

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional De Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

## **Asociación entre discriminación y salud mental en Perú, a partir de la primera encuesta virtual para personas LGBTI 2017**

### **Por:**

David Samuel Saldaña Cabanillas

Jorge Luigy Vásquez Yeng

### **Asesores:**

Mc. Javier Antonio Valencia Huamaní

Mc. Jorge Luis Alave Rosas

Lima, febrero de 2020

## ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Javier Antonio Valencia Huamani y Jorge Luis Alave Rosas, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

### DECLARAMOS:

Que el presente informe de investigación titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE DISCRIMINACIÓN Y SALUD MENTAL EN PERÚ, A PARTIR DE LA PRIMERA ENCUESTA VIRTUAL PARA PERSONAS LGBTI, 2017"**, constituye la memoria que presentan los Bachilleres David Samuel Saldaña Cabanillas y Jorge Luigy Vásquez Yeng para aspirar al título Profesional de Médico Cirujano ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.


Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

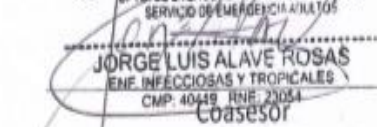
Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, al 26 de febrero del año 2020

  
Dr. Javier Valencia Huamani  
MEDICO INFECTOLOGO  
CMP: 51539 RNE: 26381

Asesor

Mc. Javier Antonio Valencia Huamani

 **MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Nacional Cayetano Heredia  
OPTO. DE EMERGENCIAS Y ZUDADOS CRITICOS  
SERVICIO DE EMERGENCIA ALTAOS

  
JORGE LUIS ALAVE ROSAS  
ENE. INFECCIOSAS Y TROPICALES  
CMP: 40449 RNE: 23054

Coasesor

Mc. Jorge Luis Alave Rosas



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Raña, Villa Unión, a veintiséis día(s) del mes de febrero del año 2020 siendo las 15:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mc. Roger Albornoz Esteban, el secretario: Mg. Ronny Francisco Chilón Trancos y los demás miembros: Mc. José Gregorio Loatza Suárez

y el asesor Javier Antonio Valencia Huamani

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada:

"Asociación entre discriminación y salud mental en Perú, a partir de la primera encuesta virtual para personas LGBTI, 2017"

de el(los)/a(las) bachiller(es): a) David Samuel Saldaña Cabanillas

b) Jorge Luigi Vasquez Yeng

Médico Cirujano (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (os)/a(la)/s candidato(s)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)/s candidato(s)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): David Samuel Saldaña Cabanillas

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

Candidato (b): Jorge Luigi Vasquez Yeng

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)/s candidato(s)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures for Presidente, Asesor, and Candidato/a (a)

Miembro

Signatures for Secretario, Miembro, and Candidato/a (b)

# DEDICATORIA

A MIS PADRES, HERMANAS POR SU PACIENCIA Y AMOR CADA DÍA  
DURANTE TODA MI CARRERA.

SALDAÑA DAVID

A MI PADRE, POR RECORDARME QUE CADA DÍA ME PUEDO

ESFORZAR MÁS

VASQUEZ LUIGY

# AGRADECIMIENTOS

A MI UNIVERSIDAD POR  
INSTRUIRME EN CONOCIMIENTOS Y EL CAMINO PARA

ESTA VIDA Y LA ETERNIDAD

SALDAÑA, DAVID

A JACKELINE, POR SER MI INSPIRACIÓN PARA CUMPLIR ESTE SUEÑO,

QUE HOY ES UNA REALIDAD.

VASQUEZ, LUIGY

# CONTENIDO

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>11</b>
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
HIPÓTESIS .....	13
HIPÓTESIS ALTERNATIVA.....	13
HIPÓTESIS NULA.....	13
OBJETIVOS .....	14
GENERAL.....	14
ESPECÍFICOS.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	14
PRESUPOSICIÓN FILOSÓFICA.....	15
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>17</b>
REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	17
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
BASES TEÓRICAS.....	19
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>26</b>
MATERIALES Y MÉTODOS .....	26
TIPO DE DISEÑO: .....	26
SEGÚN EL CONOCIMIENTO Y ALCANCE DE RESULTADOS: .....	26
SEGÚN POSIBILIDADES DE APLICACIÓN DE RESULTADOS: .....	26
SEGÚN TIEMPO DE MEDICIÓN: .....	26
DISEÑO DE ESTUDIO:.....	26
POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO: .....	26
VARIABLES.....	27
VARIABLE DEPENDIENTE.....	27
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	27

VARIABLES INTERVINIENTES .....	28
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	28
Tabla 1: VARIABLE DEPENDIENTE .....	28
Tabla 2: VARIABLE INDEPENDIENTE .....	29
Tabla 3: VARIABLES INTERVINIENTES .....	29
PLAN ANÁLISIS DE DATOS.....	30
ANÁLISIS INICIAL.....	30
ANÁLISIS INFERENCIAL .....	30
TÉCNICA DE IMPUTACIÓN MÚLTIPLE .....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES .....	31
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	32
RESULTADOS.....	32
Tabla 4. Características de los participantes de la Primera Encuesta Virtual realizada a población LGTBI, 2017 .....	32
Tabla 5. Prevalencia de problemas de salud mental en los últimos meses en población LGTBI, 2017 .....	34
Tabla 6. Asociación entre discriminación y problemas de salud mental en los últimos 12 meses en población LGTBI 2017.....	36
DISCUSIÓN.....	37
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS .....	42

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable dependiente	17
Tabla 2. Variables independientes	17
Tabla 3. Variables intervinientes	18
Tabla 4. Características de los participantes de la Primera Encuesta Virtual realizada a población LGTBI, 2017	27
Tabla 5. Prevalencia de problemas de salud mental en los últimos meses en población LGTBI, 2017	29
Tabla 6. Asociación entre discriminación y problemas de salud mental en los últimos 12 meses en población LGTBI 2017	31



## RESUMEN

**Introducción:** La población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual (LGTBI) es vulnerable a la discriminación y los problemas de salud mental. Estudios previos demuestran que tienen menor calidad de vida y mayor riesgo de presentar múltiples enfermedades mentales. Este estudio buscó determinar la asociación entre haber sido discriminado y el presentar problemas de salud mental, tales como ansiedad y depresión, en los últimos 12 meses en población LGBTI.

**Métodos:** Estudio analítico transversal que utilizó los datos de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI en Perú realizada el 2017. Tanto la variable exposición como la dependiente fueron auto-reportadas por los participantes. Se utilizó regresión de Poisson multivariante para determinar la asociación calculándose razones de prevalencias (RP) con intervalos de confianza al 95%

**Resultados:** De un total de 10 102 encuestados que se incluyó en este estudio, el 70% refirió haber sido discriminado alguna vez en su vida y un 24.4% haber tenido problemas de salud mental. En el modelo de regresión multivariado, los participantes que fueron discriminados tuvieron un 10% más de probabilidad de haber tenido problemas de salud mental (RP = 1.10, IC 95% = 1.06 – 1.15,  $p < 0.001$ ).

**Conclusión:** El reporte de haber sido discriminado se asoció a mayor probabilidad de haber tenido problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, durante los últimos 12 meses en la población LGBTI encuestada en Perú. La prevalencia de discriminación y problemas de salud mental fue alta en la población LGBTI encuestada a comparación de otros países.

**Palabras clave:** LGBTI, Discriminación, Salud mental

## ABSTRACT

**Introduction:** The lesbian, gay, bisexual, transgender and intersexual (LGTBI) population is vulnerable to discrimination and mental health problems. Previous studies presented that they have a lower quality of life and a higher risk of presenting multiple mental illnesses. This study sought to determine the association between have been discriminated against and presenting mental health problems, such as anxiety and depression, in the last 12 months in the LGBTI population.

