

UNAD LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

ACERCAMIENTO EXPLORATORIO AL BIENESTAR EMOCIONAL Y LA SALUD DEL COLECTIVO LGTBIQ+ EN ESPAÑA

Con la asistencia técnica de:



Universidad de
Oviedo

Financiado por:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Este informe ha sido realizado por UNAD, la Red de Atención a las Adicciones. La investigación ha sido financiada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2021).

Cita sugerida:

Calvo González, S. & Negro Abascal, J. (2022). Acercamiento exploratorio al bienestar emocional y la salud del colectivo LGTBIQ+ en España. UNAD.

Autoría:

Soraya Calvo González (UNIOVI)

Joaquín Negro Abascal (UNAD)

Equipo investigador:

Soraya Calvo González (UNIOVI)

José Luis San Fabián Maroto (UNIOVI)

Iván Gómez Beltrán (RIXU)

Andrea Turo Álvarez (UNIOVI)

Equipo motor:

Aldana Menéndez Ramírez (ABD)

Alejandro Bertó Moran (Adhara)

Almudena García Carrillo de Albornoz (Apoyo Positivo)

Joaquín Negro Abascal (UNAD)

María Rodríguez - Manzanque García (FELGTBI+)

Sara Collado González (FELGTBI+)

Profesionales clave en el diseño del cuestionario:

Ester Aranda Rodríguez y Jordi Garo (ABD), Iosu Azqueta Chocarro y Lorena Iburguchi Samper (Apoyo Positivo),

José Miguel Saucedo Aguilar y Miguel Serrano de la Riva (Adhara).

Revisión:

Isabel Allende-Robredo (GlobalEquitas)

ISBN: 978-84-09-48408-9

Consultas:

unad@unad.org

C/Cardenal Solís 5, local 2, 28012 Madrid

Tfno.: 91 447 88 95

Este es un informe descriptivo en el que se resaltan los resultados más importantes de la investigación a modo de acercamiento exploratorio. Si tienes interés académico o profesional por conocer en profundidad otros resultados de este estudio ponte en contacto con nosotras a través de unad@unad.org

“MIL MILLONES DE GRACIAS por esta entrevista. No sabes lo que me alegro de haber participado y lo que te agradezco que estéis haciendo la investigación. Nunca me han hecho ninguna pregunta respecto a cómo me siento ni como veo al colectivo. Me he sentido muy escuchada, he aprendido y me ha encantado haber podido hablar con vosotras...”

Participante grupo discusión.

Coordina:



Con la asistencia técnica de:



Financiado por:



Licencia de Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES UNAD

**ACERCAMIENTO EXPLORATORIO AL BIENESTAR EMOCIONAL
Y LA SALUD DEL COLECTIVO LGTBIQ+ EN ESPAÑA**

ÍNDICE

GLOSARIO	8
PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	10
01 Salud y bienestar emocional	12
A) Concepto y justificación introductoria de la investigación.	14
B) Modelos de intervención sanitaria y salud LGBTQ+: patologización, tutela y acompañamiento.	15
C) El impacto de la pandemia en el bienestar emocional y en la percepción de la salud como asunto comunitario.	17
02 Colectivo LGBTQ+	18
A) Conceptualización diversa para una realidad múltiple y compleja.	20
B) La herencia patológica de la diversidad: el caso de España.	21
C) Impacto de los discursos de odio e impacto del “terror mediático” por delitos de odio.	25
03 Vulnerabilidad y violencias estructurales	28
A) Heteronormatividad como violencia LGBTQ+fóbica.	30
B) Heteronormatividad como expectativas sociales, interiorización del estigma y “estrés de las minorías”.	32
C) El armario como dispositivo social de (auto)silenciamiento.	34
D) El ciclo de la violencia: culpa, vergüenza y miedo.	36
04 Estrategias de prevención y gestión de riesgos mediados por la LGBTQ+fobia	38
A) Uso de sustancias en contextos sexualizados.	41
05 Claves metodológicas, objetivos y participantes	46
06 Resultados cuantitativos: cuestionario	52
A) Características sociodemográficas.	54
B) Factores de protección.	55
C) Estresores cotidianos, discriminación y estigma.	57
D) Colectivo como núcleo de apoyo.	83
E) Prácticas y consumos.	85
F) Salud.	102
07 Resultados y datos obtenidos – entrevistas y grupos de discusión	112
08 Conclusiones y propuestas futuras	138
09 BIBLIOGRAFÍA	146

GLOSARIO

Adaptación a partir de Menéndez, A. Daunas, L. & Tallón, X. (2022). *Guía sexualidades y adolescencias LGTBI+. Herramientas, ideas y recursos para acompañar a adolescentes LGTBI+*. ABD. <https://sexus.org/multimedia/guia-sexualidades-adolescencias-lgtbi/>

Asexual / Asexualidades

Falta, en mayor o menor medida, de atracción sexual y/o deseo erótico hacia otras personas.

Binarismo / Binarismo de género

Construcción social que parte de la idea de que únicamente existen dos géneros dividiendo de forma rígida y normativa a las personas en solo dos formas posibles: hombres y mujeres que reproducen e interiorizan esta concepción desde posiciones sociales de opresión y subordinación.

Bisexual / Bisexualidad

Orientación sexual que implica que una persona se siente atraída física o romántico-afectiva por más de un género o indistintamente del género.

Características sexuales

Combinación de características físicas de una persona que incluyen genitales, anatomía reproductiva, gónadas, cromosomas y también características fenotípicas o, tradicionalmente, caracteres sexuales secundarios (altura, pelo facial y corporal, desarrollo o no de senos, tono de voz, distribución de la grasa corporal y la masa muscular, etc.).

Cis / cisgénero

Persona que se identifica con el género asignado al nacer.

Expresión de género

El género se expresa culturalmente a través del cuerpo, vestimenta, peinado, actitudes, roles asumidos, etc. Existen unas expectativas sociales que se esperan de la expresión del género de hombres y de mujeres. La expresión de género de una persona no tiene por qué coincidir con su sexo, identidad de género o su orientación y/o preferencia sexual.

Gay

Hombre que siente atracción física o afectiva hacia otros hombres.

Género no binario

Personas que no se identifican únicamente como hombres o como mujeres. Se identifican más allá del binarismo de género tradicional. Puede ser que se identifiquen con los dos géneros, con ninguno de ellos o con otros géneros.

Género fluido

Personas que no se identifican siempre con la misma identidad, pudiendo transitar entre dos o más géneros de forma estable o puntual. Puede ser que se identifiquen con los dos géneros, con ninguno de ellos o con otros géneros.

Heteronorma / Heteronormatividad

Concepción social que entiende la heterosexualidad como lo normal y lo deseable, generando dinámicas de exclusión hacia todo aquello que no se ajusta a esta regla.

Intersex / Intersexualidad

Personas que disponen de características sexuales físicas que no se ajustan a las normas tradicionales que el marco sanitario ha planteado sobre los cuerpos en clave dicotómica (macho – hembra). Se trata de variaciones que pueden estar relacionadas con los cromosomas, la genitalidad externa, el aparato reproductor interno, las gónadas y/o con la respuesta hormonal. La intersexualidad evidencia la diversidad en la anatomía sexual, y no especifica nada acerca de las clasificaciones sobre las identidades de género o preferencias sexuales. Debido a que las características intersexuales son innatas, estas pueden ser identificadas a cualquier edad, incluso prenatalmente, al nacer o en la infancia temprana, durante la pubertad o cuando las personas tratan de tener prácticas sexuales con fines reproductivos.

Lesbiana

Mujer que siente atracción física o romántico-afectiva hacia otras mujeres.

Orientación sexual

Atracción emocional, erótica y/o romántico-afectiva que se puede sentir por personas del mismo género/sexo (homosexualidad), de diferente género/sexo (heterosexualidad) o independientemente del género (bisexualidad) y/o de la identidad (pansexual).

Pansexual / Pansexualidad

Orientación sexual que implica que una persona se siente atraída física o afectivamente por más de una identidad o indistintamente de la identidad, pudiendo vincularse de igual manera con personas cis, personas trans, personas agénero, personas de género fluido, etc.

Salir del armario

Expresión que se utiliza para hacer referencia al hecho de que una persona LGTBIQ+ se visibiliza públicamente o en determinados contextos sociales como LGTBIQ+.

Trans* / Transexualidad

Personas con una identidad de género diferente al género asignado al nacer o que muestra inconformidad con los patrones binarios y estereotipados del sistema sexo-género (hombre / masculinidad – mujer / feminidad). Hay personas que sienten la necesidad de realizar modificaciones corporales en el proceso de transición a partir de un tratamiento hormonal o procedimientos quirúrgicos y otras que no.

PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

Luciano Poyato Roca
Presidente de UNAD



UNAD, la red de Atención a las Adicciones, es una entidad referente en esta materia ya que trabajamos dando respuesta a las necesidades sociales emergentes, defendiendo siempre los derechos humanos en la esfera política y promoviendo la autonomía de las personas a las que atendemos en nuestros servicios y recursos.

En 2022, junto con la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTBI+) decidimos dar un paso más, tanto en el trabajo en red como en el conocimiento de nuevas realidades sobre el bienestar emocional y la salud de estas personas.

La naturaleza de esta colaboración entre ambas entidades nace del compromiso por desarrollar iniciativas conjuntas que tengan entre sus objetivos mejorar la calidad de vida, proteger los derechos de las personas LGTBIQ+ y alcanzar un abordaje integral de las diferentes problemáticas interseccionales recurrentes para esta población, como son la discriminación, el bienestar emocional y los problemas de adicciones.

Con este estudio queremos compartir el conocimiento experto y aunar nuestro esfuerzo y compromiso por abordar esta realidad.

A través de este trabajo queremos dejar constancia del interés de UNAD por contribuir a alcanzar el cumplimiento de la Agenda 2030 reduciendo las desigualdades y trabajando de manera global a favor de la diversidad de todas las personas.

Me gustaría agradecer personalmente el compromiso de cada profesional que ha participado en el desarrollo de este trabajo y a las personas LGTBIQ+ que, a través de su fortaleza y valentía, nos han ofrecido su experiencia y testimonio.

Esperamos que este trabajo, que se ha llevado a cabo gracias al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, nos permita avanzar en la lucha contra la discriminación y, en definitiva, pueda ayudar a mejorar la situación de las personas LGTBIQ+ en todos los ámbitos de sus vidas.



Eugenia Sangil Sánchez
Presidenta de FELGTBI+

La **FELGTBI+** tiene entre sus estrategias: mitigar el daño emocional que las personas LGTBI+ sufren como consecuencia de experiencias vitales de incomprensión, odio, incluso violencia.

Siendo también nuestra responsabilidad analizar las causas y las consecuencias, evitando que cualquier factor social, económico, cultural, religioso, etc., pueda influir negativamente en un crecimiento sano y en el desarrollo social de nuestro colectivo. Por lo que, manifestamos nuestra satisfacción de haber participado en esta investigación.

El informe contribuirá a generar conocimiento sobre la salud emocional de las personas LGTBI+ y sus consecuencias, considerando, además, que sus hallazgos contribuirán a una sociedad más respetuosa, más comprometida y, por tanto, más sana.

Les invitamos a su lectura ya que esta contribuirá a conocer nuestra realidad y les facilitará la comprensión de nuestras necesidades. Y adelantamos que sus resultados serán de gran ayuda, no sólo para comprender la situación de las personas LGTBI+, sino también para reconocer que la discriminación debe ser un fenómeno que ha de desaparecer de nuestras sociedades.

01

SALUD Y BIENESTAR EMOCIONAL



A) CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN INTRODUCTORIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La salud del colectivo LGTBIQ+ ha estado condicionada por la invisibilidad de esta comunidad a la par que por el desconocimiento social y médico de las vivencias, trayectorias y contextos que difieren de la normatividad cisheterosexual. En este sentido podemos afirmar que en las últimas décadas se ha incrementado el interés por trazar una mejor comprensión de aquellos aspectos propios del bienestar emocional de los grupos minorizados coincidiendo con la emergencia de las reivindicaciones de los movimientos de liberación sexual (Russell y Fish, 2016) centrados en cuestionar el binarismo, la patologización y la penalización de la disidencia.

La impronta medicalista que a lo largo de del siglo XIX y XX marcó las realidades de la disidencia genérico-sexual estuvo destinada a la clasificación de aquello considerado y definido como “anormal” más que al análisis de sus experiencias y el interés por desarrollar estrategias de acompañamiento adecuadas y adaptadas a sus particularidades. Esta visión médica estaba condicionada por prejuicios sociales que empapaban la intervención y que la instituían como un aparato opresivo en sí mismo contra las vivencias LGTBIQ+. Las diferentes conceptualizaciones y categorías que se implementarían reflejaban los discursos culturales en los que podían contextualizarse dichas realidades, pero también legitimaban una manera de comprender sus subjetividades y constriñendo el marco de comprensión e integración.

Abordar el estudio del bienestar emocional de estos colectivos implica comprender cómo determinadas vivencias de discriminación, opresión y estigma condicionan e incluso determinan el grado de salud física y emocional que tienen estas personas (Meyer, 2003; Herek, 2007; Russell y Fish, 2016; Garaigordobil y Larrain, 2019). El desarrollo vital en un contexto social marcado por la LGTBIQ+fobia no solo determina las posibilidades materiales de estos colectivos, sino que marca sus vivencias cotidianas y su bienestar emocional a corto y largo plazo. Y hay que tener en cuenta que este proceso no debe entenderse únicamente como de victimización pasiva por el que las personas del colectivo reciben y asumen las violencias diversofóbicas, sino que esta también está determinada por resistencias y negociaciones, así como por la gestión emocional de cada sujeto.

Abordar la relación entre la vivencia LGTBIQ+ y el bienestar emocional supone un intento de visibilización de la relación entre la pertenencia a un grupo minorizado y la salud mental, pero además se persigue aportar datos y análisis que vengán a complementar un vacío epistemológico en la investigación sobre salud que generalmente se ha centrado en y para las experiencias cisheterosexuales (Rodzinka y Pawlega, 2020).

B) MODELOS DE INTERVENCIÓN SANITARIA Y SALUD LGTBIQ+: PATOLOGIZACIÓN, TUTELA Y ACOMPAÑAMIENTO.

Como se ha comentado, la vinculación entre el análisis de la salud de los colectivos y la institución médica nos lleva a trazar un mapa de la intervención sanitaria desde la patologización, pasando por la tutela paternalista y llegando finalmente al acompañamiento informado. Estos tres estadios sintetizan diferentes maneras de entender y explicar la existencia de lo LGTBIQ+ desde el ámbito médico junto con otras disciplinas como la psicología, la sexología la historia o la sociología, pero también reflejan los prejuicios, mitos y creencias que configuran el saber social sobre estas realidades.

Las categorías LGTBIQ+ han estado estrechamente ligadas a los procesos de patologización de sus experiencias desde diferentes disciplinas médicas. Por patologización nos referiremos a los procesos por los que una categoría se torna asunto de interés médico y es identificada como no-saludable y perjudicial para ser diseccionada clínicamente con la intención de restituir la salud integral de la persona (Winter et al., 2009). En este sentido algunas investigaciones han señalado los problemas derivados de la imposición de una categoría patológica, entre ellos: que funciona como una herramienta de control y restricción, patologiza la identidad y subjetividad de la persona, fomenta el esencialismo y el desarrollo de las denominadas “terapias de conversión” e incluso favorece el cultivo de prejuicios sociales (Winter et al., 2009, p. 99).

Lo LGTBIQ+ ha sido definido como desviado, enfermo y en oposición a la naturaleza (contra natura) entendida esta como analogía de “lo normal”. De esta manera la patologización de las múltiples vivencias de estos colectivos se produce como un acto de violencia discursiva en el que se busca alejarlos de lo considerado normal, pudiendo así intervenirlos médicamente para ser racionalizado y normalizado. Como señala Georges Canguilhem (1978, p. 139), “[e]l ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes”. La patologización es de este modo un proceso por el que en la misma diferenciación de aquello considerado desviado es donde “lo normal” cobra sentido. Toda normatividad necesita de “una exclusión interior indispensable, un (a)fuera que está dentro de la interioridad haciendo posible la articulación de esta última, una transgresión de la frontera necesaria para constituir la frontera como tal” (Fuss, 1999, p. 116). Lo patologizado es el resultado de la exclusión, pero, a su vez, es lo que permite definir el núcleo de la normatividad.

Si bien en muchos casos el modelo de patologización se ve acompañado por un modelo de tutela médica, lo cierto es que no tienen por qué presentarse conjuntamente. Esta situación se ve claramente en el caso de los procesos de despatologización de lo trans* en el Estado Español donde en la actualidad, si bien la transexualidad no sería considerada una enfermedad incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades desde el año 2022 (CIE-11), está continúa estando sometida a la potestad médica en la toma de decisiones que afectan a las personas.

Por otra parte, hay que decir que la tutela en las realidades LGTBIQ+ ha sido un proceso de des-agenciamiento en el que se condicionaban sus decisiones a ser supervisadas o directamente revisadas por la autoridad médica o legal, algo que continúa afectando tanto a las personas intersexuales y trans* como a otros procesos como los de filiación de las mujeres lesbianas o bisexuales.

Por último, el modelo del acompañamiento viene a introducir una perspectiva no biomédica en el abordaje de la diversidad. Esta perspectiva ha sido defendida especialmente debido al contexto de la lucha por la despatologización de mano de activistas y teóricas transfeministas/queer en el marco de las disputas por la autodeterminación de género. Tal y como señala Noemí Parra (2022, p. 325) refiriéndose al acompañamiento a adolescencias trans el modelo del acompañamiento:

(...) incorpora la dimensión estructural de las relaciones de género y la configuración subjetiva de estas relaciones en la experiencia, lo que permite un acercamiento a las nociones de género y a experiencias contingentes y ancladas contextualmente. Además, como modelo desborda la intervención clínica para interpelar a la intervención social y comunitaria, insistiendo en la importancia de que los procesos de acompañamiento no tengan como puerta de entrada el ámbito de salud.

El acompañamiento se centra en el respeto al desarrollo libre de la identidad ofreciendo las herramientas necesarias para la gestión de los posibles conflictos, pero sin realizar un tutelaje paternalista que abstraiga del sujeto su capacidad de decisión. En el caso de las personas LGTBIQ+ esto es fundamental en lo relativo a la “exploración y agenciamiento de la experiencia” (Parra, 2022, p. 325) en un contexto sociocultural que obstaculiza o directamente imposibilita el autoconocimiento alejado del estigma y los prejuicios.

C) EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD COMO ASUNTO COMUNITARIO.

Una de las consecuencias derivadas de la pandemia del COVID-19 ha sido la de introducir la salud mental como un asunto de importancia en el terreno de las relaciones sociales, posicionándolo en los debates públicos y valorándolo dentro de las necesidades comunitarias. Este proceso enraíza previamente a la pandemia con el interés que suscitaba en las redes sociales para la población más joven el que se abordaran los problemas y conflictos emocionales y se expusiera la dificultad para comunicarlos socialmente (Duque, 2022).

La vivencia de la pandemia como un colapso social y emocional ha marcado el periodo de confinamiento estricto y las posteriores tensiones de aperturas y cierres de las estrategias de control sanitario. Las implicaciones a largo plazo de la pandemia aún están por determinar, aunque algunos estudios, así como estadísticas (Martínez-Taboas, 2020; Mendoza-Pérez, 2020; Gato et al. 2021) parecen señalar claramente a un aumento del malestar emocional traducido en el aumento de los diagnósticos de depresión y ansiedad y a nivel general de la presencia constante del miedo, el estrés y el nerviosismo.

No hay que olvidar que en el caso del colectivo LGTBIQ+ el contexto general previo a la pandemia en lo relativo a su vulnerabilidad social ya condicionaba el punto de partida sobre el que abordar la salud mental. El distanciamiento social instaurado como una medida sanitaria afectó especialmente a estos colectivos ya que incidía para fragmentar unas redes sociales que de por sí en ocasiones eran insuficientes o incluso inexistentes. Pero, además, para muchas personas, especialmente jóvenes, el hogar familiar no fue un espacio de seguridad en el que sobrellevar la situación de incertidumbre, sino que incremento la tensión del armario o la vivencia de violencias cotidianas por parte de familiares.

La pandemia ha agudizado la percepción de crisis social que ya existía previamente y que se materializaba en la alta tasa de desempleo juvenil y los obstáculos para la emancipación, la dificultad de integración laboral de las personas LGTBIQ+, la proliferación de los discursos de odio y la integración democrática del fascismo, así como en la intensificación de los modelos capitalistas e individualistas de consumo promovidos por el aislamiento sanitario.

A todo esto, debe sumarse las dificultades tras el confinamiento estricto para recomponer las relaciones sociales y la ocupación del espacio público. Muchas personas manifiestan dificultades bien para acudir a actos multitudinarios o bien para pasear por una calle concurrida. Relacionar la salud con la situación social también debe pasar por analizar cómo el cambio de condiciones estructurales producidas por las crisis cíclicas del capitalismo y la implantación de un neoliberalismo individualista tiene consecuencias sobre el bienestar emocional y psicológico de las personas. Sus expectativas y las impuestas por las familias, la creciente inestabilidad laboral, la productividad entendida dentro de los modos de producción capitalista, son aspectos a tener muy en cuenta especialmente cuando la pertenencia al colectivo LGTBIQ+ supone un factor problemático o que, al menos, puede condicionar y añadir estrés a dicho contexto.

02

COLECTIVO LGTBIQ+



A) CONCEPTUALIZACIÓN DIVERSA PARA UNA REALIDAD MÚLTIPLE Y COMPLEJA.

Cuando hablamos de colectivo LGTBIQ+ estamos haciendo referencia a un conjunto de colectivos agrupados bajo el interés común de acabar con las estructuras de opresión que limitan, invisibilizan y violentan sus vidas, especialmente el binarismo y jerarquía de género, la heteronormatividad y la LGTBIQ+fobia. Por ello, conviene realizar algunos matices que nos permitan comprender el origen y la evolución de este colectivo.

El origen de lo LGTB suele extenderse hasta las consecuencias mismas de la pandemia del VIH/sida en los años 80 y 90. La falta de derechos legales que el matrimonio ofrecía como institución se hicieron especialmente visibles en un contexto marcado especialmente por el fallecimiento de hombres gais y mujeres trans. La posibilidad de visitar y acompañar en el lecho de muerte a la pareja infectada por el virus, la herencia y la pensión de viudedad eran derechos que el colectivo comenzó a reclamar como propios y que culminó tras años de reivindicación con la aprobación de modificación del Código Civil en lo referido al matrimonio entre parejas del mismo sexo en el año 2005.

Que el colectivo LGTB surja en los años noventa aglutinándose en torno a la reclamación política del matrimonio y la adopción no implica que anteriormente no existieran las reivindicaciones gais, lésbicas y trans*. Si bien la historia de estos colectivos se mantenía paralela y en algunos casos solapada, lo cierto es que no se produjo una confluencia en un mismo movimiento hasta la aparición de las grandes asociaciones, muchas de ellas todavía existentes. Este proceso de construcción progresiva de una identidad colectiva y aglutinada se refleja en las denominaciones utilizadas a lo largo de la historia para dar nombre a colectivos y asociaciones: desde el Front d' Alliberament Gai de Catalunya (1975), Col·lectiu de Lesbianes de Barcelona (1976), o el Colectivo de Travestis y Transexuales (1980), a la formación de la Federación Estatal de Gais y Lesbianas en 1992 que poco después alterará el orden de las siglas apostando por la perspectiva feminista (FELG) y en años sucesivos incluirá la transexualidad (FELGT) y la bisexualidad (FLGTB). Finalmente, no será hasta el año 2021 cuando se incorpore la intersexualidad en su denominación, la actual FELGTBI+.

Por otro lado, la inclusión de la Q obedece a la intención de incorporar todo el bagaje de experiencias y vivencias que no sean referidas expresamente. El movimiento queer en España está constituido por un conjunto de prácticas políticas y teóricas que tienen su origen en los años noventa especialmente en el cuestionamiento de las políticas identitarias al igual que en cierto estancamiento del movimiento LGTB, al cual se veía como más moderado y con intereses institucionalizadores. Lo queer viene a representar una parte más radical presente ya desde los Frentes de Liberación Homosexual de los años setenta hasta la LSD y Radical Gai, que defenderán una visión anti-identitaria, anticapitalista y de no cooperación con las instituciones opresoras del Estado (Trujillo, 2009). De este modo, pese a que habitualmente se incluya lo queer como parte de las siglas del colectivo, lo queer no es considerado una identidad en sí misma en el ámbito hispanohablante, sino un conjunto de herramientas que precisamente buscan romper con la rigidez identitaria al considerar esta como una pieza clave de la estructura cisheteronormativa.

B) LA HERENCIA PATOLÓGICA DE LA DIVERSIDAD: EL CASO DE ESPAÑA.

La diversidad ha sido castigada, invisibilizada y disciplinada a lo largo de la historia a través de diferentes mecanismos, legales, médicos y sociales que funcionaban como dispositivos de normalización y castigo. Hacer referencia a la herencia patológica no supone únicamente revisar la tradición patologizadora de la psiquiatría en consonancia con las instituciones religiosas y su visión moralista de la sexualidad, sino también prestar atención a cómo dichos discursos han sido interiorizados socialmente y perviven en la actualidad tomando formas actualizadas, pero no menos excluyentes. Por ello referirse a “herencia patológica” es prestar atención a cómo los lenguajes de la discriminación y la abyección siguen estando presentes, aunque los mecanismos legales y médicos no construyan lo LGTBIQ+ como una patología.

Dicho sea, la complejidad y variabilidad de experiencias dentro del colectivo también está condicionada por los diferentes procesos de patologización, tutela y emancipación de las instituciones que interfieren en su autonomía. Cada colectivo mantiene un diálogo propio con las instituciones en un contexto todavía profundamente LGTBIQ+fóbico, algo que a lo largo de las últimas décadas ha condicionado la construcción de la agenda política del movimiento y de cada colectivo.

En el contexto español el siglo XX es fundamental para entender el devenir de las categorías históricas del colectivo y de sus luchas políticas. La patologización de la homosexualidad y el travestismo tendrán su culmen con el desarrollo de la psiquiatría a mediados de siglo y con la elaboración de dos leyes que castigaron y persiguieron estas vivencias. Tanto a través de la modificación de la Ley de Vagos y Maleantes en 1954 como de la aplicación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social en 1970, la diversidad permeaba en el discurso legal y social como un “peligro” y como algo que había que “rehabilitar” y “curar” (Ugarte, 2004; Olmeda, 2007). En el contexto de la delimitación de un “nosotros nacionalcatólico”, el régimen dictatorial adoptará un proyecto político basado en las doctrinas eugenésicas que recorrían la Europa del momento, especialmente en lo referido a la regeneración moral de la patria y a la imposición de una visión estricta y rígida de los roles de género. Así la disidencia más visible en dicho momento, homosexuales y travestis, pasarán a ser un enemigo, traidores del proyecto de regeneración y reconstrucción del Estado (Vincent, 2006).

Por su parte, las mujeres lesbianas estaban sometidas a una doble discriminación: por su orientación sexual y por la estructura jerárquica de género. Como señala la autora Gracia Trujillo (2009), el Estado represivo delegaba en la autoridad masculina de la familia el papel de controlador de la sexualidad femenina puesto que esta era considerada como un problema de carácter privado. Si bien las legislaciones específicas contra la homosexualidad no les afectaron directamente, el machismo instaurado en el régimen dictatorial ya suponía su consideración como “sujetos tutelados” que, además en el caso de las lesbianas, se veían abocadas al convento, a las instituciones mentales o a una soltería estigmatizante (Platero, 2009).

Las diferentes luchas políticas que se activarán en los años setenta permitirán cristalizar en movimientos gay-lésbicos-travestis que apostarán tanto desde la clandestinidad como desde la legalización de las primeras asociaciones en 1981 por enfrentarse al *statu quo* y exigir visibilidad, derechos y la eliminación de aquellas disposiciones diversofóbicas. Si bien con la Transición Democrática la situación se vio modificada, tal y como menciona Alfredo Martínez-Expósito (1998) el periodo de despenalización no se vio acompañado a la par por un proceso de deconstrucción de la mencionada herencia patológica de los grupos minorizados. Más aun, la irrupción de la pandemia del VIH/sida supondría un nuevo choque al servir el virus a la propaganda heterosexista que pretendía presentar a las personas homosexuales como moral y físicamente enfermos. El VIH/sida recargó las viejas metáforas de lo enfermo y sirvió como coyuntura histórica para reforzar el dispositivo de normalización y recuperar el imaginario abyecto de la diversidad que había comenzado a mostrar grietas con la entrada en la democracia. El VIH/sida sublimaría la idea tradicionalmente asociada a lo enfermo como sinónimo de contagio e infección y convertiría el cuerpo homosexual en un ente visible y estigmatizable.

La “homosexualización del sida” (Llamas, 1994), es decir, la construcción de la infección como algo propio de homosexuales y su “modo de vida” sirvió como una manera de alejar el peligro de la transmisión del imaginario social heterosexual y soterrar la histeria colectiva enfocándola en un colectivo concreto. Esto no solo afectaría a la intensificación de la discriminación y la aparición de la serofobia, sino que también condicionaría la gestión de la salud sexual y la percepción del riesgo de otros colectivos que también se podían ver afectados por la transmisión, pero que parecían estar exentos.

La herencia patológica no terminará con la eliminación de la homosexualidad del listado de enfermedades mentales elaborado por la OMS en 1990, sino que perdurará la asociación simbólica entre enfermedad y homosexualidad y más aún, con respecto a la diversidad en su conjunto. Así mismo cabe recordar que pese a que el 17 de mayo se conmemore el momento en el que se produjo dicha despatologización es en ese mismo momento cuando la transexualidad es incluida en el listado, lo que evidencia también el carácter complejo de las luchas del colectivo al igual que la preponderancia de la visibilidad homosexual y masculina en la narración despatologizadora.

El interés taxonomizador de la diversidad puede observarse también en el caso de la asexualidad que, como comenta la autora Celia Gutiérrez (2021), estuvo incluida en el mencionado Manual hasta 2013 y que a pesar de haber abandonado dicho manual continúa siendo intervenida médicamente a través del diagnóstico del deseo sexual hipoactivo. Por su parte, el caso de la patologización de la bisexualidad se inscribe dentro de las narrativas médicas de expulsión de la diversidad sexual fuera de los márgenes de la normalidad social tanto por su propia consideración como una fase o transición propia del desarrollo sexual, tal y como asentó en el imaginario Sigmund Freud, como por la proyección del imaginario monosexista que articula el deseo de manera dicotómica como orientado

hacia lo hetero o hacia lo homo. Y en el caso de la intersexualidad, ésta continúa estando sometida a un modelo de intervencionismo médico sobre los cuerpos de los/las menores de edad que se inició a mediados de siglo XX con las investigaciones de John Money y que continuará como un modelo de estandarización de los cuerpos bajo la imposición de los ideales y genitalidades considerados normales, independientemente del desarrollo saludable de las personas. Desde los colectivos y asociaciones se insta a lo que se denomina la “estrategia de espera” salvo en aquellos casos que por poner en riesgo la vida de la persona, requieran de intervención médica (Rodzinka y Pawlega, 2020).

Los procesos de despatologización están marcados por la negociación con las instituciones médicas, así como por las luchas activistas y la divulgación de paradigmas conceptuales que buscan romper con las mitologías y prejuicios que configuran las experiencias y existencias de la diversidad sexual y de género. Como se ha comentado los años noventa serán importantes ya que la salida de la homosexualidad del DSM también se cimienta en una serie de logros legales y rearticulación de la agenda política LGTBIQ+.

La inclusión del delito de homofobia en la reforma del Código Penal de 1995, las referencias en la Ley General de Sanidad de 1996 y las sucesivas legislaciones autonómicas en lo relativo a las parejas de hecho nos introducen en un contexto marcado por la institucionalización del colectivo LGTBIQ+ y de los discursos internacionales sobre el respeto y tolerancia a la diversidad sexual. Es precisamente en este momento en el que las normativas internacionales comienzan a generalizar el término de “diversidad sexual” (Núñez, 2011) movidos por los procesos de democratización social y por la institucionalización de los sectores moderados del colectivo LGTBI+ ahora aglutinados bajo la reclamación de una ley estatal de matrimonio y adopción.

Durante la legislatura del llamado giro social se adoptaron otras dos medidas fundamentales en lo relativo al colectivo LGTBI+. En primer lugar, la aprobación de la ley de rectificación registral de la mención de sexo en el DNI en el año 2007. Esta ley si bien supuso un antes y después en la politización del movimiento trans también sirvió como detonante para activar lo que durante estos años se denominaría *movimiento por la despatologización* (Missé, 2018). Si bien la ley instauraba un proceso de rectificación registral, también se ajustaba a un modelo patologizador de intervención médica por el que se exigía como requisito a las personas trans que iniciaran procesos de hormonación durante al menos dos años y que obtuvieran un diagnóstico médico de disforia de género. Estas disputas enfrentaron a un sector transmedicalista frente a otro de posturas transfeministas con visiones opuestas sobre como politizar la cuestión trans y el acompañamiento en las transiciones.

Desde ese momento se han ido aprobando progresivamente diferentes leyes autonómicas que han establecido la despatologización de la transexualidad al igual que integrando en el proceso jurídico de cambio registral el concepto de autodeterminación de género para eliminar del acompañamiento aquellos aspectos que inciden en la negativa de la autonomía

de las personas trans sobre su autodefinición. Algunos ejemplos de estas leyes son la catalana, aprobada en 2014, la vasca de 2012, la valenciana de 2017 o la cántabra de 2020. Otra medida fundamental a lo largo de la segunda década del nuevo siglo fue la progresiva inclusión del delito de odio y de discurso de odio en la legislación española y que es definido por la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa de la siguiente manera:

(...) toda infracción penal, incluidas infracciones contra las personas y contra la propiedad, cuando la víctima, el lugar o el objeto de la infracción son seleccionados a causa de su conexión, relación, afiliación, apoyo o pertenencia real o supuesta a un grupo que pueda estar basado en la raza, origen nacional o étnico, idioma, color, religión, edad, minusvalía¹ física o mental, orientación sexual u otros factores similares, reales o supuestos. (Alises, 2021, p. 71)

En las últimas décadas el sistema penal ha comenzado a incluir diferentes disposiciones para blindar y proteger los derechos de las personas LGTBIQ+, al igual que las asociaciones han orientado sus activismos a reivindicar las maneras en la que la LGTBIQ+fobia condiciona la vida y experiencias del colectivo.

1 Se utiliza el término "minusvalía" por ser una transcripción literal de lo definido por la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa. No obstante, cabe recordar que el término adecuado es "discapacidad" y no minusvalía, ya que ninguna persona es menos válida por tener una limitación física o mental que le pueda restar algunas capacidades.

C) IMPACTO DE LOS DISCURSOS DE ODIO E IMPACTO DEL “TERROR MEDIÁTICO” POR DELITOS DE ODIO.

La reciente politización de los delitos de odio, no solo a través de su inclusión en el código penal como un agravante, sino también su divulgación mediática y creciente impacto social han marcado las vivencias de las personas LGTBIQ+ en lo que se refiere a las expectativas y estrategias de gestión social. Si bien el marco jurídico de protección ofrece cierto respaldo ante situaciones de discriminación, acoso o agresión, lo cierto es que refuerza una intervención punitiva que reduce y simplifica el carácter estructural de la violencia LGTBIQ+fóbica.

Por otro lado, la creciente mediatización de estos sucesos violentos, bien por la cobertura televisiva y radiofónica de los casos más llamativos con la intención de atraer al mayor público posible, o bien a través de las redes sociales, donde las propias víctimas comparten en ocasiones imágenes y testimonios de las agresiones sufridas, nos sitúa en un estado de la cuestión ambivalente entre el alarmismo social y el cuestionamiento ideológico de dichas violencias por parte de la extrema derecha.

El concepto de “estrés de las minorías” (Meyer, 2003), que hace referencia a los altos y crónicos niveles de estrés que experimentan las personas LGTBIQ+ debidos a los prejuicios sexuales, al estigma tanto social como interiorizado y a las experiencias de discriminación que viven, puede hacernos comprender el efecto contraproducente que tiene el clima de terror -del que, en ocasiones, se sirven los medios y las redes sociales para interactuar con el público consumidor- sobre el bienestar emocional de las personas LGTBIQ+. La manera en la que son tratados los casos de agresiones LGTBIQ+fóbicas a través de descripciones minuciosas de las agresiones, de testimonios dramáticos y de un nada riguroso análisis de los prejuicios y discursos de odio que los sostiene se da en los mismos espacios en los que se debate sobre la naturaleza misma de las agresiones, se matiza su alcance estructural e incluso se niega el carácter traumático de estas violencias. El efecto de esta compleja situación es la creación de un clima de terror social sobre las agresiones LGTBIQ+fóbicas, (de las que somos conscientes que hay un aumento), a la par que se genera mayor inseguridad y desprotección, algo que impacta considerablemente en el bienestar emocional del colectivo.

Tras el asesinato de Samuel Luiz a principios de julio de 2021 en A Coruña, se produjo una reactivación del activismo incentivado también por la redacción del Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Este terrible suceso llevó a los medios de comunicación la importancia de abordar la violencia sobre el colectivo como algo real y actual y no como algo propio del pasado. Sin embargo, al igual que en muchas ocasiones el movimiento feminista ha criticado respecto al tratamiento mediático de la violencia de género, los medios han enfatizado una visión sensacionalista y morbosa por encima de una informativa y pedagógica.

Junto a esto, en los últimos años se ha incrementado la presencia en la parrilla televisiva de programas de opinión y sucesos que vienen a sustituir a los espacios de prensa de corazón. La creciente politización y aumento de la crispación política van de la mano de una mayor presencia televisiva de debates, análisis de actualidad y enfrentamientos ideológicos. La manera en la que se integran diferentes ideologías y opiniones, algunas de ellas profundamente LGTBQfóbicas y machistas funciona como edulcorante que naturaliza la presencia de discursos de odio e incluso los sustenta a través de la mención falaz de la libre expresión. El mencionado aspecto de la naturalización de la violencia LGTBQfóbica por parte del propio colectivo, incluso en un momento de mayor visibilidad y representatividad, colisiona directamente con la mayor presencia mediática de estos discursos e impacta en el bienestar emocional de las personas LGTBQ+. Con este impacto no nos referimos únicamente a las consecuencias sobre el refuerzo del estigma, externo e interno, sino también sobre su materialización en el aumento continuado de los delitos de odio y agresiones no tipificadas como tal.

Como consecuencia de esta enmarcación mediática de los delitos más cruentos se recrea un espacio social de pánico inhabilitante que no deviene en la activación de lazos colectivos y cooperativos de lucha política, sino más bien los debilita y condiciona bajo el miedo y el pánico. Como afirma la filósofa Clara Serra (El País, 2021), es necesario articular “menos políticas de la urgencia y la alarma, menos populismo tuitero, más cuidado y responsabilidad con las apelaciones al miedo y más políticas de fondo. Necesitamos una mirada menos moral y más estructural”.



03

VULNERABILIDAD Y VIOLENCIAS ESTRUCTURALES



A) HETERONORMATIVIDAD COMO VIOLENCIA LGTBIQ+FÓBICA.

Desde hace varias décadas tanto desde el espacio académico como el activista, ambos ligados, se ha buscado producir un conocimiento certero sobre la manera en la que las estructuras opresivas se despliegan sobre las vidas LGTBIQ+. No se trataría únicamente de hablar en términos de falta de agencia, es decir, que las personas del colectivo están arrojadas a ser definidas y violentadas sin ninguna capacidad de subversión, sino de disponer de marcos de comprensión más amplios que por consiguiente permitan elaborar diagnósticos e intervenciones más eficaces. En otras palabras, esto implicaría no pensar únicamente las violencias que sufrimos como colectivo, la LGTBIQ+fóbia, sino comprender el origen común de estas para así poder intervenirlas radicalmente.

