy, sin embargo, preferiría que nadie más se enterara	7	4,6	98,0
No me acepto del todo	2	1,3	99,3
No me gusta ser quien soy	1	0,7	100,0
Total	151	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.



GRÁFICO 4: Diagnóstico en el último año de afecciones mentales



Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Ideación suicida

Las afectaciones en el estado de ánimo con características depresivas presentan un patrón de pensamiento con ideación suicida; Martínez-Taboas, Cruz-Pérez y Padilla-Martínez (2016) [citados por Tomicic, Alemka y cols., 2016] encontraron en varias investigaciones que las personas sexo diversas presentan mayor prevalencia de Trastornos del estado del ánimo en comparación con personas heterosexuales. Las investigaciones realizadas en la comunidad LGBT determinan que hay dos veces más probabilidad de padecer depresión que las personas heterosexuales (King *et al.*, 2008; Zhao, Montoro, Igartua y Thombs, 2010), y Burns *et al.* (2015) [citados por ídem], encontraron que el 60% de las personas sexo diversas con sintomatología depresiva, nunca han recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico. Diversas investigaciones en las personas sexo diversas concluyen que existe una relación negativa entre la orientación/identidad y la ideación-tentativa suicida. Cochran y Mays (2000) [Ibíd.] encontraron que las parejas del mismo sexo tienen una mayor prevalencia de conductas, pensamientos e intentos suicidas que las heterosexuales.

El modelo de estrés de minorías (Kuyper & Fokkema, 2010, también citados por Tomicic *et al.*, 2016) describe que, por la situación de marginación, estigma, discriminación y rechazo, las personas sexo diversas tienen riesgo de desarrollar y sufrir trastornos psiquiátricos como reacción a las dificultades y estresores sociales que enfrentan en la sociedad.

En esta muestra se obtiene una respuesta afirmativa al pensamiento de suicidio (53.6%), lo cual resulta alarmante. Cabe recordar que estos datos no se pueden inferir a la población LGBTIQ+ total del país; sin embargo, son un llamado de atención a las personas interesadas de la comunidad sexo diversa y los entes responsables de la salud mental en Honduras.

TABLA 12: Ideación suicida según identidad de género

Identidad de género		¿Alguna vez en la vida ha pensado seriamente en suicidarse?		Total
		No	Sí	
Hombre cisgénero	Recuento	31	32	63
	%	49.2%	50.8%	100.0%
Hombre trans	Recuento	2	2	4
	%	50.0%	50.0%	100.0%
Mujer cisgénero	Recuento	24	37	61
	%	39.3%	60.7%	100.0%
Mujer trans	Recuento	8	3	11
	%	72.7%	27.3%	100.0%
Otras (Queer, no-binaries, ...)	Recuento	5	7	12
	%	41.7%	58.3%	100.0%
Total	Recuento	70	81	151
	%	46.4%	53.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

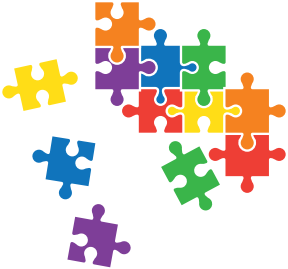


TABLA 13: Ideación suicida según orientación sexual

Orientación sexual		¿Alguna vez en la vida ha pensado seriamente en suicidarse?		Total
		No	Sí	
Heterosexual	Recuento	7	1	8
	%	87.5%	12.5%	100.0%
Gay	Recuento	32	30	62
	%	51.6%	48.4%	100.0%
Lesbiana	Recuento	12	11	23
	%	52.2%	47.8%	100.0%
Bisexual	Recuento	17	33	50
	%	34.0%	66.0%	100.0%
Otras (Asexual, pansexual, ...)	Recuento	2	6	8
	%	25.0%	75.0%	100.0%
Total	Recuento	70	81	151
	%	46.4%	53.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Diversas investigaciones han encontrado que la variable orientación sexual y la conducta suicida es estadísticamente superior en los hombres GBT que en las mujeres (Garofalo, Wolf, Wissow, Woods, & Goodman, 1999; Remafedi, French, Story, Resnick, & Blum, 1998, citados por Tomić et al., 2016). En la muestra de nuestro estudio los resultados varían, pues son las mujeres bisexuales quienes reportan un mayor porcentaje.

Las personas bisexuales han sido una comunidad prácticamente ignorada y poco estudiada en comparación a las personas exclusivamente, o en su mayoría, homosexuales. Las personas bisexuales quedan en un gris o un continuo ignorado entre las categorías extremas de homosexualidad y heterosexualidad absoluta (Toro-Alfonso, 2012).

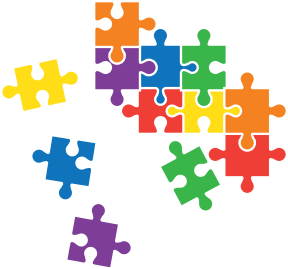
Además, en la historia del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM por sus siglas en inglés) se ha observado una invisibilización y desconsideración de la bisexualidad, aunque sea en procesos incorrectos de patologización. No obstante, el componente principal para categorizar a una persona como homosexual o bisexual, es que esta se identifique como tal (Esteban, C., 2014).

Los Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad suelen ser lo más frecuente como diagnósticos reactivos a un entorno violento y limitado en oportunidades.

TABLA 14: Ideación suicida según nivel de ingresos personales

Nivel de ingresos personales al mes		¿Alguna vez en la vida ha pensado seriamente en suicidarse?		Total
		No	Sí	
Más de L 50,000	Recuento	1	2	3
	%	33.3%	66.7%	100.0%
De L 20,001 a L 50,000	Recuento	14	8	22
	%	63.6%	36.4%	100.0%
De L 10,001 a L 20,000	Recuento	16	30	46
	%	34.8%	65.2%	100.0%
De L 5,001 a L 10,000	Recuento	12	13	25
	%	48.0%	52.0%	100.0%
Menos de L 5,000	Recuento	13	9	22
	%	59.1%	40.9%	100.0%
No recibo ingresos	Recuento	14	19	33
	%	42.4%	57.6%	100.0%
Total	Recuento	70	81	151
	%	46.4%	53.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.