**Methods:** Transversal analytical study that used data from the First Virtual Survey for LGBTI Persons in Peru conducted in 2017. Both the exposure and the dependent variable were self-reported by the participants. Multivariate Poisson regression was used to determine the association by calculating prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals.

**Results:** Of a total of 10 102 respondents who were included in this study, 70% reported having been discriminated against at some time in their lives and 24.4% have had mental health problems. In the multivariate regression model, participants who were discriminated against were 10% more likely to have had mental health problems (PR = 1.10, 95% CI = 1.06 - 1.15,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The report of having been discriminated against was associated with a higher probability of having mental health problems, such as anxiety and depression, during the last 12 months in the LGBTI population surveyed in Peru. The prevalence of discrimination and mental health problems was high in the LGBTI population surveyed compared to other countries.

**Key Words:** LGBTI, Discrimination, Mental Health

# CAPÍTULO 1

## IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual cuyo acrónimo es LGBTI, representa a personas con una diversa orientación sexual o identidad de género, las cuales constituyen un grupo vulnerable, debido a que no encajan dentro las ideas convencionales de la sociedad respecto a la orientación sexual, esto es lo que las lleva a ser ridiculizadas, intimidadas e incluso abusadas físicamente. Por ello en la actualidad, la Organización de las Naciones Unidas trabaja para proteger a la comunidad LGBTI contra la violencia y la discriminación y declara que todas las personas tienen la misma libertad e igualdad de derechos. (1) De la misma manera, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo prohíbe la discriminación sobre la base de orientación sexual e identidad de género y la discriminación basada en el estatus LGBTI. (2, 3)

La concepción pública que se tiene respecto a la orientación sexual de Lesbianas, Gais y Bisexuales tiende a ser discriminatoria desde hace varias décadas atrás, lo cual asociado al activismo gay que cobró vigor en la década del 70, llevó a que en 1973 la junta directiva (BOT) de la Asociación Americana de Psiquiatría vote por remover el diagnóstico de “homosexualidad” del DSM III. A este acontecimiento se le sumó la Asociación Americana de Psicología, la cual desde 1975 ha trabajado para eliminar la idea de enfermedad mental que se ha asociado a la orientación sexual de dichos individuos (4, 5). Y finalmente el 17 de mayo de 1990, la OMS removió la homosexualidad del CIE-10. Ahora, en los últimos años, la opinión pública con respecto a este tema se ha opuesto cada vez más a la discriminación, pero en la sociedad contemporánea se siguen utilizando expresiones hostiles hacia estas personas. (6)

En Estados Unidos previamente se ha demostrado la relación que existe entre haber sido discriminado y presentar problemas de salud mental en la población LGBTI, e inclusive dentro de la misma hay diferencias, en el estudio se observó que dentro de los hombres la población gay fue más propensa que la bisexual y heterosexual a reportar desórdenes de salud mental tales como depresión y/o ansiedad ( $\chi^2=12.6$ ,  $p < .01$ ) y dentro de las mujeres la población bisexual fue más propensa que la lesbiana o heterosexual a reportar desórdenes de salud mental tales como depresión y/o ansiedad. Además, dentro de los hombres la población gay fue más propensa que la bisexual a ser discriminada por su orientación sexual 50% vs 24.2% ( $\chi^2=11.3$ ,  $p < .01$ ) y dentro de las mujeres la población lesbiana fue más propensa que la bisexual o heterosexual a ser discriminada por su orientación sexual. (7) Estudios anteriores en Estados Unidos dan a conocer que las personas que forman parte de esta población tienen prevalencias más elevadas de suicidio, trastornos de depresión, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias. (8, 9) Sin embargo la discriminación hacia la población LGBTI no es la única con la que se lidia actualmente, en menor escala existen otros tipos de discriminación tales como la discriminación racial en jóvenes de raza negra, la cual se observó en un estudio conlleva a largo plazo a problemas de salud mental tales como ansiedad y depresión que persisten incluso hasta los 30 años, además de esto se evidenció que la susceptibilidad del género masculino ( $B = 0.23$ ,  $p = 0.013$ ) fue mayor a la del género femenino ( $B = -0.02$ ,  $p = 0.857$ ) (10).

En Perú aún no contamos con estudios que evalúen la predisposición a sufrir trastornos mentales en la población LGBTI. Asimismo, manifestar que Perú no cuenta con una Ley de Identidad de Género, lo que contribuye a que constantemente la población LGBTI experimente discriminación y violencia de género ocasionada por asumir un género que no corresponde a su biología. La violencia proviene, en algunas regiones, de la población en general, de la

Policía y el Serenazgo por lo cual la denuncia les resulta muy difícil debido a que al denunciar pueden también sufrir discriminación. (11)

El presente trabajo de investigación busca describir características sociodemográficas y a través de un análisis multivariado, se plantea conocer si hay asociación entre discriminación y el presentar problemas de salud mental, tales como ansiedad y depresión, en la población peruana LGBTI, a partir de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI, 2017.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre discriminación y el presentar problemas de salud mental en la población adulta peruana LGBTI, a partir de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI del año 2017?

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Existe una asociación entre discriminación y el presentar problemas de salud mental en la población adulta peruana LGBTI, a partir de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI del año 2017.

### HIPÓTESIS NULA

No existe una asociación entre discriminación y el presentar problemas de salud mental en la población adulta peruana LGBTI, a partir de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI del año 2017.

# OBJETIVOS

## GENERAL

Determinar la asociación entre discriminación y el presentar problemas de salud mental en la población adulta peruana LGBTI, a partir de la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI del año 2017.

## ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de discriminación y/o violencia en la población adulta peruana LGBTI.
- Determinar la frecuencia de problemas de salud mental en la población adulta peruana LGBTI.
- Determinar las frecuencias de las variables intervinientes en la población adulta peruana LGBTI.

# JUSTIFICACIÓN

El presente estudio presenta una gran importancia social, ya que se sabe que desde hace más de 70 años la Organización de las Naciones Unidas busca el ideal común de igualdad y libertad. Sin embargo, la población LGBTI sigue siendo objeto de violencia y discriminación, por razón de su orientación sexual o identidad de género. Estas personas suelen presentar mayores niveles de estrés y experiencias negativas por su propio estatus, lo que puede llevar a consecuencias negativas que afecten su salud mental. (12)

Haciendo alusión a la importancia teórica, esta investigación dará a conocer si existe asociación entre la discriminación y la presentación de problemas de salud mental en la

población LGBTI, de tal manera que ayudará a resolver la falta de conocimiento sobre este tema el cual es un problema latente en nuestra sociedad. Además, los resultados obtenidos serán de gran importancia para contribuir a la creación de pautas de atención que se vean reflejadas en guías de prácticas clínicas a ser usadas por parte del personal de la salud que trabaje en los servicios de salud en donde se trate con esta población.

Otra razón importante por la cual se debe realizar este estudio es la disponibilidad de las bases de datos de una encuesta nacional realizada por una institución de prestigio (INEI) en esta población por lo que este estudio no implicaría mayores dificultades éticas para su realización.

## PRESUPOSICIÓN FILOSÓFICA

“Así que en todo traten ustedes a los demás tal y como quieren que ellos los traten a ustedes” (Mateo 7:12, NVI)

Los Adventistas del Séptimo Día creemos que la intimidad sexual, tal y como se estableció en el Edén después de la creación, solo es permitida dentro del matrimonio entre una pareja heterosexual, la Biblia menciona “Por eso el hombre deja a su padre y a su madre, y se une a su mujer, y los dos se funden en un solo ser” (Génesis 2:24, NVI) y este concepto se reafirma a lo largo de toda la Biblia. La intimidad sexual que no se dé dentro un matrimonio heterosexual está prohibida como se menciona en varios pasajes tales como Levítico 20:7-21, Romanos 1:24-27, 1 Corintios 6:9-11. Jesús mismo mostró la intención de la creación divina al decir: "¿No habéis leído," él contestó, "que al principio el Creador" los hizo varón y hembra ", y dijo:" Por esto el hombre dejará a su padre y madre y se unirá a su mujer, y los dos serán una sola carne? "Así que no son más dos, sino uno" (Mateo 19:4-6, NVI). Son estos los principios que nos llevan como adventistas a oponernos a las prácticas y relaciones homosexuales.