Un término que es útil en este sentido es el de heteronormatividad que evidencia como nuestra sociedad configura un patrón de normalidad y a su vez de exclusión de lo considerado no-normal, sobre ejes como la heterosexualidad, el binarismo masculino-femenino y la jerarquía de este binomio. La heteronormatividad como menciona Rafael Mérida (2008, p. 208) remite a la producción misma de la normalidad: “el término heteronormatividad empieza a apuntar a la manera en la que la producción de lo extraño va estrechamente ligada a la posibilidad de la normalidad. Es, decir, la normalidad puede entenderse tan sólo mediante la construcción de su opuesto: lo extraño”.

Este concepto se enmarca en un sistema de dominación patriarcal de carácter “metaestable” (Amorós, 1992) que se forja a través de la creación y perpetuación de la desigualdad, jerarquía y privilegio de lo masculino sobre lo femenino y que interactúa con otros ejes de opresión como la raza, la clase social o la orientación sexual. Esta estructura configura la sociedad en torno a categorías excluyentes que son naturalizadas y de las cuales destaca por su carácter fundacional la de hombre/mujer y que se extiende a todo un conjunto de valores e interpretaciones culturales que la filósofa Judith Butler (2013) denomina “oposiciones discretas y asimétricas”, como, por ejemplo: activo/pasiva, cultura/naturaleza, público/privado, producción/reproducción.

Inserta en esta estructura, la heteronormatividad es un proceso de normalización en el que lo considerado disidente o fuera de la norma es excluido, marcado no solo como diferente, sino como monstruoso, abyecto y deshumanizado, justificando así los propios procesos de exclusión, castigo y violencia. Esto es lo que Judith Butler denominó “matriz heterosexual” (Butler, 1998) en tanto que un régimen de disposiciones obligatorias en las que los sujetos son “sujetados”, pero, a su vez, convertidos en inteligibles dentro de la sociedad patriarcal. Esto quiere decir que la heteronormatividad no implica únicamente que la heterosexualidad sea la orientación sexual sancionada como normal, sino que además refiere a otras categorías puesto que esta es interpretada como institución social y no como orientación o práctica. La heteronormatividad es entendida entonces como un diálogo binario de opuestos que articula la vida social y los procesos de socialización y en los que se exige cumplir con esa “alineación identitaria” (Butler, 2013) del sexo, la orientación, la identidad y la expresión de género. Este sistema de pensamiento impone una “coherencia impuesta

artificialmente” (Soley-Beltrán, 2009) a través de la circularidad y la autojustificación de las explicaciones que persiguen naturalizar la rigidez de la estructura patriarcal y heteronormativa.

Este sistema de normas constituye un “deber ser” que a su vez produce las formas de exclusión violenta que sufren las personas del colectivo LGTBIQ+. Nos referimos por tanto a la violencia LGTBIfóbica como un conjunto de diferentes formas de castigo, humillación y exclusión que persiguen demarcar este exterior a lo normal. Esto también ha sido definido como heterosexismo (Herek, 2007)

Con esto rechazamos una interpretación casual o irracional de estas violencias. Hablar de estas violencias como parte de una estructura es fundamental para así abandonar comprensiones que reducen estos hechos a sucesos aislados o producto de un sujeto enfermo o malvado. Supone, así mismo, el intento de mostrar el carácter sociocultural de estas para así reflexionar sobre cómo interiorizamos el sistema en el que estas violencias se dan a través del aprendizaje de la heterosexualidad como norma, de la socialización de género y de los constantes mensajes y discursos LGTBIQ+fóbicos.

En relación con estos procesos íntimamente ligados al bienestar emocional es relevante volver al concepto de “estrés de las minorías” (Meyer, 2003). El “estrés de las minorías” es, como hemos apuntado anteriormente, un modelo conceptual que describe procesos relacionados con la salud mental de las personas LGTBIQ+ y de su vivencia específica de la discriminación y marginalización debido a la cisheteronormatividad. De acuerdo con este modelo, las personas del colectivo LGTBIQ+ se enfrentan con estresores específicos sumados a otros estresores cotidianos que están ligados a su posición de vulnerabilidad social. Debido a estos estresores, que interactúan en el ámbito intrapersonal, interpersonal y sociocultural (Russell y Fish, 2016), las personas que presentan características o cualidades que les alejan de esa normalidad cisheterosexual impuesta tienen una mayor propensión a ver comprometida su salud mental y su bienestar emocional.

Por este motivo a lo largo de las próximas páginas se mostrarán algunos aspectos que nos permiten situar las experiencias LGTBIQ+ en un marco social marcado por los prejuicios, los discursos de marginación y discriminación y las posibilidades de gestión y resistencia a estos.

B) HETERONORMATIVIDAD COMO EXPECTATIVAS SOCIALES, INTERIORIZACIÓN DEL ESTIGMA Y “ESTRÉS DE LAS MINORÍAS”.

La heteronormatividad es un concepto clave, no solo para estudiar las violencias sufridas, sino para comprender y analizar la manera en la que desde el propio colectivo LGTBIQ+ se interiorizan los discursos de exclusión sobre sí mismas y sobre otras personas. De acuerdo con esto suele hacerse referencia al concepto de LGTBIQ+fobia interiorizada (Nemando Nascimento, 2010), para recalcar que las personas de este colectivo no están fuera de las estructuras productoras de la diferencia y que por lo tanto también asumen los discursos de exclusión, algo que en su caso genera un choque con sus propias experiencias de vida teniendo un claro impacto en su salud y bienestar emocional. Esto es a lo que el autor Gregory M. Herek (2007) denomina *felt stigma* e *internalized stigma*, estigma percibido y estigma internalizado. Ya no es solo que sean conscientes de la existencia del estigma, en tanto que discursos que les rechazan, sino que, además, interiorizan ese rechazo sobre algo que entienden también como propio.

El heterosexismo, es decir, esas prácticas y discursos de exclusión de las personas que no se ajustan a la heteronormatividad, se articula en la vivencia LGTBIQ+ como parte de este estigma percibido que les convierte en la diana de la hostilidad, la discriminación y de la invisibilización. Esto se percibe no solo a través de acciones interpersonales más o menos cotidianas como puede ser la burla, el desprecio, el chiste o la humillación, sino también a través de su institucionalización en los discursos religioso, médico, legal, económico y social materializados en la estereotipia de las representaciones, en las dificultades de acceso y mantenimiento en el mercado laboral, en la violencia en el espacio público, en la familia como espacio de silenciamiento y sometimiento o en la alta tasa de intento de suicidio entre la población de este colectivo.

Por su parte, la heteronormatividad se despliega en las expectativas que las personas que no encajan en aquello considerado normal tienen sobre sus propias vidas y sobre todo en los conflictos que en muchas ocasiones se generan al saber que no podrán satisfacerlas. Este proceso de socialización suele estar marcado por el conflicto directo con la normatividad, pero también por un conflicto propio en el que se confrontan los ideales sociales o ese “deber ser” aprendido, con la desviación normativa que implica su existencia. Esto es lo que Jack Halberstam (2008) denominó “el arte queer del fracaso” en un intento por subvertir las lógicas del éxito en la producción de la identidad, la sexualidad y el género. El autor evidencia como la disidencia implica irremediamente un choque, una dislocación y una confrontación que, si bien puede ser dolorosa y generar un gran malestar, también puede ser experimentada y articulada en positivo, algo que enlaza con el activismo queer y que en cierta manera fundamenta también los activismos LGTBI+:

“Bajo ciertas circunstancias, fracasar, perder, olvidar, desmontar, deshacer, no llegar a ser, no saber, puede en realidad ofrecernos formas más creativas, más cooperativas, más sorprendentes, de estar en el mundo. Fracasar es algo que las personas queer hacen y han hecho siempre muy bien; para las personas queer el fracaso puede ser un estilo”. (Halberstam, 2008, p. 4,15)

No podemos olvidar que esta perspectiva implica un trabajo de subversión de los mecanismos de vergüenza, culpabilización y autoodio que las personas del colectivo LGTBIQ+ experimentan sobre sí mismas y que, en muchas ocasiones, hace que un fracaso en la vivencia personal no sea ni tan sencillo ni posible de articular como un éxito que produce el bienestar. Y es que la desviación de la normatividad hace resurgir los discursos heterosexistas que fuerzan a los sujetos a construirse en base a una falta, carencia, incoherencia, como algo que no es correcto y que se justifica socialmente mediante argumentos religiosos (contra natura, pecado), legales (peligro social, rehabilitación), médicos (enfermedad, contagio) y sociales (decepción, culpa, miedo, justificación).

Pero la heteronormatividad no solo se sostiene a través del heterosexismo, es decir, mediante prácticas de exclusión, sino también a través de la amenaza que estas representan. No solo puede hablarse del sufrimiento producido por la exclusión, sino también de las consecuencias psicológicas del miedo a sufrirla. Esta amenaza toma forma en un contexto subjetivo frecuentemente marcado por el sentimiento de fracaso o, al menos, por la insatisfacción, pero también por un contexto relacional en el que se teme ser interpretado/a/e como un fracaso en el proceso de visibilización. El miedo a suponer una decepción para el entorno cercano, especialmente en las etapas de la adolescencia y juventud suponen una carga mental extra que se superpone con el miedo e inseguridad que causan la amenaza de exclusión en un contexto de interrogación subjetiva.

C) EL ARMARIO COMO DISPOSITIVO SOCIAL DE (AUTO) SILENCIAMIENTO.

Continuando con el desmenuzamiento de las políticas de normalización y su impacto en la vivencia subjetiva, uno de los temas más frecuentemente abordados es el que se ha denominado coloquialmente como “salir del armario”, es decir, comunicar públicamente en el entorno aquella característica que compromete su “normalidad”. Habitualmente se contempla la salida del armario como un tránsito de la represión a un estadio de libertad en el que “ser plenamente”, todo ello marcado por la confesión culpabilizadora frente a otras personas. Sin embargo, frente a narrativas individualistas el armario debe entenderse como un dispositivo propio de la heteronormatividad que funciona como un sistema policial que invisibiliza las experiencias disidentes. Entender el armario como una entidad cultural y estructural nos permite alejarnos de visiones y experiencias individuales para así comprender mejor cómo el statu quo patriarcal crea las condiciones de posibilidad y de imposibilidad. En definitiva, no nos metemos en el armario, sino que nos meten a través de la presunción de cisheterosexualidad y a través del estigma y exclusión de lo considerado anormal. Esto no implica restar importancia o magnitud a la vivencia del armario, sino resituar la responsabilidad no en los sujetos que lo sufren sino en las estructuras sociales que lo configuran.

El armario funciona como un dispositivo de (auto)silenciamiento, entendido como el acto de no comunicar a otras personas nuestra orientación sexual o identidad de género, a la par que como un “no parecer” que implica que deben evitarse aquellos rasgos que en el imaginario colectivo se relacionan con lo estigmatizable, especialmente en lo referido a la expresión de género. El armario funciona performativamente produciendo el secreto que se debe ocultar. Así, la identidad se convierte en un elemento infeccioso para la persona ya que se experimenta como sufrimiento y represión en un contexto de angustia y miedo porque sea “revelado”.

Con esto, el armario sirve para (re)producir la invisibilización de la disidencia a través del ocultamiento de aquello considerado no apropiado frente a los valores tradicionales. En palabras de Paco Vidarte y Ricardo Llamas (1999, p. 49):

Responde a una distinción radical entre lo que se considera público o publicable, lo decible, lo admisible socialmente y lo nefando, lo que no debe salir a la luz, lo indecible, aquello cuyo solo nombre produce espanto, indignación, escándalo o es capaz de corromper la estructura social y las buenas costumbres.

Esta tensión define una zona limítrofe de la normalidad frente a la desviación que es, en realidad, difusa e inestable (Kosofsky, 1998). Esto no debe ser entendido como una falla de la normatividad en la imposición de la heteronormatividad, puesto que es precisamente esa flexibilidad, ese carácter difuso el que permite ampliar también los dispositivos de control y autocontrol de las personas.



D) EL CICLO DE LA VIOLENCIA: CULPA, VERGÜENZA Y MIEDO.

Uno de los aspectos fundamentales de las violencias estructurales relacionadas tanto con la diversidad sexual, como con la de género es que, puesto que son socialmente legitimadas y naturalizadas, también aquellas personas que las padecen pueden llegar a generar estrategias de racionalización de la violencia sufrida que terminan por justificar o explicar las agresiones.

Una de estas reacciones es aquella por la que se busca localizar aquel rasgo, actitud o comportamiento que motivó la agresión. Ir de la mano con una pareja, besarse en el espacio público, una expresión o comentario o simplemente visibilizarse, son algunos de detonantes de agresiones. Las víctimas, habiendo interiorizado el estigma, son conscientes de aquello que rompió en un momento dado el consenso de la normalidad sexual y que derivó en una respuesta violenta. Sin embargo, la interiorización del estigma lleva a percibir e interpretar el suceso desde una posición de culpabilidad y vergüenza que se concreta en “si no hubiera hecho esto, no me hubieran agredido”. La culpa es vivida no sin conflicto con el dolor y el sufrimiento por saberse víctima de una agresión, por lo que se genera un estado de confusión que intensifica la dificultad para elaborar relatos de superación en los que se externalice la culpa.

Así mismo, un pilar de la interiorización de la estructura LGTBIQ+fóbica es la vergüenza. Esta emoción es proyectada de manera reiterada en el proceso de socialización desde el uso de la injuria o insulto hasta el (auto)silenciamiento del armario. Las vidas de muchas personas pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ están marcadas por la experimentación de la vergüenza asociada a la humillación social, puesto que, como dispositivo de normalización, la violencia LGTBIQ+fóbica tiene un claro componente de exposición social y de escarmiento por la desviación. Por este motivo en muchas ocasiones la violencia es vivida como escarmiento por las propias víctimas y estas, como se ha comentado, se sienten culpables de su propia humillación que en cierta manera se siente como legítima puesto que se ha interiorizado en mayor o menor medida el carácter el estatus normativo de “despreciable” de la disidencia sexo-genérica. Esto puede ser denominado como “culpa profetizada” ya que, puesto que los discursos sociales que rodean la diversidad sexual y de género son en muchos casos negativos y remarcan la soledad, violencia y miedo, acaban por reforzar la idea en las víctimas de que “en algún momento les tenía que tocar”.

Otro aspecto relevante es como las personas LGBTQ+ frente a esa amenaza de violencia constitutiva del estigma o por haber sufrido anteriormente algún tipo de violencia, genera estrategias de gestión para reducir el riesgo de la discriminación. Algo que enlaza también con el sentimiento de culpa, puesto que se entiende como una responsabilidad individual el que la situación no vuelva a pasar. Sin embargo, estas estrategias que pueden pasar por modificar comportamientos sociales e interacciones hasta cambiar aspectos relativos a la expresión de género tienen también un impacto negativo en la vida de estas personas:

Although such coping strategies can reduce one's risks for discrimination and attack, they can also significantly disrupt the lives of stigmatized individuals, limit their behavioral options, reduce their opportunities for social support, heighten their psychological distress, and increase their risk for physical illness². (Herek, 2007, p. 910).

2 Aunque tales estrategias de afrontamiento pueden reducir los riesgos de discriminación y ataque, también pueden interrumpir significativamente la vida de las personas estigmatizadas, limitar sus opciones de comportamiento, reducir sus oportunidades de apoyo social, aumentar su angustia psicológica y aumentar su riesgo de enfermedad física.

04

ESTRATEGIAS,
DE PREVENCIÓN
Y GESTIÓN
DE RIESGOS
MEDIADOS POR
LA LGTBIQ+FOBIA



Si hay un ámbito de la salud en el que lo LGTBIQ+ ha tenido una presencia significativa es en el ámbito de la salud sexual y más concretamente en lo relacionado con Infecciones de Transmisión Sexual y consumos. Aun así, debe tenerse presente que la mayoría de las investigaciones se han centrado en hombres gais y bisexuales bajo la categoría de HSH, hombres que tienen sexo con otros hombres, dejando en un segundo plano otras realidades y experiencias. Es por esto por lo que es necesario destacar la mayor visibilidad que ha alcanzado lo gay sobre otras identidades del colectivo y dentro del contexto general de Invisibilidad de la diversidad, amparado en el privilegio masculino de representación propio de las sociedades patriarcales. Acorde a esto otros trabajos han resaltado la necesidad de intervenir las enormes desigualdades que no solo se dan en el acceso y acompañamiento adecuado del sistema sanitario respecto a las personas cisheterosexuales, sino también entre los diferentes colectivos (Zeeman et. al. 2019).

Una de las constantes comentadas a lo largo de las páginas anteriores ha sido el carácter simplificador e invisibilizador que la sociedad heterosexista proyecta sobre las vidas LGTBIQ+ por el que las experiencias de estas personas son reducidas a lo sexual. Esto sumado a una visión también reduccionista de la sexualidad como sinónimo de prácticas sexuales y más concretamente como coito configura un panorama nada óptimo al análisis y detección de necesidades específicas a la salud sexual y a su impacto en el bienestar emocional. La LGTBIQ+fobia no solo ha condicionado que la mayoría de las investigaciones se centren sobre la articulación de los peligros de la “sexualidad desviada” de los “grupos de riesgo”, sino que también es interiorizada por las personas de estos colectivos obstaculizando y dificultando una gestión positiva, libre e informada de su sexualidad.

La falta de información específica y acorde a sus necesidades ha sido una constante incluso en las formaciones ofrecidas por los centros educativos como parte de programas de educación sexual. La heteronormatividad y el silenciamiento de las experiencias sexuales diversas incide en una falta de conocimiento sobre las estrategias de gestión de los riesgos, así como sobre los métodos de prevención. Junto a esto, no debe olvidarse que la interiorización de las estructuras opresivas limita también la capacidad de generar estrategias de gestión emocional y que estas se ven también atravesadas por el miedo a la estigmatización. Es más, la falta de información adecuada puede derivar en una falsa sensación de protección que exponga a estas personas a situaciones de riesgo para su salud sexual.

La obstaculización del acceso a la información no solo afecta a las personas del colectivo LGTBIQ+ directamente, sino que les condiciona indirectamente a través de la escasa formación que en muchas ocasiones reciben los/las profesionales de la salud sobre el acompañamiento a personas LGTBIQ+. Son muchas las personas de este colectivo que muestran las dificultades que encuentran en la consulta médica por diversos motivos que van desde el desconocimiento de los/las profesionales hasta las malas praxis que proyectan los prejuicios de éstos/as sobre sus pacientes. Este miedo a la discriminación y al peso cultural del estigma se ramifica también en lo relativo a la sexualidad, a su gestión y a su cuidado.

A) USO DE SUSTANCIAS EN CONTEXTOS SEXUALIZADOS.

La relación entre el uso de sustancias psicoactivas durante las prácticas sexuales ha estado presente en la historia de la Humanidad como medio de diversión y desinhibición erótica independientemente de las orientaciones sexuales e identidades de género. Ya en las antiguas sociedades sumerias se utilizaba el opio y otras plantas psicoactivas en rituales chamánicos por sus propiedades terapéuticas para mejorar la fertilidad, en la Antigua Grecia, las bacantes bailaban desnudas extasiadas por el alcohol y alucinógenos y los aquelarres de brujas realizados durante la Edad Media, que también comprendían el uso de sustancias, comúnmente finalizaban en orgías.

“semejante tesisura no es del todo nueva en la historia de la ebriedad. Aunque su evolución ha sabido diluirse de manera apacible en ritos mágicos y festivos o en aplicaciones medicinales que no suscitaron preocupación sobre abusos particulares, al menos en dos ocasiones previas —con el culto báquico en la Roma preclásica, y con los untos y potajes brujeriles desde el siglo XIV al XVII— el uso de drogas acompañó a la peste moral, desatada como crimen contra Dios y el Estado”. (Escotado, 1998, p. 23)

A pesar del discurso occidental posmoderno sobre la tolerancia y respeto a la diversidad, aún hoy son reducidas las investigaciones que centren su análisis sobre el consumo de sustancias y el desarrollo de modelos problemáticos de uso entre la población LGTBIQ+ y su impacto en la salud.

Históricamente, la diversidad sexual y/o de género ha ocupado una posición de subordinación frente al modelo hegemónico heterosexual, por lo que, en la mayoría de las ocasiones, las personas LGTBIQ+ ocultan su problemática por el miedo al estigma, la discriminación e incompreensión siendo más evidente durante la etapa de la adolescencia y juventud (Pecheny, 2001).

En segundo lugar, las diferentes discriminaciones que sufre esta población a nivel institucional y estructural por motivos de orientación sexual e identidad de género han limitado el acceso de las personas LGTBIQ+ a los servicios de atención médica y a los servicios sociales y asistenciales por no tener en cuenta sus necesidades específicas (McCabe et. al., 2010).

En algunos países, como Estados Unidos, el uso sexualizado de drogas lleva desarrollándose durante décadas, aunque con otros nombres como “Party and Play” (PnP), o “High and Horny” (HnH). En Europa, esta última década se caracteriza por la irrupción de un nuevo concepto denominado “chemsex” como un fenómeno dinámico y flexible en cuanto a su práctica entre personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. El aumento de casos de infecciones de transmisión sexual y de VIH principalmente entre la población de hombres gais, bisexuales y de hombres que tienen sexo con hombres en los dispositivos de atención a la salud sexual ha favorecido la proliferación de estudios asociados al consumo

de drogas en contextos sexualizados y epidemiológicos sobre factores de riesgo relacionados con el VIH y otras ITS.

A día de hoy, aún es complejo definir de manera categórica lo que entendemos por chemsex, a pesar de los múltiples debates, tanto desde el ámbito académico como desde el de las ONG, y tanto a nivel estatal como en el ámbito europeo. Lo que es clave, es que se encuentra estrechamente ligado al cambio de patrones de consumo de drogas vinculados a los circuitos de la industria del ocio gay y la aparición de sustancias de uso “reciente” como: la metanfetamina, la mefedrona y el GHB/ GBL, denominadas “chems” (Menéndez, García y Moreno, 2021) que facilitan, favorecen y potencian la experiencia sexual.

Hasta que el chemsex llegó a Europa, el uso de metanfetamina era minoritario y costoso de obtener. Su consumo siempre ha estado más extendido en otros países, como Estados Unidos, y desde la década de 1990 encontramos estudios que relacionan esta sustancia con prácticas sexuales de riesgo entre hombres homosexuales, bisexuales y heterosexuales y mujeres heterosexuales. (Molitor et. al., 1998). En Europa, el crecimiento del consumo de metanfetamina se vio facilitado por su vinculación al sexo casual y por la existencia de circuitos cerrados de ocio a nivel internacional, superando así las barreras demográficas y geográficas (Stuart, 2019).

El uso de sustancias psicoactivas como medio de diversión y con fines sexuales ya se utilizaba desde hace décadas (Race, 2015) en subculturas urbanas gais. Es al inicio de la década de los 2000 cuando los lugares históricos de socialización entre población gay y bisexual, como saunas, bares y clubes, se redujeron significativamente perdiendo terreno en favor de la utilización emergente de las tecnologías digitales para las interacciones sociales encaminadas a encuentros sexuales casuales (Race, 2014). Este aspecto es relevante en cuanto a facilitar el acceso y visibilización de las drogas en los contextos sexualizados mediante las aplicaciones de geolocalización. Las *apps* han generado un cambio en la forma de relacionarse y vincularse con otras personas, de una forma más rápida y llevando los entornos de consumo a espacios privados como las casas particulares.

Por último, también es importante señalar el factor cultural vinculado al género y a la vivencia de la sexualidad, lo que favorece una mayor frecuencia del sexo casual entre los hombres gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres. A diferencia de otros tipos de usos sexualizados de drogas extendidos entre la población heterosexual como, por ejemplo, las ‘fiestas blancas’³, la irrupción del chemsex ha tenido un gran impacto en los medios de comunicación nacionales. Semejante nivel de repercusión ha convertido esta práctica en una importante herramienta de discriminación estructural de la población

3 El término fiesta blanca hace referencia a la combinación de la combinación de sexo y cocaína extendido entre la población de hombres heterosexuales, donde los efectos de la sustancia son utilizados como estimulantes, disminuyendo la sensación de sueño y aumentando el deseo sexual.

LGTBIQ+ en virtud del alarmismo y la falta de objetividad en parte de las piezas periodísticas. La dimensión de la sexualidad es un producto de la interacción entre la cultura, la religión o las prácticas sociales, así como el género, la economía o las políticas las cuales configuran las relaciones, deseos, emociones e interacciones (Weeks, 1995) siendo el modelo heterosexual el hegemónico y normativo. La construcción del lenguaje en relación con la sexualidad define los parámetros normativos que regulan lo que es “bueno” o “malo”, “dañino” o “saludable”, “normal” o “anormal” siendo la heterosexualidad la norma, y estigmatizando al resto de las orientaciones y expresiones eróticas que no estén vinculadas con la reproducción.

Múltiples estudios han analizado los problemas de salud mental y el abuso de sustancias relacionados con factores estresantes como la discriminación (McCabe et. al., 2010). La mayoría de las investigaciones sociosanitarias, confirman la importancia de los factores sociales y/o los que se relacionan con el “estilo de vida” en los resultados de salud. El Modelo de Estrés de las Minorías propuesto por Meyer (2003) postula que la homofobia interiorizada, el estigma y la discriminación generan contextos sociales hostiles para las personas LGTBIQ+ que pueden derivar en problemas de salud mental y consumo de sustancias. De este modo, tal y como explica la Teoría del Escape Cognitivo⁴ (McKirnan et. al, 1996), el uso de sustancias durante el sexo entre algunos GBHSH (gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) tiene el objetivo de aliviar los conflictos internos derivados de las normas sociales y sexuales. Así, cuando se desarrolla un problema en relación con el uso de drogas, éste suele actuar como un síntoma que indica la existencia de un malestar de trasfondo y se instrumentaliza el consumo para aliviar o evitar estos sentimientos pudiéndose desarrollar un abuso de sustancias.

Algunos estudios epidemiológicos advierten que el consumo de drogas en población LGB está relacionado con uno o más tipos de discriminación (McCabe et. al., 2010), incluyendo otros factores estresantes relacionados con la discriminación por motivos de género y/o étnico-racial. Así como la instrumentalización del consumo con el objetivo de aliviar el malestar emocional fruto de la homofobia y de ambientes heterosexistas (Schnarrs et. al., 2020).

La población de hombres gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres tienen tres veces más probabilidades de consumir una droga ilegal que la población de hombres heterosexuales en la misma franja de edad (Oficina Nacional de Estadística británico, 2014), debido a los efectos del estrés de las minorías y a que la actividad social de esta población se produce predominante en bares y clubes en los que las drogas y el alcohol son más accesibles (Bourne et. al., 2015).

4 Teoría que explora la tendencia a elaborar una conducta de distanciamiento ante fenómenos sociales que son percibidos como aversivos o desagradables.

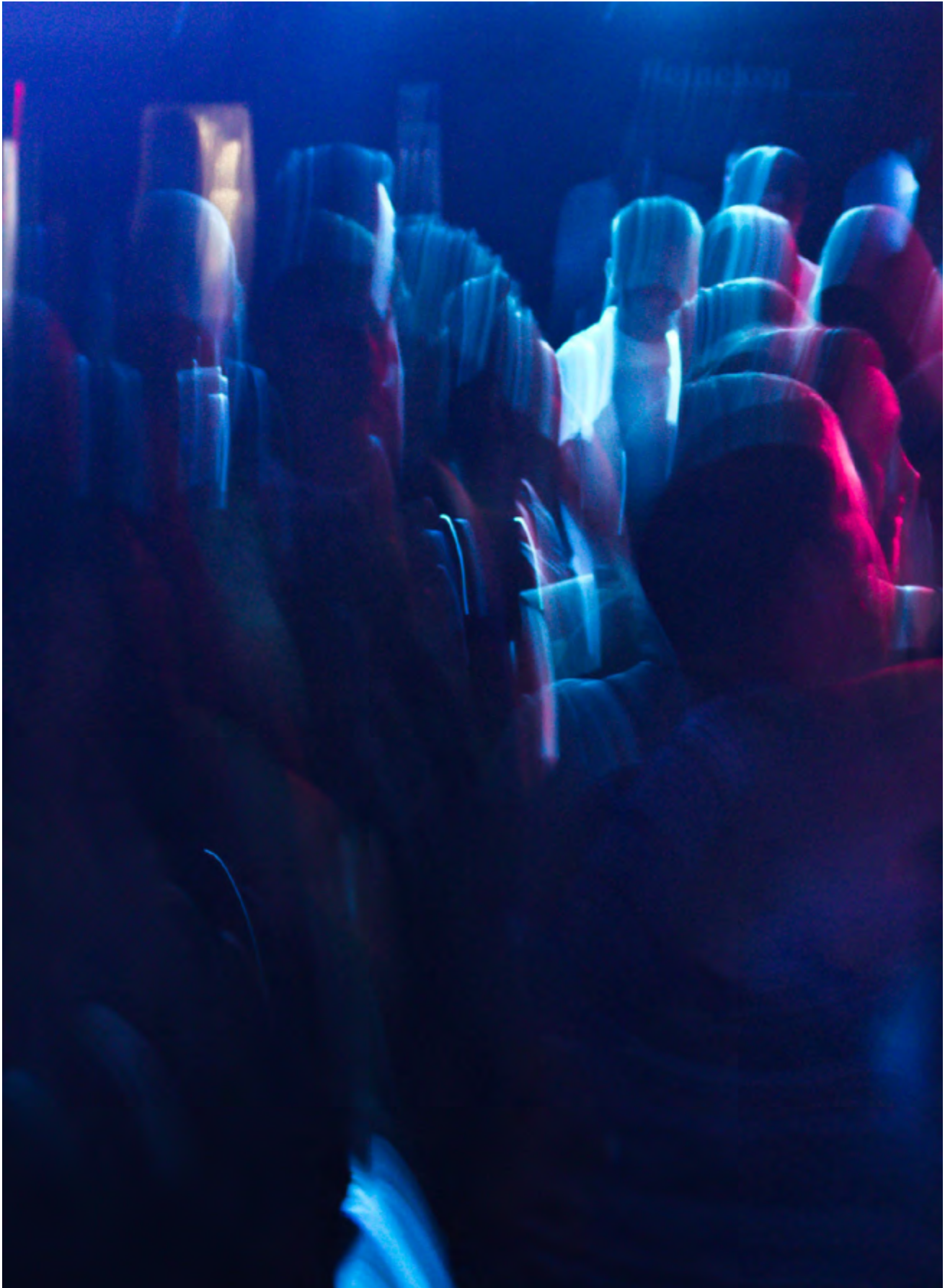
Algunos estudios recientes y más centrados en el chemsex, tanto en el ámbito español como en el europeo, evidencian que los GBHSH sufren homofobia interiorizada y problemas con el consumo de sustancias recreativas (VVAA, 2020), siendo mayor el consumo de drogas con fines sexuales entre las personas con VIH y entre aquellas nacidas fuera de España. Respecto al tipo de sustancias que se utilizan antes y durante las relaciones sexuales para mejorar el rendimiento o la experiencia sexual, se reportan mayores niveles de satisfacción por parte de quienes emplean aquellas drogas relacionadas generalmente con los contextos sexualizados, es decir, metanfetamina, mefedrona, GHB/GBL o ketamina. Al mismo tiempo, las personas que consumen otro tipo de sustancias como el cannabis y el alcohol y quienes no usan ninguna droga presentan un nivel de satisfacción menor. Otras de las motivaciones relativas al uso de sustancias en población GBHSH durante las relaciones sexuales está relacionada con la evasión de los problemas o la integración grupal (Íncera, et al. 2022). Sin embargo, a pesar de que algunas de estas personas consumen para mejorar la experiencia sexual, son transversales los diferentes estigmas que viven y experimentan a lo largo de sus vidas debido a las preocupaciones sobre su consumo. Consideran que están haciendo algo perjudicial y que no es correcto al poder generarles tanto distintos problemas de salud, como la posibilidad de desarrollar dependencia de las drogas para mantener sexo (Estudio Homosalud, 2021).

Por tanto, que algunas personas recurran al chemsex vendría determinado por:

- La necesidad o el deseo de, en un contexto sexual, potenciar, mejorar y/o facilitar la experiencia sexual.
- La necesidad tanto de afrontar conflictos internos derivados de situaciones discriminatorias durante su ciclo vital, así como de manejar situaciones de desinhibición sexual para llevar a cabo prácticas no normativas que, sin el consumo, no se aceptarían ni practicarían debido al modelo de sexualidad hegemónico.

Habría que decir que, en Europa, aunque el chemsex sea una práctica realizada principalmente por hombres gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres, no hay que olvidar que también existen tanto personas con otras identidades de género y orientaciones sexuales como con preferencias sexuales y prácticas eróticas diversas que lo practican, y que, en Estados Unidos, también es practicado por mujeres y hombres heterosexuales.

En definitiva, practicar chemsex no es determinante para desarrollar un uso problemático.



05

CLAVES METODOLÓGICAS, OBJETIVOS Y PARTICIPANTES



El estudio que se plantea en este informe es de tipo exploratorio y está orientado a abordar la realidad socioemocional y afectiva del colectivo LGTBIQ+. Al ser una temática poco analizada hasta el momento no disponemos de datos suficientes que nos permitan conocer el tema a escala macro y contrastar evidencias o informaciones. Por todo ello en este informe tratamos de ofrecer datos generales con carácter descriptivo que nos permitan hacer un pequeño resumen de diferentes cuestiones clave que consideramos importantes.

Los objetivos de este estudio son:

- Conocer características sociodemográficas generales del colectivo LGTBIQ+ en España
- Profundizar en la valoración que las personas participantes hacen de diferentes factores de protección significativos, detectando el nivel de satisfacción actual percibida.
- Atender a las vivencias en torno al estigma y/o las discriminaciones cotidianas.
- Entender la importancia otorgada al “colectivo” como espacio social de apoyo y seguridad.
- Acercarnos a la opinión de las personas participantes sobre las entidades del tercer sector como espacios de estructura, servicios y/o activismo.
- Conocer tendencias en torno a las prácticas eróticas y los consumos de sustancias, con foco en el chemsex.
- Detectar condicionantes de salud básicos de las personas participantes.

Para llegar a los datos que aquí se presentan se ha llevado a cabo un proceso metodológico de construcción de herramientas *ad hoc* (es decir, creadas específicamente para este estudio) que ha seguido diferentes fases:

PRIMERA FASE: CONCRECIÓN DEL GRUPO MOTOR, DIÁLOGOS CON PROFESIONALES Y DETECCIÓN DE NECESIDADES (MARZO - ABRIL 2022)

En esta primera fase se consolidaron las bases de la investigación gracias al dialogo metodológico con diferentes profesionales vinculados a las entidades colaboradoras y que se implicaron en el estudio. Tras la presentación inicial del proyecto por parte de la entidad promotora (UNAD) se llevó a cabo una primera reunión presencial en la que se plantearon objetivos y líneas metodológicas y se llegaron a acuerdos que sirvieron para dar forma a los objetivos finales del estudio. Paralelamente el grupo de investigación llevó a cabo un trabajo de análisis documental y bibliográfico para encontrar puntos de partida y necesidades previas planteadas por la comunidad académica, activista, social, etc.

SEGUNDA FASE: CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN - CUESTIONARIO (MAYO 2022)

La construcción del cuestionario fue un trabajo compartido por todas las entidades vinculadas al proyecto. Cada entidad pudo aportar distintas visiones del tema de estudio en una serie de entrevistas semiestructuradas en las que participaron profesionales de las mismas, y que fueron dinamizadas por el equipo investigador. Dichas entrevistas permitieron conocer los focos clave de interés que era necesario abordar, así como las perspectivas significativas que debían tenerse en cuenta para llegar a todas las personas que forman parte del colectivo de la manera más inclusiva posible. De estas entrevistas surgieron los ítems preliminares que se incluirían después como preguntas en el cuestionario. Se planteó un primer cuestionario piloto que fue evaluado por las entidades gracias a una escala de evaluación. La versión evaluada y posteriormente mejorada de ese pilotaje configuró la versión final del cuestionario central de esta investigación.

TERCERA FASE: ACCESO AL CAMPO, DIVULGACIÓN DEL CUESTIONARIO Y BÚSQUEDA DE INFORMANTES CLAVE (JUNIO - AGOSTO 2022)

La divulgación del cuestionario y recopilación de respuestas duró 3 meses. Se focalizó el trabajo en redes sociales y núcleos de difusión de las entidades vinculadas al proyecto. Además, y con el objetivo de encontrar personas que desearan participar en las siguientes fases de la recogida de datos (entrevistas y grupos de discusión), se incluyeron ítems específicos en la herramienta destinados a solicitar datos de contacto para continuar profundizando con una selección de personas informantes clave voluntarias.

CUARTA FASE:

CONSTRUCCIÓN DE HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Y GRUPOS DE DISCUSIÓN Y POSTERIOR APLICACIÓN A INFORMANTES CLAVE (AGOSTO 2022 - SEPTIEMBRE 2022)

Tras los primeros análisis preliminares de la información recogida en los cuestionarios se detectaron aquellas cuestiones significativas en las que existían acuerdos claros o, por el contrario, cierta dispersión de opiniones, percepciones o vivencias. Esa primera revisión de los datos fue decisiva para la configuración y redacción de las preguntas abiertas destinadas a profundizar en torno a esas claves detectadas. Se contactó con una selección de las personas que facilitaron sus datos personales y se ofrecieron una serie de fechas disponibles con el interés de programar sesiones concretas para la realización de entrevistas individuales y grupos de discusión. Las sesiones fueron celebradas de manera digital a través de Microsoft TEAMS y grabadas para su posterior transcripción y análisis.

QUINTA FASE:

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS PRELIMINARES (SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2022)

Tras la recopilación de las diferentes informaciones (derivadas de la aplicación del cuestionario, las entrevistas individuales y los grupos de discusión) se analizó la información a partir de un proceso estadístico descriptivo exploratorio y una codificación en base a categorías tanto previas como emergentes.