Las personas con ideación suicida, pero principalmente con intento suicida, son reincidentes y, por lo general, requieren hospitalización. Esto implica sobrecostos para el sistema de salud, pero, además, justifica la necesidad de intervenir en los estadios tempranos del fenómeno suicida, como son la ideación y el intento de suicidio (Pineda, C., 2013).

La falta de espacios cálidos, respetuosos y comprensivos de su realidad, donde puedan expresar y exponer su dolor, dificulta que las personas sexo diversas puedan atender su problemática emocional. Se refleja que el 25 % de las personas de los colectivos LGTBIQ+ han sido expuestas a la negación del acceso a atención médica (Sandoval, Nelsy, 2020).

Investigaciones internacionales previas han llegado a la conclusión de que la edad de mayor intento suicida en población LGB podría estar cercana a los años en que se reconoce y se revela su orientación sexual, más que a la edad cronológica (Pineda, C., 2013).

TABLA 15: Ideación suicida según nivel de edad quinquenal

Rangos de edad (en años)		¿Alguna vez en la vida ha pensado seriamente en suicidarse?		Total
		No	Sí	
16 a 20	Recuento	4	12	16
	%	25.0%	75.0%	100.0%
21 a 25	Recuento	15	24	39
	%	38.5%	61.5%	100.0%
26 a 30	Recuento	22	27	49
	%	44.9%	55.1%	100.0%
31 a 35	Recuento	15	9	24
	%	62.5%	37.5%	100.0%
36 a 40	Recuento	7	5	12
	%	58.3%	41.7%	100.0%
41 a 45	Recuento	3	4	7
	%	42.9%	57.1%	100.0%

Rangos de edad (en años)		¿Alguna vez en la vida ha pensado seriamente en suicidarse?		Total
		No	Sí	
46 a 50	Recuento	3	0	3
	%	100.0%	0.0%	100.0%
51 o más	Recuento	1	0	1
	%	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	70	81	151
	%	46.4%	53.6%	100.0%

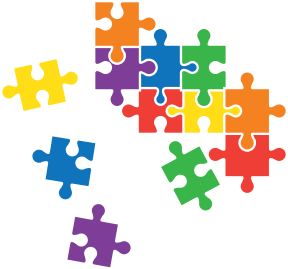
Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Intención suicida

En Honduras, la ausencia de control y la inseguridad existencial reflejan cómo el suicidio es producto de los cambiantes ciclos económicos, políticos y culturales que vivimos como sociedad. El golpe de Estado de 2009 dejó al descubierto esos dos problemas y, desde entonces, el suicidio ha venido en ascenso.

Respecto de la escolaridad, resulta interesante que las personas que se suicidan tienen una vida culturalmente avanzada, lo que no es sinónimo de integración social, ya que el sistema de educación es rígido y, desde la niñez, se les enseña a las personas a reprimir y callar sus sentimientos; así lo revela un estudio del CESPAD ¿Por qué se suicida la gente en Honduras? Análisis del suicidio en un contexto de crisis social (López, B., 2019).

Todas las investigaciones revisadas presentan el antecedente de que la población LGBT muestra peores indicadores de salud mental (i.e. sintomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas) cuando se le compara con población heterosexual, y que estos indicadores constituyen, a su vez, factores de riesgo para el suicidio. Estos problemas de salud mental no serían inherentes a la



orientación sexual e identidad de género, sino que se explicarían por determinantes sociales de la salud (i.e. modelo de estrés de minorías discriminadas). (Bockting *et al.*, 2013; Plöderl *et al.*, 2008; citados por Tomicic *et al.*, 2016).

Por otra parte, los estudios revisados por los autores coinciden en señalar que la suicidabilidad es un problema mayor en la población LGBT, que presenta elevados índices de ideación e intento suicida. En conjunto, los estudios refieren en sus antecedentes tasas de intento de suicidio de entre 20 a 53% para jóvenes LGB (Ídem citando a O'Donnell *et al.*, 2011) y de entre 23 a 47% para el caso de jóvenes trans (Ibíd. en Testa *et al.*, 2012). En términos comparativos, se señala que la probabilidad de ideación e intentos de suicidio es hasta siete veces mayor entre jóvenes LGBT que entre sus contrapartes heterosexuales (Ibíd., en Diamond, 2013).

Sandoval, Nelsy (2020) reporta que el 44.23% de la muestra encuestada manifestó que ha intentado quitarse la vida en una ocasión; el 22.44% entre dos y tres veces; el 1.92% entre cuatro y cinco veces, y 4.01% entre seis o más veces. De esta manera, solamente 27.40% nunca lo ha intentado.

En la consulta clínica suelen encontrarse como factores de riesgo los conflictos familiares y la presencia de sintomatología depresiva. En algunas personas, factores protectores son las creencias religiosas, contar con apoyo familiar y acompañamiento psicológico. Debido a la falta de acompañamiento profesional se complica el cuadro sintomático, y aquellas ideas de desesperanza se materializan en un intento por poner fin a los sentimientos negativos, atentando contra su vida.

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Sí: **36.4%**

En esta muestra se evidencia un alto reporte de intención suicida en mujeres cisgénero y bisexuales, posiblemente debido a que las mujeres viven un factor de discriminación por razones de género. El hecho de que las mujeres bisexuales son más abiertas respecto de su orientación, las expone a más rechazo y cuestionamiento.

TABLA 16: Intención suicida según identidad de género

Identidad de género		¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?			Total
		Sin ideación suicida	No	Sí	
Hombre cisgénero	Recuento	31	11	21	63
	%	49.2%	17.5%	33.3%	100.0%
Hombre trans	Recuento	2	1	1	4
	%	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
Mujer cisgénero	Recuento	24	10	27	61
	%	39.3%	16.4%	44.3%	100.0%
Mujer trans	Recuento	8	0	3	11
	%	72.7%	0.0%	27.3%	100.0%
Otras (Queer, no-binaries, ...)	Recuento	5	4	3	12
	%	41.7%	33.3%	25.0%	100.0%
Total	Recuento	70	26	55	151
	%	46.4%	17.2%	36.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Zhao *et al.* (2010, citados por Tomicic *et al.*, 2016) encontraron que las personas que reportan atracción o comportamiento sexual hacia su mismo sexo, pero se identifican como heterosexuales, no reportan una tasa mayor de intentos de suicidio que los jóvenes heterosexuales sin comportamiento o atracción hacia su mismo sexo.