Los Adventistas del Séptimo Día, también reconocemos que todo ser humano es valioso a los ojos de Dios y nos esforzamos por seguir las instrucciones y el ejemplo de Jesús, al buscar afirmar la dignidad de todo ser humano y extender la mano con compasión a las personas y familias que sufren las consecuencias del pecado. Es por ello que diferenciamos su amor por los pecadores de su clara enseñanza acerca de las prácticas pecaminosas, lo cual nos lleva a abrir nuestro corazón a cada ser humano y llevarles el amor de Cristo. (13)



## CAPÍTULO 2

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Bränström R et al. en el año 2013, evaluaron el porcentaje de la población que estaba de acuerdo con la afirmación: "*Los gais y las lesbianas deben ser libres de vivir su propia vida como lo deseen*", en diferentes países europeos, encontrando que hubo una gran aceptación rondando el 80 a 90% en muchos países. El estudio concluye afirmando que sigue siendo necesario más investigación sobre este tema, especialmente en el área de salud tomando en cuenta múltiples factores donde se menciona la salud mental. (14)

Sin embargo, en los últimos años contamos con diversos estudios que corroboran el aumento de la tasa de rechazo y discriminación hacia esta población.

Casey et al. El 2019, demostraron altos niveles de discriminación sufrida por la población LGTB en los Estados Unidos, incluyendo insultos, microagresiones, acoso sexual, la violencia y el acoso con respecto al uso del baño. Más de uno de cada seis adultos LGTB también informaron haber evitado la atención médica debido a la discriminación anticipada. Concluyeron que la discriminación es experimentada por la amplia mayoría de esta población e insta al estudio de las repercusiones no solo en la salud física sino también en la mental de esta práctica. (15)

Corrales & col, el 2015, compararon en 42 países de Latinoamérica y el Caribe la discriminación que hubo hacia la población LGTB en el año 1999 y el año 2013. Se encontró que el 1999 el 57.1% de los países demostraron discriminación y en 2013 un 76.2%. Esto

indica que las tasas de discriminación en los países de Latinoamérica y del Caribe van en aumento lo que difiere a los países europeos. (16)

Thornicroft G & col. En el 2015 demostraron que la discriminación y el estigma social son factores asociados a padecer problemas de salud mental. (17)

Mustanski BS & col. el 2010 evaluaron en Chicago una población LGBT de entre 16 a 20 años de edad. Encontraron que un tercio de los participantes cumplieron con los criterios para cualquier trastorno mental, el 17% para el trastorno de la conducta, el 15% para depresión mayor y el 9% para el trastorno de estrés postraumático. Además, se halló que el 31% de los jóvenes habían presentado intento de suicidio en algún momento de su vida. (18) Concordando con lo estudiado por Russell ST & col. el 2015, quienes sustentan que la población joven, es más vulnerables a ser sugestionable a los comentarios discriminatorios, con sus consecuencias en la salud mental. (8)

Bostwick WB et al. el 2016 evaluaron en Estados Unidos, la asociación entre haber sufrido discriminación y padecer problemas de salud mental en adultos lesbianas, gais y bisexuales a partir de una encuesta nacional. Se estimó que las probabilidades de presentar cualquier trastorno de salud mental en el último año entre las personas que informaron haber sufrido discriminación de género fueron más de dos veces más altas (AOR = 2.28, 95% IC = 1.09, 4.78) comparadas a los encuestados que no informaron discriminación en el último año. (7)

Hottes et al. En el año 2016, estimaron la prevalencia de intentos de suicidio en un meta-análisis, donde fue de un 4% (intervalo de confianza[IC] del 95% = 3%, 5%) para los encuestados heterosexuales en las encuestas de población, mientras que para los encuestados LGTB, fue de un 11% (IC del 95% = 8%, 15%) en las encuestas de población, y 20% (IC del 95% = 18%, 22%) en las encuestas comunitarias. (19) Corroborado por Sutter et

al. En el año 2016, mediante un modelo de ecuación estructural demuestran que la discriminación basada en LGTB, presenta efecto indirecto sobre la ideación suicida. (20) Testa et al, el 2017, presentó a la ideación suicida junto con otras afecciones mentales, como consecuencia de un desequilibrio entre el estrés ocasionado por factores como la discriminación y los niveles de resiliencia de las minorías de género, evaluado mediante un modelo diseñado exclusivamente para este fin. (21)

Se suma a lo analizado por King et al. el año 2008, en un revisión sistemática con meta-análisis, donde demuestran los efectos producidos por la estigmatización en población LGTB, con un riesgo de depresión y trastornos de ansiedad (durante un período de 12 meses o de por vida) 1,5 veces mayor en las personas lesbianas, gays y bisexuales (rango de RR 1,54-2,58), así también un exceso de dos veces en los intentos de suicidio en personas lesbianas, homosexuales y bisexuales, y la dependencia del alcohol y otras sustancias durante 12 meses 1.5 veces mayor (rango de RR 1.51-4.00). (22)

## **BASES TEÓRICAS**

Para fines de nuestro estudio estamos considerando las siguientes definiciones conceptuales que nos ayudaran a lograr una mejor comprensión de la población LGBTI.

**Depresión:** Se refiere al estado de ánimo, como lo indican los sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; sin tener sentimientos; o pareciendo llorosas. El estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido. Además, el estado de ánimo deprimido puede ser un síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico (23).

**Ansiedad:** Se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, causa angustia o deterioro significativo y ocurre de forma reiterada. Otras

características incluyen síntomas psicológicos de ansiedad, como aprensión e irritabilidad, y síntomas físicos (o somáticos) de ansiedad, como aumento de la fatiga y la tensión muscular. Este padecimiento afecta el desempeño laboral, académico y social (24) .

Orientación Sexual: Considerada como la atracción afectiva, romántica, sexual y psicológica que un individuo percibe de manera sostenida en el tiempo. De acuerdo a la Asociación Estadounidense de Psicología, proviene entre un continuo marcado por dos extremos, la atracción exclusiva hacia el sexo contrario, y la atracción exclusiva por individuos del mismo sexo. Por lo tanto, han de considerarse tres categorías: la heterosexualidad –atracción hacia personas del sexo opuesto–, la homosexualidad –atracción hacia personas del mismo sexo– y la bisexualidad –atracción hacia personas de su mismo sexo y otros géneros. (6)

Enfoque de Género: Considera las distintas oportunidades presentes para hombres, mujeres y ambos, junto con los diferentes papeles asignados socialmente. Todas estas, influyen en la obtención de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y además, hacen eco en el desarrollo de la sociedad. (25)

Perspectiva de Género: Apunta hacia la distinción entre la diferenciación sexual y los roles sociales construidos de tal diferencia, buscando lograr la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, sin homogeneizarlos, defendiendo el derecho a la diferencia entre los mismos. (26)

Ideología de Género: Considera que el ser humano nace sexualmente neutro, siendo luego socializado como varón o mujer. Por lo que propone distintas formas de género dependientes de la orientación sexual. Por lo tanto, de acuerdo a preferencias personales, cada individuo se construye a sí mismo con independencia de su sexo biológico y del contexto sociocultural en el que se desarrolla. Teniendo como rasgo fundamental, la exigencia de igualdad absoluta entre varón y mujer, eliminando cualquier aspecto que los identifique como tal. (27)

Identidad de Género: Considerado como la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género, que podría o no guardar relación con sus características sexuales; y que algunos autores consideran como el sexo psicológico o psíquico. (25)