SEXTA FASE:

REDACCIÓN FINAL DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN (DICIEMBRE 2022)

Finalmente, en este estudio se recopiló información gracias a la participación de las siguientes personas:

Tabla 1

Técnicas de recogida de información y muestra

Cuestionario:	520 personas
Grupos focales de discusión:	20 personas
Entrevistas individuales:	5 personas

Las personas profesionales involucradas en este estudio fueron las siguientes:

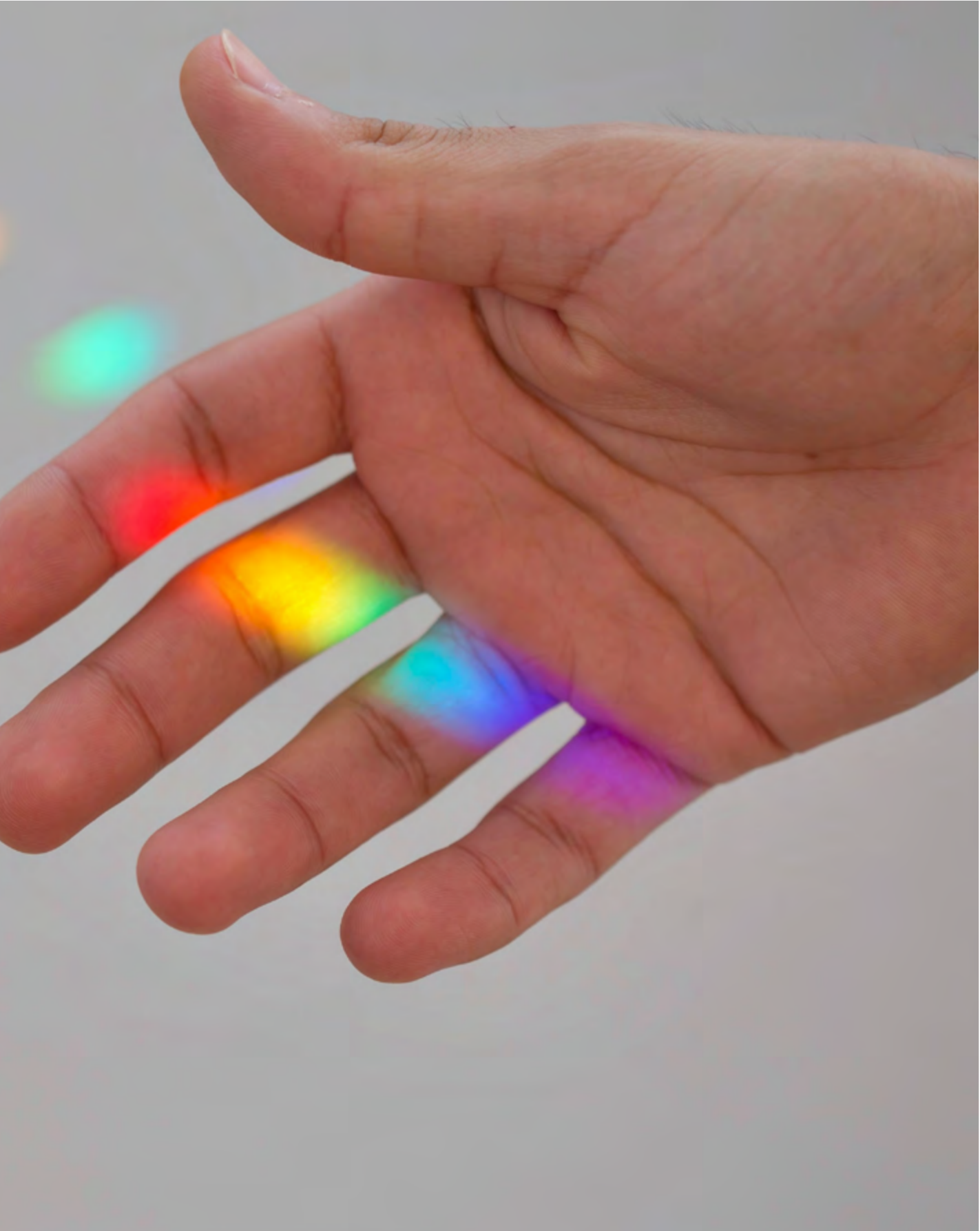
Tabla 2

Profesionales participantes en el estudio

Equipo de investigación:	4 personas. Representación de las entidades Universidad de Oviedo y Rixu, Asociación de Educación Sexual y Coeducación de Asturias.
Grupo motor (profesionales de las diferentes entidades):	6 personas. Representación de las entidades ABD, Apoyo Positivo, Adhara, Asociación VIH/sida, FELGTBI+ y UNAD.
Profesionales para validación metodológica:	6 personas. Representación de las entidades Apoyo Positivo, Adhara y ABD

06

RESULTADOS CUANTITATIVOS: CUESTIONARIO



A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

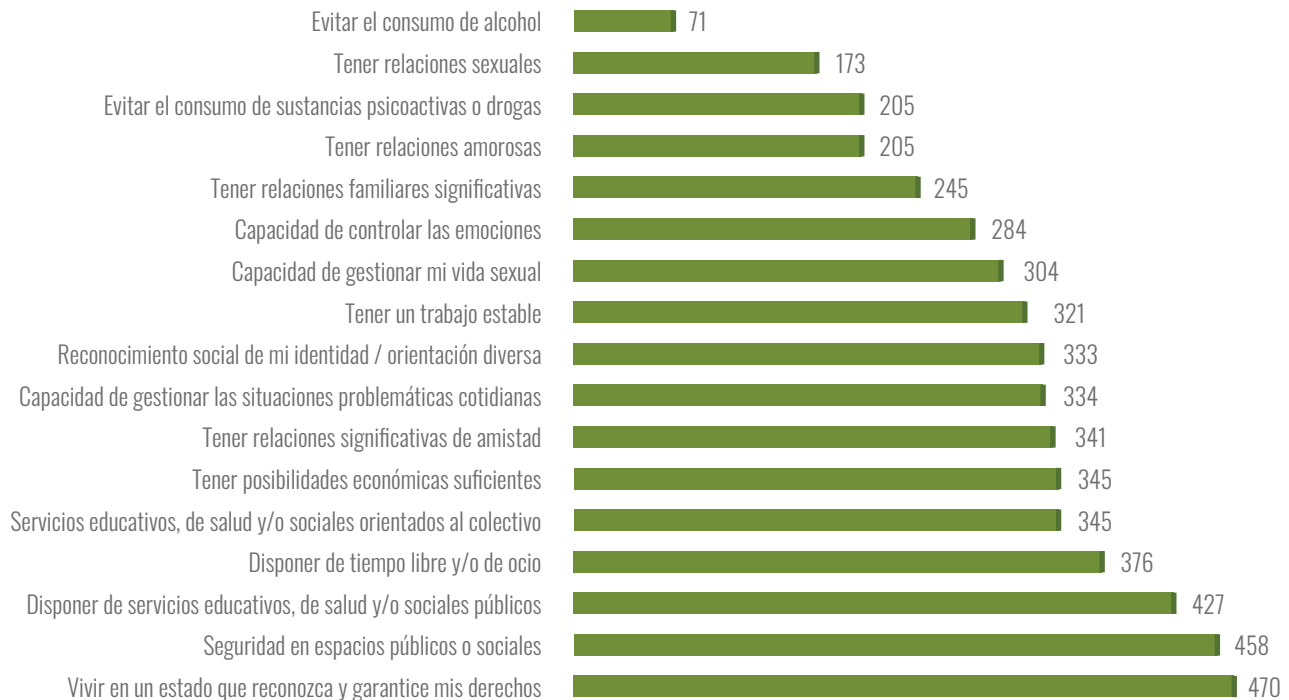
Tabla 3
Características sociodemográficas

Edad media	30 años. Mínima 14 años, máxima 68 años
Identidad	Mujer – 242 respuestas Hombre – 205 respuestas Género no binario trans – 20 respuestas Otras – 15 repuestas Hombre trans – 14 respuestas Género fluido – 10 respuestas Agénero – 6 respuestas Género no binario cis – 5 respuestas Mujer trans – 3 respuestas
Intersexuales	11 respuestas No respondida – 34 respuestas (la pregunta se incluyó tras la puesta en marcha del cuestionario)
Manera de relacionarse	Tengo prácticas exclusivamente homosexuales - 235 respuestas Tengo relaciones con personas independientemente de su género/sexo – 87 respuestas Tengo prácticas exclusivamente heterosexuales – 45 respuestas Predominantemente homosexual, aunque con prácticas heterosexuales esporádicas – 41 respuestas Generalmente no tengo prácticas sexuales con otras personas -33 respuestas Predominantemente heterosexual, aunque con prácticas homosexuales muy esporádicas – 32 respuestas Predominantemente homosexual, aunque con prácticas heterosexuales muy esporádicas - 30 respuestas Predominantemente heterosexual, aunque con prácticas homosexuales esporádicas - 17 respuestas
Solicitante de refugio o asilo por motivo de orientación/identidad	No – 519 respuestas Sí – 1 respuestas
Situación relacional	Pareja monógama – 220 respuestas No tengo vinculaciones afectivas o sexuales en este momento –145 respuestas Tengo vinculaciones afectivas o sexuales casuales con una o varias personas en este momento – 77 respuestas Relación abierta – 53 respuestas Vinculación poliamorosa – 18 respuestas Otras: 7 respuestas
Situación laboral	Trabajo en situación estable por cuenta propia o ajena – 263 respuestas Soy estudiante y/o estoy opositando – 129 respuestas Tengo trabajo(s) temporal(es) – 53 respuestas En paro y búsqueda activa de empleo – 21 respuestas Ni estudio ni trabajo temporalmente por cuestiones personales, de salud, etc. – 16 respuestas Estudio y trabajo (emergente*) – 23 respuestas Otras: 15 respuestas
Nivel de estudios alcanzado	Máster – posgrado – 178 respuestas Diplomatura, licenciatura o grado – 157 respuestas Bachillerato – 87 respuestas Ciclo formativo de grado superior – 52 respuestas Doctorado – 17 respuestas Ciclo formativo de grado medio – 15 respuestas ESO – 9 respuestas No tengo ninguna titulación – 5 respuestas

B) FACTORES DE PROTECCIÓN.

Gráfico 1

Importancia sobre aspectos de la vida en relación con tu concepción de salud y bienestar emocional (Registro del número de valoraciones máximas de cada ítem)



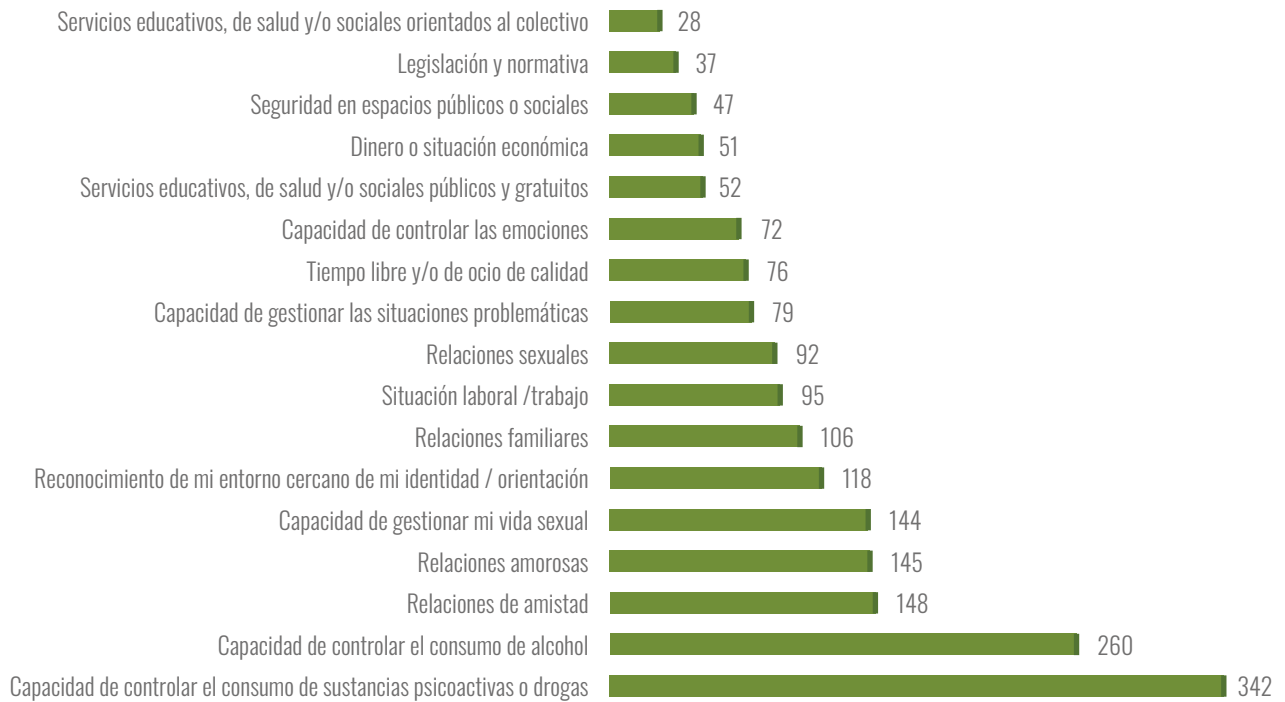
Cada aspecto fue puntuado por las personas participantes según una escala de 1 a 5, donde 1 significa “ninguna importancia” y 5 “máxima importancia”. En la gráfica se muestra el número total de personas que han puntuado con un 5 cada uno de los aspectos planteados.

Los tres factores de protección a los que menos se ha atribuido la máxima importancia por parte de las personas participantes son “evitar el consumo de alcohol” (71 respuestas), “tener relaciones sexuales” (173 respuestas) y “evitar el consumo de drogas” (205 respuestas).

Los tres factores de protección más valorados por las personas participantes están relacionados con la seguridad y derechos de las personas LGTBIQ+ y son los siguientes: “disponer de servicios educativos de salud/sociales públicos y gratuitos” (427 respuestas), “seguridad en espacios públicos y sociales” (458 respuestas) y “vivir en un estado que reconozca y garantice los derechos del colectivo” (470 respuestas).

Gráfico 2

Nivel de satisfacción que tienes con los siguientes aspectos de tu vida (Registro del número de valoraciones máximas de cada ítem)



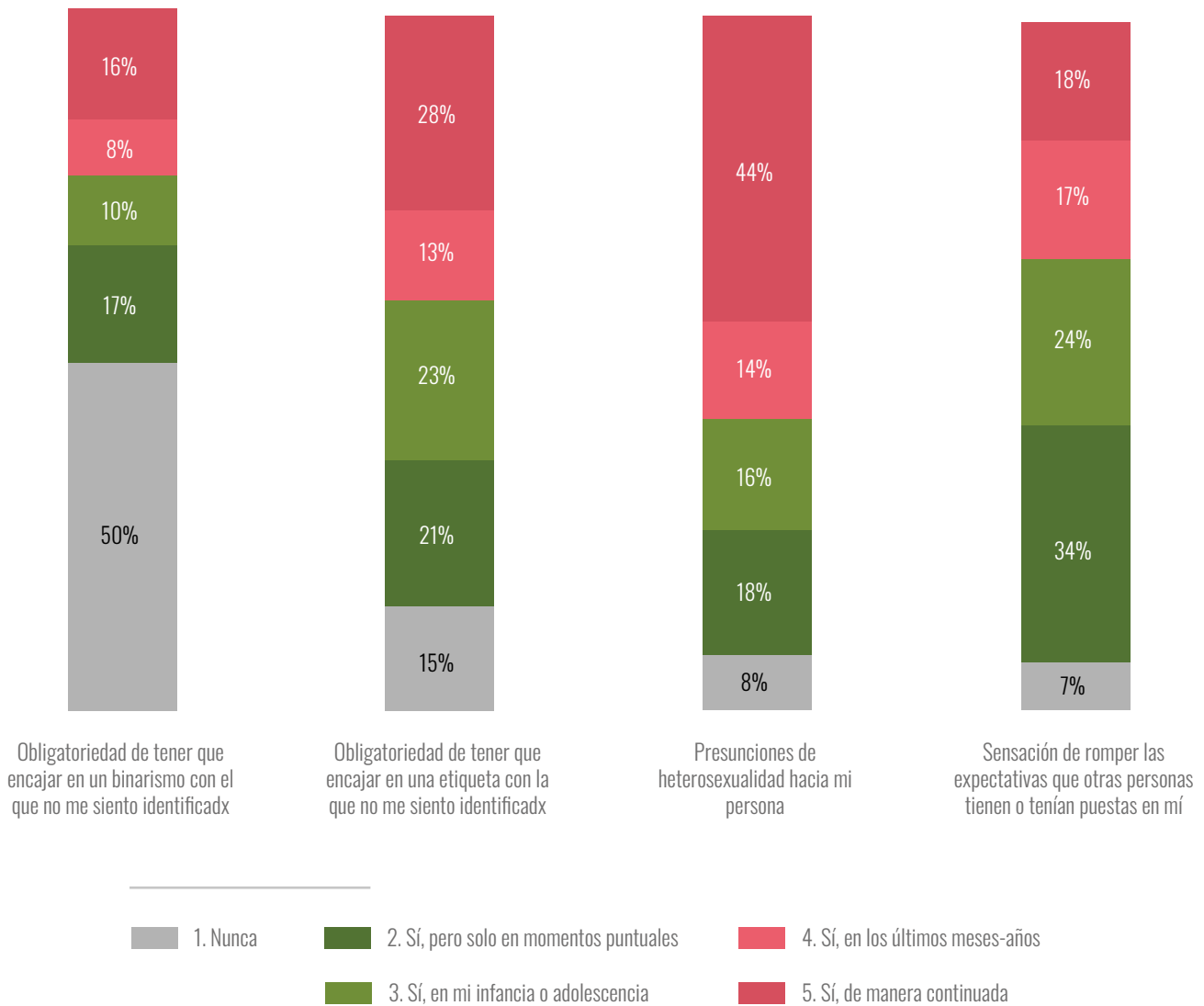
Cada aspecto fue puntuado por las personas participantes según una escala de 1 a 5, donde 1 significa “ninguna importancia” y 5 “máxima importancia”. En la gráfica se muestra el número total de personas que han puntuado con un 5 cada uno de los aspectos planteados.

Un total de 342 personas aseguran sentir satisfacción con la “capacidad de controlar el consumo de sustancias y/o drogas”, 260 personas se sienten “capaces de controlar el consumo de alcohol” y 148 muestran una buena satisfacción con sus “relaciones de amistad”. En el sentido contrario, se percibe una menor satisfacción por cuestiones relacionados con la “seguridad en espacios públicos” (42 respuestas), la “legislación y normativa estatal que ampare al colectivo” (37 respuestas) y la “disponibilidad de servicios sociales públicos y gratuitos orientados al colectivo” (28 respuestas).

C) ESTRESORES COTIDIANOS, DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA.

Gráfico 3

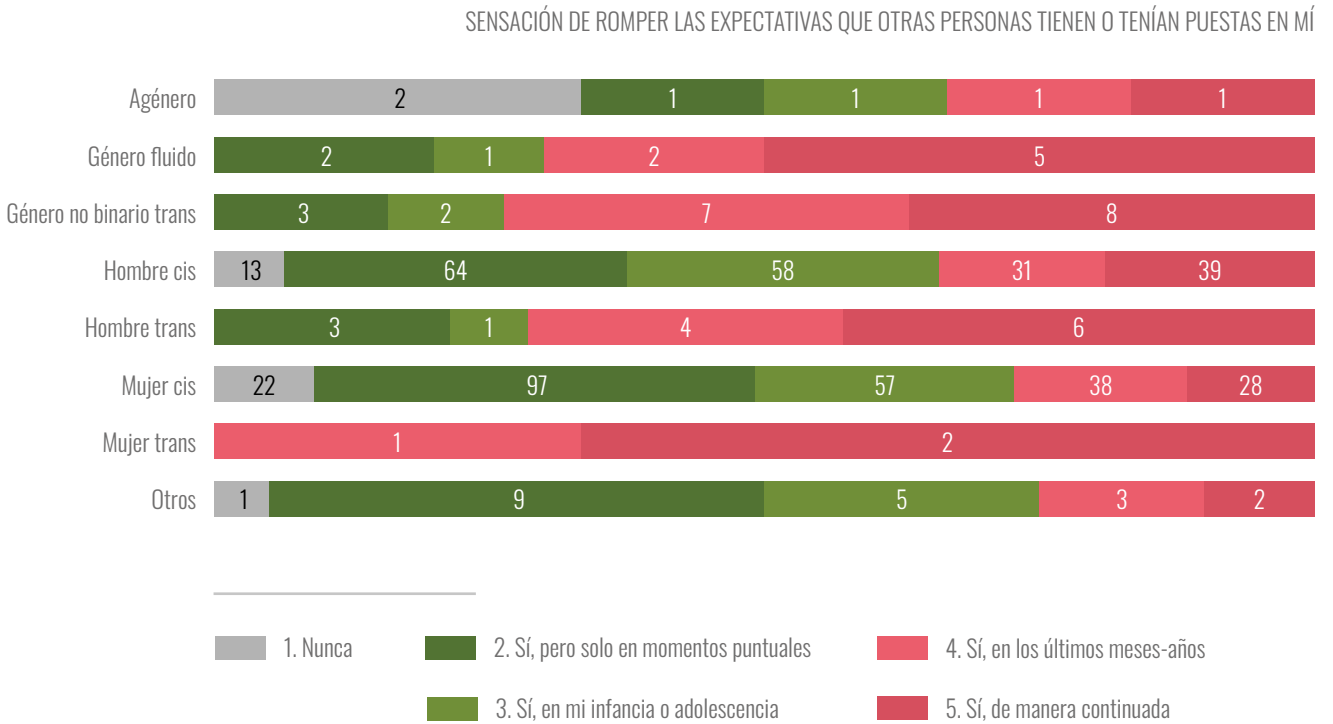
Presunciones de cisheterosexualidad



El estresor más señalado por las personas participantes fue “la ruptura de expectativas de terceras personas” con un 93% de respuestas, con mayor índice en la categoría “solo en momentos puntuales” (34%). El segundo estresor responde a la “presunción de cisheterosexualidad” (92%), siendo la respuesta “de manera continuada” la más señalada por un 44% de la muestra, seguida de la “obligatoriedad de tener que encajar en una etiqueta con la que no se siente identificada” con un 85%. Respecto a la “obligatoriedad de encajar en un binarismo”, un 51% señaló este estresor en “algún momento de su vida”.

Gráfico 4

Sensación de romper las expectativas desglosado por identidad

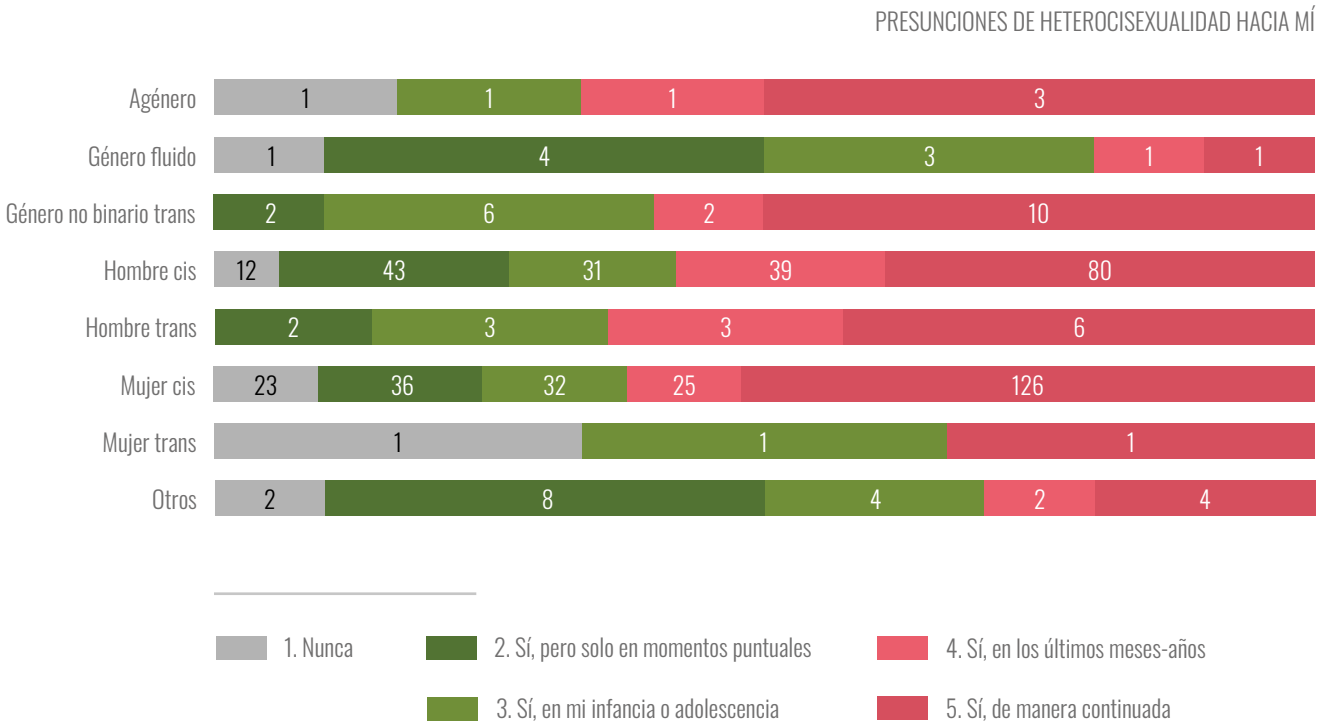


La situación que más se repite es tener la sensación de romper las expectativas “de manera continuada”, siendo la realidad que más está presente entre la mayoría de las identidades.

Hay otros casos en los que esto no se produce de manera continuada, pero sí “en momentos puntuales” como ocurre principalmente entre las mujeres cis (97 respuestas) y los hombres cis (64 respuestas).

Gráfico 5

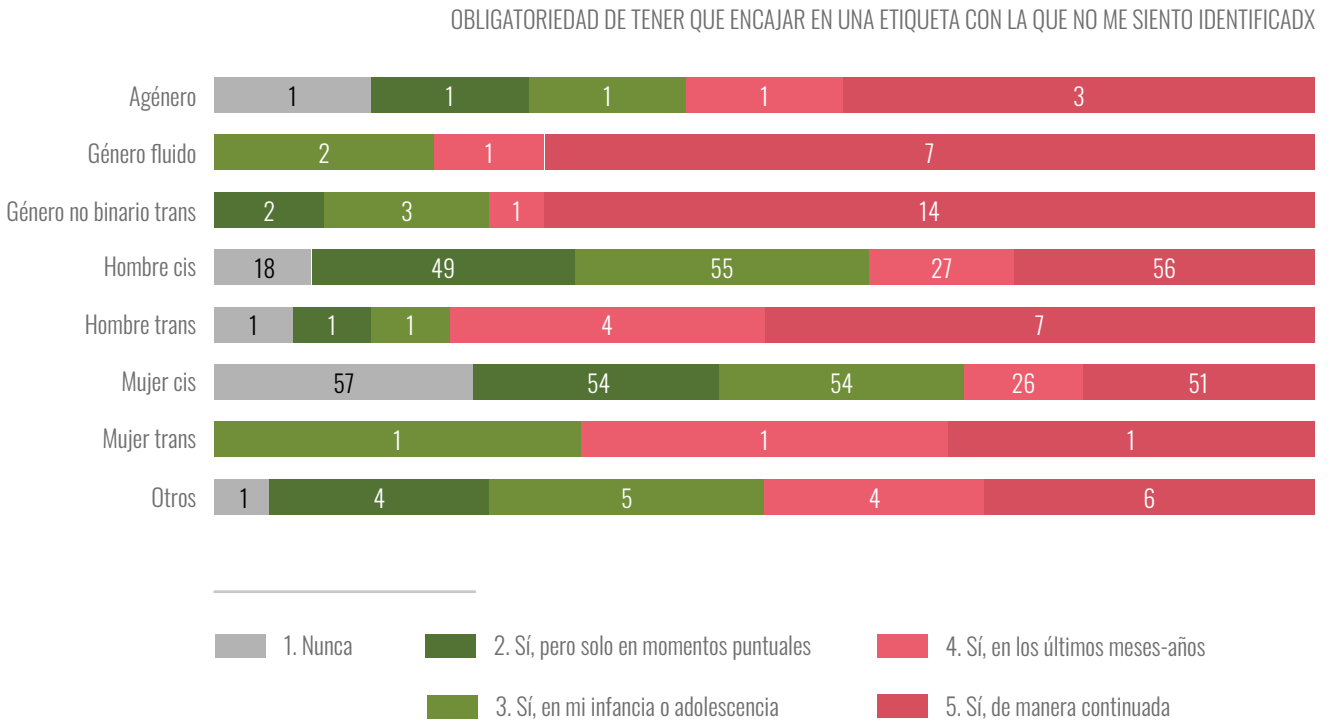
Presunciones de cisheterosexualidad desglosado por identidad



Sobre la presunción de heterosexualidad es algo que le ha pasado alguna vez a gran parte de la muestra porque las personas que no reconocen estos episodios representan una proporción mucho menor. Las identidades a las que más les afecta -y que más han señalado "de manera continuada" como la respuesta en cuanto a su frecuencia- son las mujeres cis (126 respuestas), hombres cis (80 respuestas), personas género no binario trans (10 respuestas) y, por último, entre los hombres trans (6 respuestas).

Gráfico 6

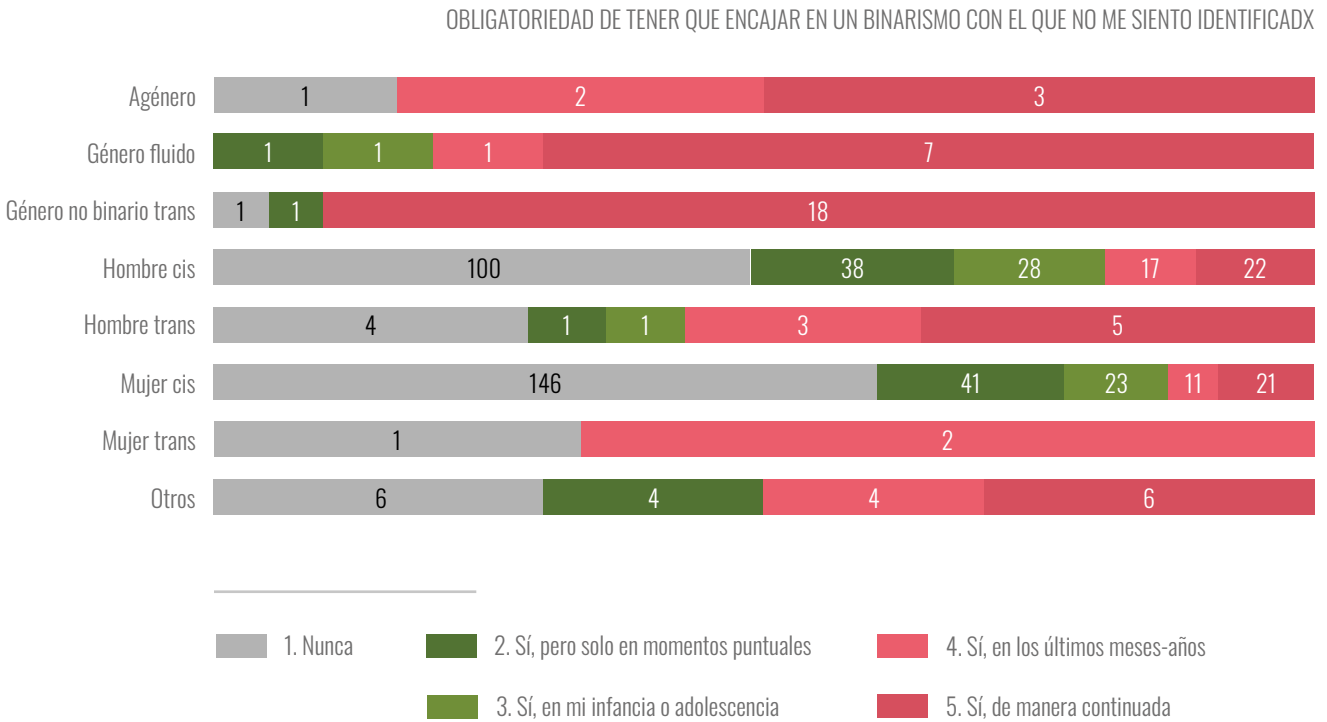
Obligatoriedad de encajar con etiquetas desglosado por identidad



Si se analiza la obligatoriedad de tener que encajar en una etiqueta, la mayoría de la muestra señala de “manera continuada” como la opción más seleccionada. No obstante, hay algunas identidades como las mujeres y los hombres cis en las que esta obligatoriedad se distribuye de manera similar en todos los momentos, sobre todo, en “momentos puntuales” y durante la “infancia y adolescencia”.

Gráfico 7

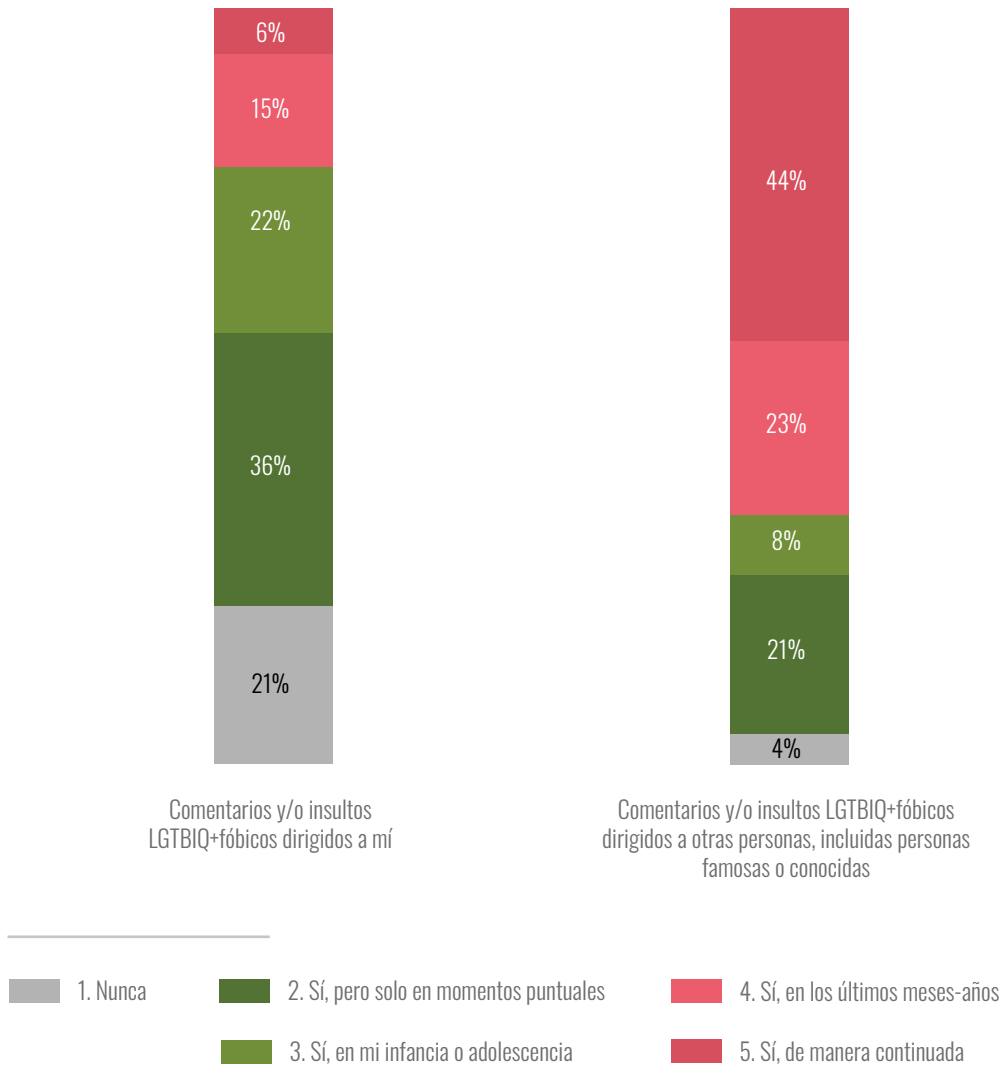
Obligatoriedad de encajar con etiquetas desglosado por identidad



Si atendemos a la obligatoriedad de encajar en un binarismo, las personas de la muestra que menos han señalado esta opción son las mujeres y los hombres cis. Sin embargo, aquellas identidades que han reconocido una incidencia “de manera continuada” de esta circunstancia son las personas no binarias trans (18 respuestas), las personas género fluido (7 respuestas) y hombres trans y otras identidades con 5 y 6 respuestas, respectivamente.

Gráfico 8

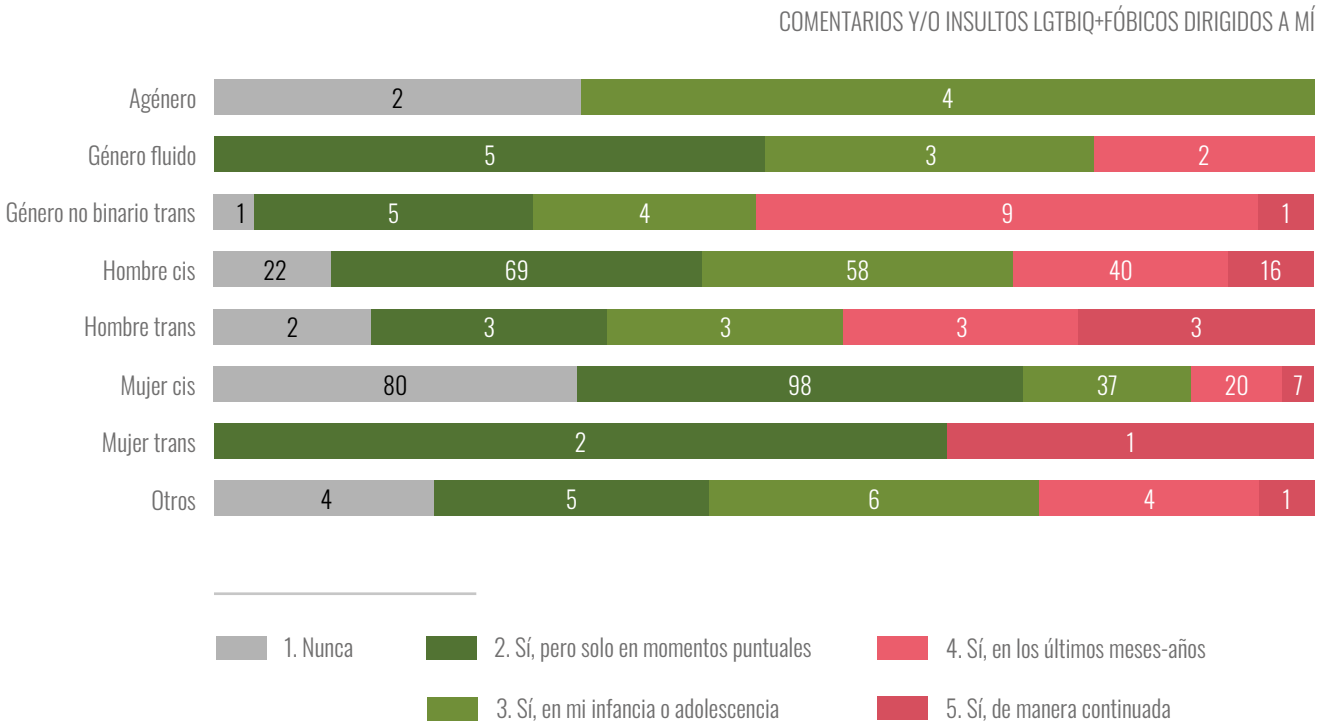
Discriminación y violencia verbal



Respecto a la vivencia de discriminación y violencia verbal, el 79% de las personas participantes señala haber recibido insultos o comentarios LGTBIQ+fóbicos, principalmente, “en momentos puntuales” (36%), mientras que un 96% admite haber percibido este tipo de situaciones dirigidas hacia otras personas, siendo la frecuencia “de manera continuada” la más señalada con un 44% de las respuestas.

Gráfico 9

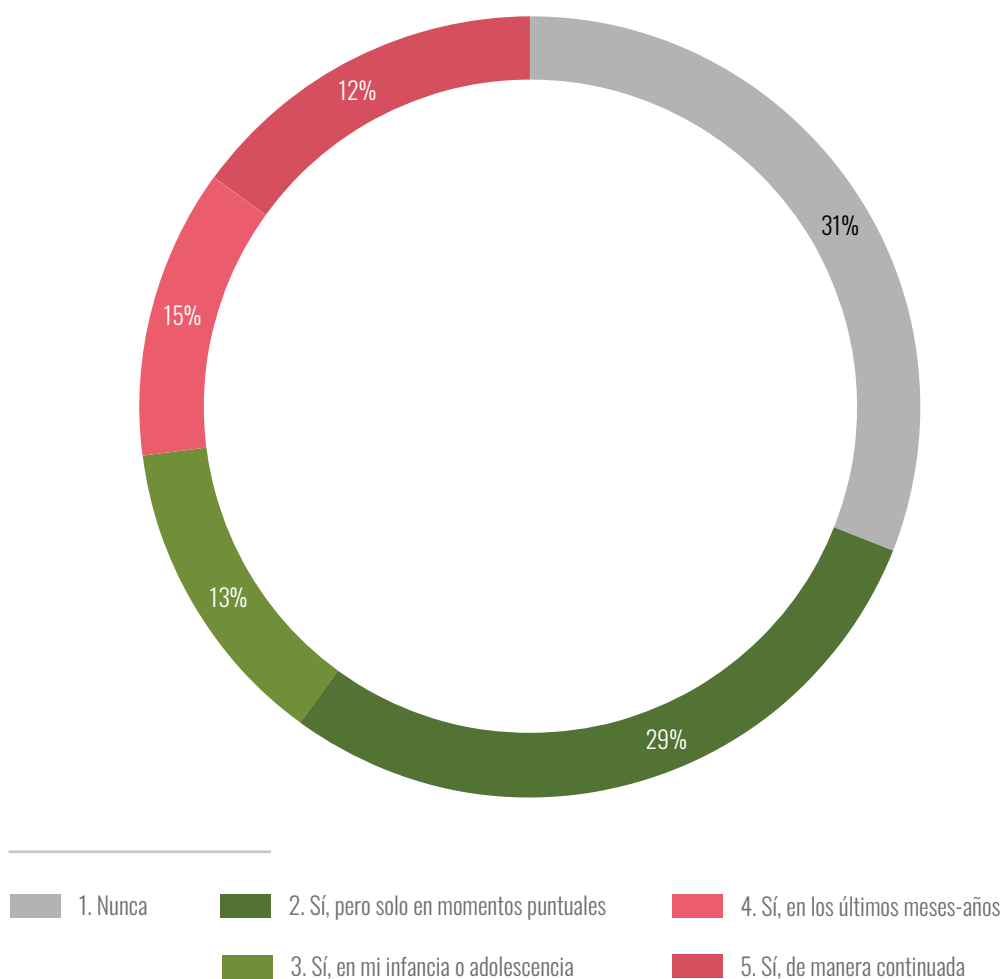
Discriminación y violencia verbal desglosado por identidad



Respecto a los comentarios y/o insultos LGTBIQ+fóbicos, la mayoría de la muestra ha señalado haberlos recibido en algún momento de sus vidas siendo la opción más repetida “en momentos puntuales”, sobre todo para las mujeres y hombres cis.