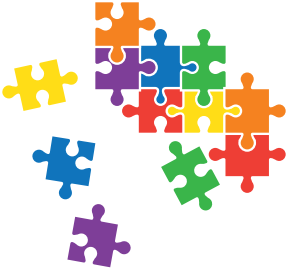


TABLA 17: Intención suicida según orientación sexual

Orientación sexual		¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?			Total
		Sin ideación suicida	No	Sí	
Heterosexual	Recuento	7	0	1	8
	%	87.5%	0.0%	12.5%	100.0%
Gay	Recuento	32	9	21	62
	%	51.6%	14.5%	33.9%	100.0%
Lesbiana	Recuento	12	3	8	23
	%	52.2%	13.0%	34.8%	100.0%
Bisexual	Recuento	17	11	22	50
	%	34.0%	22.0%	44.0%	100.0%
Otras (asexual, pansexual, ...)	Recuento	2	3	3	8
	%	25.0%	37.5%	37.5%	100.0%
Total	Recuento	70	26	55	151
	%	46.4%	17.2%	36.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

TABLA 18: Intención suicida según nivel de ingresos personales

Nivel de ingresos personales al mes		¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?			Total
		Sin ideación suicida	No	Sí	
Más de L 50,000	Recuento	1	1	1	3
	%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
De L 20,001 a L 50,000	Recuento	14	4	4	22
	%	63.6%	18.2%	18.2%	100.0%
De L 10,001 a L 20,000	Recuento	16	11	19	46
	%	34.8%	23.9%	41.3%	100.0%
De L 5,001 a L 10,000	Recuento	12	2	11	25
	%	48.0%	8.0%	44.0%	100.0%
Menos de L 5,000	Recuento	13	5	4	22
	%	59.1%	22.7%	18.2%	100.0%
No recibo ingresos	Recuento	14	3	16	33
	%	42.4%	9.1%	48.5%	100.0%
Total	Recuento	70	26	55	151
	%	46.4%	17.2%	36.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

La adolescencia se caracteriza por un patrón irreflexivo que, en sumatoria con elementos depresivos, suele concretizarse en intentos suicidas en la población en general. Debido a que es una etapa de reconocimiento de la identidad y orientación sexual, encuentran respuestas en sus entornos que pueden ser negativas, y esto afecta su estado emocional. Adolescentes LGB que experimentan rechazo familiar serían ocho veces más propensos a intentar suicidarse según Blosnich, 2012 (citado por Tomicic, *et al.*, 2016).



TABLA 19: Intención suicida según edad quinquenal

Rangos de edad (en años)		¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?			Total
		Sin ideación suicida	No	Sí	
16 a 20	Recuento	4	3	9	16
	%	25.0%	18.8%	56.3%	100.0%
21 a 25	Recuento	15	9	15	39
	%	38.5%	23.1%	38.5%	100.0%
26 a 30	Recuento	22	7	20	49
	%	44.9%	14.3%	40.8%	100.0%
31 a 35	Recuento	15	4	5	24
	%	62.5%	16.7%	20.8%	100.0%
36 a 40	Recuento	7	3	2	12
	%	58.3%	25.0%	16.7%	100.0%
41 a 45	Recuento	3	0	4	7
	%	42.9%	0,0%	57.1%	100.0%
46 a 50	Recuento	3	0	0	3
	%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
51 o más	Recuento	1	0	0	1
	%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	70	26	55	151
	%	46,4%	17.2%	36.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Salud Mental

En el Boletín Especial sobre suicidios 2015-2020 (N° 86, IUDPAS), se apunta que:

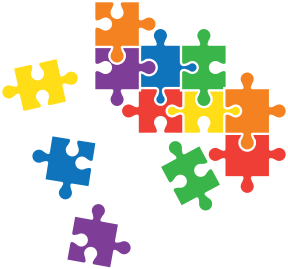
Se analizaron caso por caso los suicidios registrados en el año 2020 y los resultados muestran que el 49.5% se asoció a dos causas, la primera es el consumo del alcohol y la segunda antecedentes de depresión.

El boletín especifica que los suicidios afectan a todos los grupos etarios, pero los niños, niñas y jóvenes —sobre todo aquellos que carecen de una red de apoyo para enfrentar los problemas propios del desarrollo u otros eventos estresantes o abusos de los que pueden ser víctimas—, son considerados por el Observatorio Nacional de la Violencia (ONV) de la UNAH como un grupo en contexto de vulnerabilidad. Según estadísticas, la auto aniquilación está en cuarto lugar de muerte por causa externa en el país.

Una problemática asociada al suicidio entre la población sexo diversa es la violencia sexual. Un informante clave compartió que, 7 de cada 10 personas en la consulta psicológica que brinda en el Colectivo Violeta, tuvieron un intento suicida relacionado con violencia sexual.

Médicos sin Fronteras, en su reporte del II Foro Internacional de Salud Mental de Honduras (2020), describe que la violencia sexual es endémica, generalizada, normalizada y provoca uno de los principales problemas de salud en el país, así que también afecta a las personas sexo diversas; no obstante, permanece como una emergencia desatendida.

En el Informe sobre los Abusos de Derechos Humanos de Usuarios de Servicios de Salud Mental en Honduras (Flamenco, Nelson *et al.*, 2020), se denuncia que, a pesar del reciente aumento de los suicidios en todo el país, el gobierno hondureño no tiene una estrategia de prevención y ha guardado silencio sobre el tema. El Informe evidencia que la violencia sexual es una realidad silenciada, estigmatizada y prevalente en la sociedad hondureña. Es parte esencial del tejido de la violencia que mantiene el estado emocional y físico de los hombres, y una base implícita del machismo.