Existen términos estandarizados propuestos por instituciones como “The National LGBT Health Education Center” en USA y el Consejo Nacional para Prevenir La Discriminación (CONAPRED) en México, que proponen conceptos para definir individuos y explicar situaciones relacionadas con la comunidad LGTBI: (28, 29)

1. LGBTI: Siglas que se refieren a personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, y que agrupa a personas con orientaciones sexuales e identidades de género relacionadas a esas cuatro palabras. Llegando a establecerse como una expresión de autoidentificación colectiva, siendo adoptada por una gran mayoría de comunidades alrededor del mundo.
2. Estigma Estructural: Condiciones sociales, políticas y prácticas institucionales que restringen las oportunidades, los recursos y el bienestar de ciertos grupos de gente.
3. Estigma Social: Estatus social y estereotipos negativos de una persona o grupo basándose en sus características percibidas que separan a la persona o grupo del resto de los miembros de una sociedad.
4. Prejuicio: Percepciones generalmente negativas, o predisposición irracional a adoptar un comportamiento negativo, hacia una persona en particular o un grupo poblacional, basadas en la ignorancia y generalizaciones erróneas acerca de tales personas o grupos, que se plasman en estereotipos
5. Estrés Minoritario: Estrés crónico que enfrentan los miembros de ciertos grupos minoritarios estigmatizados. El estrés minoritario es causado por eventos y condiciones externos y objetivos, las expectativas de ciertos eventos, la internalización de actitudes sociales, así como el mantener en secreto la propia orientación sexual.

6. Sexismo: Ejercicio discriminatorio, por el cual se adscriben características psicológicas y formas de comportamiento, y se asignan roles sociales fijos a las personas, por el sólo hecho de pertenecer a determinado sexo, restringiendo y condicionando de este modo la posibilidad de un desarrollo pleno para todos los sujetos sociales, sean estos hombres o mujeres.
7. Discriminación: Siendo la acción u omisión efectuada por individuos o grupos que tiene como producto desigualdades en el acceso a recursos y oportunidades en favor o en contra de otras personas, grupos o instituciones. Separando o formando grupos a partir de características determinadas. Y que engloba la violación de la igualdad de derechos por edad, color, altura, capacidades, etnia, familia, género, características genéticas, estado marital, nacionalidad, raza, religión, sexo y orientación sexual.
8. Discriminación por Orientación Sexual: En el Perú es un tema controversial, debido a que a pesar de contar con el "Decreto Legislativo N°1323", donde la discriminación por orientación sexual está penada; debido a cuestiones religiosas o la idea fallida individual, la mayor parte de la población peruana es homofóbica. Apartando y privando a la persona discriminada por su orientación sexual, y que en todos los casos tiene consecuencias en la salud mental y física del agraviado. Según la Red Peruana LGTB En los diez últimos años más de 100 personas fueron asesinadas tan sólo por pertenecer a la comunidad LGBT. (30)
9. Homofobia: Según acepción social es considerada como el miedo u odio a las personas lesbianas, gays o bisexuales, en la gran mayoría de casos proveniente del miedo, producto de prejuicios fundamentados en la información incorrecta, la cual usualmente proviene de los familiares, amigos y/o autoridades religiosas. Abarca toda actitud ofensiva o degradante debido a su orientación homosexual.

10. Resultados de la Homofobia: Conduce a la discriminación y violencia de todo tipo, expresado en abuso verbal o a la violencia física debido a su orientación sexual. Se presentan además formas sutiles de discriminación, como la exclusión de trabajos, alquiler de departamentos u obtención de recursos, trato deficiente por parte de proveedores de atención de la salud, que repercute no solo en la salud física, sino también en el bienestar mental de esta población.

Meyer, quien propuso el término “estrés minoritario” o “estrés de las minorías” enfatizó que las disparidades de salud observadas en las poblaciones LGTB no reflejan los problemas psicológicos inherentes a los individuos LGTB, sino que más bien son el resultado final de un estigma persistente dirigido hacia ellos, es decir, crónico. (31)

Es entonces que la estigmatización y el estrés minoritario se comportan como indicadores de riesgo en individuos LGTB. Hatzenbuehler y Pachankis proponen diferentes niveles de estigmatización y su implicación en la salud (32):

1. Individual: Respuestas cognitivas, afectivas y conductuales de los individuos al estigma. Existen 3 procesos han recibido la mayor atención:
  - a. Homofobia/transfobia internalizada, se refiere a la internalización de actitudes sociales negativas sobre la propia orientación sexual o identidad de género.
  - b. La sensibilidad al rechazo, proceso psicológico a través del cual algunas personas aprenden a anticiparse ansiosamente al rechazo debido a experiencias previas con prejuicios y discriminación hacia su pertenencia a un grupo.
  - c. Conductas de ocultación, para evitar la victimización.

2. Interpersonal: Prejuicio y discriminación expresada por una persona hacia otra, es decir, a los procesos interactivos que se producen entre los estigmatizados y los no estigmatizados, con dos formas principales: la victimización y la intimidación por parte de los compañeros.
  
3. Estructural: Condiciones a nivel de la sociedad, normas culturales y políticas institucionales que limitan las oportunidades, los recursos y el bienestar de los estigmatizados.

La teoría de Hatzenbuehler en la revisión *“How Does Sexual Minority Stigma “Get Under the Skin”? A Psychological Mediation Framework”* postula que las minorías sexuales se enfrentan a una mayor exposición al estrés resultante del estigma; este estrés relacionado con el estigma crea elevaciones en la desregulación general de las emociones, problemas sociales/interpersonales y procesos cognitivos que confieren riesgo para la psicopatología; y estos procesos a su vez median la relación entre el estrés relacionado con el estigma y la psicopatología. (33)

La edad adulta joven es un período sensible para el desarrollo de la identidad sexual. El contexto en el que sale una persona de una minoría sexual afecta la salud mental; por lo tanto, podríamos considerar que la adultez temprana y la revelación de la orientación sexual minoritaria es un período de desarrollo particularmente sensible para los adultos jóvenes de minorías sexuales. (7) Las minorías sexuales presentan niveles significativamente más altos de trastorno generalizado de ansiedad, fobia social, depresión que los heterosexuales. (34)

Basándose en la teoría del estrés de las minorías, un estudio puso a prueba las relaciones de los factores estresantes de las minorías (es decir, experiencias de prejuicio y discriminación, actitudes antitrans internalizadas, miedo al estigma antitrans), apoyo social (es decir, apoyo



de amigos, familiares y de otro tipo) y uso de sustancias (es decir, uso de drogas y alcohol) con la depresión y el riesgo de suicidio en una muestra de individuos trans. (35) La depresión mediaba plenamente las relaciones de las experiencias percibidas de discriminación, el miedo al estigma antitrans y el apoyo de los amigos con el riesgo de suicidio, y parcialmente la relación de las actitudes antitrans interiorizadas con el suicidio. El consumo de drogas se asoció positivamente con el riesgo de suicidio, mientras que el consumo de alcohol no se relacionó con el riesgo de suicidio. (36)

## CAPÍTULO 3

### MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO:

SEGÚN EL CONOCIMIENTO Y ALCANCE DE RESULTADOS:

Observacional

SEGÚN POSIBILIDADES DE APLICACIÓN DE RESULTADOS:

Aplicada

SEGÚN TIEMPO DE MEDICIÓN:

Retrospectivo

DISEÑO DE ESTUDIO:

Analítico - Transversal

#### POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO:

Los datos que se utilizaron en este estudio corresponden a la Primera Encuesta Virtual para personas LGBTI en el año 2017, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La encuesta tuvo el objetivo de generar información estadística de los residentes LGBTI mayores de 18 años en Perú. Tiene un diseño de carácter exploratorio y un muestreo no probabilístico debido a que no se dispone de información previa sobre el tamaño de esta población para seleccionar una muestra. Los datos se recolectaron a través de una encuesta virtual en la página web del INEI de mayo a agosto de 2017. Dado que los datos de la encuesta están disponibles públicamente en la página web del INEI, no fue necesaria la aprobación por parte de un comité de ética para este estudio.