Gráfico 10
Miedo contraer ITS / VIH

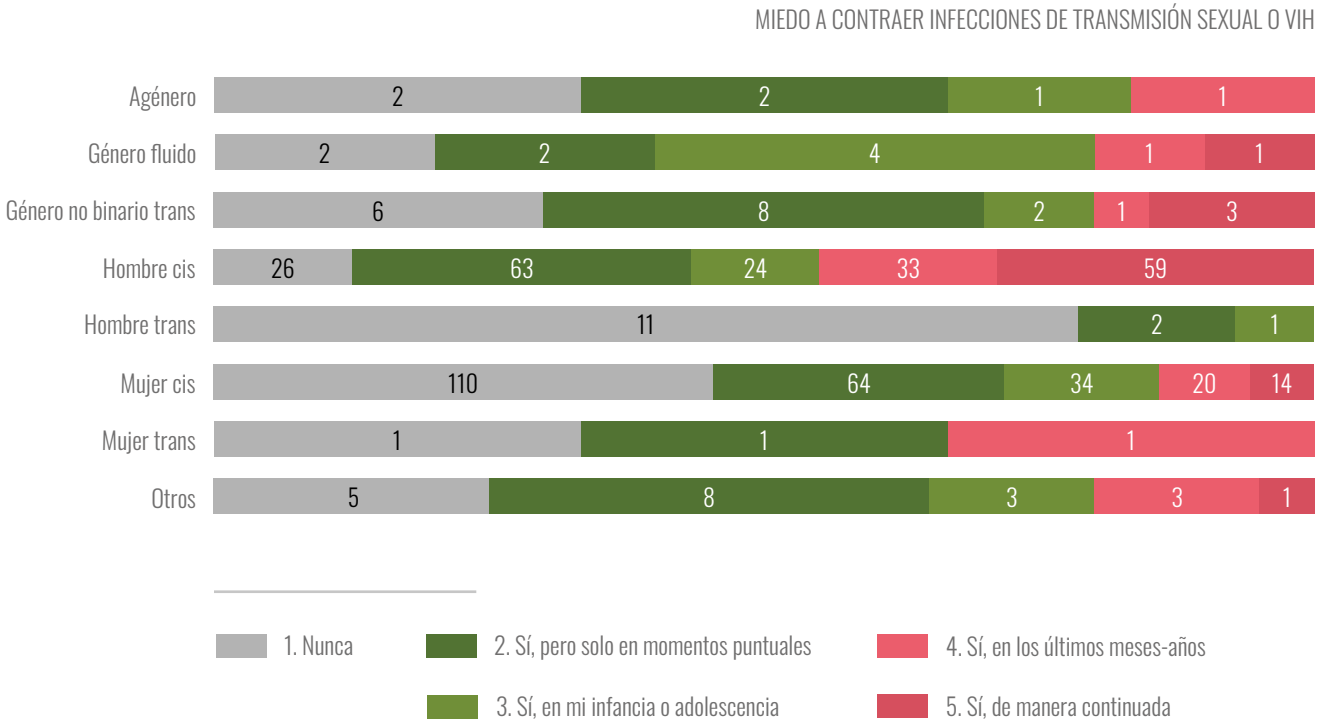
MIEDO A CONTRAER INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O VIH



Una mayoría llamativa (el 69% de las personas participantes) advierte haber sentido miedo de infectarse de una ITS o de contraer VIH en algún momento de su vida, aunque cabe señalar que la frecuencia más señalada es “sólo en momentos puntuales” con un 29% de las respuestas.

Gráfico 11

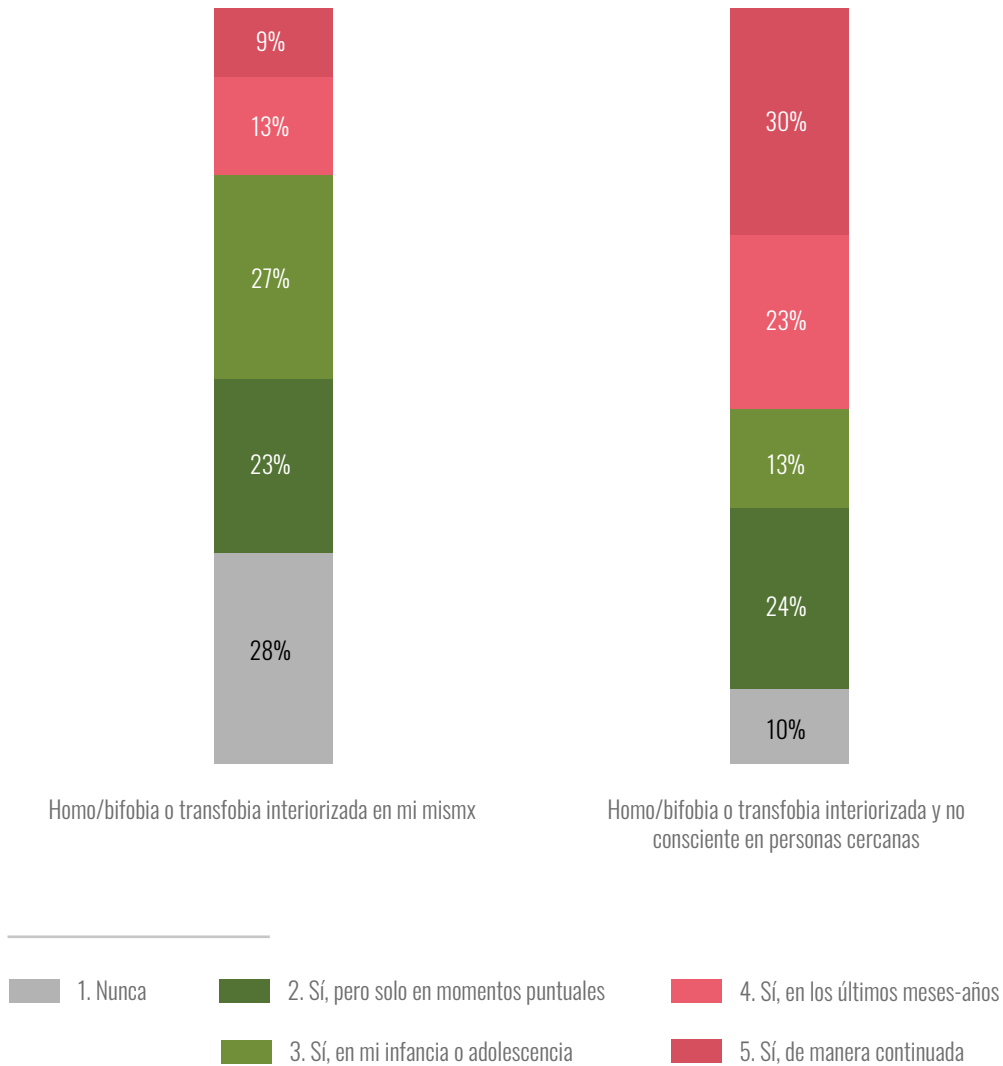
Miedo contraer ITS / VIH desglosado por identidad



Si analizamos esta realidad atendiendo a la identidad, la mayoría de la muestra ha sentido esta sensación “en momentos puntuales”, siendo menos representativo para mujeres cis y para hombres trans donde la opción “nunca” concentra la mayoría de las respuestas.

Cabe señalar que casi el 30% (59 respuestas) de los hombres cis reportan “de manera continuada” como la opción más señalada.

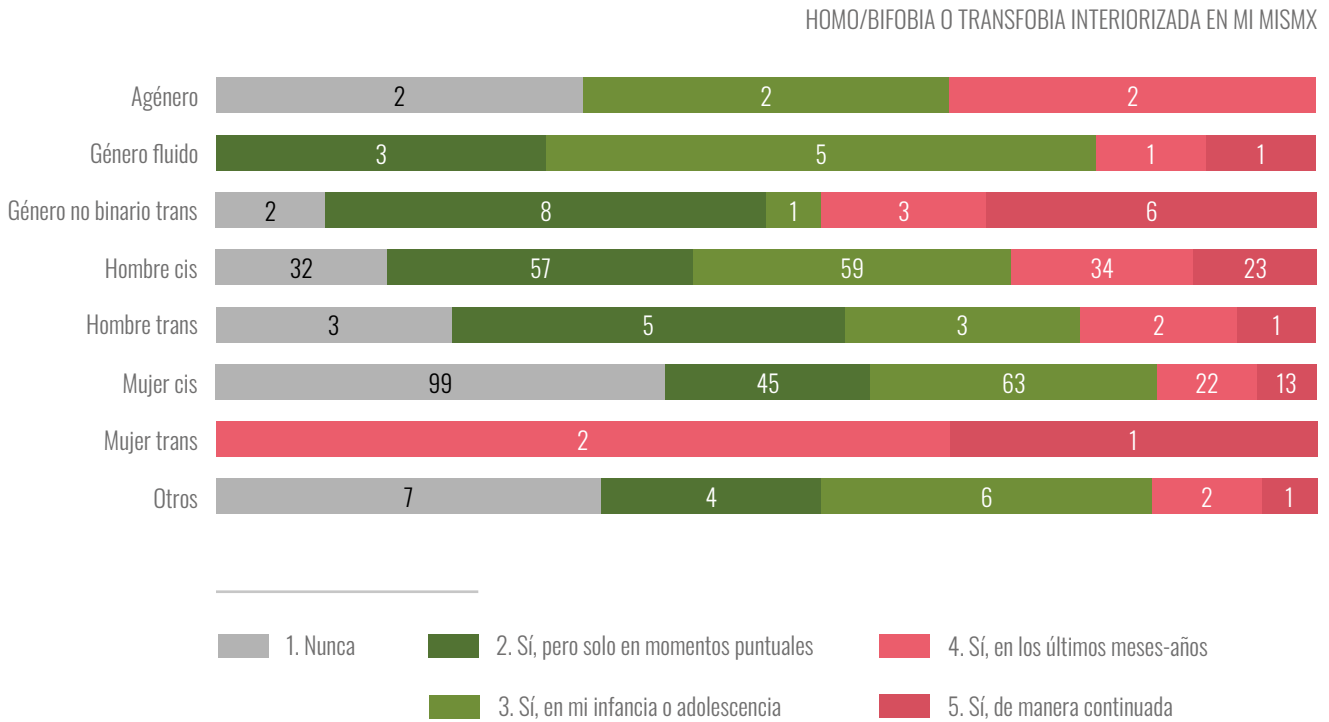
Gráfico 12
Homofobia interiorizada



Una amplia representación de las personas participantes (78%) señala detectar o haber detectado homofobia interiorizada propia (rechazo o no aceptación de la identidad trans u orientación homo /bi) en algún momento de su vida, sobre todo, durante “la infancia o adolescencia” (27%) y “en momentos puntuales” (23%) Este porcentaje aumenta al 90% cuando se trata de detectar ese rasgo en personas cercanas, siendo de “manera continuada” la más señalada con un 30% de las respuestas.

Gráfico 13

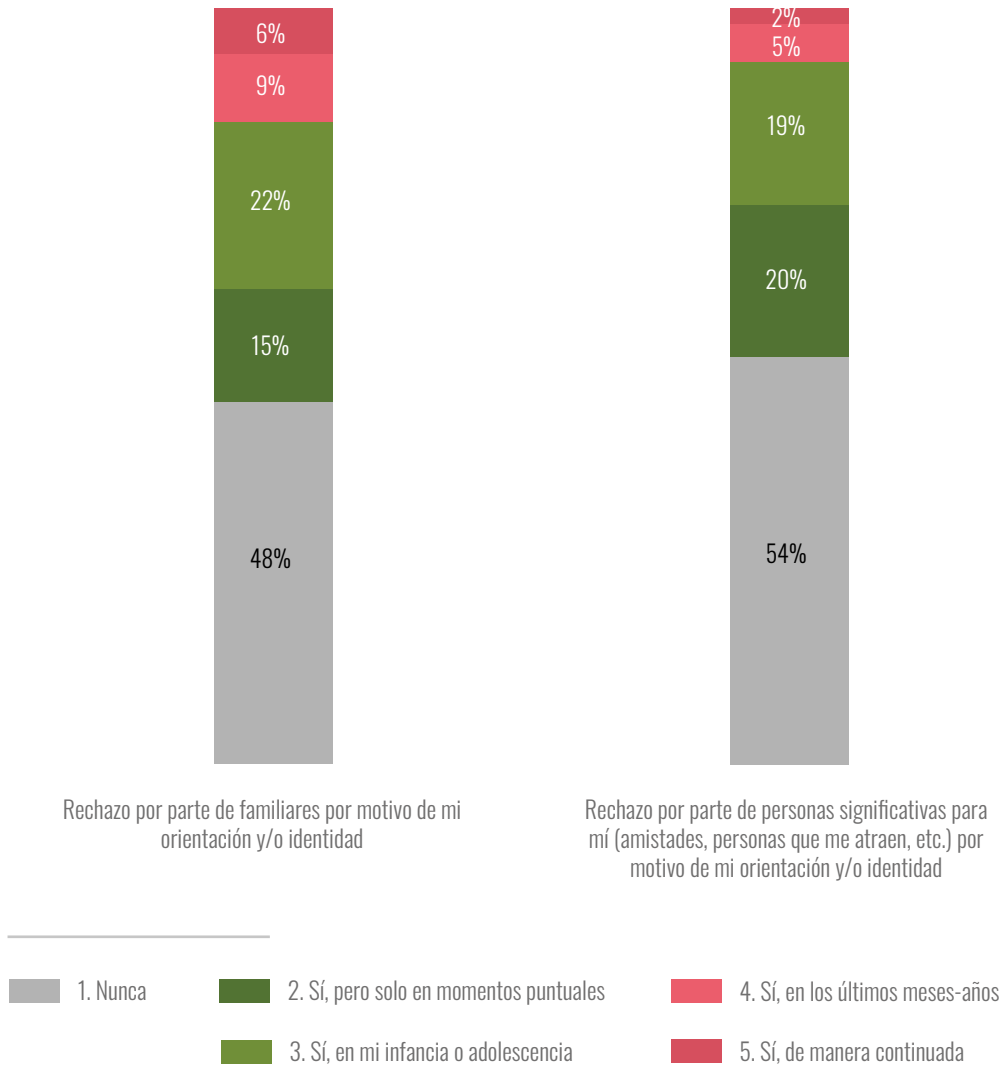
Homofobia interiorizada desglosada por identidad



Respecto a la homofobia o transfobia interiorizada según identidad, la ausencia de estos episodios es más representativa únicamente en el caso de las mujeres cis y otras identidades. Los casos en lo que esto solo se da en momentos puntuales es propio de género no binario trans, hombres trans. Que se dé estas situaciones durante la “infancia y/o adolescencia” es más propio de las personas género fluido, hombres cis. Que solo haya ocurrido en los últimos meses y años es más propio de las mujeres trans y, por último, la homofobia interiorizada de “manera continuada” tiene más representación entre las personas género no binario trans que en el resto de identidades.

Gráfico 14

Rechazo social por parte de familiares y personas cercanas

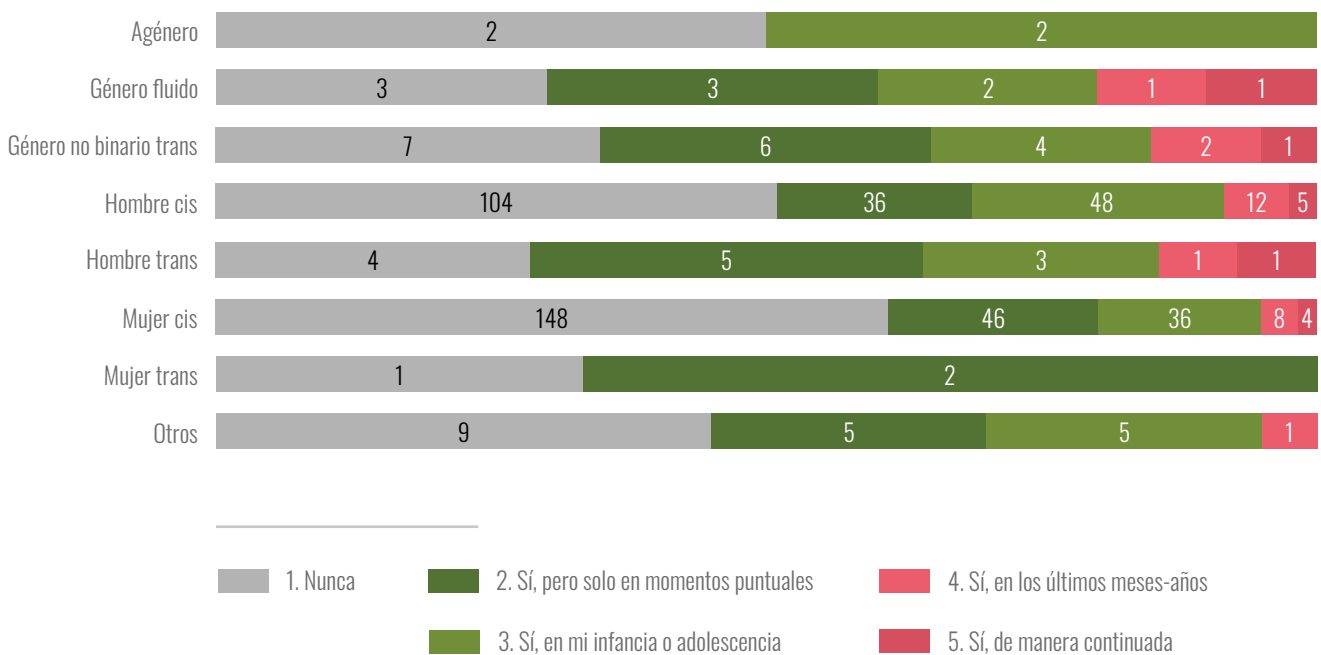


El 52% de las personas participantes advierte haber sentido rechazo por parte de familiares en algún momento de su vida en relación con su orientación e identidad, y el 46% reconoce haberlo recibido por parte de otras personas cercanas, como amistades. Cabe señalar que durante la "infancia y/o adolescencia" se percibe mayor rechazo por parte de familiares con un 22% y, respecto al rechazo por parte de personas significativas, la respuesta más señalada es "en momentos puntuales" con un 20% de las respuestas.

Gráfico 15

Rechazo por parte de amistades/personas cercanas desglosado por identidad

RECHAZO POR PARTE DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS PARA MÍ (AMISTADES, PERSONAS QUE ME ATRAEN, ETC.) POR MOTIVO DE MI ORIENTACIÓN Y/O IDENTIDAD

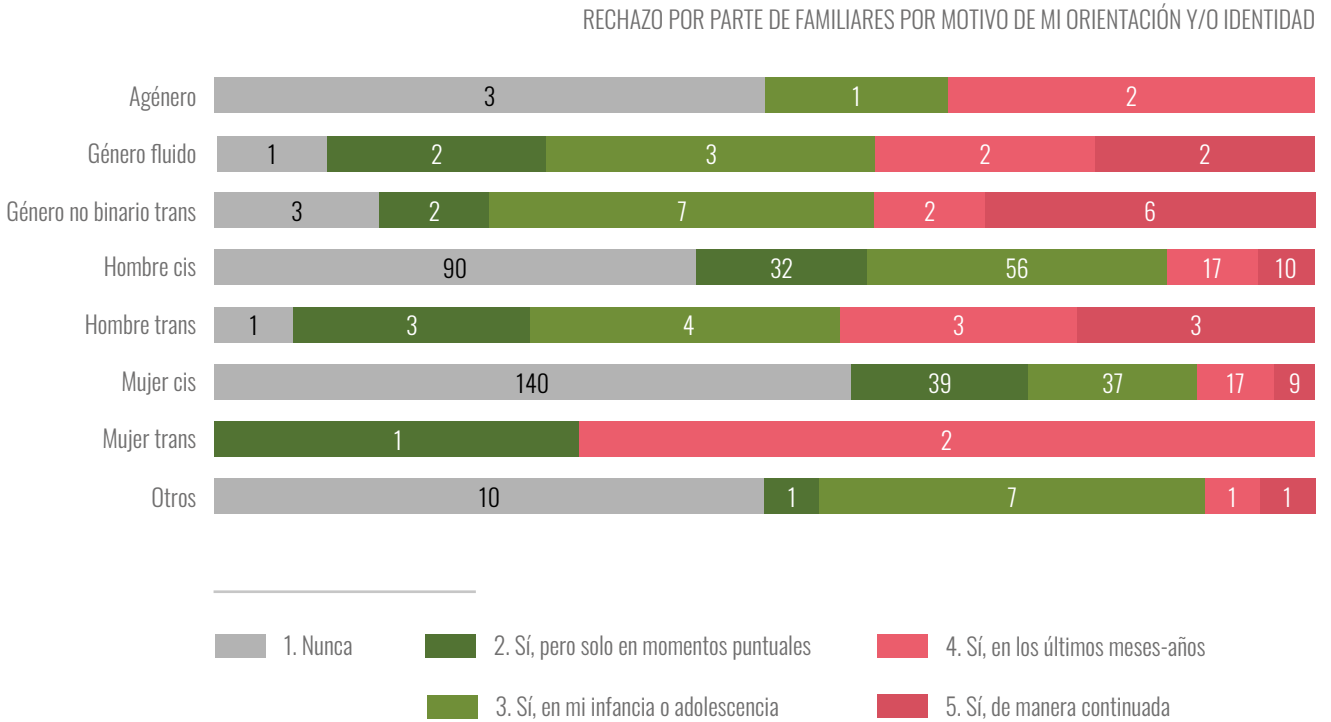


La parte más representativa de las respuestas de rechazo por parte de personas significativas se concentran en “momentos puntuales” para la mayoría de las identidades, aunque con la excepción de las mujeres cis donde la opción “nunca” es la más señalada con 148 respuestas.

Aunque más de la mitad de los hombres cis señalan no haber sentido rechazo por parte de amistades o personas significativas, la opción durante la “infancia y/o adolescencia” reporta un 23% de las respuestas, proporción que se asemeja a su incidencia con el resto de identidades.

Gráfico 16

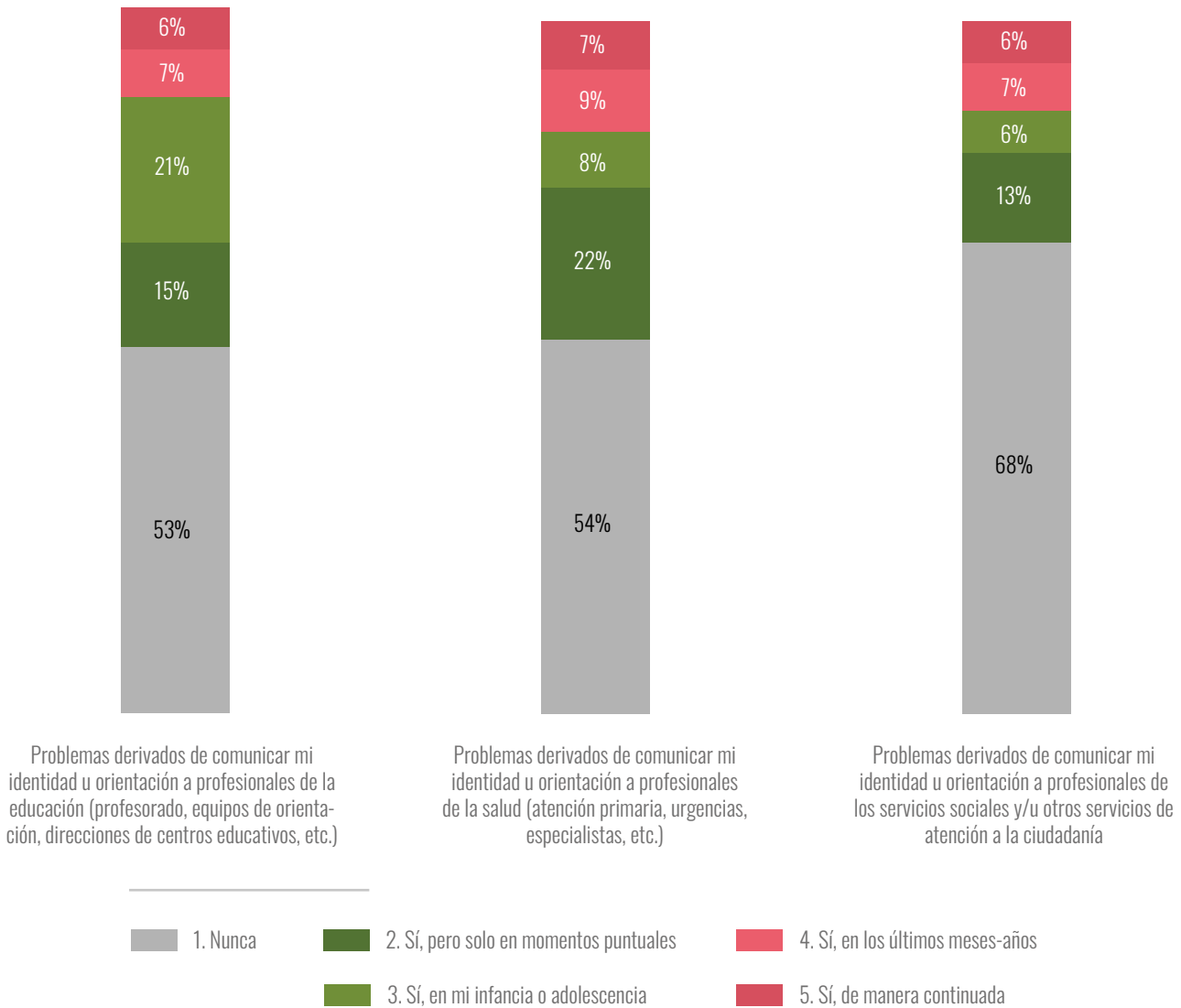
Rechazo por parte de familiares desglosado por identidad



En cuatro de las identidades (mujeres cis, hombres cis, agénero y otras identidades), lo más habitual que no se haya producido nunca rechazo por parte de familiares por motivo de su orientación y/o identidad. Sin embargo, lo más frecuente en hombres trans, género no binario trans y género fluido es que sí se haya producido rechazo durante la infancia y/o adolescencia. En las mujeres trans la repuesta más repetida es que el rechazo se haya producido en los “últimos meses/años”.

Gráfico 17

Problemas derivados de comunicar su orientación / identidad en servicios

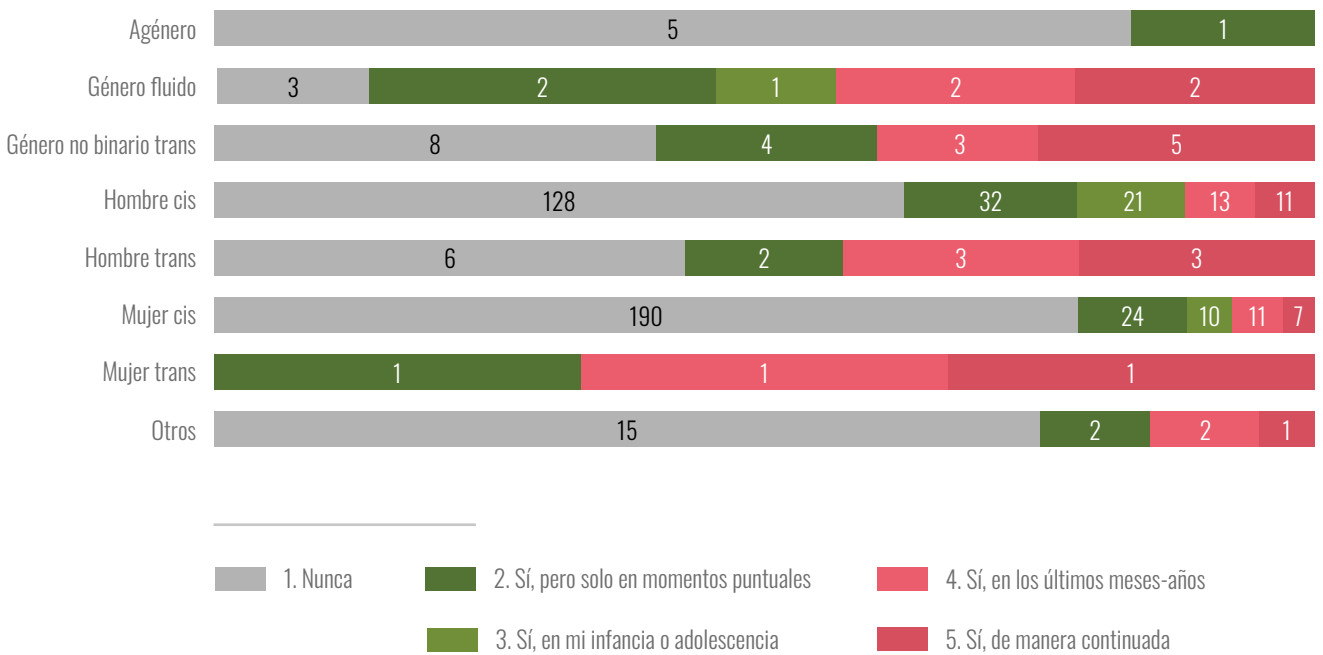


El 32% de las personas participantes han sentido rechazo o problemas derivados de comunicar su orientación / identidad en servicios sociales o de atención a la ciudadanía, aumentando al 46% al tratarse de servicios de atención sanitaria y al 47% en el caso de los servicios educativos. Es en el marco educativo donde la etapa más veces señalada es durante “la infancia y/o adolescencia” con un 21% de respuestas. Si atendemos a los servicios de la salud o servicios sociales o de atención a la ciudadanía, la respuesta más señalada es sólo “en momentos puntuales” con un 22% y un 13% respectivamente.

Gráfico 18

Problemas derivados de comunicar su orientación / identidad en servicios sociales y/o ciudadanía desglosado por identidad

PROBLEMAS DERIVADOS DE COMUNICAR MI IDENTIDAD U ORIENTACIÓN A PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y/ U OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

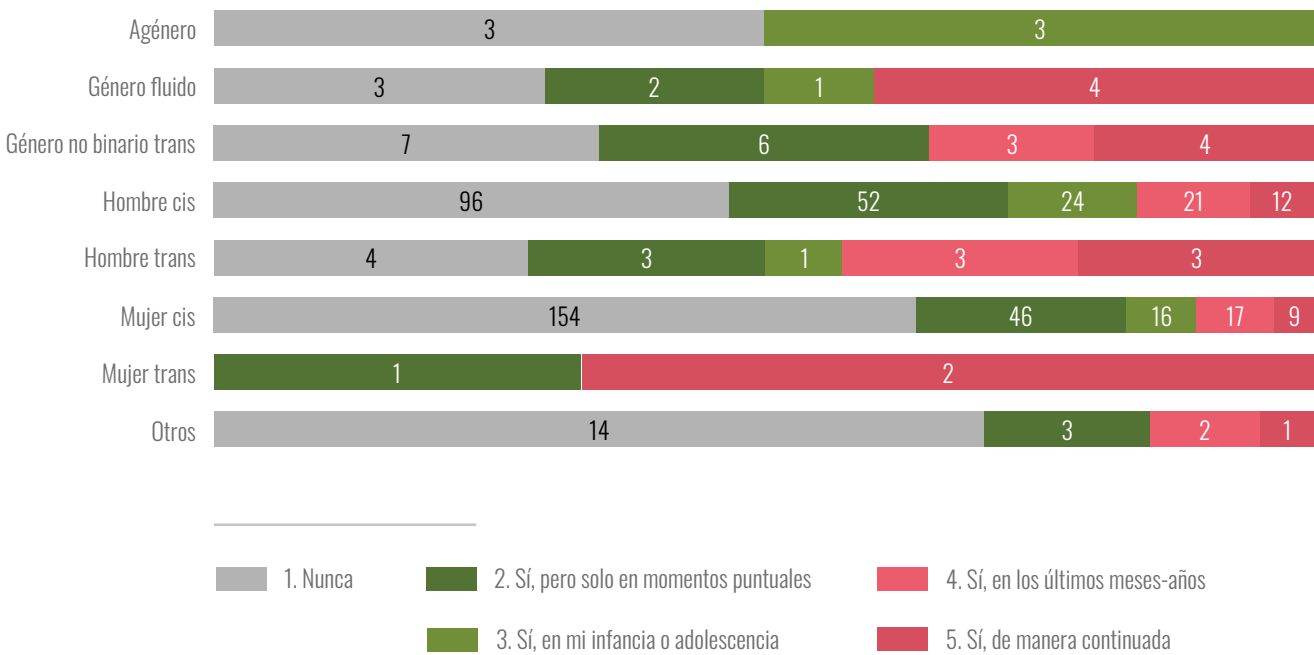


Si bien la mayoría de las personas de la muestra no consideran dificultades de verbalizar su orientación/identidad en los servicios sociales o de atención a la ciudadanía, en dos de las identidades (hombres y mujeres cis), sí que han señalado un mayor índice de respuestas en “momentos puntuales”. Aunque para las personas género fluido y los hombres trans lo más habitual es que estas dificultades aparezcan tanto en los “últimos meses-años” como “de manera. Para las personas género no binario trans este tipo de conflictos se distribuyen en “momentos puntuales” y “de manera continuada”.

Gráfico 19

Problemas derivados de comunicar su orientación / identidad de la salud desglosado por identidad

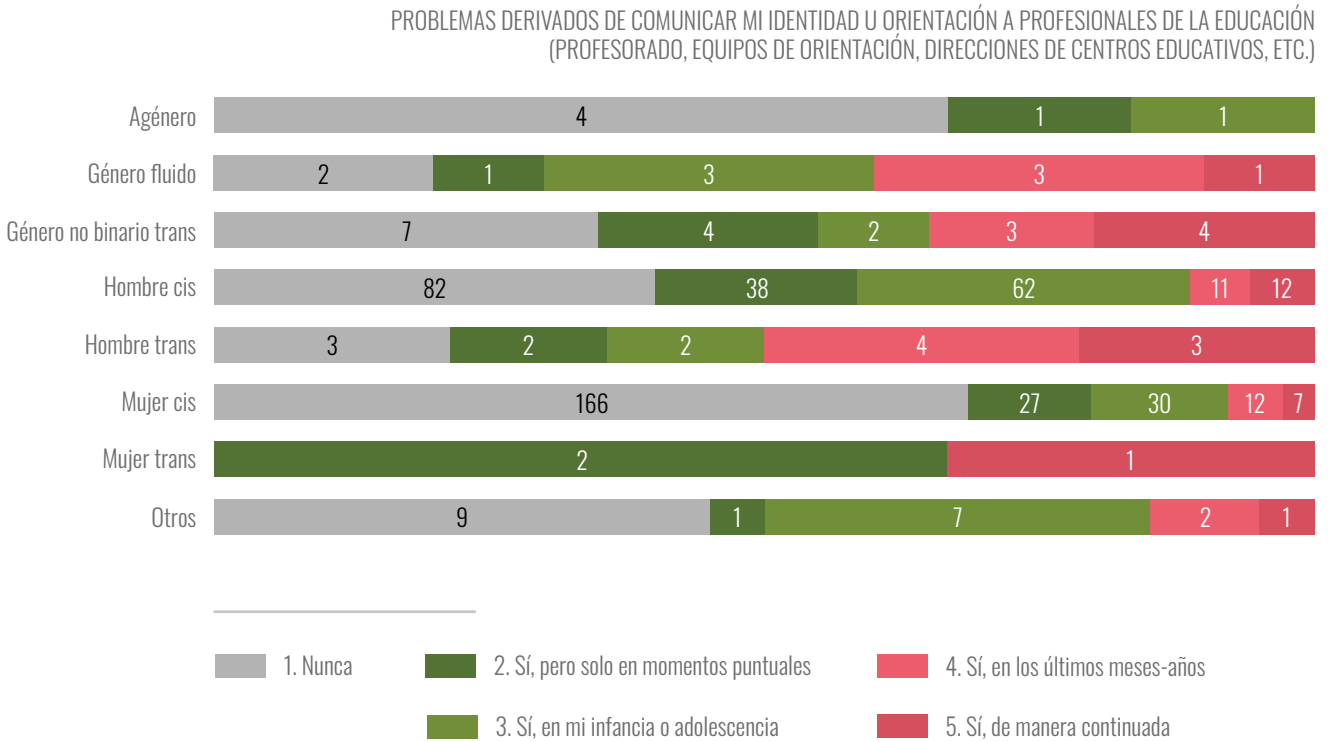
PROBLEMAS DERIVADOS DE COMUNICAR MI IDENTIDAD U ORIENTACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD (ATENCIÓN PRIMARIA, URGENCIAS, ESPECIALISTAS, ETC.)



Respecto a los problemas de comunicar la orientación/identidad en los servicios destinados a la salud, se observa un ligero descenso en aquellas personas que nunca han tenido este conflicto, principalmente, entre las mujeres y hombres cis y las personas agénero. No obstante, aquellas personas de la muestra que sí han señalado algún tipo de problema en “momentos puntuales” son las mujeres y hombres cis, las personas género no binario trans y las personas agénero. Lo más habitual entre las personas género fluido y las mujeres trans es que se dé “de manera continuada”.