Testimonios de personas usuarias describen que, cuando ingresan al Hospital Mario Mendoza, y constatan y experimentan las condiciones del hospital y la forma de convivir, sus problemas de salud mental aumentan, y caen en mayor desesperación y desesperanza. Reportan quejas sobre la atención y el trato médico recibido, pues se enfrentan a juicios y actitudes intimidantes; por ejemplo, les dicen que están muy mal y que nunca se recuperarán.

En el contexto de la COVID-19, un Informe Situacional de las Personas LGBTI en relación con la pandemia en Honduras indica que:

Mientras la comunidad médica pone el foco en la lucha contra el coronavirus, resta prioridad a otros servicios hospitalarios claves para la comunidad LGBTI, como la salud mental y el asesoramiento en materia sexual (SOMOS-CDC, 2020).

De acuerdo con nuestro análisis, las dificultades socioeconómicas, agudizadas por la pandemia, dejan a las personas con su estado emocional en mayor vulnerabilidad, y son factores de riesgo para trastornos del estado de ánimo. La tensión provocada por el “quedarse en casa”, la recomendación de aislamiento para prevenir el contagio de COVID-19, dejó a las personas en una convivencia obligada, más incómoda aún para las personas de la comunidad LGBTIQ+, que están expuestas a actos de violencia y discriminación por parte de parientes con quienes compartieron la residencia.

**¿Ha recibido
atención
profesional
en salud mental?**

Sí: 41.7%

Las personas en esta muestra reconocieron que se brinda atención pública en salud mental en los hospitales Mario Mendoza y Santa Rosita, en las clínicas VICITS y en centros de atención psicológica de la UNAH y la Universidad Pedagógica Nacional (UPN). También reconocen los servicios de organizaciones como Médicos sin Fronteras, Hospital San Juan de Dios, Red Nacional de Defensoras y de organizaciones de la diversidad sexual como Kukulcán, Movimiento Diversidad en Resistencia y Colectivo Violeta.

En la entrevista estructurada se preguntó: Teniendo en cuenta todos los aspectos a lo largo de su vida, ¿qué tan satisfech@ consigo mism@ se encuentra en una escala del 0 al 10? Y el promedio obtenido fue: 7,51.

El grado de satisfacción, según identidad de género con base en la muestra consultada, es mayor en las mujeres trans (9,27), seguido de los hombres cisgénero (7,68), hombres trans (7,25), mujeres cisgénero (7,21) y, con menor satisfacción, las personas Queer y no-binaries (6,58).

TABLA 20: Grado de satisfacción consigo mism@ según identidad de género

Identidad de género	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Hombre cisgénero	7.68	63	1,794
Hombre trans	7.25	4	957
Mujer cisgénero	7.21	61	2,130
Mujer trans	9.27	11	1,104
Otras (Queer, no-binaries, ...)	6.58	12	1,621
Total	7.51	151	1,945

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

TABLA 21: Grado de satisfacción consigo mism@ según orientación sexual

Orientación sexual	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Heterosexual	9.00	8	1,604
Gay	7.73	62	1,738
Lesbiana	8.22	23	1,678
Bisexual	6.74	50	2,127
Otras (Asexual, pansexual, ...)	7.13	8	1,642
Total	7.51	151	1,945

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

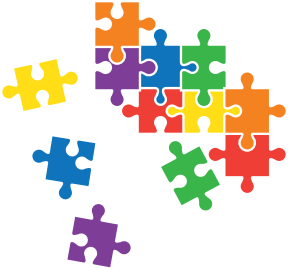


TABLA 22: Grado de satisfacción consigo mism@ según nivel de ingresos personales

Nivel de ingreso personal al mes	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Más de L 50,000	8.67	3	2,309
De L 20,001 a L 50,000	7.86	22	1,699
De L 10,001 a L 20,000	7.54	46	1,917
De L 5,001 a L 10,000	7.56	25	1,781
Menos de L 5,000	7.68	22	2,124
No recibo ingresos	6.97	33	2,114
Total	7.51	151	1,945

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

TABLA 23: Grado de satisfacción consigo mism@ según grupos de edad quinquenales

Rangos de edad (en años)	Media	Frecuencia	Desviación estándar
16 a 20	5.69	16	1,957
21 a 25	7.46	39	1,374
26 a 30	7.35	49	2,127
31 a 35	8.29	24	1,681
36 a 40	8.17	12	2,125
41 a 45	8.29	7	1,496
46 a 50	9.00	3	1,000
51 o más	10.00	1	n.a.
Total	7.51	151	1,945

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Otra pregunta de la entrevista estructurada fue: Teniendo en cuenta su conocimiento sobre los servicios de salud mental en Honduras, ¿cómo calificaría su calidad de atención? El promedio obtenido fue: 4,99.

Esta valoración, apenas regular, nos hace coincidir con el argumento que plantea el informe de la UNAH, sobre la necesaria revisión que debería aplicarse a los servicios de salud; pero no solo los universitarios, sino a todo el sistema de atención en salud del país:

Es necesario, juzgando por la falta de información de la población encuestada, realizar una revisión de la prestación del servicio de salud en la clínica universitaria, por ejemplo: si el personal responsable del mismo percibe riesgos en la poca atención a problemas de salud específicos de poblaciones no heterosexuales, tales como: el uso de hormonas auto administradas, sustancias siliconadas, depresión, baja autoestima, intento de suicidios, ITS, alcoholismo, entre otros, se necesita delimitar estrategias de promoción y prevención de la salud dentro del esquema de atención primaria de la salud brindada por el sistema de salud universitario (Martínez, H., M., 2016, p. 94).