La población objetivo fueron las personas residentes en territorio peruano con edades entre 18 y 35 años que se identificaron como parte de la comunidad LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales) o que, sin identificarse con estas categorías, no se

adhieren a las definiciones binarias y rígidas de masculino y femenino. Este estudio utilizó la información que corresponde a las 10 102 personas LGTBI (90%) con edades entre 18 y 35 años que participaron respondiendo el cuestionario. Esto se hizo con el fin de tener una población con edad homogénea. Los participantes mayores de 35 años tuvieron una gran dispersión en la edad, hecho que podía sesgar los resultados. Además, la probabilidad de que los participantes sufrieran otras afecciones que intervinieran en su salud mental, no evaluadas en este estudio, se incrementaba.

## VARIABLES

### VARIABLE DEPENDIENTE

- Problemas de salud mental: Autorreporte de ansiedad y/o depresión reportada por el participante en los últimos 12 meses previos a la encuesta. Esta variable se evaluó con la pregunta codificada con el código (P105\_3): "En los últimos 12 meses, ¿has tenido un problema de salud mental como (depresión, ansiedad)" que tuvo 2 posibles respuestas: Si y no.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

- Discriminación y/o violencia: Autorreporte de discriminación y/o violencia sufrida por el participante. Esta variable se evaluó en el cuestionario con la pregunta codificada con el código "¿Alguna vez has sufrido discriminación y/o violencia?". También tuvo dos posibles respuestas: Sí o no.

## VARIABLES INTERVINIENTES

Con base en la literatura anterior, se incluyó variables intervinientes y disponibles en el análisis multivariado. Las variables sociodemográficas incluirán a la educación, el sexo al nacer, la etnia, la discapacidad y el trabajo sexual. (37–45)

Utilizamos la variable "tipo de seguro" como indicador económico. En el Perú, las personas con Servicio Social de Salud son personas de bajos recursos, mientras que los que tienen seguros de otros tipos son las personas con un nivel económico medio/alto. El género sexual se clasificó en "Gay o Lesbiana", "Heterosexual", "Bisexual" y "Otros".

Se tomaron en cuenta también los antecedentes de enfermedades crónicas e infecciosas en los últimos 12 meses con las preguntas "En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna enfermedad crónica (asma, bronquitis crónica o enfisema, hipertensión, es decir, presión alta, diabetes, azúcar alta en la sangre)?" y "En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna enfermedad infecto contagiosa (tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (sífilis, Gonorrea, etc.), VIH / SIDA)?"

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1: VARIABLE DEPENDIENTE

<b>Código en el diccionario</b>	<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Código</b>	<b>Tipos de variables</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>P105_3</b>	<b>Problemas de salud mental en los últimos 12 meses (Depresión, ansiedad)</b>	No  Si	0  1	Catagórica dicotómica	Nominal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: VARIABLE INDEPENDIENTE

<b>Código en el diccionario</b>	<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Código</b>	<b>Tipos de variables</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>P201</b>	<b>Discriminación y/o violencia</b>	No	0	Categórica dicotómica	Nominal
		Si	1		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: VARIABLES INTERVINIENTES

<b>Código en el diccionario</b>	<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Código</b>	<b>Tipos de variables</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>edad</b>	<b>Edad de la madre</b>	18 – 70 años	-	Numérica discreta	Nominal
<b>P101</b>	<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeto	1	Categórica dicotómica	Ordinal
		Primaria	2		
		Secundaria	3		
		Superior	4		
<b>P112</b>	<b>Sexo</b>	Masculino	0	Categórica dicotómica	Nominal
		Femenino	1		
<b>P124</b>	<b>Discapacidad</b>	No	0	Categórica dicotómica	Nominal
		Si	1		
<b>P134</b>	<b>Trabajador sexual</b>	No	0	Categórica dicotómica	Nominal
		Si	1		
<b>P136</b>	<b>Etnia</b>	Mestizo	0	Categórica	Nominal
		Blanco	1		
		Nativo	2		
		Negra	3		
		Otro	4		
<b>P105_01</b>	<b>Enfermedades crónicas en los últimos 12 meses</b>	Si	1	Cualitativa dicotómica	Nominal
		No	0		
<b>P105_02</b>	<b>Enfermedades infecto</b>	Si	1	Cualitativa dicotómica	Nominal
		No	0		

	<b>contagiosas en los últimos 12 meses</b>				
<b>P113</b>	<b>Género</b>	Heterosexual	1	Categoría	Nominal
		Gay/Lesbiana	2		
		Bisexual	3		
		Pansexual	4		
		Asexual/Otro	5		
<b>P114</b>	Identidad	No trans	1	Categoría	Nominal
		Trans	2		
		Género no binario	3		
		Otro	4		

Fuente: Elaboración propia

## PLAN ANÁLISIS DE DATOS

### ANÁLISIS INICIAL

Los módulos de datos se descargaron e importaron desde la página del INEI al programa estadístico R versión 3.2 donde fueron analizados. Una vez limpiada la base de datos se realizó el análisis descriptivo mediante la determinación de la prevalencia de los problemas de salud mental y discriminación mediante porcentajes (%). También las características de la muestra fueron tabuladas.

### ANÁLISIS INFERENCIAL

Para el análisis inferencial se utilizó regresión de Poisson para examinar la asociación entre la variable dependiente que indica el trastorno de salud mental del año anterior y la discriminación, obteniendo razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Las variables intervinientes descritas anteriormente (sexo al nacer, nivel de educación, trabajo sexual previo, etc.) se incluyeron en el modelo. Además, por la

gran cantidad de variables interrelacionadas se realizó el cálculo del Factor de Inflación de Varianza (VIF), el cual indica colinealidad cuando tiene un valor mayor a 6. No hubo colinealidad entre las variables.

### TÉCNICA DE IMPUTACIÓN MÚLTIPLE

Un 13.3% de las observaciones tuvieron datos faltantes. Específicamente la variable que correspondía a la discriminación tuvo un 10.8% de datos faltantes.

Por esta razón realizamos la técnica de imputación multivariante mediante ecuaciones encadenadas (MICE) utilizando la librería *mice* en el paquete estadístico R V3.2. (46) . El método MICE es en la actualidad uno de los principales métodos para abordar los datos perdidos, especialmente en los casos que estos siguen un patrón al azar (MAR), tal como es este caso. (47). Para este proceso se incluyó la variable dependiente, la independiente y todas las variables potencialmente intervinientes. Utilizando el método de regresión logística para las variables categóricas y regresión lineal para la edad, se creó 40 bases de datos imputadas que fueron agrupadas en una sola base final de datos. Se especificó como 40, debido a que esta cantidad ha demostrado aumentar la potencia de la imputación. Adicionalmente se realizó un análisis de sensibilidad entre los modelos creados por la base imputada y la base con datos faltantes.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Este estudio fue aprobado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión. Este fue un análisis secundario de una base de datos disponible públicamente. La base de datos no contiene datos personales que permitan identificar a las personas encuestadas. Y los encuestados aparecen en la base mediante un código de usuario.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

Tabla 4. Características de los participantes de la Primera Encuesta Virtual realizada a población LGTBI, 2017