Gráfico 20

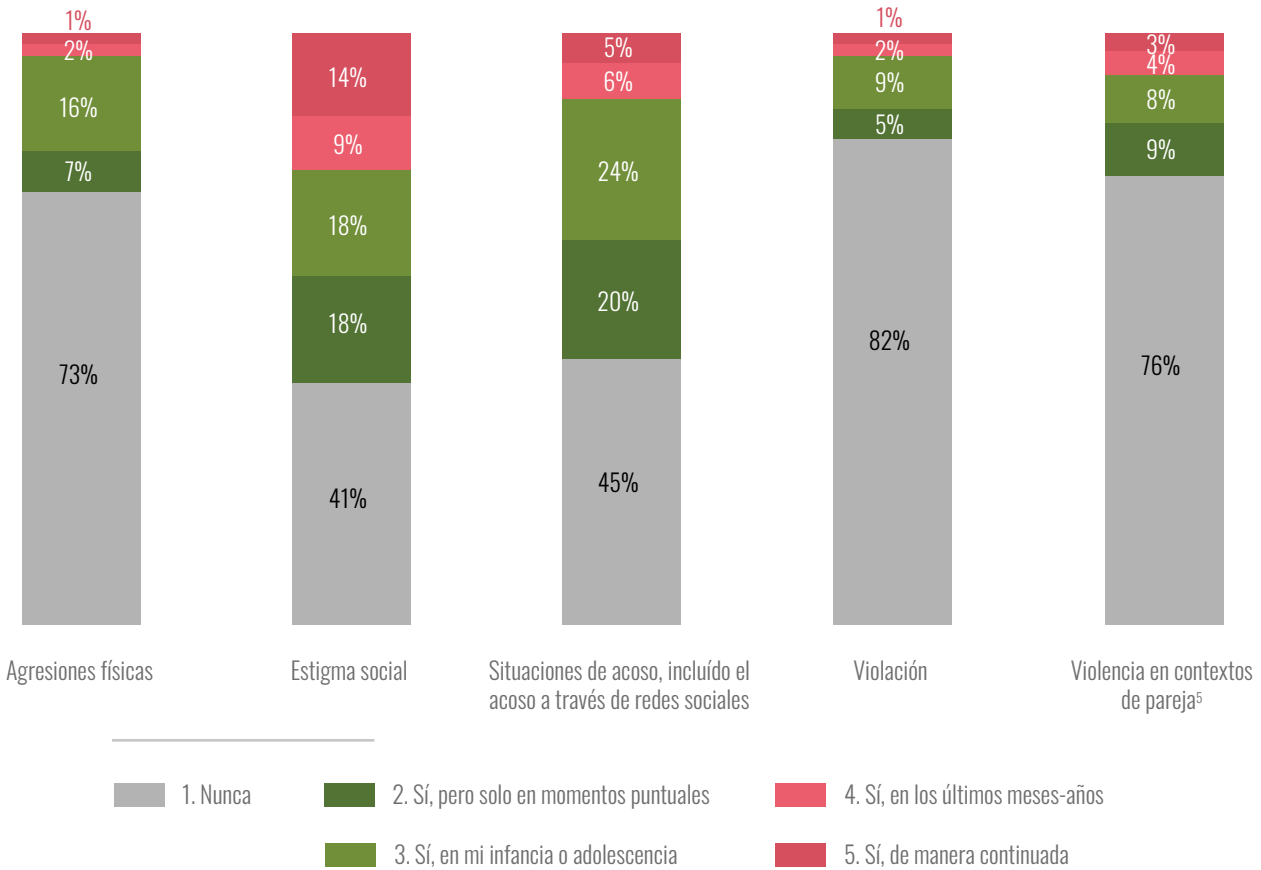
Problemas derivados de comunicar su orientación / identidad de a profesionales de la educación desglosado por identidad



Verbalizar la orientación/identidad a profesionales de la educación es algo que produce conflictos “en momentos puntuales” principalmente entre las mujeres trans. Durante “la infancia y la adolescencia” fue más señalada particularmente entre los hombres cis y en otras identidades y, “en los últimos meses/años” fue más destacada por los hombres trans. Entre las personas género no binario trans este tipo de problemas son notables en “momentos puntuales” y “de manera continuada”. Las identidades que menos problemas detectan en el contexto educativo son las mujeres cis y las personas agénero.

Gráfico 21

Situaciones de violencia



Un 26% de las personas que contestaron al cuestionario señalaron haber recibido agresiones físicas, especialmente “durante la infancia y la adolescencia” (16%) y un 7% “en momentos puntuales”.

Si hablamos de estigma social el número de respuestas aumenta hasta un 59% de las personas que respondieron el cuestionario, porcentaje muy similar si hablamos de acoso a través de redes sociales (55%). Si observamos en qué momento se han producido las situaciones de acoso, el 24% señala “durante la infancia y/o adolescencia” y un 20% “solo en momentos puntuales”.

Si bien la respuesta de haber sufrido violación ha sido señalada por un 17% de la muestra, fue mayor las respuestas concentradas en la frecuencia “durante la infancia y adolescencia” (9%).

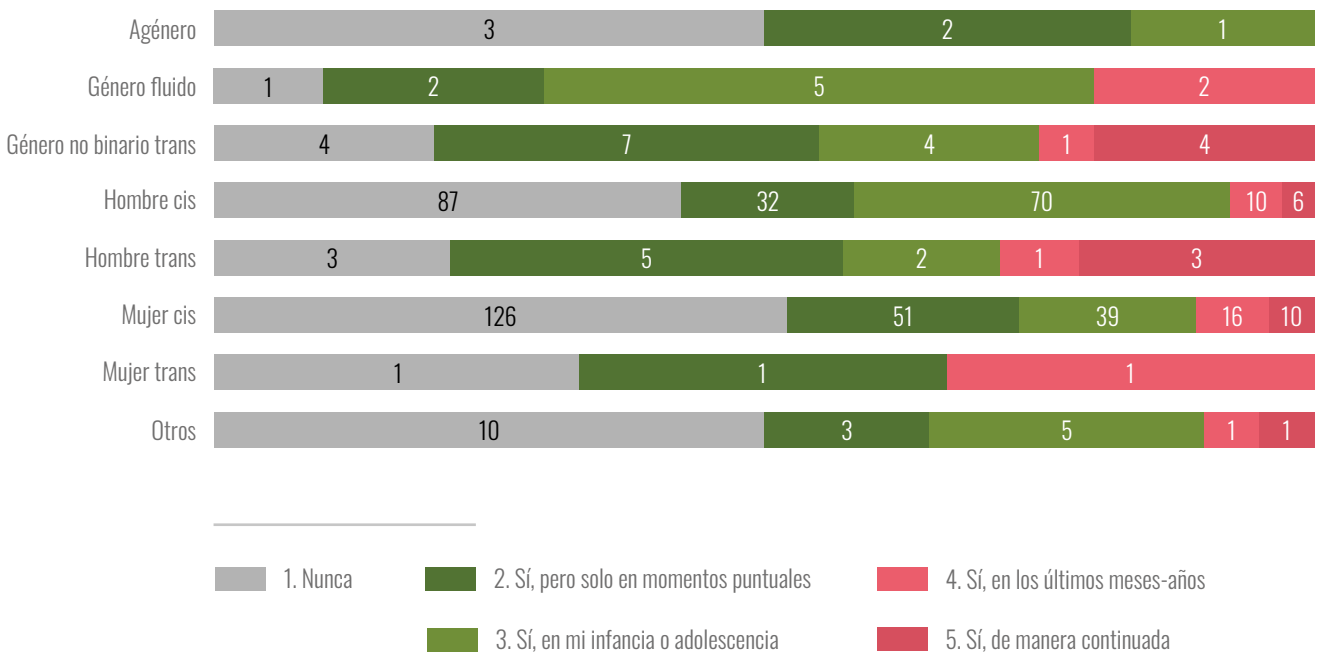
Respecto a la violencia en contextos de pareja, un 24% ha señalado haberla sufrido, sobre todo, “en momentos puntuales” y “durante la infancia y adolescencia” con un 9% y un 8% respectivamente.

5 Al no recogerse el género de la persona que ejerce la violencia, no se puede distinguir entre violencia de género o violencia intragénero. Recordemos que la violencia de género es la manifestación de desigualdad y subordinación en las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Mientras que la violencia intragénero se produce en las relaciones afectivas y sexuales entre personas del mismo sexo.

Gráfico 22

Situaciones de acoso desglosado por identidad

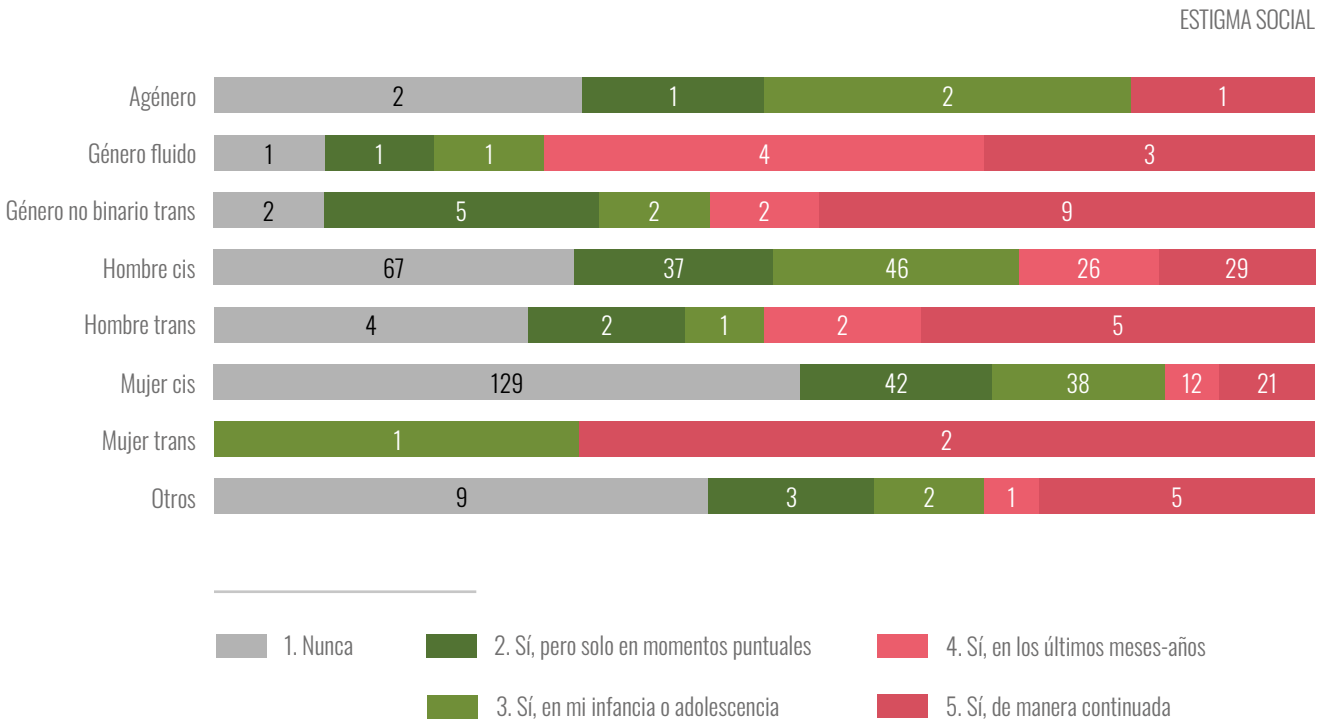
SITUACIONES DE ACOSO, INCLUIDO EL ACOSO A TRAVÉS DE REDES SOCIALES



Si bien las situaciones de acoso, incluido el acoso en redes sociales, fue reportado por la mayoría de las personas de la muestra, solo un 45% señaló no haber sufrido este tipo de violencia, siendo las mujeres cis y otras identidades quienes menos destacan esta realidad. No obstante, entre las identidades que más incidieron durante la etapa de “momentos puntuales” se encuentran los hombres trans y las personas género no binario trans. Si atendemos a las situaciones de acoso que se cometen durante “la infancia y/o adolescencia”, son los hombres cis y otras identidades quienes concentran en esa etapa de su vida el mayor índice de respuestas.

Gráfico 23

Estigma social desglosado por identidad

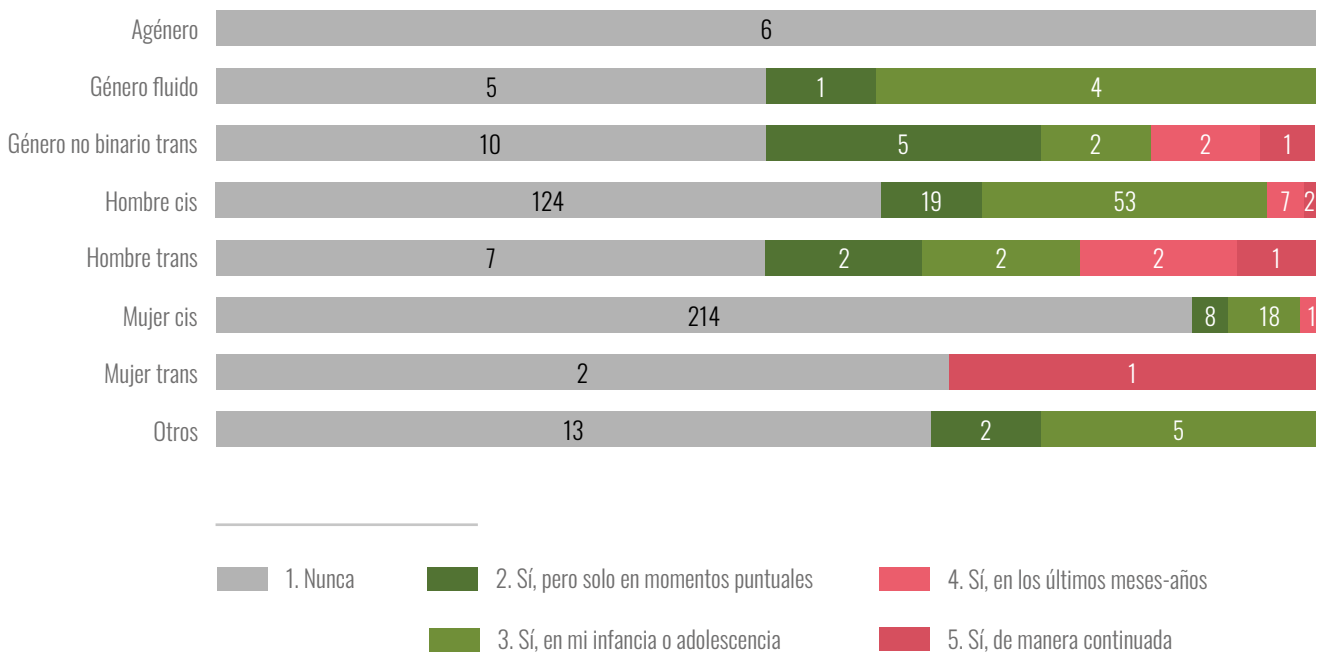


Respecto al estigma social que se produce “de manera continuada”, es la opción más señalada prácticamente en la muestra de personas de género no binario trans, hombre trans, mujeres trans y otras identidades. Las identidades que en menor grado reporta este tipo de discriminación son las mujeres cis y otras identidades.

Gráfico 24

Agresiones físicas desglosado por identidad

AGRESIONES FÍSICAS

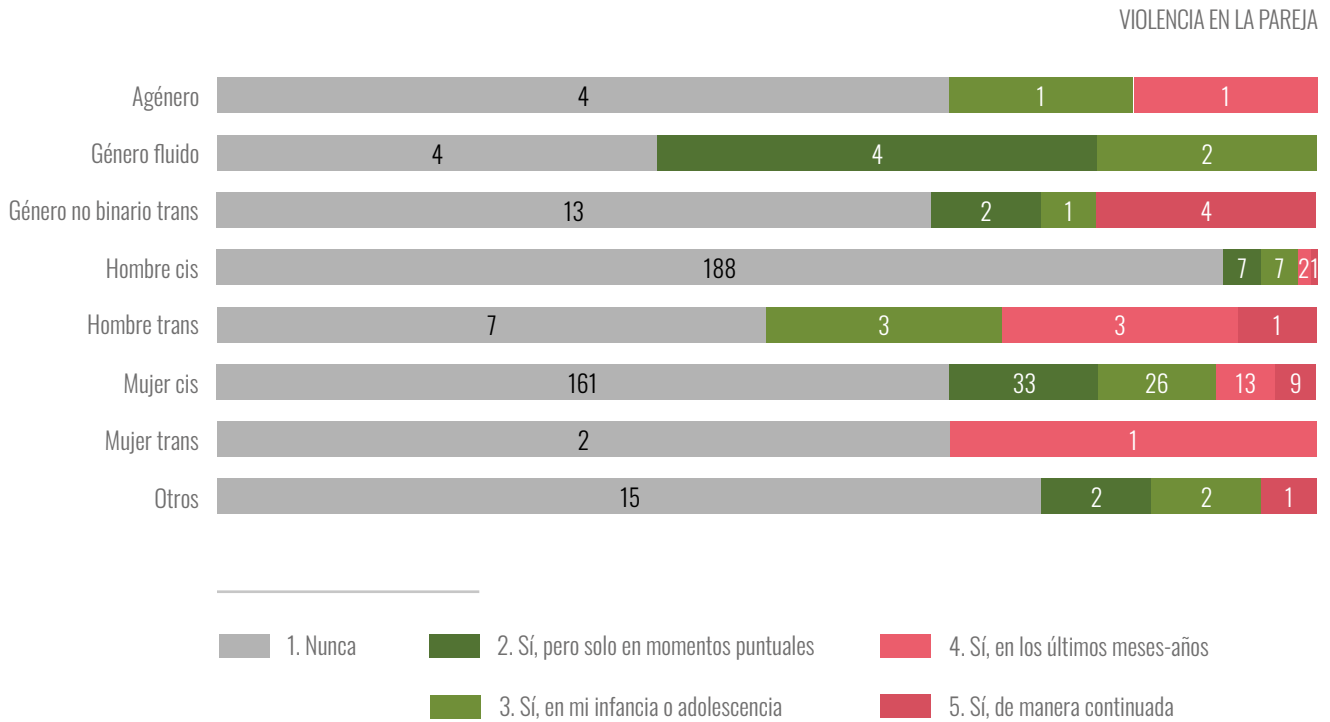


Sobre las agresiones físicas es algo que le ha pasado alguna vez a una parte de la muestra, aunque las personas que no reconocen haber sufrido estos episodios de violencia representan una proporción del 73%.

Cabe destacar que las identidades que reportan haber sufrido algún tipo de agresión física, sobre todo, durante “la infancia y/o adolescencia” son los hombres cis, las personas género fluido y otras identidades.

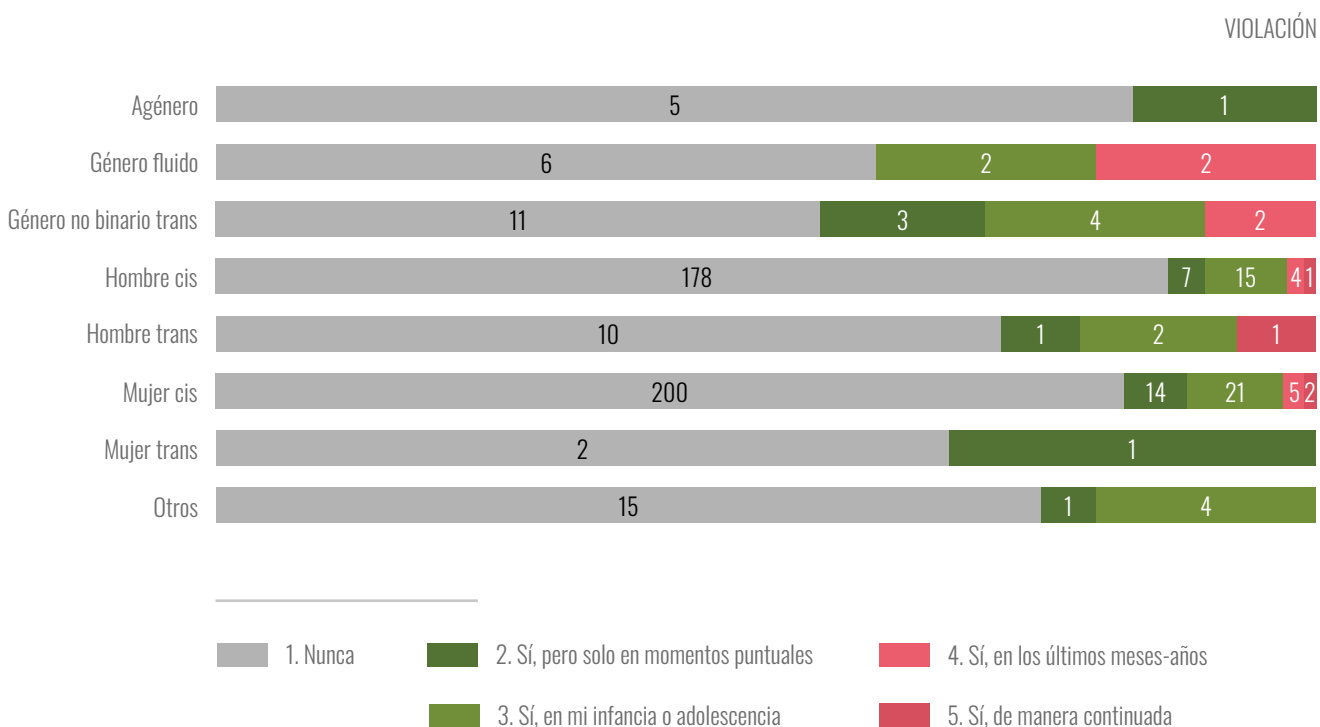
Gráfico 25

Situaciones de violencia en la pareja desglosado por identidad



Respecto a las situaciones de violencia en la pareja es una problemática señalada por algunas personas que conforman la muestra, siendo significativamente mayor las respuestas que especifican no haber sufrido “nunca” este escenario. No obstante, entre las identidades que sí destacan este hecho, sobre todo, en “momentos puntuales” son las personas género fluido y las mujeres cis. Haber tenido violencia en la pareja durante la “infancia/adolescencia” es reportado por los hombres trans, pero, también, “en los últimos meses/años”, es un hecho que fue señalado por las mujeres trans. Por último, son algunas de las personas género no binario trans que conforman la muestra quienes afirman una mayor situación de violencia en la pareja “de manera continuada”.

Gráfico 26
Episodios de violación desglosado por identidad

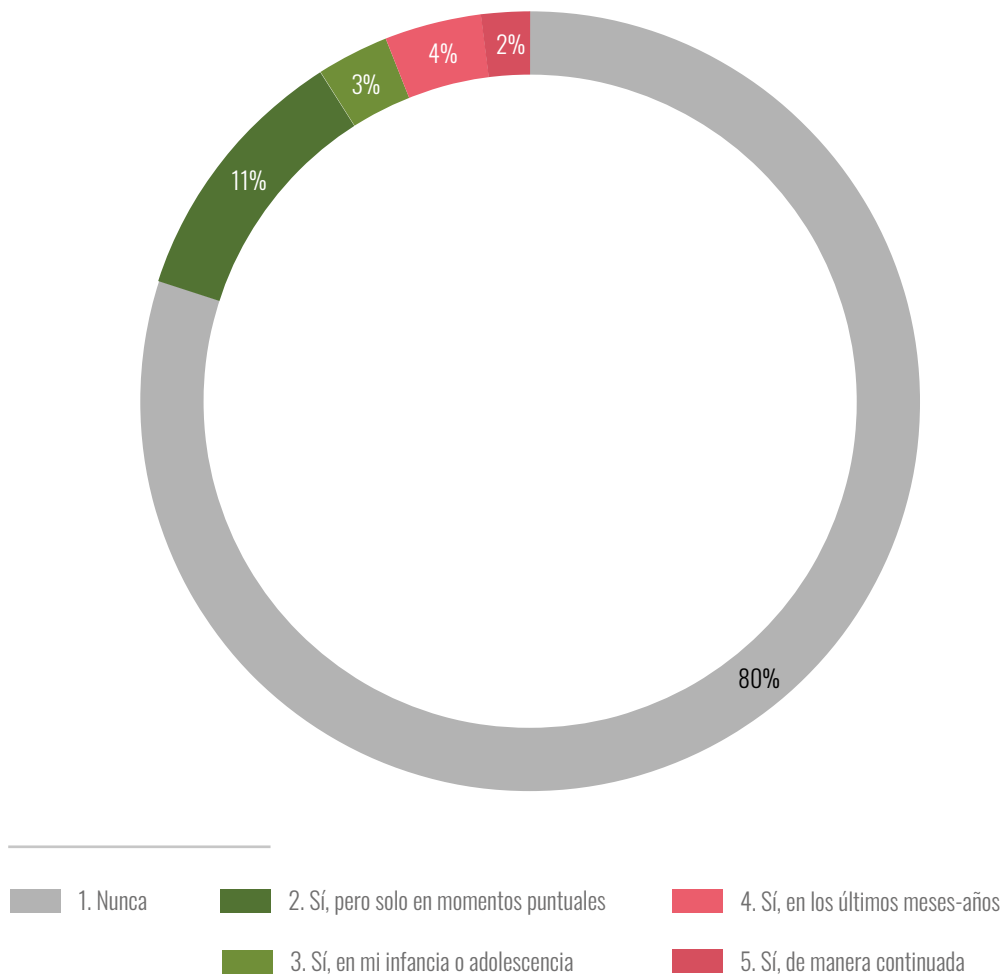


Los episodios de violación, si bien son reconocidos por una minoría de la muestra, tienen una mayor presencia en las respuestas dadas por las mujeres y hombres cis, personas género no binario trans y en otras identidades, donde lo más frecuente es que se haya dado durante la “infancia y/o adolescencia”. En menor medida, estos episodios también fueron señalados en “momentos puntuales” entre las mujeres y hombres cis, mujeres y hombres trans, personas género no binario trans, otras identidades y personas agénero.

Gráfico 27

Situaciones de discriminación acceso laboral por motivo orientación/identidad

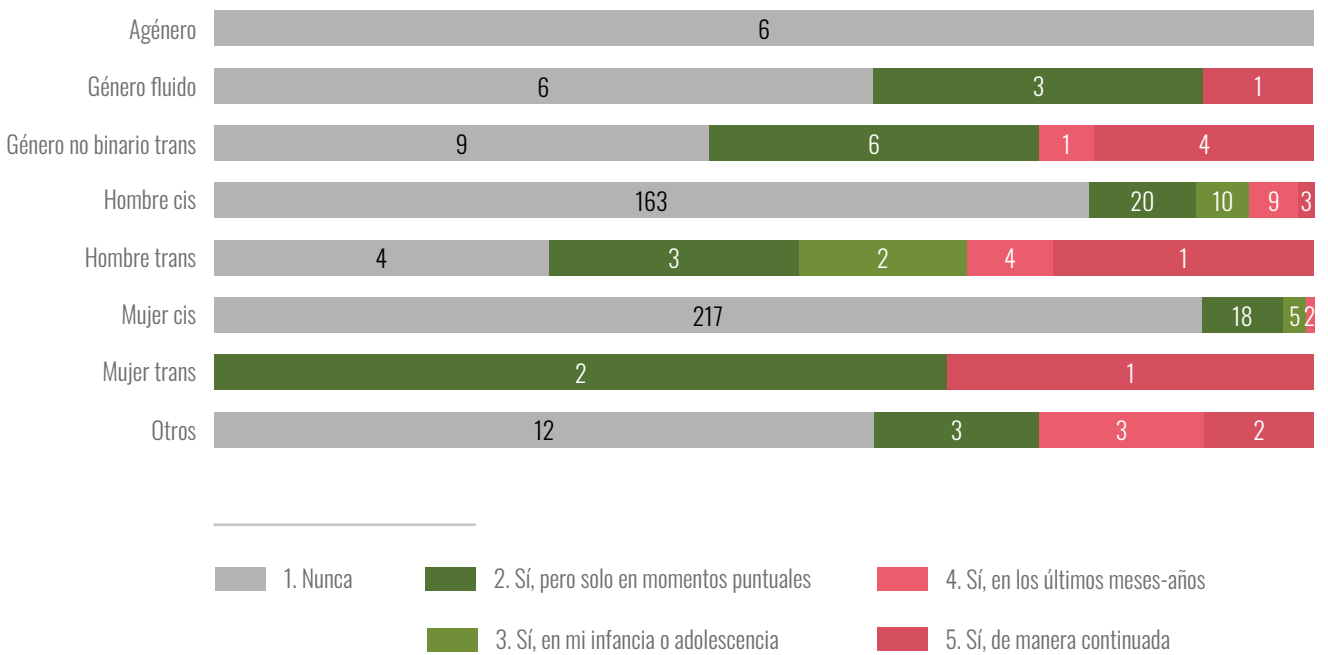
SITUACIONES DE DISCRIMINACIÓN LABORAL



Un 80% reconoce no haber sufrido discriminación en el acceso laboral por motivo de orientación/ identidad, mientras que un 11% lo reconoce en momentos puntuales.

Gráfico 28

Situaciones de discriminación en el acceso laboral por motivo orientación/identidad desglosada por identidad

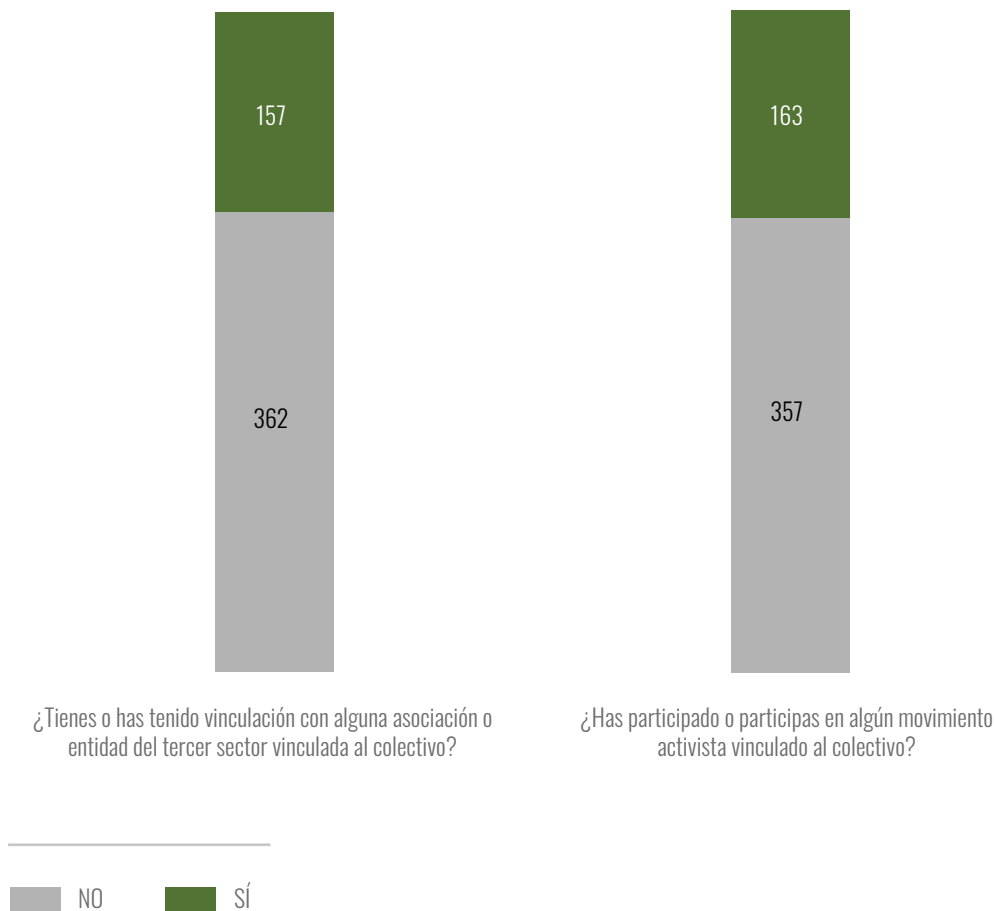


Aunque la mayoría de las personas encuestas aseguran no haber sufrido discriminación en el acceso al ámbito laboral, las que sí han reportado esta problemática se concentran las respuestas, en “momentos puntuales”, principalmente entre las mujeres trans, género no binario trans, género fluido, hombres trans, otras identidades y, en menor medida, entre las mujeres y hombres cis. En cambio, que se haya producido en los “últimos meses/años” ha sido principalmente destacado entre los hombres trans y otras identidades y, de “manera continuada”, por las personas de género no binario trans.

D) COLECTIVO COMO NÚCLEO DE APOYO.

Gráfico 29

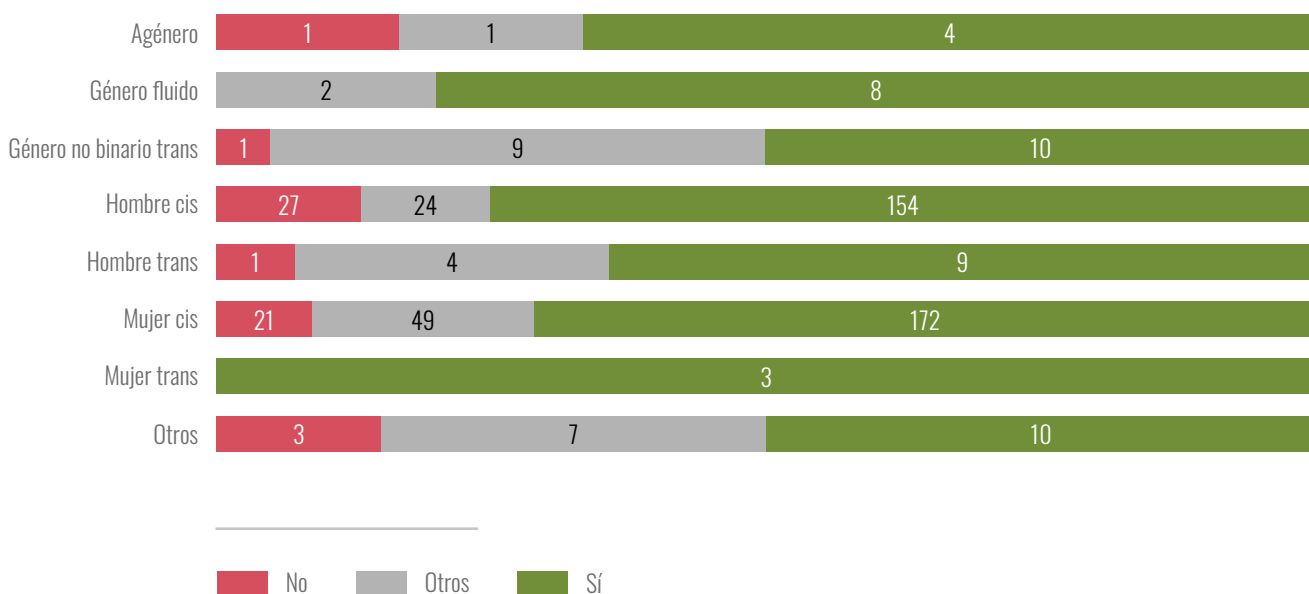
Vinculación con el tercer sector e identidad del colectivo



Solamente, el 30% (157 respuestas), reportan estar vinculados a entidades del tercer sector y/o asociativas o lo han estado en algún momento de su vida. Sin embargo, son muchas también (357 respuestas) las que han participado en movimientos activistas o algún tipo de iniciativa social relacionada.

Gráfico 30

Identificación con el colectivo LGTBIQ+ desglosado por identidad

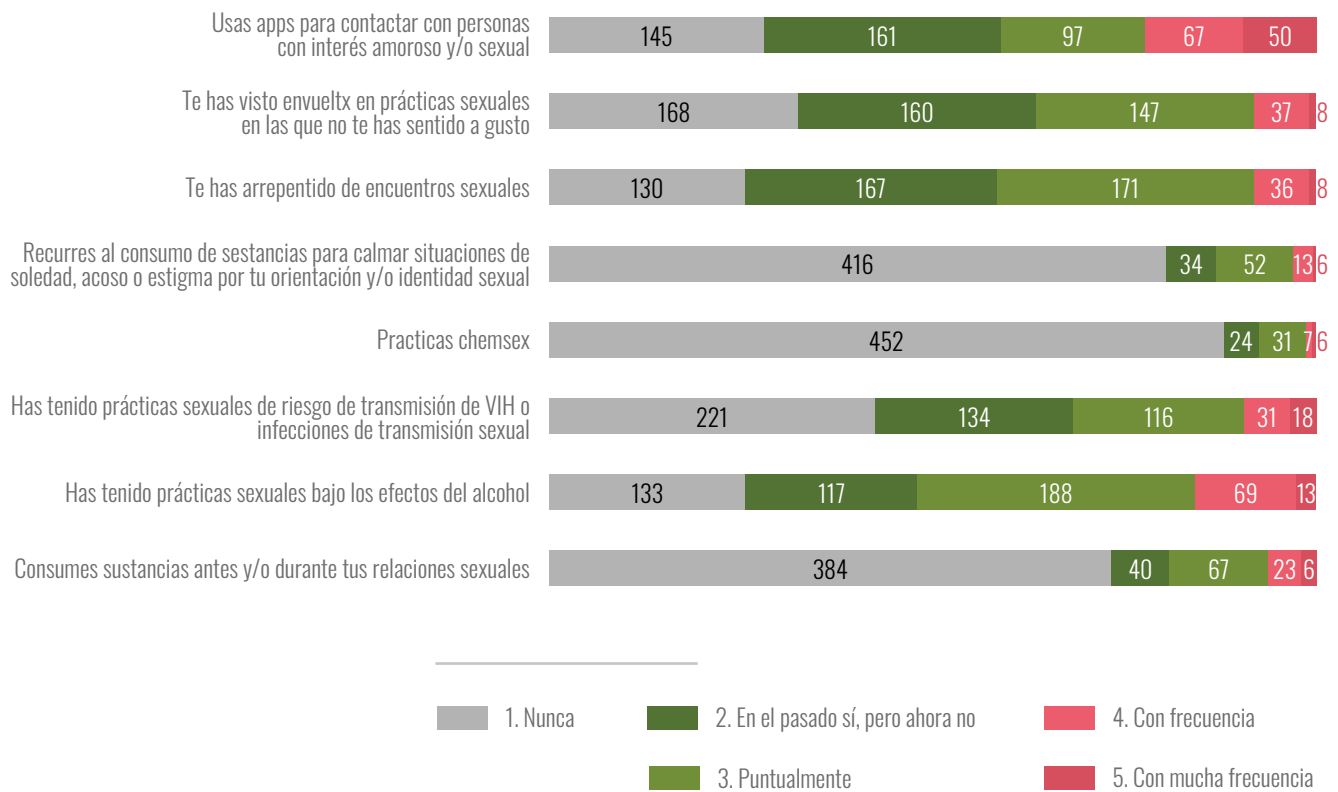


Respecto a la pregunta de identificación con el colectivo LGTBIQ+, el 71,15% de las personas encuestadas sí se identifican, principalmente, las mujeres y hombres cis, género fluido y las mujeres trans. y, esto se da en menor medida, en hombres trans y otras identidades. Cabe mencionar que el 18,46% de la muestra señaló otras opciones bien por no tener una opinión al respecto o por otros motivos no especificados.

E) PRÁCTICAS Y CONSUMOS.

Gráfico 31

Consumo y encuentros sexuales



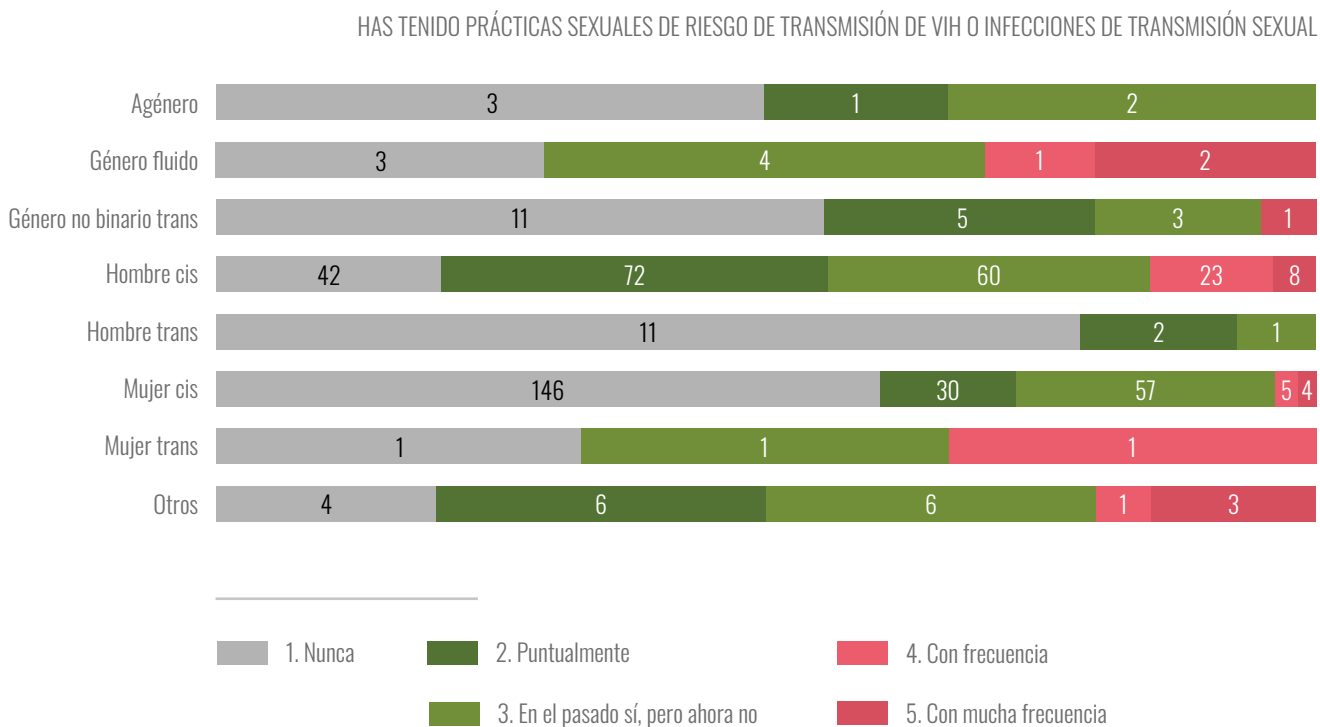
El uso de aplicaciones digitales de ligue y/o de contactos es bastante cotidiano entre las personas de la muestra, siendo referido por el 41% (214 respuestas). Cabe señalar que un 67,6% (352 respuestas) de las personas participantes en el estudio señalan haberse visto involucradas en prácticas sexuales poco satisfactorias y/o incómodas en algún momento de la vida. Un 72,5% aseguraron arrepentirse de haber mantenido algún encuentro sexual, principalmente en el pasado (167 respuestas) o en momentos puntuales (171 respuestas).