TABLA 24: Grado de valoración de los servicios de salud mental en Honduras según identidad de género

Identidad de género	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Hombre cisgénero	5.59	32	2,758
Hombre trans	6.50	2	2,121
Mujer cisgénero	4.31	36	2,291
Mujer trans	5.00	3	3,606
Otras (Queer, no-binaries, ...)	5.29	7	2,928
Total	4.99	80	2,602

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

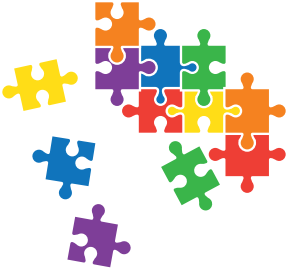


TABLA 25: Grado de valoración de los servicios de salud mental en Honduras según orientación sexual

Orientación sexual	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Heterosexual	1.00	1	n.a.
Gay	5.67	30	2,591
Lesbiana	4.00	11	2,408
Bisexual	4.94	32	2,462
Otras (Asexual, pansexual, ...)	4.33	6	3,204
Total	4.,99	80	2,602

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

TABLA 26: Grado de valoración de los servicios de salud mental en Honduras según nivel de ingresos personales

Nivel de ingresos personales al mes	Media	Frecuencia	Desviación estándar
Más de L 50,000	3.00	2	2,828
De L 20,001 a L 50,000	5.00	8	3,207
De L 10,001 a L 20,000	5.69	29	2,661
De L 5,001 a L 10,000	5.15	13	2,609
Menos de L 5,000	3.56	9	1,878
No recibo ingresos	4.68	19	2,405
Total	4.99	80	2,602

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

TABLA 27: Grado de valoración de los servicios de salud mental en Honduras según edad quinquenal

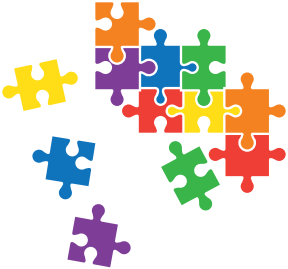
Rangos de edad (en años)	Media	Frecuencia	Desviación estándar
16 a 20	4.17	12	1,899
21 a 25	5.83	24	2,869
26 a 30	4.65	26	2,365
31 a 35	5.56	9	2,651
36 a 40	4.80	5	1,789
41 a 45	3.50	4	4,359
Total	4.99	80	2,602

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra consultada del estudio.

Una de las preguntas en la consulta fue: Desde 2009, ¿conoce a personas LGBTIQ+ en Honduras que hayan intentado suicidarse? A lo que una mayoría respondió que Sí: 104 (69%).

La siguiente pregunta: Desde 2009, ¿conoce personas LGBTIQ+ en Honduras que se hayan suicidado? De la muestra abordada respondieron Sí: 67 (44%).

Estos datos revelan que muchas personas de esta muestra son víctimas secundarias de la problemática del suicidio. Es traumático conocer personas que, debido a la discriminación, atentan contra su vida; las dificultades que afectan a las personas del círculo afectivo cargan emocionalmente a sus cercanas, con el problema adicional de no encontrar cómo y dónde hablar abiertamente de la situación por, a veces, “estar en el closet”. Los casos de suicidio consumado se viven como duelos silentes o prohibidos que, por no estar socialmente aceptados, son ocultos, silenciosos, solitarios. Un claro ejemplo de este tipo de duelo son las relaciones homosexuales no reconocidas públicamente. Son incomprendidos porque la muerte de un “amigo” no es igual a la de un cónyuge (Vedia, V., 2016).



Los informantes claves reportan que han brindado atención a los problemas de ansiedad, depresión (incluyendo intentos suicidas), rupturas amorosas, atención a ITS, secuelas de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, trastornos de alimentación, duelos, violencia sexual, rechazo, estigmas, drogadicción, discriminación internalizada, rechazo familiar, violencia doméstica.

El 96.3% de los 27 informantes claves consultados han tenido que atender a personas sexo diversas con problemáticas derivadas de la depresión. El 40.7% ha atendido alguna emergencia psiquiátrica suicida en personas de la diversidad sexual. El 55.6% considera que se respeta NADA o POCO los derechos de las personas sexo diversas en los servicios de salud. En este sentido, en consonancia con las opiniones vertidas por la población consultada, son reconocidos como espacios de atención los servicios psicológicos privados/comunitarios de: la organización Kukulkán, Médicos Sin Fronteras, Colectivo Violeta y el Movimiento de Diversidad en Resistencia, la mayoría ubicados en la capital de la República.

Un informante clave mencionó que las personas trans, por su visibilidad y expresión, son más vulnerables, especialmente las mujeres trans que ejercen como trabajadoras del sexo. Adicionalmente, indicó que el consumo de alcohol y la drogadicción (cocaína, marihuana, crack, y en situación de calle, Resistol) es frecuente. Existe una alta incidencia de depresión por rechazo social, con mayor impacto el del entorno familiar, pues la mayoría, desde muy jóvenes, ha sido expulsada de sus hogares.

Sobre la atención en servicios de salud, el mismo informante indicó que deberían respetar los nombres asumidos en cuanto a la identidad de género, y cuidar las expresiones con que se comunica el personal de salud con las personas sexo diversas. Debería pensarse más allá de lo que se suele entender como “normalidad”. Señaló que no debería haber diferencia alguna en el trato, pero hay que capacitar al personal de salud pública de primera línea en aspectos básicos como la tolerancia y el respeto. La meta es que no haya diferencias. El respeto individual a cada persona, tratarla como ser humano, no por su sexo; que separen sus creencias y prejuicios personales de la realidad, que traten de evitar “convertirlos” y que se sacudan esos prejuicios de que

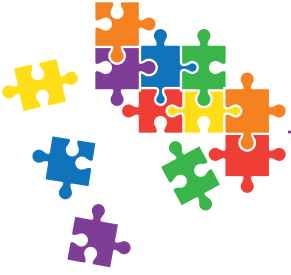
“Dios creó a Adán y Eva”. La discriminación que viven les lleva a mentir en la consulta, por temor al juicio condenatorio y, así, atentan contra su salud, por no decir lo que tienen.

A manera de conclusión

En el recuento de investigaciones referidas por Tomicic, Alemka y cols. (2016), se encuentran estos valiosos datos: respecto del suicidio consumado, Irwin *et al.* (2013) estiman que los suicidios de personas gays y lesbianas podrían representar el 30% del total de suicidios de Estados Unidos de América. En relación con estos índices, se plantea la existencia de factores de riesgo específicos muy significativos, como la victimización de género (e.g. Birjett *et al.*, 2009), la homofobia internalizada (e.g. González *et al.*, 2012), la marginación de la comunidad (e.g. O'Donnell *et al.*, 2011) y la edad de “salida del closet” (Mustanski *et al.*, 2013). Identificarse como LGBT constituye un predictor de tendencias suicidas (e.g. Walls *et al.*, 2008).