<b>Características</b>	<b>Categorías</b>	<b>N (%)</b> <b>N = 10102</b>
Edad media (DE))		24.36 (4.25)
Discriminación (%)	No	3028 (30.0)
	Si	7074 (70.0)
Salud mental (ansiedad, depresión) (%)	No	7637 (75.6)
	Si	2465 (24.4)
Educación (%)	Sin educación / primaria	142 (1.4)
	Secundaria	5008 (49.6)
	Superior	4952 (49.0)
Seguro (%)	Ninguno	3113 (30.8)
	SIS	1471 (14.6)
	Otros seguros	5518 (54.6)
Sexo (%)	Masculino	5058 (50.1)
	Femenino	5044 (49.9)
Genero (%)	Heterosexual	534 (5.3)
	Gay/Lesbiana	6075 (60.1)
	Bisexual	2670 (26.4)
	pansexual	543 (5.4)
	Asexual/Otro	280 (2.8)
Identidad (%)	No trans	8793 (87.0)
	Trans	774 (7.7)
	Genero no binario	525 (5.2)
	Otro	10 (0.1)
Etnia (%)	Mestizo	7024 (69.5)
	Blanco	1723 (17.1)
	Nativo	596 (5.9)
	Negro	497 (4.9)
	Otro	262 (2.6)
Estado civil (%)	Sin pareja	5023 (49.7)
	Con pareja, sin convivir	3555 (35.2)
	Con pareja, conviviendo	1396 (13.8)



	Mas de una pareja	128 (1.3)
Discapacidad (%)	No	9803 (97.0)
	Si	299 (3.0)
Trabajo sexual (%)	No	9451 (93.6)
	Si	651 (6.4)
Enfermedades crónicas en los últimos 12 meses (%)	No	8827 (87.4)
	Si	1275 (12.6)
Enfermedades infecciosas en los últimos 12 meses (%)	No	9137 (90.4)
	Si	965 (9.6)

---

DE = Desviación Estándar  
SIS = Seguro Integral de Salud

En la tabla 4 se muestran las características generales de la población LGBTI del presente estudio. De las 10 102 personas, consideradas en el estudio, 5 058 (50,1%) fueron de sexo masculino y 5 044 (49.9%) fueron de sexo femenino. Se puede observar que dicha población sufre una alta tasa de discriminación siendo reportada por el 70% de los individuos. Con respecto a la salud mental, se halló que el 24,4% de encuestados reportaron haber presentado problemas de salud mental en los últimos doce meses. El 98,6% reportó haber tenido educación secundaria o superior. Un 30,8% reveló no haber tenido seguro de salud. La población gay y lesbiana representaron el 60,1% de la población y el 87% presentó una identidad no trans. El 6,4% reveló haber realizado trabajo sexual. Haciendo referencia a enfermedades crónicas e infecciosas, los encuestados reportaron haber tenido estas patologías en el 12,6% y el 9,6%, respectivamente.

Tabla 5. Prevalencia de problemas de salud mental en los últimos meses en población LGTBI, 2017

Características	Problemas de salud mental en los últimos 12 meses		p
	No N=7637	Sí N=2465	
Discriminación:			<0.001
No	2526 (83.4%)	502 (16.6%)	
Sí	5111 (72.3%)	1963 (27.7%)	
Edad	24.6 (4.27)	23.5 (4.06)	<0.001
Educación:			0,031
Sin educación / primaria	106 (74.6%)	36 (25.4%)	
Secundaria	3843 (76.7%)	1165 (23.3%)	
Superior	3688 (74.5%)	1264 (25.5%)	
Seguro:			<0.001
Ninguno	2234 (71.8%)	879 (28.2%)	
SIS	1109 (75.4%)	362 (24.6%)	
Otros seguros	4294 (77.8%)	1224 (22.2%)	
Sexo:			<0.001
Masculino	3976 (78.6%)	1082 (21.4%)	
Femenino	3661 (72.6%)	1383 (27.4%)	
Género:			<0.001
Heterosexual	440 (82.4%)	94 (17.6%)	
Gay/Lesbiana	4838 (79.6%)	1237 (20.4%)	
Bisexual	1871 (70.1%)	799 (29.9%)	
pansexual	298 (54.9%)	245 (45.1%)	
Asexual/Otro	190 (67.9%)	90 (32.1%)	
Identidad:			<0.001
No trans	6727 (76.5%)	2066 (23.5%)	

	514	260	
Trans	(66.4%)	(33.6%)	
	389	136	
Género no binario	(74.1%)	(25.9%)	
Otro	7 (70.0%)	3 (30.0%)	
Etnia:			0,08
	5277	1747	
Mestizo	(75.1%)	(24.9%)	
	1349	374	
Blanco	(78.3%)	(21.7%)	
	444	152	
Nativo	(74.5%)	(25.5%)	
	371	126	
Negro	(74.6%)	(25.4%)	
	196		
Otro	(74.8%)	66 (25.2%)	
Estado civil:			<0.001
	3658	1365	
Sin pareja	(72.8%)	(27.2%)	
Con pareja, sin	2753	802	
convivir	(77.4%)	(22.6%)	
Con pareja,	1140	256	
conviviendo	(81.7%)	(18.3%)	
Más de una pareja	86 (67.2%)	42 (32.8%)	
Discapacidad:			<0.001
	7498	2305	
No	(76.5%)	(23.5%)	
	139	160	
Sí	(46.5%)	(53.5%)	
Trabajo sexual:			0,009
	7173	2278	
No	(75.9%)	(24.1%)	
	464	187	
Sí	(71.3%)	(28.7%)	

En la tabla 5 se presenta el análisis bivariado que relaciona las características generales de la población con la salud mental. Se observa una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con todas las variables, excepto con la de educación y con la de discapacidad. Se puede observar que el 21,4% de los hombres presentaron problemas de salud mental y, de la misma manera, el 27,4 % de las mujeres reportó este mismo dato. En cuanto a género, la población que presentó una mayor proporción de problemas de salud mental fueron los

pansexuales, de las cuales el 45,1% refirió haber tenido dichos problemas. Por el contrario, los heterosexuales reportaron que sólo el 17,6 % tuvieron problemas. Lo que refiere a identidad, en el grupo de mujeres trans, el 33,6% presentó problemas de salud mental siendo este el grupo más discriminado, mientras que los no trans (23,5 %) fueron los que menos reportaron problemas. Con respecto al trabajo sexual, el 28,7% los individuos que realizaron dicha práctica reportaron problemas de salud mental, y los que no, la prevalencia de problemas fue menor (24,1%).

Tabla 6. Asociación entre discriminación y problemas de salud mental en los últimos 12 meses en población LGTBI 2017

	Regresión en base no imputada <i>n</i> = 8826			Regresión en base imputada <i>n</i> = 10102		
	<i>RP</i>	<i>IC</i> 95%	<i>p</i>	<i>RP</i>	<i>IC</i> 95%	<i>p</i>
Discriminación						
No	1,00			1,00		
Sí	1,10	1.06 – 1.15	<0.001	1,10	1.05 – 1.14	<0.001

\*Ajustado por: Edad, Educación, seguro, sexo, género, etnia, discapacidad, trabajo sexual, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas

RP = Razones de prevalencia

IC 95% = Intervalo de confianza al 95%

En la tabla 6 se presenta el análisis multivariado ajustado a las variables confusoras. Se observa que la asociación entre la discriminación y problemas de salud mental en los últimos doce meses es estadísticamente significativa. El grupo de individuos que experimentaron discriminación presentaron una prevalencia de problemas de salud mental en los últimos doce meses 10% mayor al grupo que no experimentó discriminación (RP = 1,10, IC 95% 1,05 a 1,14). Las variaciones en los intervalos de confianza entre el modelo sin imputación y con imputación fueron mínimas, lo que indica una muy buena precisión en la imputación.

## DISCUSIÓN

Previamente se ha estudiado la relación entre la discriminación y la salud mental hallando que la discriminación se asocia con trastornos de internalización, es decir trastornos de la salud mental, y externalización, como desordenes en el uso de sustancias, tanto en hombres como en mujeres de minorías sexuales. (48) En el contexto del presente estudio únicamente abordamos los problemas de salud mental reportados por la población estudiada, variable la cual fue definida como haber presentado problemas de depresión o ansiedad en los últimos doce meses.