Un 57,5% (299 respuestas) señalaron haber mantenido las prácticas sexuales de riesgo de transmisión de VIH y otras ITS, siendo la opción más señalada en el pasado (134 respuestas) y puntualmente (116 respuestas).

Respecto al uso de sustancias para mantener relaciones sexuales, un 74% (387 respuestas) aseguraron mantenerlas con consumos de alcohol y un 26% (136 respuestas) con otro tipo de sustancias. Un 13% de la muestra (68 respuestas) afirmó la práctica de chemsex.

Aunque no es mayoritario entre las personas encuestadas, una llamada de atención sobre los datos es el hecho de que un 20% (104 respuestas) ha consumido en algún momento sustancias para calmar situaciones de soledad, acoso o estigma por motivos relacionados con su orientación y/o su identidad.

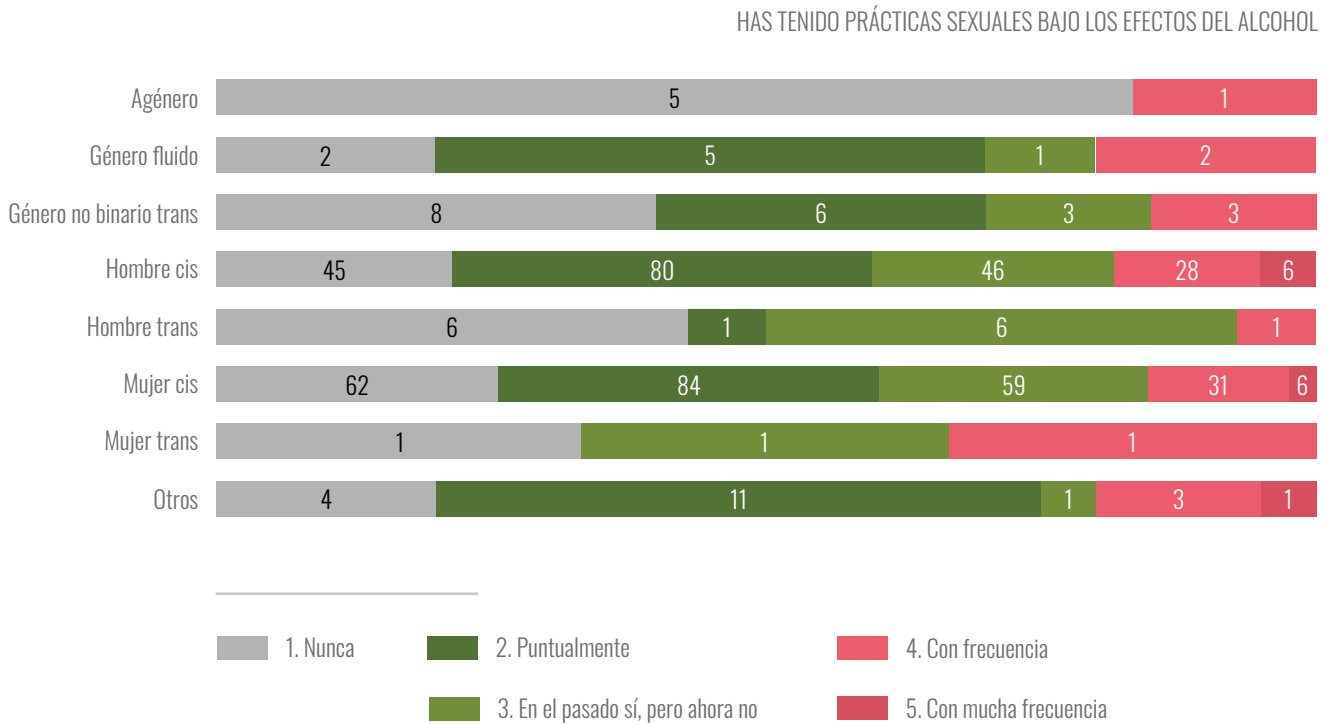
Gráfico 32
Prácticas sexuales de riesgo desglosado por identidad



En lo que refiere a las prácticas sexuales de riesgo de transmisión de VIH y otras ITS, una parte de las personas encuestadas aseguraron haberlas mantenido en el “pasado”, como sucede, principalmente, entre las personas género fluido, mujeres cis y otras identidades y “puntualmente” es la opción más señalada entre los hombres cis y género no binario trans. Por último, la opción “nunca” fue mayoritariamente señalada entre las mujeres cis, personas no binarias trans y agénero y hombres trans.

Gráfico 33

Prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol desglosado por identidad



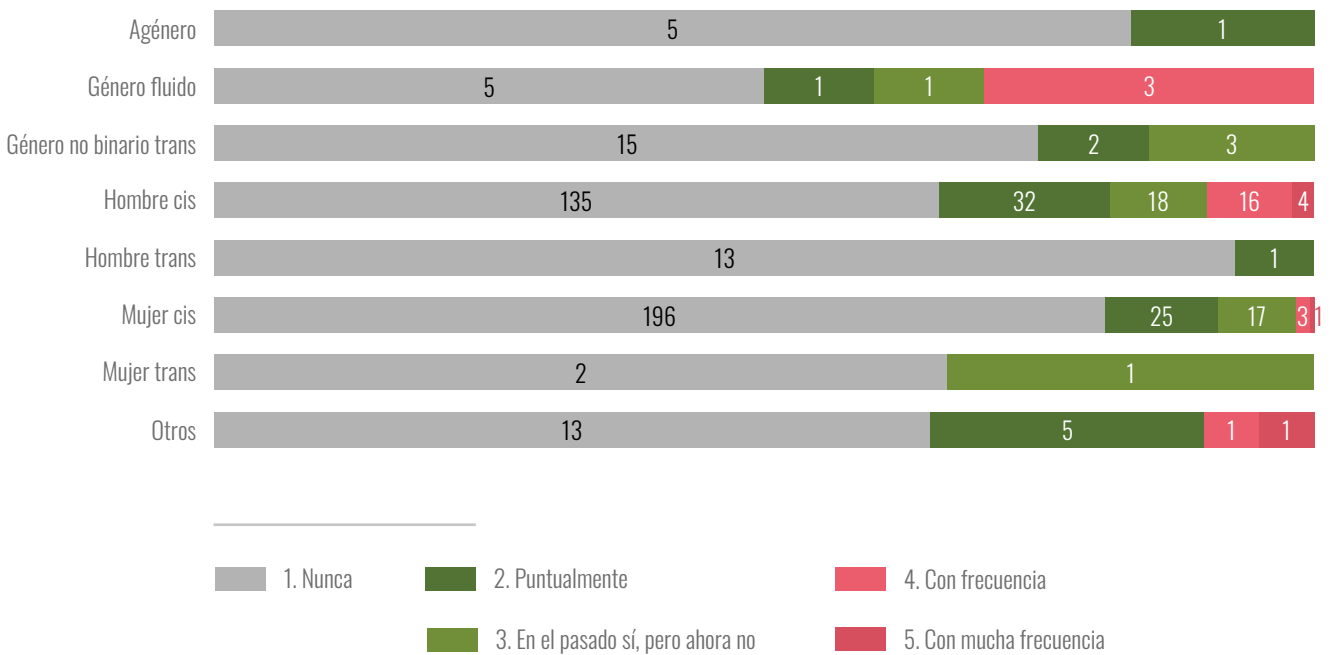
Es importante señalar que el uso de alcohol para mantener relaciones sexuales es bastante extendido entre las personas participantes en el estudio, sobre todo, se reporta una mayor incidencia de respuestas en la frecuencia “puntualmente” como sucede entre las mujeres cis, hombres cis, género no binario trans, género fluido y otras identidades. En menor medida, la opción “en el pasado” fue destacada por los hombres trans.

La opción “nunca” fue mayoritariamente señalada por las personas agénero.

Gráfico 34

Consumo de sustancias antes/durante relaciones sexuales desglosado por identidad

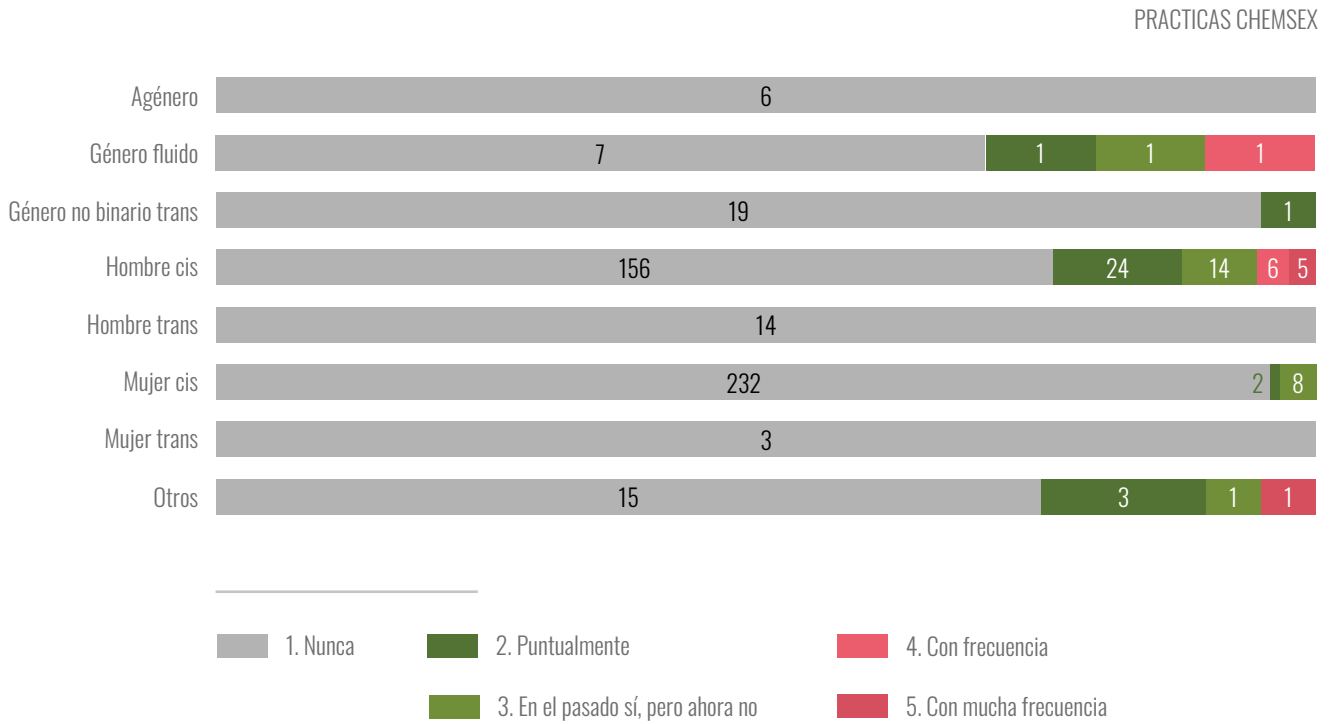
CONSUMES SUSTANCIAS ANTES Y/O DURANTE TUS RELACIONES SEXUALES



Si bien el uso de sustancias antes/durante las relaciones sexuales supone una práctica minoritaria entre las personas que conforman la muestra, es destacable mencionar las respuestas que se concentran en “momentos puntuales” tanto de los hombres cis con 32 respuestas como de las mujeres cis (25 respuestas), y en mucha menor medida, en otras identidades (5 respuestas).

Gráfico 35

Prácticas de chemsex desglosado por identidad

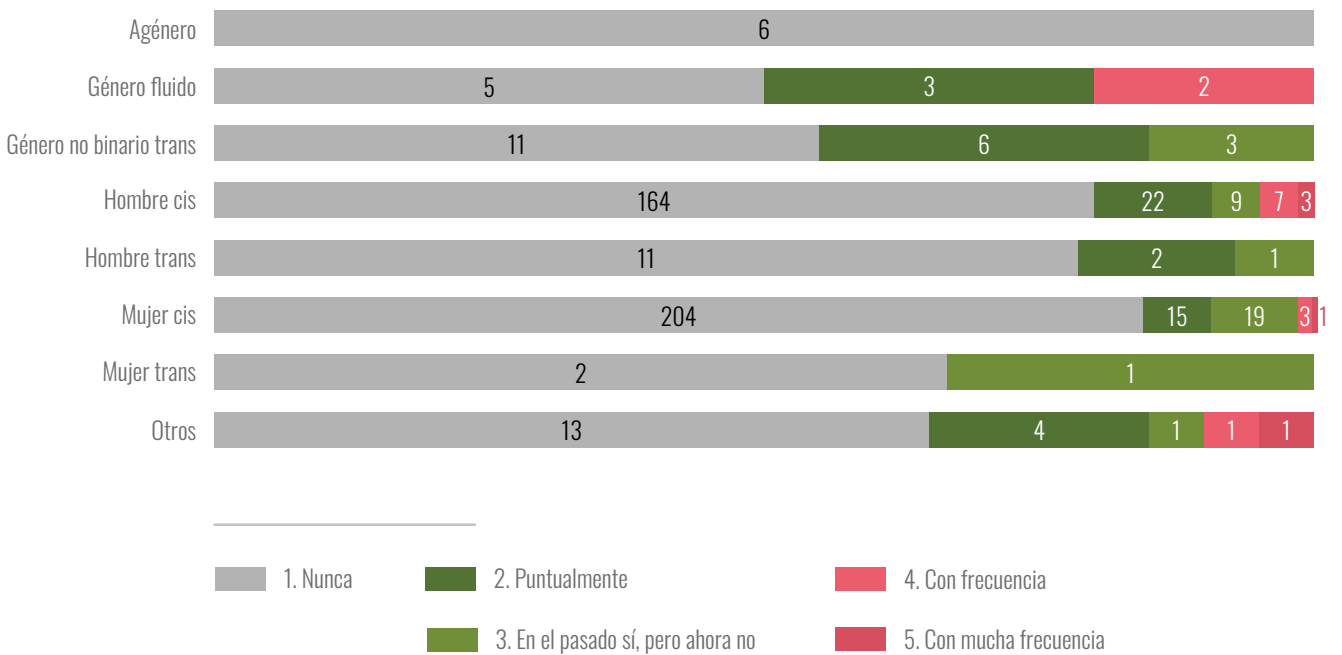


La práctica del chemsex se contempla como una práctica minoritaria entre la mayoría de las personas que conforman la muestra. No obstante, aquellas personas que sí han reportado su práctica, sobre todo, en “momentos puntuales” son los hombres cis y, en menor medida, otras identidades.

Gráfico 36

Consumo de sustancias para calmar situaciones de soledad, acoso o estigma desglosado por identidad

RECURRES AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PARA CALMAR SITUACIONES DE SOLEDAD, ACOSO O ESTIGMA POR TU ORIENTACIÓN Y/O IDENTIDAD SEXUAL

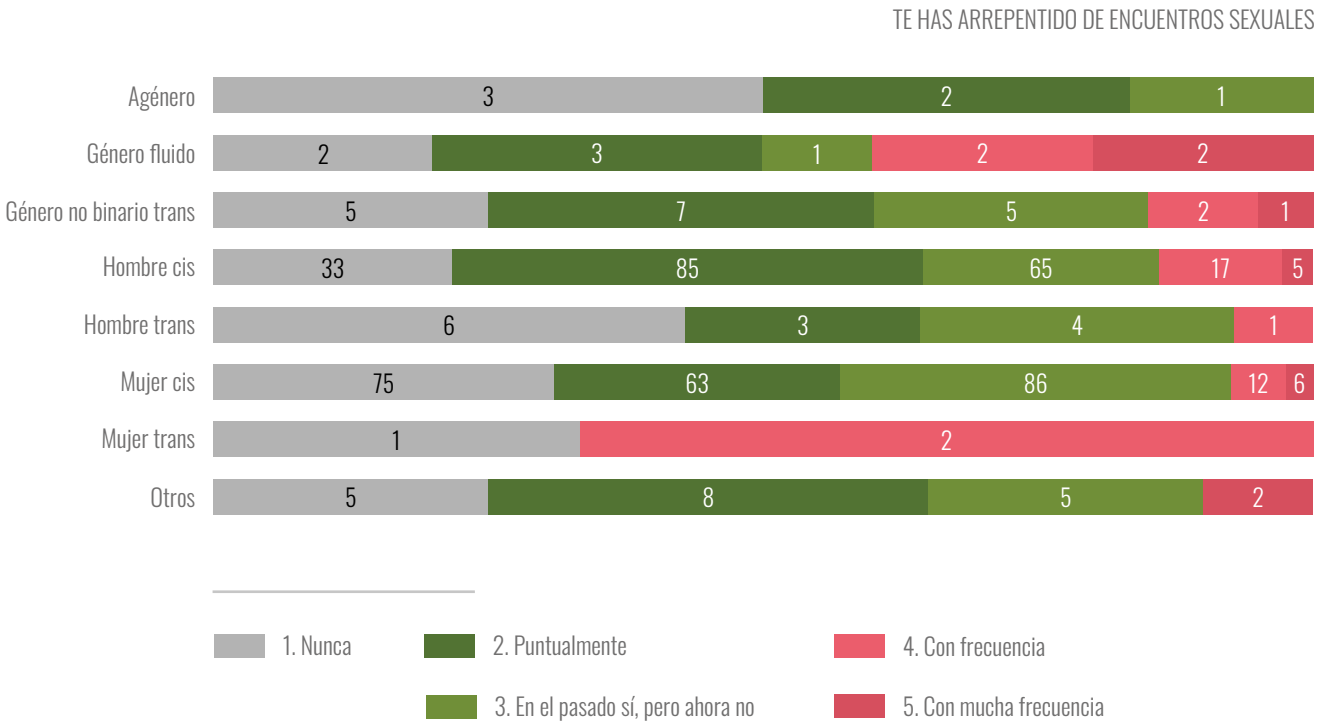


Dentro del 20% de las personas participantes que señalaron consumir sustancias para calmar situaciones de soledad, acoso o estigma por motivos de orientación y/o identidad, la frecuencia más señalada fue “puntualmente” entre las mujeres y hombres cis y, en menor medida, las personas género no binario trans, otras identidades, género fluido y hombres trans.

La frecuencia “nunca” fue señalada, mayoritariamente, por las personas agénero.

Gráfico 37

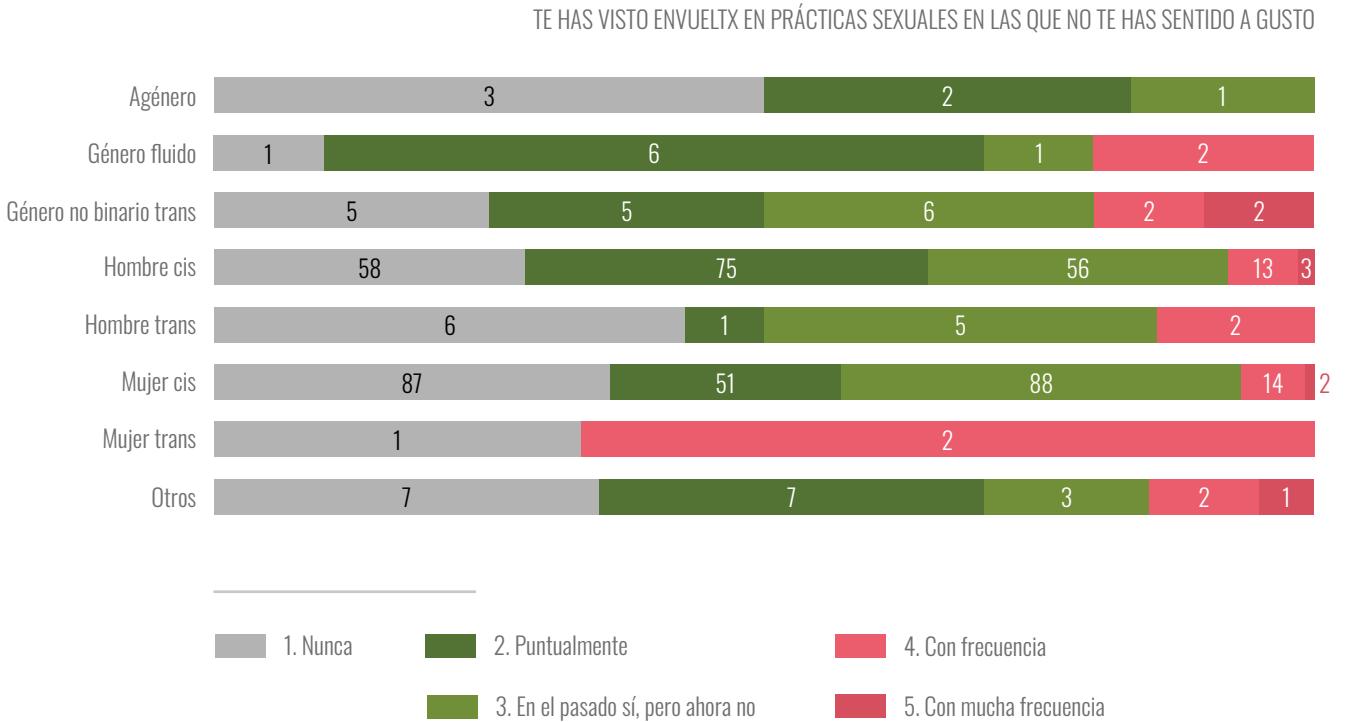
Arrepentimiento de encuentros sexuales desglosado por identidad



Una amplia mayoría de la muestra de este estudio muestra arrepentimiento de haber mantenido algunos encuentros sexuales. La frecuencia más señalada “en el pasado” fue reportada por las mujeres y hombres cis, personas género no binario trans y hombres trans. Respecto a la frecuencia “puntualmente”, también registró un amplio número de respuestas entre las personas género no binario trans, otras identidades, mujeres y hombres cis y género fluido. Si bien “con frecuencia” no fue la opción más destacada, sí lo fue para las mujeres trans.

Gráfico 38

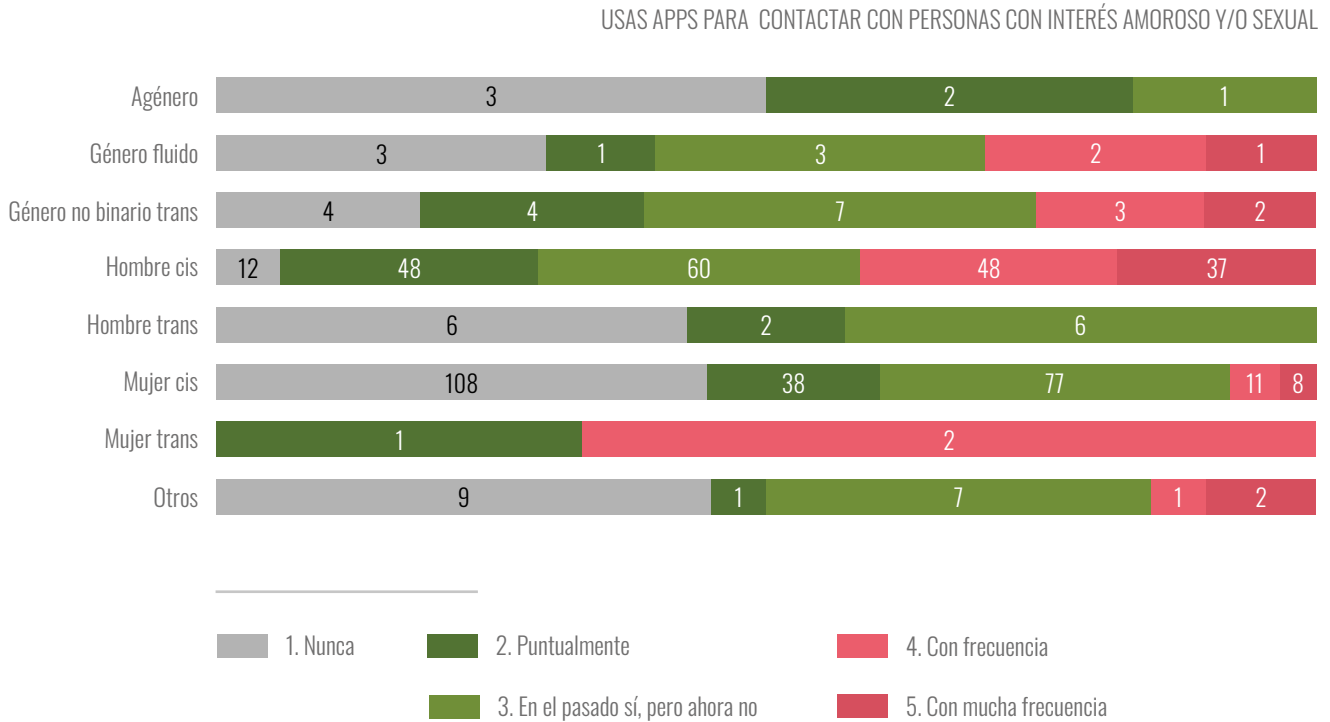
Encuentros sexuales con prácticas no satisfactorias desglosado por identidad



La mayoría de las respuestas relacionadas con prácticas sexuales no satisfactorias se concentran “puntualmente” en gran parte de la mayoría de la muestra, principalmente señalaron esta frecuencia los hombres cis, género fluido y otras identidades. Se pueden observar excepciones como es el caso de las mujeres, género no binario trans y hombres cuyas respuestas se concentraron, principalmente, en la frecuencia “en el pasado”. Si bien la opción “frecuentemente” fue la opción más señalada para las mujeres trans.

Gráfico 39

Uso de aplicaciones de contacto desglosado por identidad

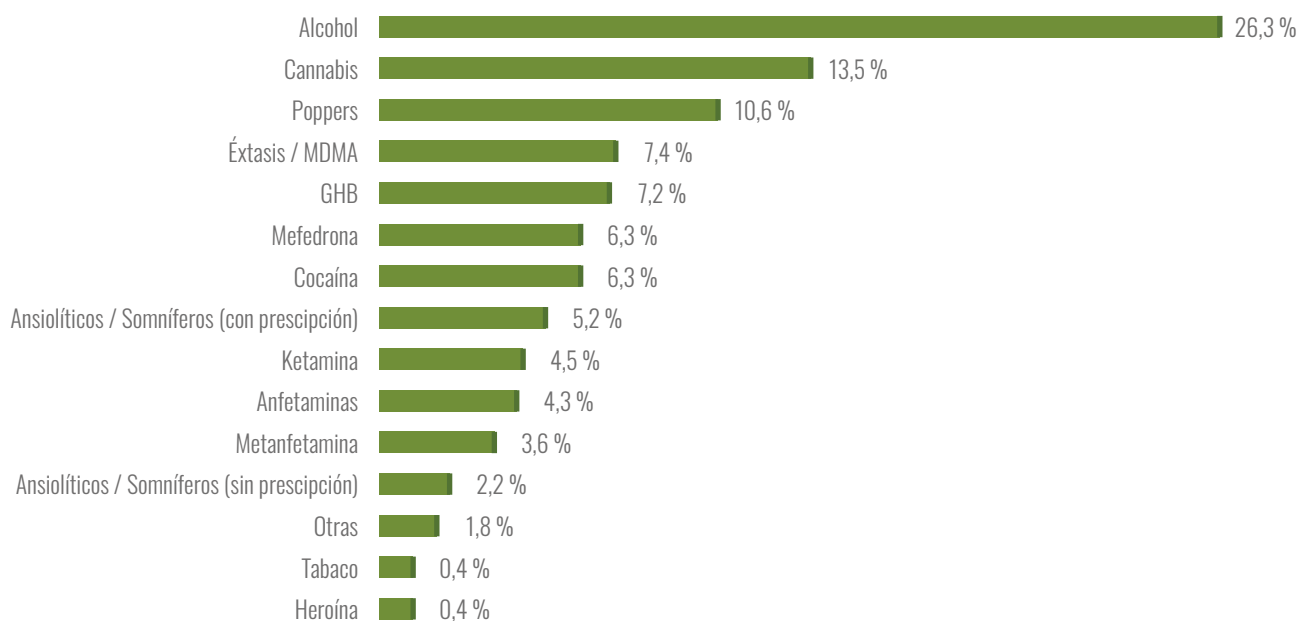


Respecto al uso de aplicaciones digitales de ligue o de contacto, la mayoría de las personas encuestadas aseguraron utilizarlas “en el pasado” como se puede observar en el caso de las mujeres y hombres cis, en otras identidades y personas género no binario trans y hombres trans. Se observa un porcentaje menos en la frecuencia “puntualmente” habiendo sido señalada, principalmente, por mujeres y hombres cis y, en menor medida, personas género no binario trans y agénero.

El uso de manera “frecuente” de las aplicaciones fue reportado entre los hombres cis y las mujeres trans.

Gráfico 40

Sustancias más consumidas de forma frecuentemente o muy frecuentemente en los ítems chemsex y consumo de sustancias antes/durante tus relaciones sexuales (N.445)



Para conocer las sustancias más consumidas por las personas participantes en el cuestionario se recogieron aquellas respuestas que señalaron las frecuencias “frecuentemente” o “muy frecuentemente” tanto en el contexto de chemsex, como en consumo de sustancias antes/durante tus relaciones sexuales. De este modo, las sustancias más utilizadas son: el alcohol (26,3%), el cannabis (13,5%) y el Popper (10,6%). El éxtasis/MDMA fue mencionada por el 7,4% y el GHB por el 7,2%. La mefedrona y cocaína un 6,3% y los ansiolíticos con prescripción un 5,2%. El uso de ketamina, anfetaminas y metanfetamina está reconocido por el 4,4% el 4,3% y el 3,6% de la muestra, respectivamente.

Tabla 4

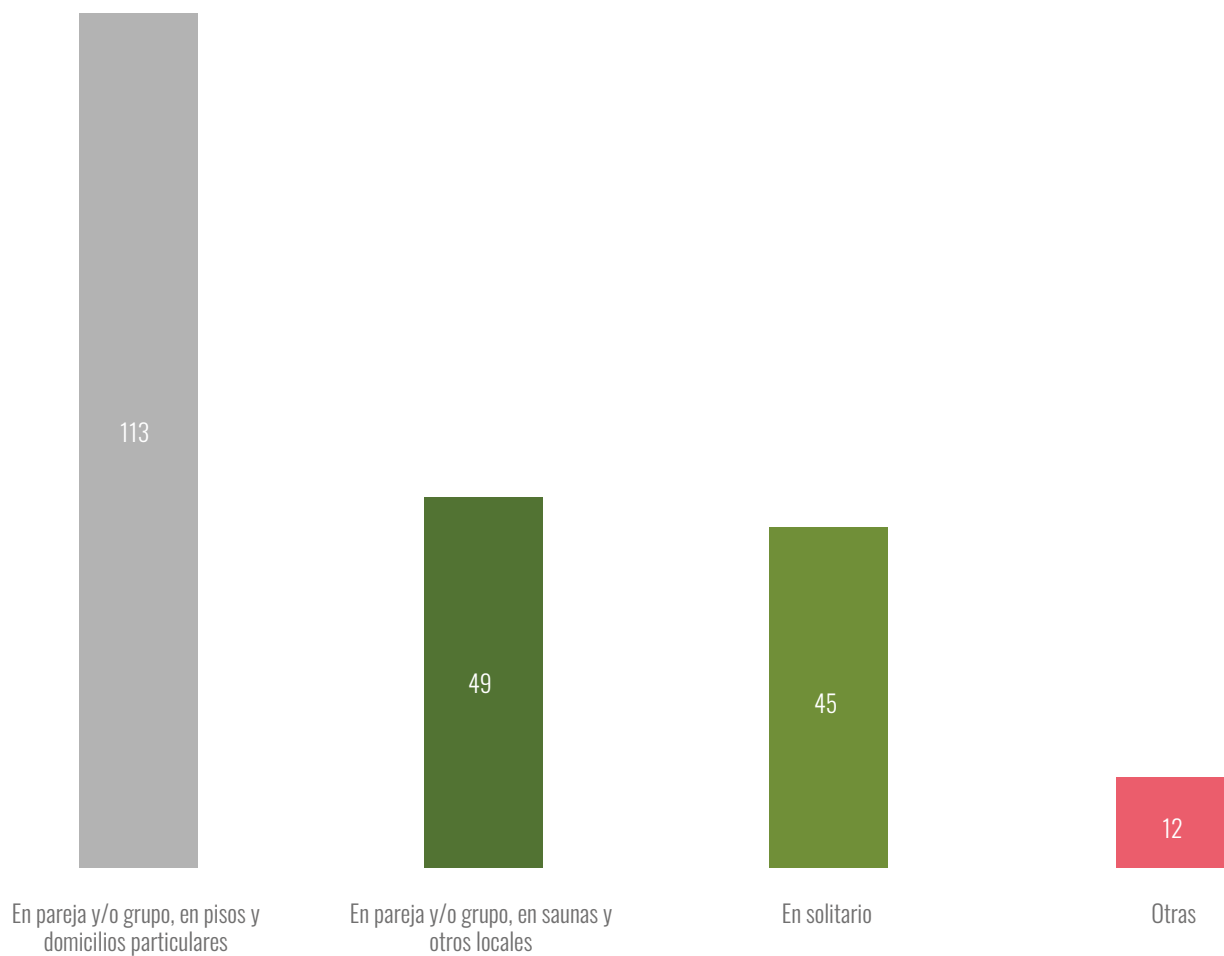
Sustancias más consumidas frecuente o muy frecuentemente en los ítems chemsex y consumo de sustancias antes/durante tus relaciones sexuales desglosado por identidad

	Alcohol	Cannabis	Poppers	Éxtasis / MDMA	GHB	Mefedrona	Cocaína	Ansiofítico / Somnífero (con prescripción)	Ansiofítico / Somnífero (sin prescripción)	Ketamina	Anfetaminas	Metfetaminas	Heroína	Otros
HOMBRE CIS	46	21	32	16	25	23	15	8	7	14	12	12	1	1
MUJER CIS	51	24	5	12	1	0	9	9	2	1	3	0	0	0
OTROS	10	6	4	2	2	2	2	3	0	2	1	1	0	0
GÉNERO FLUIDO	4	3	3	2	2	2	1	2	0	1	1	2	0	0
HOMBRE TRANS	3	3	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
GÉNERO NO BINARIO TRANS	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AGÉNERO	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
TOTAL	117	60	47	33	32	28	28	23	10	20	19	16	2	1

Por identidad, los hombres cis han señalado un mayor uso de sustancias en contextos sexualizados, siendo el alcohol la sustancia más utilizada (46 respuestas), seguido del Popper (32 respuestas), GHB (25 respuestas), mefedrona (23 respuestas) y cannabis (21 respuestas). La cocaína también es una de las sustancias utilizadas (15 respuestas), seguida de la ketamina (14 respuestas) y la metanfetamina y los ansiolíticos con prescripción con 12 respuestas.

En el caso de las mujeres cis, el alcohol es la sustancia más señalada (51 respuestas), seguido del cannabis (24 respuestas) y el éxtasis/MDMA (12 respuestas). Menos utilizada se encuentra la cocaína, los ansiolíticos con 9 respuestas.

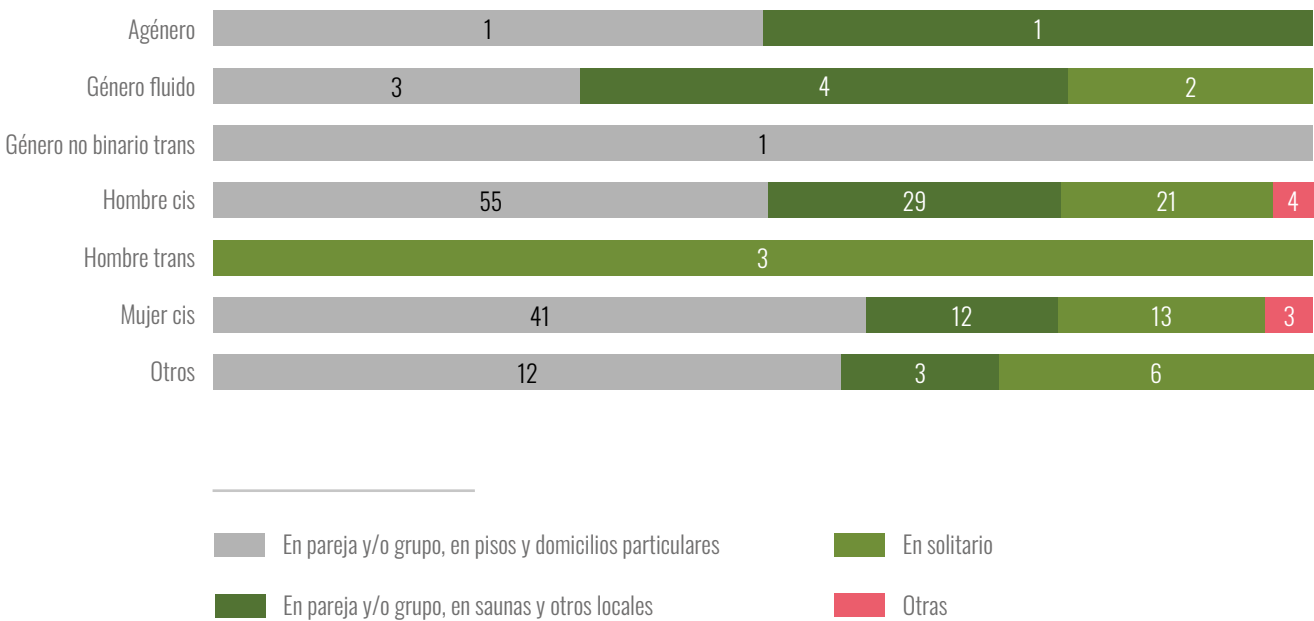
Gráfico 41
Contextos de consumo



La mayoría de los consumos se realizan en pareja y/o en grupo en pisos y domicilios (113 respuestas), mientras que el consumo en saunas y otros locales desciende a 49 respuestas. De manera muy similar aparece el consumo en solitario con 45 respuestas. Solo 12 respuestas señalan mantener consumos sexualizados en otros espacios.