López, B. (2019), analista del CESPAD, que realiza una radiografía del suicidio en Honduras, se refiere a lo que diferentes sectores relacionados con la Salud Mental mencionan como causas del suicidio. Para el Colegio de Psicología, son los problemas económicos y sociales, consumo de alcohol y drogas, abuso sexual, patología mental (ansiedad, depresión). Para el IUDPAS es la baja autoestima, rupturas de pareja, presiones familiares (generadoras de miedo), violencia y precaria situación económica y, para el Hospital Mario Mendoza, los trastornos mentales (bipolaridad, ansiedad y depresión) y condiciones psicosociales (desempleo, estrés, divorcios y violencia intrafamiliar).

Debido a la discriminación, la población sexo diversa sufre constantemente de las causas antes mencionadas, lo cual se relaciona con la alta tasa de ideación y tentativa suicida encontrada en esta muestra.

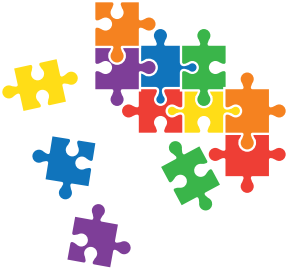


Recomendaciones

- ① Elaborar, de manera participativa e incluyente, una Política Nacional de Salud Mental que actualice la de 2004-2021, donde se tomen en cuenta las organizaciones de la diversidad sexual y de género, así como aquellas ONG que —con o sin personería jurídica— abordan el derecho humano a la salud desde una perspectiva de género.
- ② Actualizar los datos y cifras estadísticas a los disponibles de los cinco años más recientes, especialmente aquella información obtenida por la ENDESA/MICS 2019, para adecuar los objetivos específicos, líneas de acción e indicadores de la Política.
- ③ Incluir en el vocabulario los términos: identidad de género, orientación sexual y expresión de género, así como palabras incluyentes no binarias como población, habitantes, personas, como parte del eje transversal de equidad de género de la Política.
- ④ Incluir un apartado para la salud mental de grupos socialmente diferenciados por identidad de género y orientación sexual, que incorpore el Protocolo de Atención en Atención de Salud Mental para población LGBTQ+ propuesto por este estudio.
- ⑤ Se requiere la existencia de servicios psicológicos de atención diferenciada para las personas sexo diversas, que sean gratuitos y respetuosos de sus derechos.

- ⑥ A los observatorios de muertes violentas, de la UNAH y de CATTRA-CHAS, se les recomienda elaborar anualmente un boletín especial de muertes por suicidio, desagregadas por identidad de género y orientación sexual, y datos validados con las fuentes oficiales y de las organizaciones LGBTIQ+ que llevan registros en el territorio nacional.

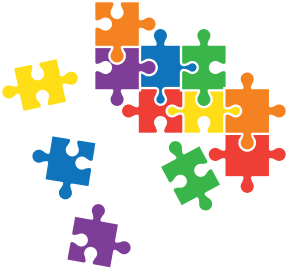
- ⑦ A las organizaciones de la diversidad sexual que prestan servicios de atención psicológica, se les recomienda incrementar su incidencia política para que dichos servicios de atención diferenciada sean brindados como atención primaria en salud por las instancias de salud pública correspondientes, con cobertura nacional.



Bibliografía

- Baca, Teddy (2018). *El Continuum Masculino. Bisexualidad y Fluidez Sexual del Hombre*. Recuperado de https://www.academia.edu/42210721/El_Continuum_Masculino_Bisexualidad_y_Fluidez_Sexual_del_Hombre?auto=download
- Cedillo G., Carlos M. (2017). *Ideación suicida en hombres gay y bisexuales jóvenes*. Recuperado de <https://www.cagi.org.mx/index.php/CAGI/article/view/142/256>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América Latina*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
- Flamenco, Nelson; Samuel N. y Alexander H.N. (Julio 2020). *Informe sobre los abusos de Derechos Humanos de Usuarios de Servicios de Salud Mental en Honduras*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/344251092_Informe_sobre_los_Abusos_de_Derechos_Humanos_de_Usuarios_de_Servicios_de_Salud_Mental_en_Honduras_-_final
- González Rivera, Juan A.; Rodríguez, Rosario; Adam, Santiago y Torres, Luis E. (2019). *Depresión e ideación suicida en personas de la comunidad LGBT con y sin pareja: un estudio exploratorio*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7520759.pdf>
- Hivos people (2013). *Diagnóstico sobre crímenes de odio motivados por la orientación sexual e identidad de género en Costa Rica, Honduras y Nicaragua*. Recuperado de https://cejil.org/wp-content/uploads/pdfs/Diagnostico%20LGBTI%20completo_0.pdf
- IUDPAS (2021). *Boletín Especial sobre suicidios 2015-2020, N°86*. Observatorio Nacional de la Violencia. Recuperado de <https://iudpas.unah.edu.hn/dmsdocument/11509-boletin-especial-sobre-suicidios-2015-2020-ed-no-86>

- Lagos Valladares, Luz (noviembre 2019 a febrero 2020). Factores asociados a intentos suicidas en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (Artículo en proceso de publicación).
- López Bladimir (2019). *¿Por qué se suicida la gente en Honduras? Análisis del suicidio en un contexto de crisis social*. Recuperado de <https://cespad.org.hn/2019/04/08/por-que-se-suicida-la-gente-en-honduras-analisis-del-suicidio-en-un-contexto-de-crisis-social/#:~:text=Tienen%20raz%C3%B3n%20los%20psic%C3%B3logos%20y,extrema%20sufr%C3%A1%20hasta%20el%20m%C3%ADmite%20inimaginables>.
- Martínez Hernández, Mercedes Marlene; Ochoa García, Marlon Donald; Ardón Ledezma, Rolando Alfredo y Saucedo Flores, Thelma Aracely (2016). Estudio sobre la Percepción de la Diversidad Sexual en la Ciudad Universitaria 2015. Recuperado de <https://diciht.unah.edu.hn/investigacion-cientifica/becas-i-d-i/proyectos-especiales-de-investigacion-cientifica/estudio-sobre-percepcion-de-la-diversidad-sexual-en-la-ciudad-universitaria-2015>
- Médicos sin Fronteras (2020). Reporte: II Foro Internacional de Salud Mental de Honduras. Recuperado de https://www.msf.mx/sites/mexico/files/attachments/reporte_fsm_final.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-adolescencias-ttnb.pdf>
- Orozco Villa, Edisson (2021). El suicidio en disputa: aproximación crítica a la asociación entre suicidio y sexualidades no heteronormativas. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/t6s8ZLRYcJb698B5Y6csLZD/?format=pdf&lang=es>
- Pineda R. y Carlos A. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gays bisexuales: una revisión. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6113753.pdf>
- Pineda R. y Carlos A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n4/v42n4a06.pdf>