Un hallazgo interesante del presente estudio fue que la prevalencia de discriminación fue elevada, siendo reportada por el 70% de los individuos. Una investigación previa realizada en Inglaterra, reveló que la tasa de discriminación percibida en adultos de una población de gais, lesbianas y bisexuales fue del 47,4%. Incluso revelaron que el 23,7% reportaron un tratamiento pobre de parte de los doctores o de los hospitales. (49) Posiblemente la diferencia entre las prevalencias de discriminación se deba a que en países en desarrollo la probabilidad de aceptación de esta minoría sexual es menor. (50)

El presente estudio encontró que casi la cuarta parte de la población LGBTI peruana encuestada (24.4%) presentó problemas de salud mental en los doce últimos meses. Este hallazgo es compatible a los hallado en estudios previos, donde han demostrado que las personas LGBTI en comparación con personas heterosexuales presentan puntajes más bajos en una variedad de indicadores de salud mental como una mayor necesidad percibida de servicios de salud mental, un mayor uso de servicios de salud mental, niveles más altos de tabaquismo, así como diagnósticos psiquiátricos como depresión mayor, trastornos de ansiedad generalizada y abuso-dependencia de sustancias en comparación con la población heterosexual. (51–53) Y lo demostrado por Tadele y col. realizado en Etiopía en una población

de gais, lesbianas y bisexuales, donde encontrando que un 10,7% presentó depresión, el 14% estrés y el 20,8% fue diagnosticado con ansiedad o ataques de pánico. (54)

El 24.4% de prevalencia de problemas de salud mental, depresión y ansiedad, autoreportados por los encuestados, es compatible a estudios previos, donde evaluaron depresión y ansiedad por separadas, en el caso de Logie y col. evaluaron la relación entre el estigma sexual y la depresión en población LGBT, donde encontró que el 60,1% de los encuestados reportaron síntomas de depresión. También hallaron que el bajo apoyo social, la baja autovaloración de la salud, la baja autoestima y la inseguridad económica mediaron la relación entre el estigma sexual y los síntomas depresivos. (55)

Con respecto a la ansiedad, la literatura previa sugiere que las experiencias crónicas de discriminación basadas en la orientación sexual pueden alterar de manera negativa la capacidad de regular las respuestas emocionales, que en última instancia pueden contribuir a los síntomas y trastornos psicológicos. (56) Además, se ha estudiado que la tolerancia a la angustia se considera un factor de vulnerabilidad clave que se asocia con una sintomatología de ansiedad elevada. (57)

En el análisis multivariado se encontró que la población LGBTI que sufrió discriminación presentó una prevalencia 10% mayor en comparación al grupo que no reportó discriminación (RP = 1,10, IC 95% 1,05 a 1,14). Este hallazgo fue similar al de Jackson y col. quién encontró que la discriminación percibida en la vida diaria se asoció con mayores probabilidades de síntomas depresivos (OR = 2.30, IC 95% 1.02 a 5.21), soledad (OR = 3.37, IC 95% 1.60 a 7.10) y una calidad de vida más baja (B = -3.31, IC del 95%: -5,49 a -1,12). (49)

Burton y col. mediante un estudio de carácter longitudinal sobre cómo la victimización actúa como un mediador de los problemas de salud mental en jóvenes de minorías sexuales, corroboran lo hallado en nuestro estudio Hallando que los jóvenes de minorías sexuales

informaron niveles más altos de victimización, síntomas depresivos y tendencias suicidas, en comparación con jóvenes heterosexuales. (58) Además identifica otro factor importante como mediador entre la discriminación y los problemas de salud mental, el auto ocultamiento de la identidad sexual. (59)

Bostwick y col. evaluaron la asociación entre discriminación y salud mental. En su estudio estimaron que el odds de padecer cualquier trastorno de salud mental entre aquellos que reportaron discriminación de género era 2,28 veces más altas (AOR= 2.28, IC 95% 1.09, 4.78) que en los que no reportaron discriminación. También encontraron que aquellos individuos que sufrieron discriminación por orientación sexual, discriminación de género y discriminación racial tuvieron un odds 3,31 veces más alto que los que no informaron discriminación (AOR = 3.31, IC 95% 1.45, 6.74). (7)

Todos los estudios mencionados coinciden en que la discriminación en la población de minoría sexual lleva a problemas en la salud mental. Sin embargo, el efecto encontrado en el presente estudio fue menor (RP = 1,10, IC 95% 1,05 a 1,14). Posiblemente, estas diferencias se deban a que en los otros estudios se ha utilizado Odds Ratio para medir el efecto, y se sabe que cuando la prevalencia del desenlace de interés en la población es mayor al 10% esta prueba estadística suele sobreestimar el efecto. Otra posible explicación es que el efecto encontrado sea diferente al real por otras variables no medidas como la homonegatividad internalizada, la sensibilidad al rechazo, el apoyo social, la red social, pertenecer a una comunidad LGB, estrés percibido y la disconformidad de género infantil. (60)

Este estudio tuvo las siguientes limitaciones, debido al muestreo no probabilístico, los resultados obtenidos están referidos a la población que participó en la encuesta y se debe tener precaución para no inferir a toda la población LGBTI. Sin embargo, la razón de este muestreo es que no existe evidencia previa que brinde alguna cifra orientativa a la realidad

nacional. Por otro lado, el diseño transversal limita la evaluación temporal de la asociación, siendo probable que la asociación sea bidireccional. Sin embargo, nuestros resultados están en línea con la investigación longitudinal existente. Por otro lado, es importante destacar que, como fortaleza, este estudio utilizó una muestra con 10 102 participantes, siendo una importante contribución al campo de estudio de la discriminación en poblaciones vulnerables de nuestro país.



## CAPÍTULO 5

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El reporte de haber sido discriminado en los últimos 12 meses se asoció a mayor probabilidad de haber tenido problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, en la población LGBTI encuestada. Además, la prevalencia de problemas de salud mental y discriminación fueron altas (24.4 y 70% respectivamente), en comparación a otros países. Dentro de las características de la población se destaca que el nivel de educación fue bajo (solo 50% con educación superior), un tercio no contó con ningún seguro de salud, la mayoría de participantes refirió ser de género Gay o Lesbiana, solo un 3% refirió sufrir algún tipo de discapacidad, el 6% refirió haber realizado trabajo sexual y aproximadamente uno de cada diez refirió haber tenido alguna enfermedad crónica o infecciosa en los últimos 12 meses. En base a los resultados, es recomendable difundir los hallazgos de la asociación entre discriminación y problemas de salud mental entre los profesionales de la salud y comunidad, de modo que ayude en la calidad de atención y el enfoque de detección de problemas de la salud mental en la población LGBTI.

Adicionalmente, se recomienda realizar nuevos estudios en lo posible prospectivos que puedan determinar la dirección de la asociación entre estas variables, así como obtener datos más específicos de los problemas de salud mental, su duración y/o severidad.

## REFERENCIAS

1. United Nations Human Rights Council. Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity; 2016 [cited 2020 Jan 8]. Available from: URL: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/RES/32/2](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/RES/32/2).
2. United Nations Development Programme. Social and Environmental Standards; 2014 [cited 2020 Jan 8]. Available from: URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/operations1/undp-social-and-environmental-standards.html>.
3. United Nations Development Programme. Code of Ethics: Operating With Unwavering Integrity [cited 2020 Jan 8]. Available from: URL: <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/ethics/UNDP%20CODE%20OF%20ETHICS%20-%202017%20version.pdf>.
4. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behav Sci (Basel)* 2015; 5(4):565–75.
5. ILGA | The decision of the World Health Organisation 15 years ago constitutes a historic date and powerful symbol for members of the LGBT community [cited 2020 Jan 29]. Available from: URL: [https://web.archive.org/web/20091030051630/http://www.ilga.org/news\\_results.asp?LanguageID=1&FileCategory=50&FileID=546](https://web.archive.org/web/20091030051630/http://www.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=1&FileCategory=50&FileID=546).
6. American Psychological Association. Sexual Orientation & Homosexuality; 2008. Available from: URL: <https://www.apa.org/topics/lgbt/orientation> [cited 2020 Jan 8].
7. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, West BT, McCabe SE. Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Orthopsychiatry* 2014; 84(1):35–45.
8. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annu Rev Clin Psychol* 2016; 12:465–87.
9. Cochran SD, Mays VM, Alegria M, Ortega AN, Takeuchi D. Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(5):785–94.
10. Assari S, Moazen-Zadeh E, Caldwell CH, Zimmerman MA. Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender Differences among Blacks. *Front. Public Health* 2017; 5:104. Available from: URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00104/pdf>.
11. Salazar X. Las personas trans y la epidemia del VIH-SIDA en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos. 1ª ed. Lima: IESSDEH; 2010.
12. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Second edition. Philadelphia: American College of Physicians; 2015.