Gráfico 42

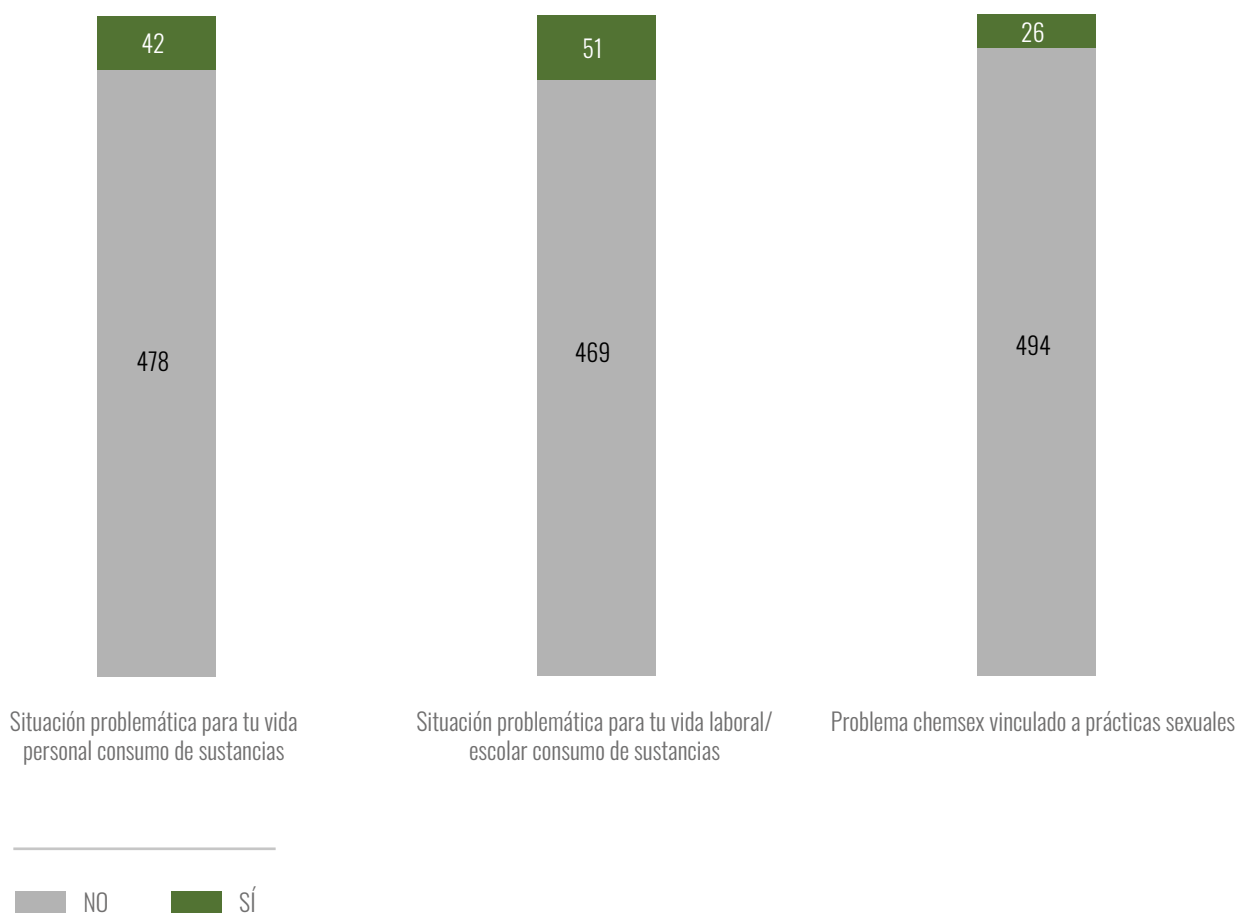
Contextos de consumo desglosado por identidad



De las personas de la muestra que reportaron el consumo de sustancias en diferentes contextos sexualizados, lo más habitual es que se realice “en pareja y/o grupo, en pisos y domicilios particulares” como sucede entre hombres y mujeres cis, otras identidades y personas género no binario trans.

El consumo sexualizado “pareja y/o grupo, en saunas y otros locales” fue más señalada por mujeres y hombres cis y personas género no fluido y “en solitario” concentra más respuestas de mujeres y hombres cis, otras identidades y hombres trans.

Gráfico 43
Situación problemática del consumo de sustancias

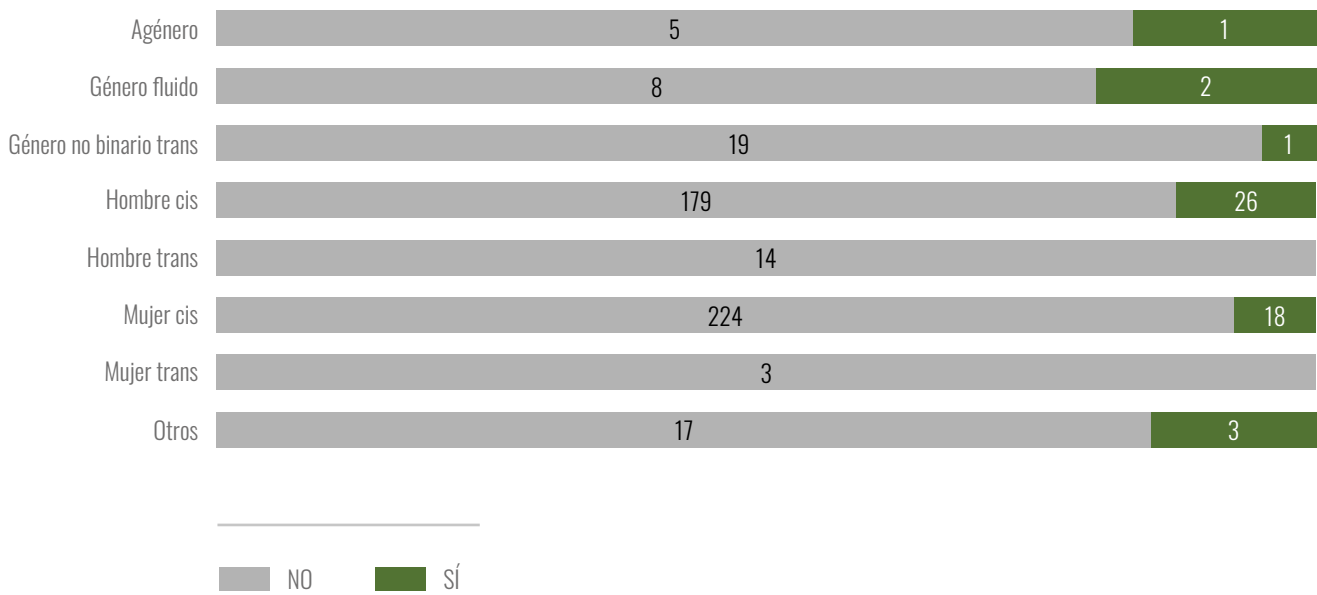


El 8% (42 respuestas) reportó una situación problemática para la vida personal debido al consumo de sustancias, siendo este porcentaje algo superior (9,8%) si hablamos de situaciones problemáticas relacionadas con la vida laboral/escolar (51 respuestas). Solamente un 5%, lo que se traduce en 26 respuestas, reporta problemas de consumo vinculado a chemsex o a prácticas sexuales.

Gráfico 44

Situación problemática del consumo de sustancias al ámbito profesional desglosada por identidad

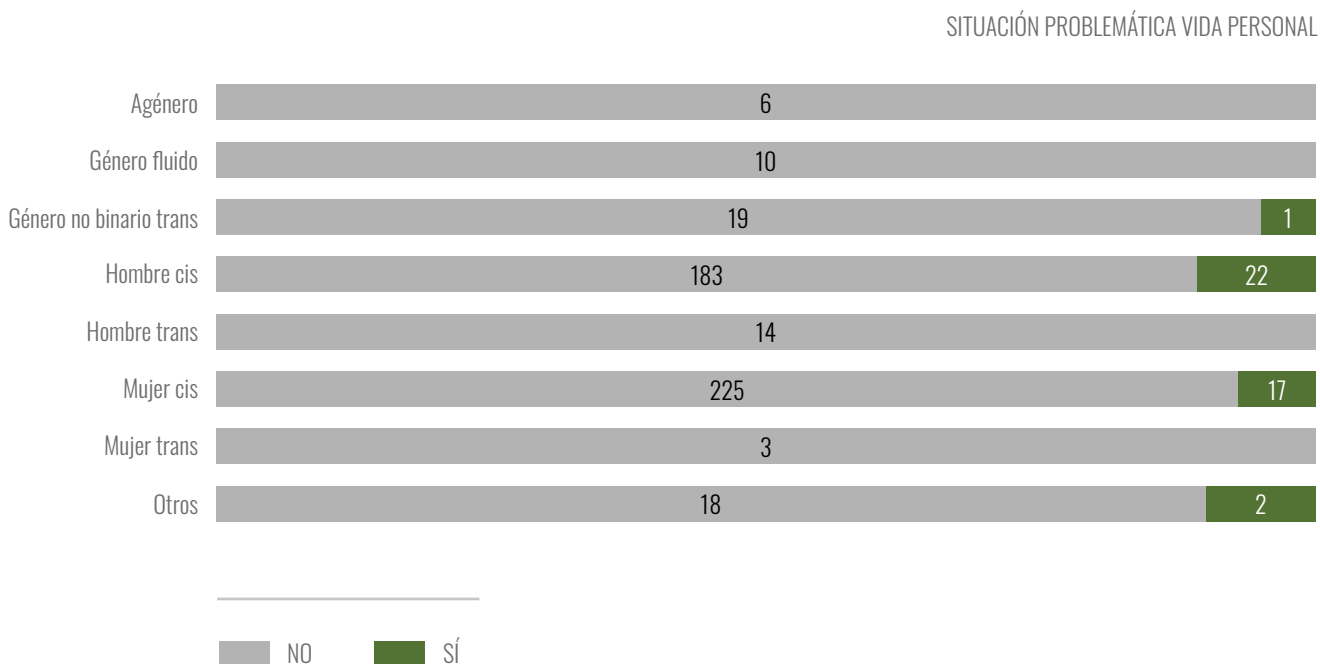
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA VIDA PROFESIONAL



Aunque en líneas generales, los problemas relacionados con el consumo de sustancias para su vida profesional fueron reportados por una minoría de las personas que conforman la muestra, cabe señalar algunos casos que confirmaron este hecho, principalmente, entre hombres y mujeres cis y, en menor medida, en otras identidades, género fluido, agénero y personas no binarias trans.

Gráfico 45

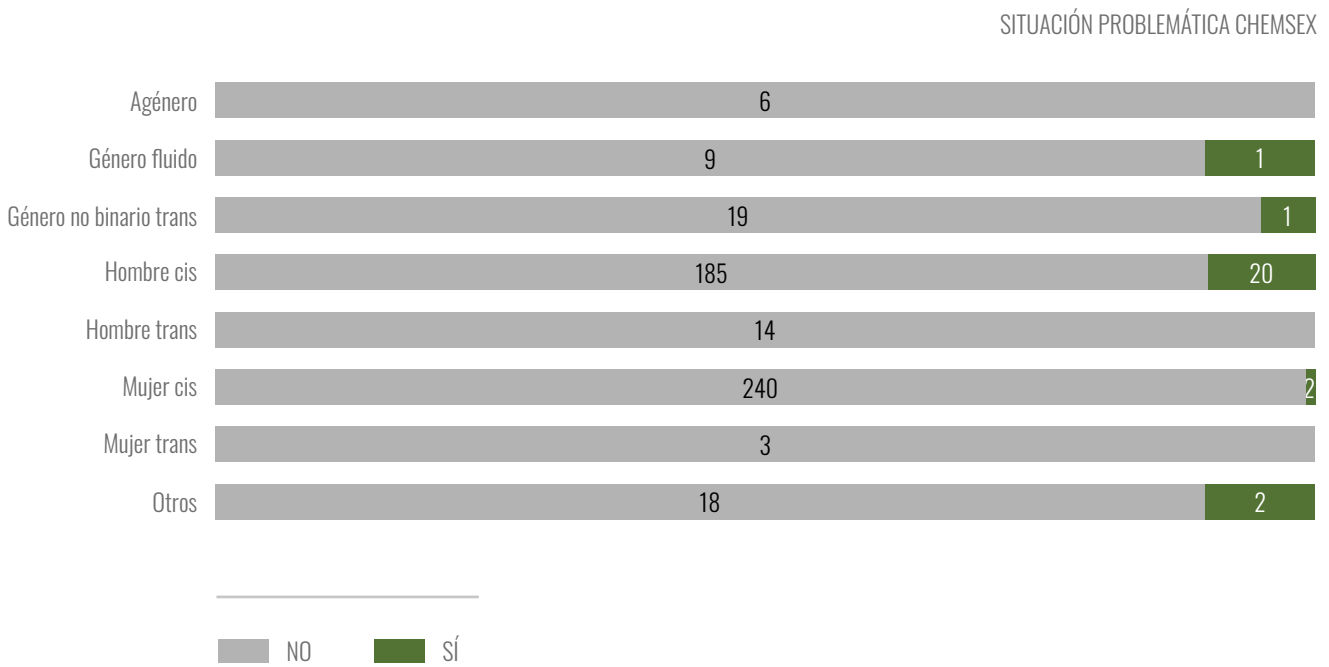
Situación problemática del consumo de sustancias vida personal desglosada por identidad



Respecto a si el consumo de sustancias les produjo algún problema con relación a su situación personal, también es minoritario entre las personas que respondieron al cuestionario. No obstante, se pueden observar algunos casos que afirmaron que el consumo de drogas les había provocado una situación problemática en su vida personal, principalmente, entre hombres y mujeres cis y, en menor medida, en personas con otras identidades y en género no binario trans.

Gráfico 46

Situación problemática vinculada al chemsex desglosada por identidad



Si analizamos los problemas por el consumo de sustancias en “contextos de chemsex”, solo un 10% de los hombres cis reportaron algún problema de consumo de sustancias vinculado a prácticas sexuales. De manera minoritaria, las personas con otras identidades, mujeres cis, género binario trans y género fluido reportaron algunos casos problemáticos con las sustancias asociadas a la vivencia de su sexualidad.

F) SALUD.

Gráfico 47

Aspectos generales relacionados con la salud



Un 54% de la muestra afirmó que había acudido a “servicios relacionados con la salud sexual” (281 respuestas), siendo un 22% los casos que sí acudieron a “servicios de salud sexual orientados específicamente al colectivo”. Un 30% (157 respuestas) fue “diagnosticado de una infección de transmisión sexual” y solo un 6,3% recibió un “diagnóstico positivo de VIH”.

Es destacable que el 28% afirmó “haber tenido dificultades para acceder a pruebas o a servicios de salud sexual”.

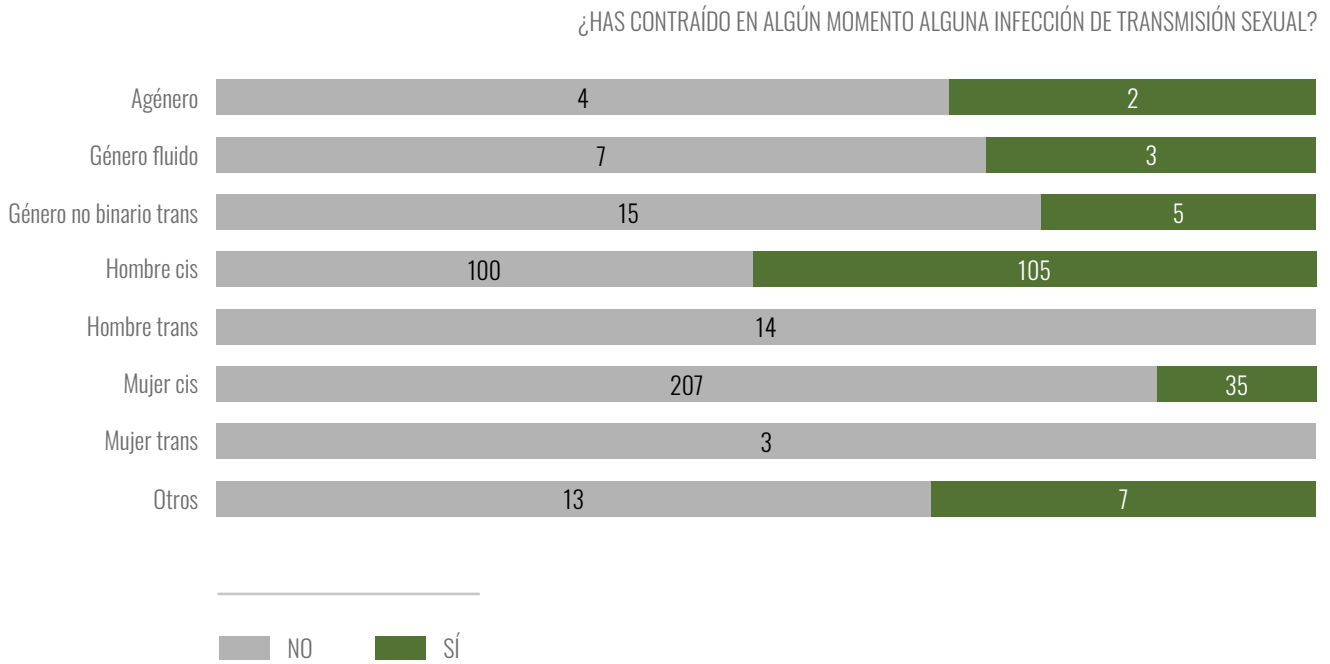
Respecto a la salud mental un 37% (193 respuestas) de la muestra confirmó haber recibido “un diagnóstico de salud mental”, mientras que un 17% (89 respuestas) “se encontraba tomando algún tratamiento relacionado con la salud mental” en el momento que respondieron al cuestionario.

Un 14% (76 respuestas) se encontraba “en tratamiento hormonal”.

Es reseñable que solo un 5,5% de las personas participantes se encontraba “en tratamiento por PrEP” en el momento de responder a la encuesta o la habían tomado en el pasado.

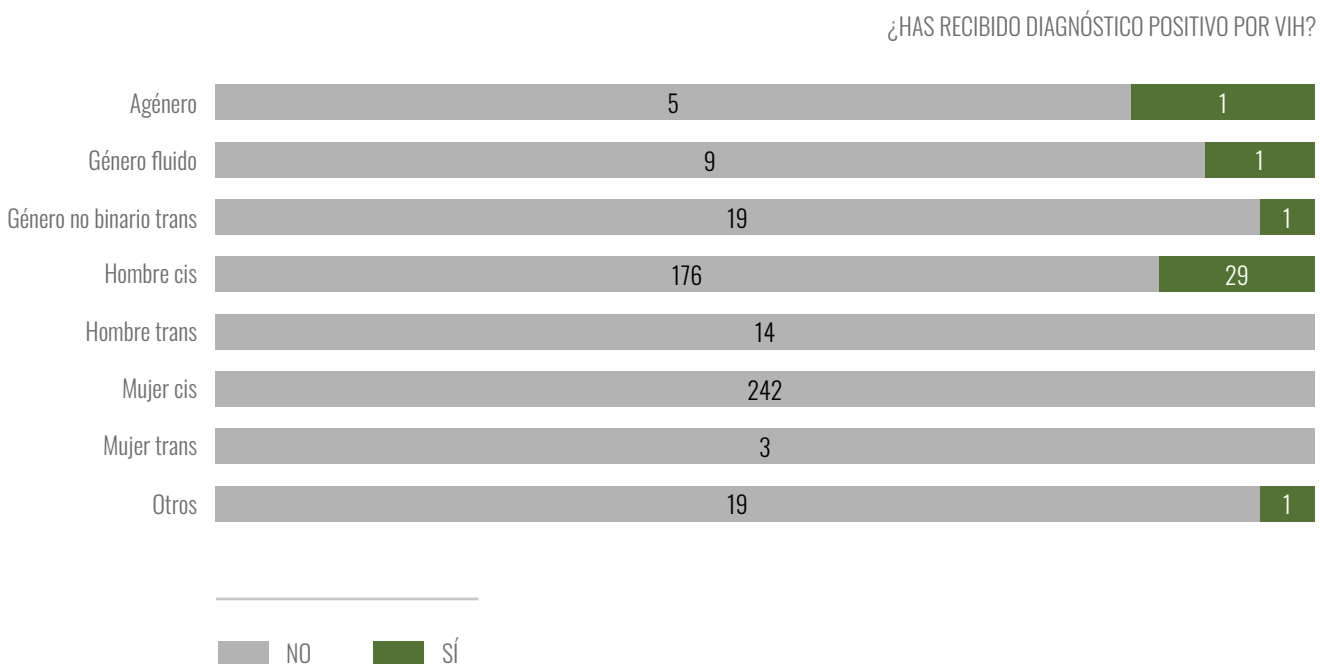
Gráfico 48

Infecciones de transmisión sexual desglosado por identidad



Aunque la mayoría de la muestra refirió no haber recibido ningún diagnóstico asociado a infecciones de transmisión sexual, aunque cabe señalar algunos casos que sí confirmaron este hecho, principalmente entre los hombres cis y, en menor medida, las mujeres cis, personas con otras identidades, personas género no binario trans, género fluido y agénero.

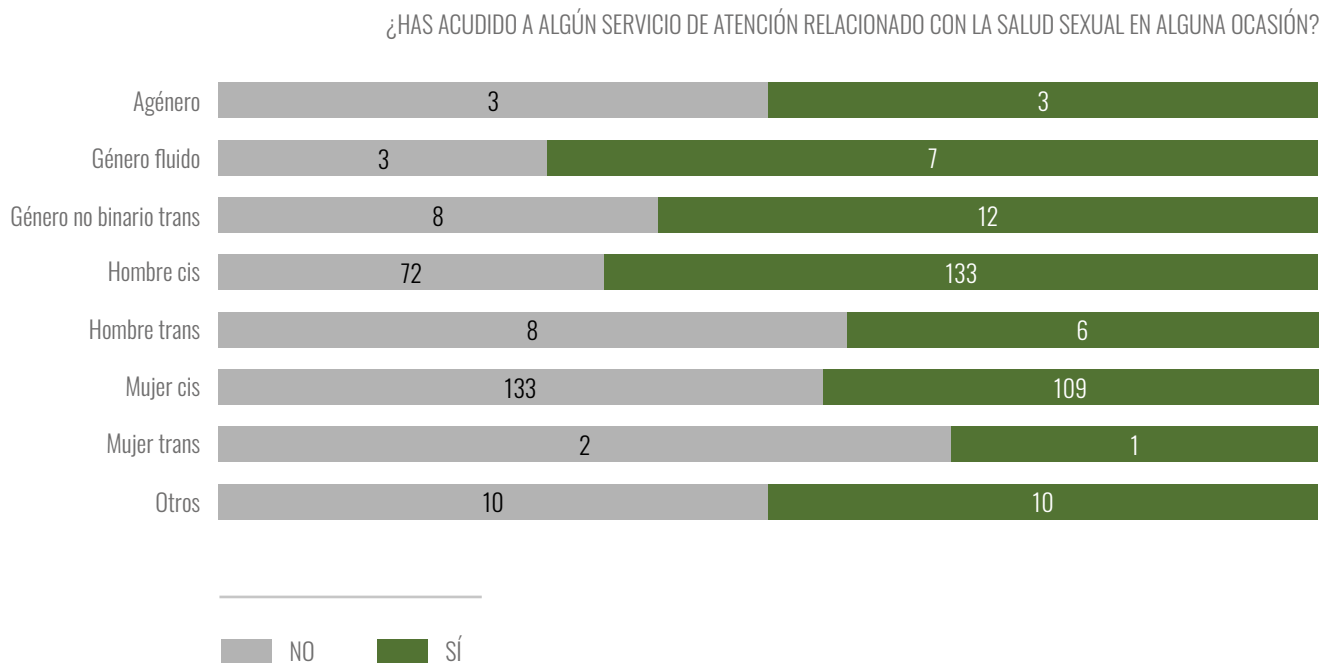
Gráfico 49
Diagnóstico de VIH desglosado por identidad



Si bien haber recibido un diagnóstico por VIH fue reconocido por una minoría de la muestra, tienen una mayor presencia en las respuestas dadas por los hombres cis y, en menor medida por personas agénero, género fluido, género no binario trans y otras identidades.

Gráfico 50

Acudir a servicios de salud sexual desglosado por identidad

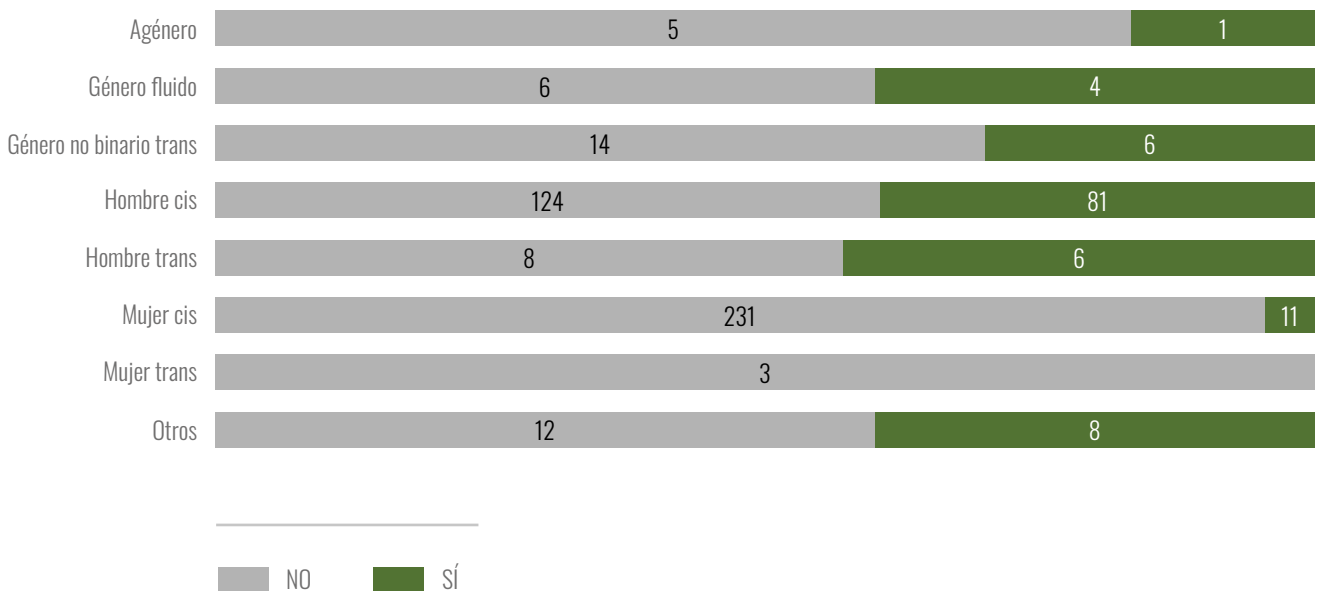


Más de la mitad de la muestra reconoce haber acudido a algún servicio de salud sexual en alguna ocasión, aunque con mayor representación de la muestra conformada por mujeres y hombres cis, género fluido y personas no binarias trans, y en menor medida, las mujeres y hombres trans.

Gráfico 51

Acudir a servicios de salud sexual específicos del colectivo LGTBIQ+ desglosado por identidad

¿HAS ACUDIDO A ALGÚN SERVICIO DE ATENCIÓN RELACIONADO CON LA SALUD SEXUAL DESTINADA ESPECÍFICAMENTE AL COLECTIVO EN ALGUNA OCASIÓN?



No obstante, las personas que han acudido a servicios de salud sexual enfocados específicamente al colectivo LGTBIQ+ representan una proporción menor como es el caso de los hombres cis, los hombres trans, otras identidades, género no binario trans, y género fluido.

Entre quienes menos acuden a este tipo de servicios se encuentran las mujeres cis, las personas agénero y género no binario trans y las mujeres trans.

Gráfico 52

Dificultad acceso servicios de salud sexual desglosado por identidad

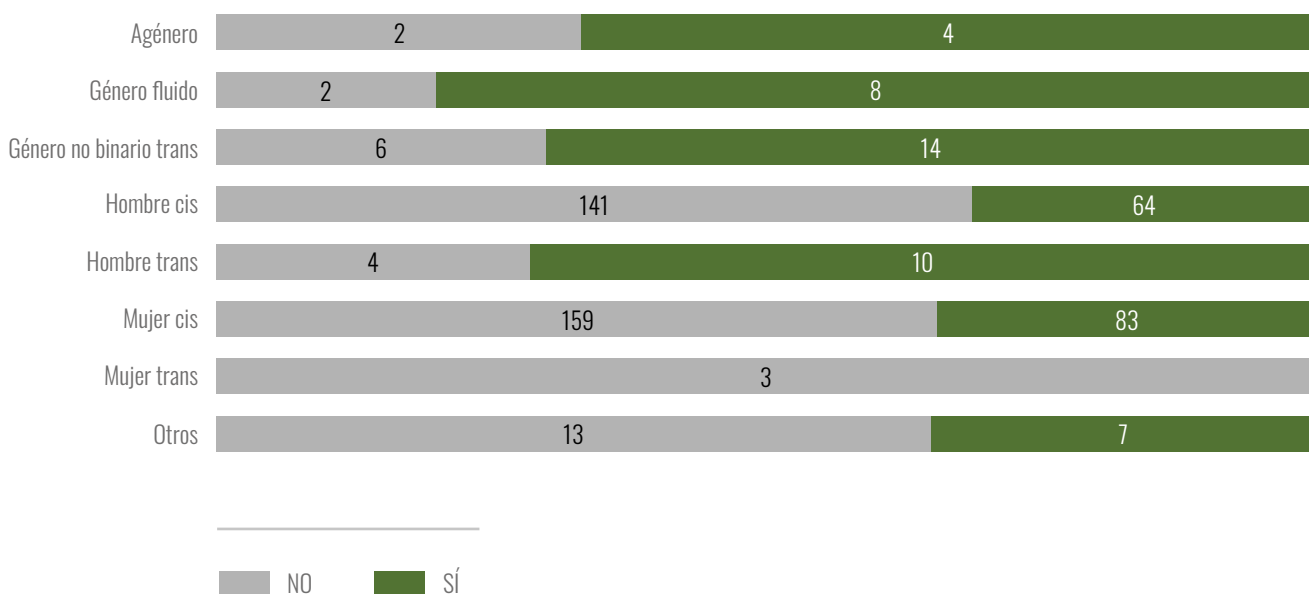
SI HAS CONTESTADO QUE SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,
¿TE HAS ENCONTRADO CON ALGUNA DIFICULTAD PARA ACCEDER A LAS PRUEBAS O LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL?



Aunque la mayoría de las personas encuestadas no refirieron dificultades en el acceso a servicios de salud sexual, se destacan algunos casos que sí confirman esta realidad, principalmente, entre los hombres cis, seguido de las mujeres cis y, en menor medida, otras identidades, género no binario trans y género fluido.

Gráfico 53
Salud mental desglosado por identidad

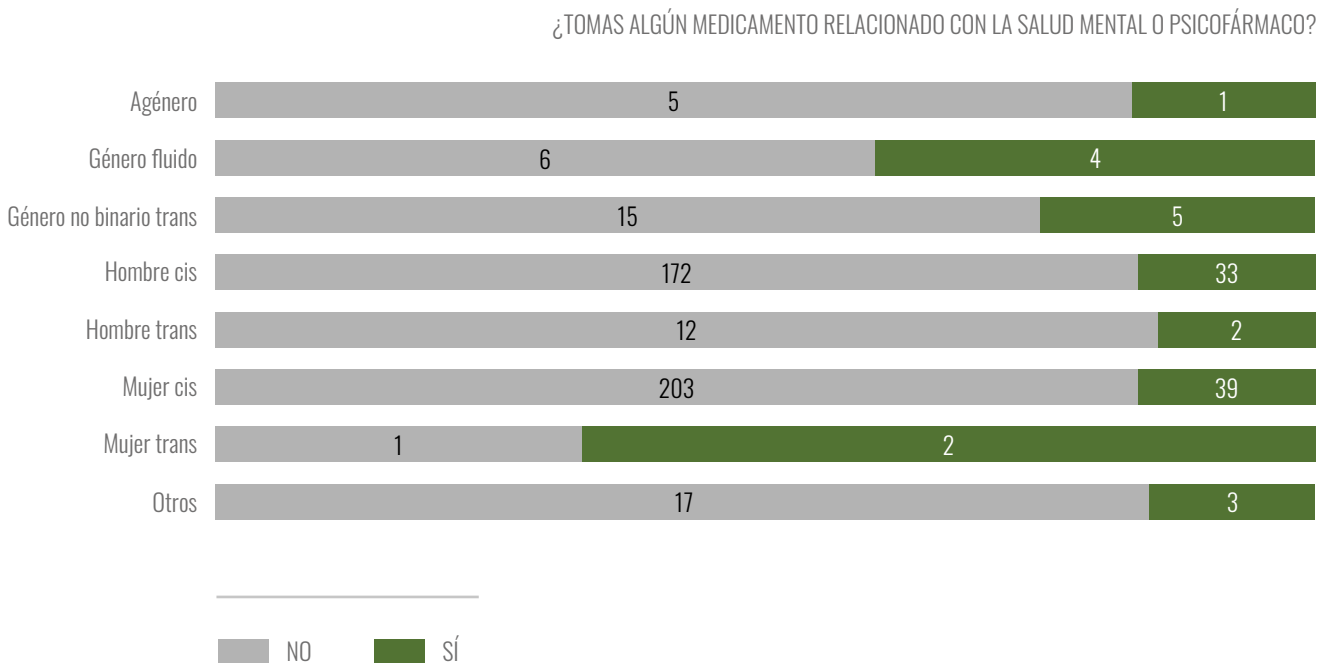
¿HAS RECIBIDO EN ALGÚN MOMENTO UN DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL?



Aunque más de la mitad confirma no haber recibido un diagnóstico de salud mental, la mayor incidencia de casos se registra entre las mujeres trans, seguido de género fluido, hombres trans, género no binario trans, otras identidades y mujeres y hombres cis.

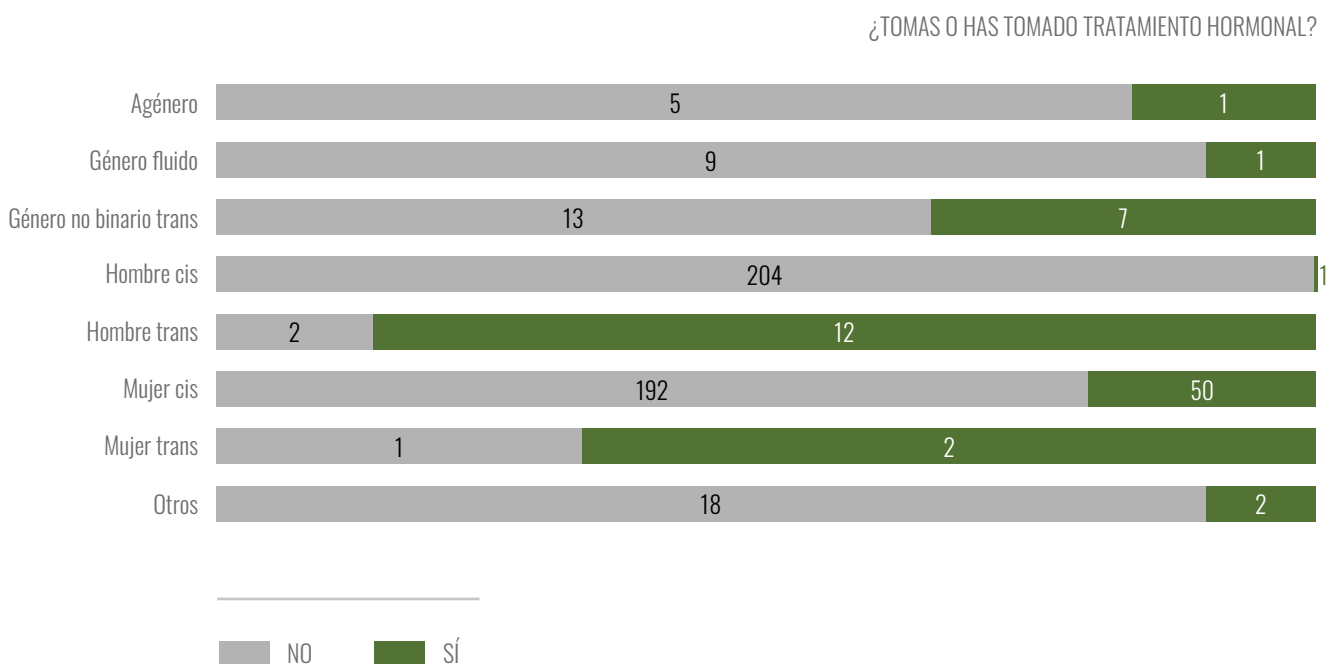
Gráfico 54

Uso de medicamentos para la salud mental desglosado por identidad



Las personas encuestadas que se encontraban en tratamiento por un problema de salud mental conforman un grupo minoritario respecto a aquellas que no lo estaban. Sin embargo, se puede observar la presencia de todas las identidades como las mujeres trans, seguido de las personas género fluido, género no binario trans, mujeres y hombres cis, hombres trans y personas agénero y con otras identidades.

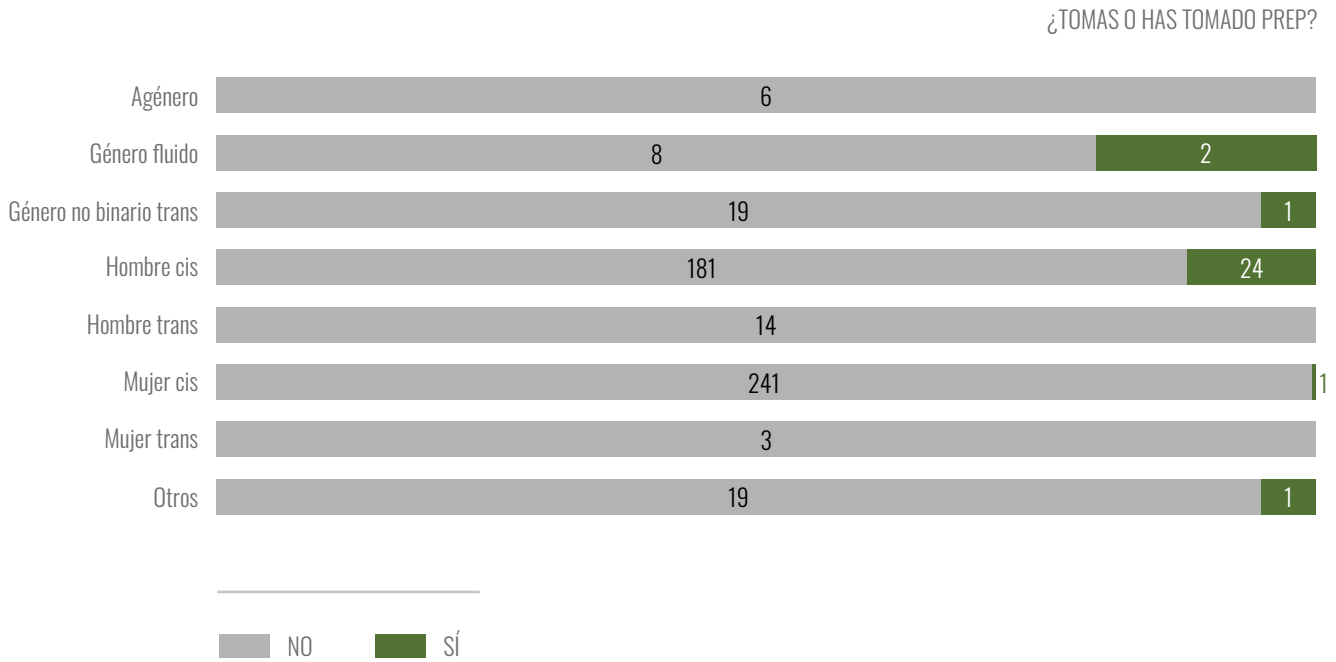
Gráfico 55
 Tratamiento hormonal desglosado por identidad



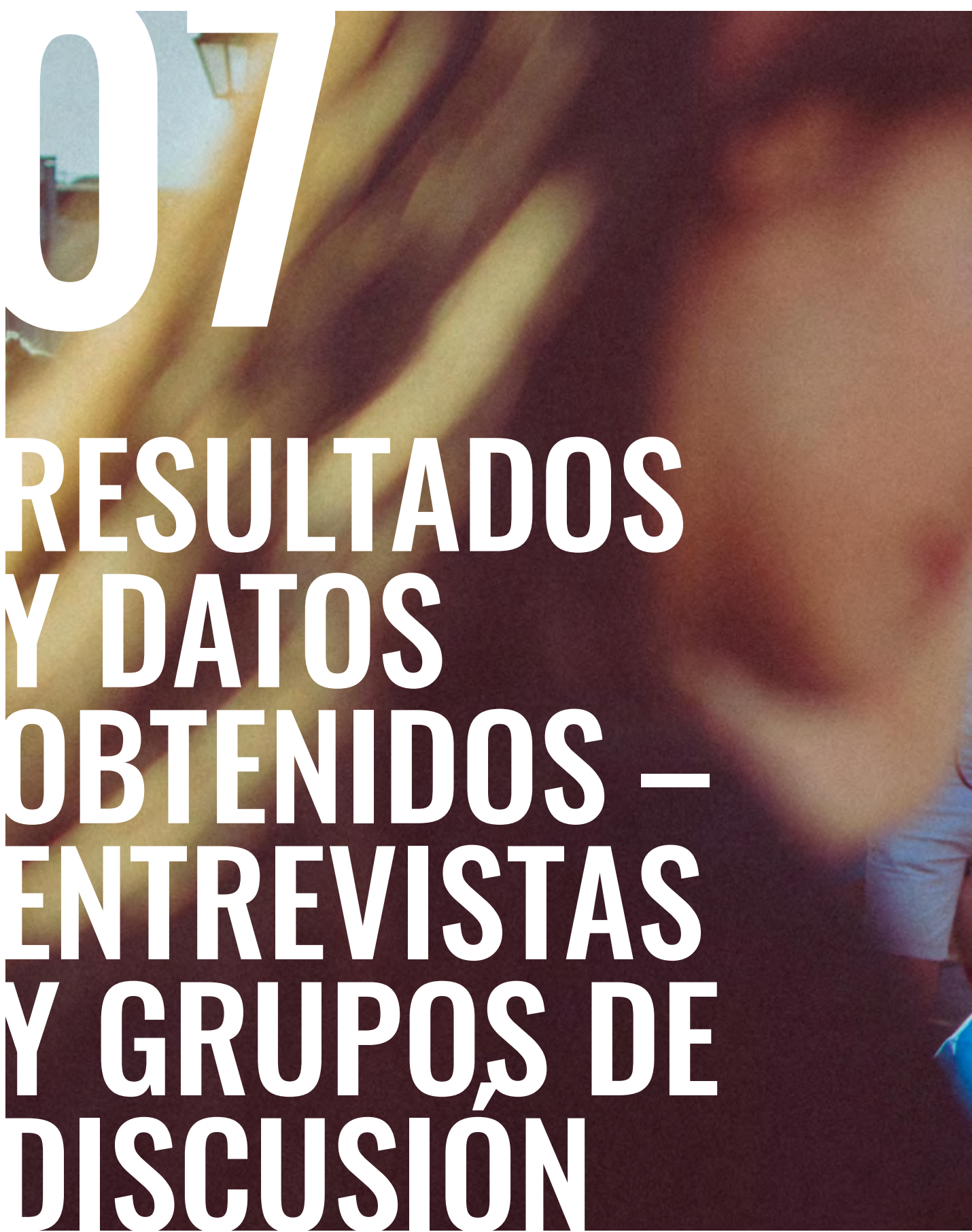
Con relación a la pregunta de si “tomas o has tomado tratamiento hormonal” es nulo su uso entre los hombres cis que conforman la muestra del estudio. Sin embargo, se observa una incidencia mayor entre los hombres y mujeres trans, entre personas género no binario trans y mujeres cis. De manera más minoritaria se observan casos entre personas agénero, género fluido y otras identidades.