- Reyes, Fernando (2016). *Prácticas utilizadas y consecuencias en la población trans durante su proceso de construcción de identidad de género*. Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/7772/1/t875.pdf>
- Sandoval, Nelsy, MDR y CDM (2020). *Diagnóstico situacional de seguridad, desprotección y exclusión de la población lgttbiqu+ en Honduras*. Centro de Derechos de Mujeres y Movimiento Diversidad en Resistencia. Tegucigalpa, M.D.C.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Departamento de Salud Mental (2004). Política Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.paho.org/hon/dmdocuments/politica%20nacional%20de%20salud%20mental.pdf>
- SOMOS-CDC (2020). Informe Situacional de la Personas LGTBI en Relación a la Pandemia del COVID-19 en Honduras. Recuperado de: https://www.scribd.com/document/466120701/Informe-Situacional-de-las-Personas-LGTBI-en-relacion-a-la-Pandemia-del-COVID-19-en-Honduras#from_embed
- Tomicic, Alemka; Constanza G.; Constanza Q.; Claudio M.; Jaime F.; Juliana R.; Francisco A.; Catalina R.; Fanny L. e Iside L. (2016). *Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014)*. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n6/art06.pdf>
- Tomicic, Alemka; Immel, Nina y Martínez, Claudio (2021). Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio. Recuperado de <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/download/1453/1051/5072>
- Toro-Alfonso, José, (2012). El estado Actual de la Investigación sobre la Discriminación Sexual. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art07.pdf>
- Universidad Carlos Albizú, San Juan, Puerto Rico (2014). *Ciencias de la Conducta*, 2014, Vol. 29, Núm. 1. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Caleb-Esteban/publication/290436139_La_B_que_no_se_ve_Invisibilizacion_desde_los_diagnosticos_y_desafios_para_la_divulgacion_de_la_orientacion_sexual_de_hombres_y_mujeres_bisexuales/links/5697fefc08ae1c42790535db/La-B-que-no-se-ve-Invisibilizacion-desde-los-diagnosticos-y-desafios-para-la-divulgacion-de-la-orientacion-sexual-de-hombres-y-mujeres-bisexuales.pdf#page=49

- Vedia Domingo, Vanesa (2016). Duelo patológico, factores de riesgo y protección. *Revista digital de Medicina y Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. 6, núm. 2, septiembre de 2016. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
- Velásquez Reyes, Luis (2018). No Es Miedo Irracional, Es Odio Aprendido: Reconceptualizar la LGBTQ+fobia. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Sociología y Desarrollo Local, UNAH, Tegucigalpa.



Anexos

Marco conceptual

Alcoholismo

Es la incapacidad de controlar el consumo de alcohol debido a una dependencia emocional y física.

Apoyo familiar

Red de apoyo integral que puede ser considerada como familia consanguínea u otra.

Autosexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la atracción, el deseo y erotismo únicamente hacia la propia persona. Las personas autosexuales pueden sostener relaciones afectivas, pero el componente erótico sólo está presente hacia sí mism@s.

Ansiedad

Estado mental de incomodidad subjetiva, de temor, que la persona experimenta ante una situación de peligro o desagradable. Tiene respuestas corporales como sudoración, taquicardia y tensión muscular.

Asexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la ausencia de atracción, deseo y erotismo hacia alguna otra persona. Las personas asexuales pueden sostener relaciones afectivas, pero en ellas no está presente el componente erótico propio de otras orientaciones sexuales.

Bisexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la atracción, el deseo y el erotismo hacia personas del mismo género, así como del género diferente al propio, orientadas a la misma identidad de género que el propio; por ejemplo, personas cisgénero atraídas por otras personas cisgénero; personas transgénero atraídas por otras personas transgénero.

Cisgénero

Identidad de género en la que las características sexuales biológicas se corresponden con el género auto percibido conforme a las convenciones socialmente aceptadas.

Cisnormatividad

Complejo cultural que valida como única identidad de género la binaria entre hombre y mujer, determinada por las características sexuales biológicas; y que rechaza las identidades trans, queer y otras pertenecientes a géneros no binarios.

Demisexualidad

Preferencia sexual en la que la persona experimenta deseo y erotismo sexual después de haber establecido un vínculo romántico. Las personas demisexuales primero se enamoran antes de sentir deseo erótico por otra persona.

Determinantes sociales de la salud

El modelo de los determinantes sociales de la salud representa los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En la parte central se sitúan los factores no modificables, como la edad, el sexo o los factores hereditarios. Alrededor de estos, los factores modificables por la intervención de políticas diversas, desde el más micro al más macro. Así, están los factores vinculados con las conductas relacionadas con la salud, como fumar, beber o realizar ejercicio físico. En la tercera capa están los factores sociales y comunitarios, es decir, las relaciones interpersonales en forma de apoyo social y comunitario. En una cuarta capa están los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, el sistema alimentario o el acceso a bienes y servicios básicos, como el sistema sanitario. La última capa está representada por las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y medioambientales más generales, en las que están las sociedades, y que condicionan el efecto de los determinantes sociales en la salud de personas y comunidades.



Discriminación

Son actos de rechazo, exclusión y violencia basados en el estigma. La discriminación se puede dar en cualquier ámbito social: la familia, el mundo laboral, las instituciones educativas, los medios de comunicación, las instituciones religiosas, la vía pública, los entes gubernamentales; puede manifestarse en acciones contra un individuo o un colectivo. Cuando está reglamentada, se habla de discriminación institucionalizada, ya sea por el Estado o por entidades privadas.