13. Seventh-day Adventist Church. Seventh-day Adventist Position Statement on Homosexuality – Family Ministries: Seventh-day Adventist Family Ministries; 2013 [cited 2020 Jan 29]. Available from: URL: <https://family.adventist.org/seventh-day-adventist-position-statement-on-homosexuality/>.
14. Bränström R, van der Star A. All inclusive Public Health--what about LGBT populations? *Eur J Public Health* 2013; 23(3):353–4.
15. Casey LS, Reisner SL, Findling MG, Blendon RJ, Benson JM, Sayde JM et al. Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. *Health Serv Res* 2019; 54 Suppl 2:1454–66.
16. Corrales J. The Politics of LGBT Rights in Latin America and the Caribbean: Research Agendas. *ERLACS* 2015; 0(100):53.
17. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* 2016; 387(10023):1123–32.
18. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public Health* 2010; 100(12):2426–32.
19. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE, Brennan DJ, Gesink D. Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* 2016; 106(5):e1-12.
20. Sutter M, Perrin PB. Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *J Couns Psychol* 2016; 63(1):98–105.
21. Testa RJ, Michaels MS, Bliss W, Rogers ML, Balsam KF, Joiner T. Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J Abnorm Psychol* 2017; 126(1):125–36.
22. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8:70.
23. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med* 2019; 380(6):559–68.
24. Allgulander C. Morbid anxiety as a risk factor in patients with somatic diseases: a review of recent findings. *J Psychiatry* 2010; 1:11–9.
25. Castelo-Branco Flores CA, La Gándara Martín Jd, Puigvert Martínez A. Sexualidad humana: Una aproximación integral. Madrid [etc]: Editorial Médica Panamericana; 2005.z
26. Hervada J. Diez postulados sobre la igualdad jurídica entre el varón y la mujer. 0211-4526 1984. Available from: URL: [http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12462/1/PD\\_11\\_11.pdf](http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12462/1/PD_11_11.pdf).

27. Money J, Ehrhardt AA. Man & woman, boy & girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity / by John Money and Anke A. Ehrhardt. Baltimore, London: Johns Hopkins University Press; 1972.
28. Griffin, J N. National-LGBT-Health-Education-Center-Glossary.SPANISH-2018 [cited 2020 Jan 8]. Available from: URL: <https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/03/National-LGBT-Health-Education-Center-Glossary.SPANISH-2018.pdf>.
29. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Gobierno de México. Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales; 2016. Available from: URL: [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf).
30. Red Peruana TLGB. Web de la Red Peruana TLGB [cited 2020 Jan 8]. Available from: URL: <http://redperuanatlgb.galeon.com/>.
31. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129(5):674–97.
32. Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatr Clin North Am* 2016; 63(6):985–97.
33. Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull* 2009; 135(5):707–30.
34. Lea T, Wit J de, Reynolds R. Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Arch Sex Behav* 2014; 43(8):1571–8.
35. Mereish EH, O'Cleirigh C, Bradford JB. Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychol Health Med* 2014; 19(1):1–13.
36. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol* 2016; 63(5):520–33.
37. Halpern-Manners A, Schnabel L, Hernandez EM, Silberg JL, Eaves LJ. The Relationship between Education and Mental Health: New Evidence from a Discordant Twin Study. *Social Forces* 2016; 95(1):107–31.
38. Ward BW, Martinez ME. Health Insurance Status and Psychological Distress among US Adults Aged 18-64 Years. *Stress Health* 2015; 31(4):324–35.
39. Krueger EA, Meyer IH, Upchurch DM. Sexual Orientation Group Differences in Perceived Stress and Depressive Symptoms Among Young Adults in the United States. *LGBT Health* 2018; 5(4):242–9.
40. Yue XD, Hiranandani NA, Jiang F, Hou Z, Chen X. Unpacking the Gender Differences on Mental Health. *Psychol Rep* 2017:33294117701136.

41. Bailey RK, Mokonogho J, Kumar A. Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019; 15:603–9.
42. Iaisuklang MG, Ali A. Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. *Indian J Psychiatry* 2017; 59(4):465–70.
43. Kee M-K, Lee S-Y, Kim N-Y, Lee J-S, Kim JM, Choi JY et al. Anxiety and depressive symptoms among patients infected with human immunodeficiency virus in South Korea. *AIDS Care* 2015; 27(9):1174–82.
44. Noh J-W, Kwon YD, Park J, Oh I-H, Kim J. Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PLoS ONE* 2016; 11(11):e0166238.
45. Voinov B, Richie WD, Bailey RK. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013; 15(2).
46. Trivellore E, Raghunathan, James M, Lepkowski, John Van Hoewyk, Peter Solenberger. A Multivariate Technique for Multiply Imputing Missing Values Using a Sequence of Regression Models 2001; 27(1):85–95.
47. Schafer JL, Graham JW. Missing data: our view of the state of the art. *Psychol Methods* 2002; 7(2):147–77.
48. Lee JH, Gamarel KE, Bryant KJ, Zaller ND, Operario D. Discrimination, Mental Health, and Substance Use Disorders Among Sexual Minority Populations. *LGBT Health* 2016; 3(4):258–65.
49. Jackson SE, Hackett RA, Grabovac I, Smith L, Steptoe A. Perceived discrimination, health and wellbeing among middle-aged and older lesbian, gay and bisexual people: A prospective study. *PLOS ONE* 2019; 14(5):e0216497. Available from: URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0216497&type=printable>.
50. Tower K. Third Gender and the Third World: Tracing Social and Legal Acceptance of the Transgender Community in Developing Countries. 1 2016; 39. Available from: URL: <https://concept.journals.villanova.edu/article/download/2082/1857>.
51. Mendoza-Perez JC, Ortiz-Hernandez L. Association Between Overt and Subtle Experiences of Discrimination and Violence and Mental Health in Homosexual and Bisexual Men in Mexico. *J Interpers Violence* 2020:886260519898423.
52. Burgess D, Tran A, Lee R, van Ryn M. Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *J LGBT Health Res* 2007; 3(4):1–14.
53. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(10):876–80.
54. Tadele G, Amde WK. Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health* 2019; 18(1):86.

55. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Poteat T, Wagner AC. Syndemic Factors Mediate the Relationship between Sexual Stigma and Depression among Sexual Minority Women and Gender Minorities. *Womens Health Issues* 2017; 27(5):592–9.
56. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion Dysregulation and Adolescent Psychopathology: A Prospective Study. *Behav Res Ther* 2011; 49(9):544–54.
57. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther* 2010; 41(4):567–74.
58. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *J Youth Adolesc* 2013; 42(3):394–402.
59. Zhou S, King EJ, Gjorgiovska J, Mihajlov A, Stojanovski K. Self-concealment, discrimination, and mental health in Macedonia: Disparities experienced by sexual and gender minorities. *Glob Public Health* 2019; 14(8):1075–86.
60. Feinstein BA, Goldfried MR, Davila J. The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(5):917–27.