Drogodependencia

Es el consumo recurrente de sustancias adictivas, drogas, que influyen física y psicológicamente en el individuo. Su consumo puede ser lúdico, experimental, o para aliviar síntomas y problemas (sustancias psicoactivas).

Estigma

Es el prejuicio u opinión negativa basado en la aversión a características personales o de grupo; por ejemplo, por orientación sexual, identidad de género, expresión de género, rol sexual. El estigma puede ser oculto o manifiesto.

Estrés de las minorías

Ian Meyer lo describe como malestar emocional reactivo, derivado de vivir factores estresantes debido a la identidad y orientación sexual. Ante la vivencia de rechazo, las personas de la diversidad sexual sufren mayor estrés debido a los prejuicios y acciones de discriminación de las personas del grupo mayoritario reconocido como heterosexualidad.

Expresión de género

Características externas mediante las cuales las personas expresan su orientación-identidad-rol sexual. Se refiere a la vestimenta, los gestos, maneras de actuar social y culturalmente construidas, que identifican a las personas como femeninas, masculinas, andróginas o de género neutro.

Factores de riesgo

Son características o circunstancias que se asocian a condiciones como el sexo, la edad, antecedentes personales, volviendo a unx individuo más susceptible para desarrollarse en la sociedad.

Factores de protección

Condiciones psico-sociales favorables al desarrollo y bienestar psicológico.

GBTIQ+misandria

Aversión, odio, desprecio, estigma y discriminación hacia las personas gay, hombres bisexuales, hombres trans y, por extensión, a todo lo que esté relacionado con estereotipos tradicionalmente masculinos en personas intersexuales y queer. Es conocida indistintamente como GBTIQ+fobia.

Heteronormatividad

Complejo cultural, mayormente presente en la civilización occidental, que determina como única sexualidad válida la heterosexual; califica de desviaciones, aberraciones y anomalías otras orientaciones sexuales diferentes.

Heterosexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la atracción, el deseo y el erotismo hacia personas de género opuesto al propio. Esta orientación es validada por los sistemas culturales y de socialización prevalentes en las sociedades occidentales, a partir de su utilidad para la procreación entre hombres y mujeres cisgénero.

Homosexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la atracción, el deseo y el erotismo hacia personas del propio género.

Intento suicida

Cualquier acción intencionada orientada a quitarse la vida.



Ideación suicida

Alteración del contenido de los pensamientos en los cuales la persona imagina formas de quitarse la vida, recreando en su mente diferentes escenarios para lograr ese objetivo; es característico en episodios depresivos.

Internalización del estigma sexual

Patrón de creencias homofóbicas aprendidas en la sociedad, que se internalizan y provocan un choque en las personas de la diversidad sexual

Interculturalidad

Condición de convivencia social en la que, en un mismo espacio, coexisten diversidad de expresiones culturales, representadas por identidades étnicas, raciales, de nacionalidad y de subculturas en las que prevalece el mutuo reconocimiento, respeto y valoración.

Intersexualidad

Condición de sexo en la que las personas presentan, visiblemente o no, características sexuales biológicas tanto femeninas como masculinas. Está determinada por la activación o no de cromosomas genómicos específicos, de manera diferente al sexo binario varón-hembra.

LBTIQ+misoginia

Aversión, odio, desprecio, estigma y discriminación hacia las personas lesbianas, mujeres bisexuales, mujeres trans y, por extensión, a todo lo que esté relacionado con estereotipos tradicionalmente femeninos en personas intersexuales y queer. Es conocida indistintamente como LBTIQ+fobia.

Pansexualidad

Orientación sexual que se caracteriza por la atracción, el deseo y el erotismo hacia personas de cualquier género, tanto cisgénero, transgénero, queer, de género neutro y no binarie.

Queer

Identidad de género que reivindica la asunción de un sexo-género no binario, neutro o de tercer género, distinta de la cisonormatividad y la transexualidad.

Rol sexual

Actitud de dominancia, pasividad o versatilidad en las relaciones interpersonales donde median sentimientos de atracción, deseo y erotismo.

Salir del clóset

Proceso en el que una persona con orientación sexual, identidad o expresión de género distinta a la heterocisnormada, decide revelar su sexualidad a personas de las que espera una respuesta favorable: familia, amigos/as, compañeros/as, público en general. Cuando la revelación de la propia sexualidad es forzada o manipulada por terceras personas, se comete una violación al derecho humano a la intimidad personal.

Salud mental

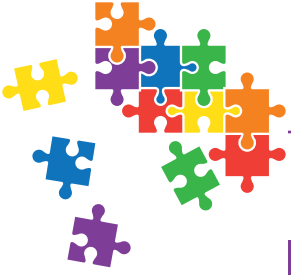
Estado de equilibrio que perdura siendo una vivencia de satisfacción en diferentes aspectos de la vida de la persona que se adapta a sus diferentes entornos y roles de vida.

Transexual

Identidad de género en la que las características sexuales biológicas difieren del género auto percibido; las personas transexuales necesitan intervenir su cuerpo con terapias hormonales y/o quirúrgicas para que su género auto asumido alcance la mayor correspondencia con su cuerpo, según los estándares socialmente aceptados.

Transgénero

Identidad de género en la que las características sexuales biológicas difieren del género auto percibido; para las personas transgénero, el sexo asignado al nacer no se corresponde con el género auto asumido.



Travestismo

Preferencia sexual en la que la persona gusta y disfruta asumir, de manera temporal o circunstancial, una identidad de género distinta a la suya, mediante el uso de vestimenta, peluquería, maquillaje y calzado, cultural y socialmente asignado a un género distinto al propio.

Violencia sexual

Ocurre cuando alguien obliga por la fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada, sin su consentimiento.

La violencia sexual le puede ocurrir a cualquiera: niñas, adolescentes, adultos, personas mayores y población lgttbiq+. Quienes abusan sexualmente pueden ser personas conocidas, miembros de la familia o desconocidas.