Gráfico 56

Tratamiento por PrEP desglosado por identidad



Aunque la mayoría de la muestra no se encontraba en tratamiento por PrEP, se pueden observar algunos casos que confirman su uso, principalmente, entre algunos hombres cis y, de forma minoritaria, entre personas género fluido, otras identidades, género no binario trans y mujeres cis.



07

RESULTADOS Y DATOS OBTENIDOS – ENTREVISTAS Y GRUPOS DE DISCUSIÓN



Tabla 5
Características sociodemográficas

Mujer cis	11 personas
Hombre cis	10 personas
Género no binario	1 persona
Hombre trans	3 personas

IMPACTO DE LA PANDEMIA DERIVADA DE LA COVID-19

Tras los procesos personales de toma de conciencia, posicionamiento público, autorrepresentación, etc., la pandemia paró la vida conocida hasta el momento. Esto tuvo impacto en las vivencias de toma de agencia y visibilidad, sobre todo para quienes se habían encontrado con obstáculos significativos. La sensación de tener que volver a enfrentarse a lo que ya parecía superado es algo que se repite en los relatos de las personas participantes:

- Y, por ejemplo, cuando lo mejor estás dentro de un proceso en el que tú más necesitas socializar y conocer más a gente afín a ti, de repente te encierran en casa casi dos años, todo va muy lento, o sea, te rompen un poco ese proceso que tú estás haciendo, y hacerlo desde casa y hacerlo encerrada, vale sí, redes sociales y tal, pero yo creo que es más complicado. (...) Luego sí, sales y es que tienes que volver a empezar, en parte, tienes que empezar otra vez con todo.

-: crees que mucha gente sintió que tenía que volver a empezar?

-: sí. Yo creo que sí (EN1)

Las dificultades socioeconómicas, culturales y de contexto se hicieron más explícitas. Se imposibilitó el acceso a herramientas cotidianas que servían para sobrevivir a la complejidad, como los encuentros sociales o la asistencia a espacios de apoyo y/o servicios.

“En ese sentido la pandemia ha afectado a esa comunidad (..) personas que se echaron a la calle a crear grupos durante la pandemia para no perder el contacto porque o vivían sin papeles o vivían sin domicilio, no tenían espacios que habita; una vez que se cerraron todos los locales donde se podían reunir esas personas quedaron bajo la nada y el sistema social súper desestructurado” (EN4)

La dinámica cotidiana de rutina y vivir en modo semi automático, con vínculos superficiales y distracciones pasajeras, era perversamente útil para evitar que las personas se encontraran de frente con sus realidades más duras. Las personas entrevistadas señalan que cuando la rutina se quebró no quedó otro remedio que enfrentarse a momentos de silencio o de soledad lo que las llevó a encontrarse consigo mismas, con todo lo que ello conlleva.

“una vez que se produjo ese parón en seco [las personas] se encontraron con los apoyos reales que tenían y que en muchos casos eran mucho más escasos de los que parecían (...) la pandemia supuso un parón y un poder mirar alrededor y darte cuenta de los apoyos, de lo que tienes realmente cuando sales o cuando te relacionas (...) la dinámica del trabajo, del sobrevivir, del pagar (...) cuando te metes a mirar todo lo que hay fuera no tienes mucho tiempo de mirar lo que hay dentro.” (GR 1 – EN2)

Volver a casa, al pueblo o con la familia no siempre es agradable. En muchas ocasiones abandonar los contextos que han acogido y han favorecido la construcción de un día a día más amable fue una condición obligatoria para muchas personas que se quedaron sin trabajo, ingresos o estructura.

“En la situación de la pandemia y la gente más cercana a mí lo peor fue tener que volver a la casa de sus padres después de que todavía tienes una vida muy formada siendo una persona LGBTIQ+. Por ejemplo, vivir en Barcelona y tener que volver a un pueblo a una casa en la que la gente todavía no me acepta donde no puedo ser exactamente quien soy, porque hay mucha gente que no es quien es con sus padres.” (GR3 – EN2)

REFERENTES Y REDES SOCIALES

Los referentes en redes sociales representativos del colectivo existen y son relevantes para muchas personas. Se han convertido en inspiración para dar pasos adelante, abandonar los silencios y reconocerse públicamente. Hay que destacar la importancia que estos referentes tienen especialmente para aquellas personas que, por cualquier motivo, no tienen referentes cercanos en sus contextos físicos.

“ya te digo que aquí en mi pueblo, la verdad es que así conocidas que haya parejas, yo a lo mejor conocí alguna, o lo intuía (...) pero así, abiertamente, la verdad es que pocas. Pienso que todo lo que sea dar visibilidad, ayuda, nos ayuda en este caso a los que vienen más jóvenes (...) yo pienso que a mí me ayudó, sino a lo mejor no me hubiese visto capaz de dar el paso.” (EN2)

No todos los referentes son percibidos de la misma forma: se valora la cercanía. Sentir que los referentes que ves en Instagram o YouTube son coherentes y humildes es importante para generar vinculación. Se penalizan comportamientos elitistas, superficiales, prepotentes, etc. Así mismo el activismo y la representación en redes sociales en ocasiones se prioriza socialmente por encima de otras formas de lucha o visibilización; lo que para algunas personas no es del todo positivo. La capitalización de las luchas sociales o la superficialidad de algunos discursos es algo detectado por las personas participantes en el estudio.

“El activismo, o como nosotres queremos trabajar el entorno social, tiene muchísimo que ver con si toco tierra, y si sigo siendo humilde, y es complicado seguir manteniendo esta humildad mientras tú te estás elevando o te están posicionando muy arriba. (...) para mí acaban siendo más referentes porque le sigues viendo conectados con la realidad, no por mucho que se eleven pierden la noción del aquí y el ahora.” (EN4)

El poder mediático de estos canales digitales es mayor que el de los canales analógicos más tradicionales, como la lucha en la calle la publicación de boletines en papel. Esta particularidad favorece la transmisión de los mensajes, que lleguen a más personas y, por tanto, que el relato social cambie. Esto presenta un problema para el tercer sector y las entidades socioeducativas en general, que no son capaces a asimilarse a la representación mediática que tienen estos perfiles y, por tanto, a su poder de difusión.

“[EL TERCER SECTOR] Yo creo que lo intentan, pero no, o sea no estoy diciendo que no lo intenten lo suficiente, pero sí que no captan. Porque es difícil captar la atención de alguien que no quiere ese mensaje, y es muy complicado adaptarse a la mediatización que hay ahora mismo que tanto en TikTok como en Instagram, por mucho que tú publiques, no vas a conseguir la atención cien por cien de todo el mundo, y aunque consigas un porcentaje minúsculo, de ese porcentaje tampoco te van a participar todos.” (GR1 – EN1)

Sin embargo, la realidad más analógica sigue siendo determinante. No todas las personas tenemos acceso a las redes y lo que ves en la calle se torna más real.

“está muy bien los referentes online y demás, pero también es muy importante verlo en la calle, porque por mucho que tú sigas a chicos en TikTok que usan faldas hasta que no lo ves en persona como que no te lo acabas de creer y no te atreves a dar el paso.” (GR3 – EN3)

“Y en la calle yo creo que es necesario porque no es solamente detrás de una pantalla, el saber que hay mucha más gente de carne y hueso ahí, es importante también y da fuerza.” (GR5 – EN2)

COLECTIVO

La necesidad de pertenencia a un grupo es una necesidad humana detectada por las personas participantes en el estudio y tomada en cuenta a la hora de entender la importancia del colectivo como espacio de apoyo y adscripción social.

Parte de las personas participantes creen que el colectivo se está capitalizando, vinculando al mercado de una manera poco ética y que está desvirtuándose la idea de lucha que debería estar en la base del movimiento. Es vivido como un problema grave que genera desafección y falta de confianza.

"- viva, todos somos LGTB, todos de colores -, vale, pero vamos a centrar aquí que a lo mejor no queremos que sea una moda, lo que queremos es que se entienda de dónde viene y qué se está luchando y en qué se basa y de dónde viene. Ya está." (EN4)

Para las personas participantes las discriminaciones dentro del colectivo son muy evidentes. Existe históricamente un reflejo preponderante de los hombres cis y gais como centralidad discursiva en torno al "colectivo", lo que ha dejado de lado otras realidades como la bi, la trans, la asexual, etc. Esto supone una falta de visibilidad de muchas vivencias LGTBQ+ y un ideario colectivo limitado que repercute en la perpetuación de la estereotipía.

"Creo que hay cierta supremacía por parte del colectivo gay, en este caso, porque además se vincula a la supremacía del hombre con la mujer entonces es como que hay dos ejes que se suman y eso se ve muy visiblemente en el día del orgullo, quién ocupa la mayoría del espacio pues son siempre un colectivo en concreto y al margen quedan vulnerados incluso reprimidos otros colectivos a quienes generalmente nos cuesta más ser visibles y por tanto aceptados y respetados por la sociedad." (GR4 – EN3)

"yo por ejemplo como bisexual es como que ves que no encajas ni cien por cien en una ni cien por cien en otra (...) - ay, pues es que pareces muy hetero- (...) yo que sé es que yo no salgo del armario y digo - voy a parecer bisexual - no, yo soy yo y ya está. Y es como que también hay un poco de síndrome de la impostora porque es como que no soy totalmente de este colectivo tampoco soy de este otro, o sea ahora ya sí, pero al principio era como estoy aquí como en una cosa ni en otra" (GR3 – EN1)

Esta idea de la centralidad de lo gay choca frontalmente con un colectivo en continuo cambio, al que cada día se suman nuevas evidencias de la diversidad. Así mismo, nos enfrentamos a un claro sesgo generacional que deriva en dificultades de comunicación y comprensión mutua. La convivencia entre diferentes marcos conceptuales en torno a las realidades del colectivo genera ciertas brechas que debemos valorar colectivamente.

“Puede que algo igual estamos haciendo mal, en el sentido de no saber a ciencia cierta cómo se siente esa población joven de la comunidad, cuáles son sus intereses (...) quizás no estamos conectando o sabiendo cuáles son sus preocupaciones, sus motivaciones...” (GR2 – EN6)

“si yo me encuentro una diversidad, una experiencia de vida, o una persona que me dice X, para empezar, no tengo que ir yo a decirle – explícamelo -, me informaré yo por otro lado, para seguir, tampoco tengo que ir a decirle - oye no, no estás coincidiendo con tu etiqueta -. No va de eso, y eso creo que ya desde dentro nos cuesta.” (GR2 – EN1)

Las personas participantes en la investigación remarcan la necesidad de incorporar la interseccionalidad dentro del colectivo. Esto es entendido como una asignatura pendiente que favorece la reproducción de estereotipos y discriminaciones y que debería abordarse explícitamente por parte de entidades, activismos y referentes.

“aunque estemos en el siglo XXI hay realidades que en el colectivo no se han abordado todavía, cómo es el tema de la vejez.” (EN5)

“las personas racializadas dentro del colectivo creo que están doblemente discriminadas, o la gente disca.” (GR5 – EN1)

“en las entidades LGTBI falta por abrir un debate que es el de los términos de homosexualidad y discapacidad.” (GR4 – EN2)

“Y, por ejemplo, no se habla en absoluto de las personas intersexuales. Para mí, la puñetera clave del cambio, una vez nos demos cuenta de que biológicamente existen seres humanos que no tienen esos parámetros estancos...” (EN4)

El colectivo es mucho más que el tejido asociativo y/o del tercer sector. Muchas personas no se sienten identificadas por estas entidades por motivos muy diversos: desde normatividades percibidas como impuestas hasta discrepancias políticas, internas, falta de accesibilidad, etc.

“personas que no se asocian o que no se vinculan a este tipo de entidades lo hacen porque no se sentirían cómodas, porque sienten que está todo muy regido por sota, caballo y rey. Y Como no estés totalmente deconstruido, coge la puerta y pírate.” (GR2 – EN6)

“yo justamente me he acercado al inicio a buscar información y ayuda un poquito en algún trámite y lo que he percibido es peleas entre las asociaciones, una dice una cosa otra otra. Parece que como que les molesta que hayas pedido una ayuda allí y luego me reúna con otros, como si de repente eres de mi grupo y no te puedes relacionar con las demás.” (GR2 – EN4)

“es verdad que ese hermetismo que tienen creo que dificulta que otras personas nos acerquemos (...) De vez en cuando sí que organizan cosas y acudo, pero es un poco complicado para mí supongo también porque, lo que decíamos, al ser herméticos, cuando tú te plantas allí y a lo mejor si no tienes ninguna amiga del colectivo vas tú sola a conocer a la gente o tal, es difícil.” (GR5 – EN1)

Profundamente vinculada a esta desvinculación de las entidades del tercer sector se encuentra la percepción generalizada de que hay muchas formas de hacer activismo y o que la participación asociativa no es la única vía de transformación social. Hay personas que consideran que las entidades son una parte del sistema y no creen que ese mecanismo sea válido, útil o legítimo para provocar cambios reales:

“¿por qué no nos afiliamos, por qué no vamos a entidades del tercer sector, por qué no somos activistas conjuntas? Porque esto es sistema y nos estamos enfrentando al sistema, entonces somos antisistema, no tiene ningún sentido que queramos entrar dentro del sistema.” (EN4)

Otros argumentos defienden que el trabajo desde las entidades es poco personalizado, demasiado homogeneizante y que no tiene en cuenta a las personas en su individualidad:

el ser humano tiene o tenemos ese problema de tener, de no querer dedicarle el suficiente tiempo a una persona, y escucharla, y que esa persona te cuente quién es, y qué necesita; es mucho más fácil coger el rol de profesional y no pararte a escuchar y coger tu fórmula, que te funciona, e intentar colocársela a la persona a la que atiendes. (...) son personas únicas y su percepción de su realidad es única, y eso es muy difícil de tener claro, que tu realidad es como tú la percibes, por mucho que yo crea que no, por mucho que yo crea que estás equivocada, pero es tu realidad y tú lo sufres así, y tú lo vives así, y yo tengo que respetar y trabajar desde ahí, aunque diga “te vas a estrellar” pero eres tú la que tienes tu vida, solo tenemos una vida y tenemos que elegir cómo estrellarnos (GR1 – EN2)

Otras personas llevan a cabo trabajo activista a través de sus canales personales en redes sociales...

“yo soy bastante activa en redes sociales en cuanto a política y demás, y sí que en mi Instagram personal cada vez que subo algo relacionado con el tema del colectivo o cualquier otro tema de activismo y demás, noto que me dejan de seguir 10 personas o cosas así y es curioso. O gente incluso que se atreve a responderte y a replicarte, nunca obtengo respuestas de - qué guay, tiene razón el post - o lo que sea. Siempre es - no, no es así -. No suelo recibir apoyo, sé que hay gente que coincide con lo que puedo publicar, pero como que no se pronuncia.” (GR3 – EN3)

“La gente es mucho más activista en redes, creo que a estas personas les resulta más sencillo por aquello de que si quieres dar la cara, estás detrás de una pantalla y bueno...” (GR5 – EN1)

O en sus cotidianidades:

“para mí también hacer activismo es llegar a mi pueblo y besarme con una chica y al año siguiente con un chico y que la gente diga “¿Qué?” (GR3 – EN1)

Y una parte relevante de las participantes consideran que el colectivo está inmerso en una lucha de poderes que traspasa las instituciones y que genera desafección generalizada.

“En general, ya no solo en colectivos, los jóvenes no se involucran en ningún tema activista, ni en educación, ni en economía, ni en nada porque simplemente están hastiados y ven que no hay representación concreta (...) nos hemos encargado internamente de dividirnos y de crear esos pequeños odios, esos pequeños “piques” por la atención social o el reconocimiento social que ninguno tiene en realidad. Y esto influye directamente en cómo nos asociamos y en cómo nos agrupamos.” (GR1 – EN1)

Finalmente, se hace una llamada de atención: estamos olvidando el trabajo social de base, el debate constructivo y el tejido transformador. Esta cuestión resulta central en diversos relatos obtenidos y nos ofrece un problema a debatir académica y políticamente: ¿qué está pasando con la ciudadanía democrática? ¿dónde queda la participación social de la mayoría?

“los espacios políticos informales tienen que estar nutridos y son los que realmente generan ese tejido crítico: las asambleas, los espacios donde se generan un poco ese debate crítico... Y por ahí yo creo que debería ir un poco la nutrición del tejido asociativo. No tanto pensar en organizaciones u ONG, sino pensar que está pasando con las asambleas de los barrios, qué está pasando con la asamblea del orgullo crítico o qué está pasando con ese tipo de organizaciones.” (GR4 – EN1)

ESTANDARIZACIÓN Y ESTEREOTIPOS

Los estereotipos en torno al colectivo siguen pesando en la sociedad. Las personas participantes detectan claras representaciones de esta normatividad en su día a día; una normatividad muy mediada por el sexismo patriarcal y la moralidad respecto a la sexualidad:

“en mi caso yo no soy bisexual pero mi pareja sí, y es como que la gente no lo entiende (...) - eso cómo va a ser? Te tiene que gustar uno. Eso es vicio -.” (EN2)

Existen concepciones concretas y limitadas de lo que significa ser una persona gay, lesbiana, bisexual, trans, etc. referidas a aspectos como la presencia física, la manera de vestir o peinarse y los comportamientos o conductas. Estas concepciones están muy presentes en la socialización de las personas que forman parte del colectivo y se enfrentan a ellas diariamente, ya sea en forma de prejuicios, presunciones, estándares a cumplir o penalizaciones por la no consecución de esos estándares.

“yo creo que sí porque además la gente te suelta el comentario de - uy no me lo imaginaba, es que no lo pareces-. Sobre todo, con mi pareja, que yo igual soy un poco más masculina o como se diga, pero ella que es súper femenina, entonces la gente como - uy, yo no me lo imaginaba -. Bueno, es que no tenemos que ser como chicos para que nos gusten las chicas, en fin, esos comentarios se escuchan, a nosotros nos lo han dicho bastantes veces.” (EN2)

Las mujeres sufren una estandarización más agresiva en tanto que son sexualizadas, fetichizadas y violentadas por sus identidades y orientaciones.

*“-tú piensas en dos mujeres de la mano y genera más fantasía...
-: se sexualiza
-: sí se sexualiza.” (EN1)*

“sí que me parece importante recalcar el hecho de que las mujeres tenemos el plus de que somos sexualizadas (...) al final nos ven como para disfrute de ellos. Yo por ejemplo salí del armario el día que conocí a mi novia y para todos los hombres fue como - uff sois dos lesbianas y os puedo decir lo que quiera, estáis a mi alcance - o sea ofertas de todo tipo que están fuera del lugar que no tiene sentido...” (GR3 – EN3)

La capitalización de cierto sector dentro del colectivo y el nicho de mercado generado en relación con unos estereotipos concretos respecto a la diversidad LGTBIQ+ están muy relacionados con la centralidad de lo gay.

“(...) hay toda una identidad dentro del colectivo gay, todo esto que se llama capitalismo rosa (...) al final el mercado ha visto un nicho de personas consumidoras que todo lo que ganan se lo gastan en su vida de disfrute, cuando hay muchísimos recursos que te puedes encontrar desde hoteles, hostales, discotecas, playas con la bandera arcoíris... Y cuando vas ahí con la bandera arcoíris al final lo que significa es tíos, maricas, blancos...” (EN5)

El fenómeno del passing, o el ser percibido socialmente como una persona con una identidad u orientación concreta en función del aspecto físico y la apariencia, es muy relevante a la hora de entender de qué manera los estereotipos influyen en las concepciones sociales. En esta línea existen varios relatos de participantes que nos cuentan de qué maneras este passing ha afectado a sus experiencias interpersonales, especialmente en el caso de las personas trans.

“Las personas trans creo que son todavía una parte muy marginada dentro del colectivo, cuanto menos passing tienes más marginación sufres, cuanto más pluma (...) ya seas mujer o hombre o no binaria, cualquier identidad, al final el passing hace mucho.” (EN5)

Estos estereotipos también tienen presencia en espacios profesionales, como por ejemplo la atención sanitaria. Se reportan experiencias desde la atención primaria hasta las consultas especializadas en ginecología, infecciones de transmisión sexual e incluso salud mental.

“Bueno, yo en general, salvo un ginecólogo que tengo ahí agarrado en plan de - pa’ siempre mi ginecólogo -, todas las experiencias que he tenido han sido en plan de - ¿pa’ cuándo te embarazas? - (...) No es ya que esté basado en relaciones heterosexuales normativas... encima es solo para reproducción, un despropósito. ¿Y utilizas anticonceptivos? No. ¿Y preservativo? No. ¿Pero quieres tener hijos entonces? No. ¿Y entonces qué piensas hacer? Y dice joder...vale.” (GR5 – EN1 + EN2)

En el sector educativo también se han reportado experiencias relacionadas principalmente con los procesos de transición de personas trans: cambios registrales, uso de nombres y pronombres, etc.

“en la Universidad, aunque tenemos el sistema de las páginas blancas que podemos cambiar el nombre y todo eso, no todos los docentes lo ven como algo normal (...) he tenido algún problema con profesores, bueno, y algún otro alumno, con el hecho de que no respeten el nombre.” (GR1 – EN1)

Por otro lado, la percepción de que las identidades u orientaciones son absolutamente estancas e inamovibles es algo que puede vivirse como un límite social impuesto. A la hora de posicionarse públicamente como persona LGTBIQ+ se siente una evaluación continuada que penaliza cualquier comportamiento que se salga de lo que genéricamente es considerado como LGTBIQ+. Sin embargo, las personas participantes defienden que las vivencias pueden ser cambiantes y que la adscripción o no a una “sigla” no puede convertirse en una obligatoriedad de por vida de representar una diversidad concreta.

“Yo creo que esta concepción de que la gente puede cambiar de lugar y de posición, cuesta. No vemos que hay progresión en la vida, es el cambio, este cambio: no estoy todo el rato en el mismo punto.” (EN4)

DISCURSO DE ODIO

El discurso de odio es una realidad palpable para las personas que participan en este estudio. Existe un evidente clima de crispación en las calles y los medios, y esto ataca directamente al colectivo. Los mensajes que se lanzan son relativamente clásicos y van orientados a despreciar y cuestionar diferentes expresiones de la orientación y/o la identidad de las personas LGTBIQ+.

“yo llegué a escuchar de parte del novio de mi prima que prefiere no tener un hijo antes de que le salga maricón (...) y cuando yo me daba un beso con mi novia, esa persona se iba de casa.” (EN1)

“yo tengo de ir con mi pareja y que un coche pase y me diga - putas lesbianas -. Que es fuerte y que nadie en la calle haga nada. Es una violencia constante y de discursos de odio también tanto a nivel político a nivel religioso, estamos constantemente siendo atacados”. (GR3 – EN3)

Es importante hacer mención especial a la virulencia con la que se habla y trata a las personas trans, no binarias, género fluido y aquellas que evidencian una diversidad sexo genérica no circunscrita al binarismo homosexual – heterosexual.

“Y dicen... es que a lo mejor no tengo que aceptar ni a los transexuales ni a los no binarios, porque claro, ¿cómo voy a aceptar eso si yo cuando crecí no había eso? ¿Por qué salen ahora, es que quieren llamar la atención?” (EN1)

“a muchas amigas trans no les apetece salir vestidas de Drag Queen cuando van a performar, porque por la noche cogen un taxi y se van a su casa porque es que no les apetece ni encontrarse con gente que a lo mejor les pueda violentar, ni recibir comentarios, y están cansadas. Y por el día no suelen tampoco vestirse de cierta manera de forma pública porque se ven un poco discriminadas, entonces siempre tienen que ir junto con alguien o van rápido a un sitio o van en Uber.” (GR4 – EN4)

Se relacionan las situaciones de agresión y discriminación con una expresión explícita de la diversidad sexo genérica al margen del binarismo. Se considera que aquellas personas que rompen con esos estereotipos marcados que planteábamos en anteriores apartados son las que reciben más odio. El cuestionamiento de los parámetros sociales aceptados globalmente es uno de los motivos que genera reacciones más violentas.

“Habrá discurso de odio en contra de aquel que visualmente llame la atención. Sufrí este discurso de odio a los 16 porque era muy extravagante, excesivamente extravagante (...) Claro, mis padres sufrían, “¿y si la pegan por cómo se viste?” (EN4)

“cuanto más pluma tienes más violencia sufres.” (EN5)

Para las mujeres la violencia es entendida como amplificada, sumándose al discurso de odio por razones de diversidad sexo-genérica aquel vinculado a la misoginia.

“en el caso de estar con mujeres sí que siento más vulnerabilidad por el hecho de poder sufrir doble violencia: por el hecho de estar ser mujer y por el hecho de que estemos juntas dos mujeres con lo cual la violencia ejercida contra nosotras pueda ser mayor.” (GR4 – EN3)

Sobre el debate que se plantea sobre si ahora hay más discriminación u odio hacia las personas del colectivo que antes no existe unanimidad entre las personas participantes. Hay personas que consideran que ahora mismo existe más sensibilidad ante la problemática y que por tanto las situaciones son más detectadas y denunciadas:

“antes no existían, antes no había denuncias casi, no existía como delito. Y ya no solamente hablo de denuncias a nivel de la policía, hablo de denuncias públicas incluso. Ahora sí que existen a veces que de repente nos enteramos de que se ha echado una pareja de chicos por besarse en un bar y hay como una protesta pública por eso. Hace 20 años pues no nos enterábamos, y echarían a 7 parejas de chicos en un bar por besarse y no nos enteramos de ni una. Y yo creo que va un poco por ahí.” (GR4 – EN1)

Otras personas defienden que el escenario político y la presencia institucional de partidos políticos de extrema derecha favorece la normalización de determinados tipos de discursos posicionados en contra de los derechos humanos. De esta manera se están legitimando que en los medios y en las calles se reproduzcan y normalicen ideas negativizadas sobre determinados colectivos, como el de las personas LGTBIQ+ pero también como el de las personas migrantes, las personas racializadas, etc. Este tipo de argumentarios calan a nivel sociocultural y esto provoca desde un aumento directo de la violencia hasta un bloqueo legal e institucional de mecanismos orientados a garantizar la justicia social y favorecer derechos y avances.

“Hay un montón de agresiones en la calle, la violencia no se ha reducido en absoluto y el hecho de que en los medios de comunicación se nos siga planteando como el demonio que hay que aplacar es un poco (...) Es como un repunte que dicen - bueno pues la ley para favorecer...- y ya hay problemas, cuando en realidad lo único que estamos pidiendo son derechos y que se nos reconozca, y tener el mismo derecho sanitario y laboral (...) es verdad que, a nivel laboral, tenemos muchísimos más problemas que una persona que es cisheterosexual (...) que seguimos siendo el otro, la minoría. (GR1 – EN1)

“Desde aquellos que parecía que no pensaban así pero sí, y luego los que realmente piensan así pero que no se atrevían a manifestarlo, y la gente ahora se está atreviendo y es un peligro. Porque no solamente es el discurso, es también agresiones físicas, verbales, de todo tipo (...) se sienten identificados con alguien y con algo. Antes de alguna manera se sentían excluidos, se les reprendía esa actitud, pero ahora ya es que están totalmente representados en lo más alto.” (GR5 – EN2)

La fuerza dialéctica de estos mensajes parece ir vinculada a un clima de desafección y desesperanza que se convierte en un caldo de cultivo para la radicalización y el discurso de odio. Esto se instrumentaliza a partir de mensajes fáciles, sensacionalismo, creación de enemistades, sensación de grupo y unidad, etc.

“también los he pillado en un momento de tanta crisis, de tanta precariedad, de tanta desilusión... que hay mucha gente que dice - me agarro a tener una identidad, a tener un grupo, y pues venga a este partido que es nuevo y me lanza un mensaje súper corto y claro, venga pues a muerte con esto - para sentirte aferrado a algo y para decir pues pertenezco a esto.” (GR3 – EN1)

La sensación global respecto a esta situación es de inseguridad, vulnerabilidad e incluso miedo. La sensación no solo afecta a las personas del colectivo sino también a sus familias, amistades y personas cercanas. Las noticias en los medios de comunicación sobre agresiones homófobas o tránsfobas, entre otras, alimentan ese sentir.

“una vez cuando le pegaron a un chico por ser del colectivo sí que la madre de mi pareja nos dijo - por favor, tened cuidado -. Miedo no, pero sí que pensé que, si vamos por ahí, por X, por ejemplo, qué es la ciudad más cerca que tenemos, que nos demos un beso y que nos tengan que pegar por eso, yo qué sé, (...) anda que tener que están asustadas por esto, madre mía” (EN2)

“yo siento que a pesar de que sea más fácil salir del armario, a nivel social también tienes muchísima inseguridad por lo que te pueda suceder.” (GR4 – EN3)

“creo que la gente que somos del colectivo miedo hemos tenido siempre, es como algo inherente a nosotros. Siempre tienes miedo de que te griten, de que te digan, de coger la mano a tu pareja, de hacer cosas normales para otros...” (GR5 – EN1)

DISCRIMINACIÓN Y EMANCIPACIÓN

El acceso a un empleo digno es un obstáculo evidente que se ve ampliado para las personas que forman parte del colectivo LGTBIQ+. No todos los espacios de trabajo son iguales a este respecto; pero sigue existiendo una presencia fuerte de estereotipos y estigma que se convierte en un hándicap a añadir a la precariedad económica o la inestabilidad. Las personas trans son especialmente vulnerables a esta situación.

“yo creo que hay como trabajos súper masculinizados donde no entran apenas ni mujeres ni hombres gay ni personas trans evidentemente.” (EN5)

“O en mi caso, que he estado trabajando en Londres, aquí, en hostelería porque obviamente mientras estás en la carrera tienes que ganarte el dinero de alguna manera, y todas las entrevistas era como que todo era fantástico, - tienes la actitud, tienes todo lo que yo quiero, pero eres transexual, lo siento no te voy a dejar el trabajo porque ¿qué van a decir los clientes? ¿y si me viene alguien a montarme un problema? - (...) en un montón de entrevistas de trabajo me decían que no, que no me iban a coger porque era transexual, pero así, sin ningún tapujo y sin ninguna vergüenza, te estoy discriminando por cómo eres. Además, es que la tasa de personas transexuales que están en situación de pobreza es altísima.” (GR1 – EN1)

En el acceso al empleo el passing también es determinante. Aquellas personas que cumplen ciertos estereotipos relacionados con la cisheterosexualidad normativa suelen tener menores dificultades de acceso al empleo a pesar de formar parte efectiva del colectivo LGTBIQ+. Esto puede convertirse en un arma de doble filo que genera malestar e indefensión.

“cuanto más normativo parece que seas y cuanto menos llame la atención se te acepta más y es eso. O sea, al final dices - vale, paso por el aro, tengo trabajo y demás, pero ¿a qué precio? -, o sea no puedo literalmente ser yo en un trabajo en el que estaré X tiempo o tal, o tratar con personas... ¿me tengo que estar callando por ser yo misma? Es que es muy fuerte. Y es algo que es verdad que no se atiende mucho y que pasa a veces desapercibido pues como - no lo digas y ya está -, pero va mucho más allá que decirlo o no decirlo.” (GR2 – EN2)

Una vez superado el acceso llega la promoción y/o estabilización, momentos en los que también existen conflictos derivados de la discriminación por identidad u orientación. El miedo a enfrentarse a un despido o a quedarse vinculado a puestos de baja cualificación y remuneración es común entre las personas que están empleadas en determinados sectores.

“Tengo amigos que trabajan en fábricas que son maricas y están en el armario, y tienen pánico de decir - es que estoy fijo y soy coordinador, pero, aun así, tengo miedo de enfrentarme a eso y tal (...) sigue habiendo como muchos espacios armariados y eso es porque sigue habiendo miedo.” (EN5)

El trabajo no es el único punto clave para comprender el proceso de emancipación de las personas vinculadas al colectivo LGTBIQ+. El acceso a la vivienda también presenta particularidades reseñables por las personas participantes, quienes relatan algunas de las situaciones que perciben como cotidianas a la hora de alquilar un inmueble y plantearse un cambio de domicilio:

“- a dos tíos no les alquiló un piso - y a lo mejor el argumento que te dan es - para qué le voy a alquilar el piso a dos tíos que son maricones: ¿para qué me monten orgías en mi piso? - Es superdescabellado.” (EN1)

“El tema de la emancipación, no ya solo por el dinero, sino también de quien te quiera alquilar la casa: no es lo mismo si vas a ver las casas con tu pareja siendo mujer + hombre que con tu pareja siendo mujer + mujer. Creo las caras de la gente no son las mismas, ya os lo digo.” (GR5 - EN1)

SALUD MENTAL

La salud mental sigue siendo un aspecto crítico para el colectivo LGTBIQ+. La oferta de servicios públicos de salud con foco en la salud mental es escasa y está polarizada, quedando el acceso a la misma muy determinado por condicionantes como el lugar de residencia o las posibilidades socioeconómicas individuales. Esto presenta un problema grave de inequidad en la consecución social de los derechos sociales, y acaba ligando la sostenibilidad de la salud a la capacidad económica individual.

“el lugar de nacimiento o el lugar de residencia también dictaminan mucho tu salud mental, física, y tu bienestar emocional, según los derechos que tenga y las capacidades de acceder a ciertos servicios. Como decía el compañero evidentemente no es lo mismo vivir en Madrid, vivir en Barcelona o vivir en Andalucía.” (GR4 – EN3)

“es que además de prolongada pues da la impresión de que cuando tienes un problema relacionado con la salud mental, necesitas dinero para poder tratarlo. Porque poder ir todas las semanas a un psicólogo o a una psicóloga es dinero, o a un psiquiatra privado, es dinero también. Da la impresión como que es mucho más que en el resto de las áreas.” (GR5 – EN2)

Las respuestas ofrecidas desde los servicios públicos, en aquellos casos en los que se logra acceder a los mismos, suelen ir ligada a una atención puramente farmacológica debido a la psiquiatrización de las consultas. Si bien el uso de fármacos puede ser pertinente y necesario en determinadas situaciones las personas participantes consideran que esto no debería convertirse en una sustitución de los procesos terapéuticos o de atención psicológica con evidencia científica, sistematización y duración temporal y que estas respuestas puramente farmacológicas son debidas a multitud de factores: recortes en salud pública que derivan en, entre otras cosas, escasez de profesionales sanitarios especializados en psicología; poco valor social de los procesos terapéuticos no farmacológicos, incapacidad del sistema de personalizar la atención en salud mental, etc.

“no puede ser normal que tú llegues con síntomas de depresión a una consulta médica y tengas que esperar 6 meses para que te vea un psiquiatra, que no un psicólogo (...) nuestros centros de salud creo que están muy saturados porque ha habido mucho recorte de personal, entonces, nuestros médicos están tirando de - toma pastilla y... hasta que te vean, por lo menos o durante una temporada o vamos viendo... - (...) en muchos casos es necesaria por supuesto, pero a veces igual no sería tan necesaria, tan prolongada en el tiempo, si pudiéramos realmente tener un acceso real a la salud mental, tener a alguien con quien poder hablar y hacer un control.” (GR5 – EN1)

Las situaciones cotidianas de discriminación, invisibilización y violencia estructural a la que se ven expuestas las personas que forman parte del colectivo LGTBIQ+ se presentan como amenazas evidentes para la salud mental. Estos eventos afectan a las personas de muchas formas distintas. Se expresan relatos relacionados con resiliencia y toma de conciencia; pero también otros más negativos, de indefensión o vulnerabilidad. Como destacable, la alusión a una continuada “salida del armario” que genera un estado de alerta y tensión prolongado en el tiempo.

“- tienes que estar todo el rato - no, pero es que yo... - -no, pero es que tal...-. Entonces eso genera como una carga mental y como un desgaste que es como - no puedo más -. (...) en parte es una forma de violencia, ¿no? Ese estado de estar invisibilizados en conversaciones banales, de ámbito médico, de ámbito administrativo, es como... uff yo lo resumiría un poco así. - y tener que siempre analizar la situación antes de pensar si va a valer la pena y estar siempre como con una ansiedad hasta de no imaginar cómo va a ser la respuesta de la gente.”
(GR3 – EN1 + EN2)

ESTIGMA SOCIAL

El estigma social respecto a la diversidad sexo genérica sigue presente. Aunque se ha avanzado en la consecución de derechos, visibilización e inclusión aún existen idearios colectivos genéricos y con cierto poder de reproducción social que vinculan al colectivo LGTBIQ+ con estigmas históricos como el VIH – SIDA, la promiscuidad y las infecciones de transmisión sexual o genital.

*“en la calle sigo escuchando que Freddie Mercury se murió de sida porque era maricón”
(EN1)*

Es cierto que muchas de estas ideas son consideradas como superadas por la población en general, pero su presencia todavía no está del todo erradicada y, por tanto, debemos abordarla como representación de una parte de la cultura en la que nos socializamos y que marca pautas de comportamiento, estándares y patrones. Sucesos de calado mediático, como la presencia de casos de viruela del mono, son ejemplos de que se mantiene un peso significativo de concepciones que nutren el estigma.

“cada vez que hay algo nuevo que pueda ser perjudicial, dícese la viruela del mono, - no, no, no eso son los maricones, en una sauna, drogados...-. Siempre se hizo, con el sida principalmente y de una manera horrible, dejando a las personas solas, sin familia, sin apoyo, estigmatizando completamente...” (GR1 – EN2)

Este estigma también está presente en los servicios públicos, permeando la atención que profesionales ofrecen a las personas que forman parte de este colectivo:

“Cuando llegas al médico y te pregunta - oye, ¿eres o no eres...? - sigue existiendo un estigma de - ah pues como eres gay, como eres lesbiana, cómo eres bi, te tienes que hacer más pruebas de enfermedades (...) - tú puedes ser una persona del colectivo y no ser promiscua. O sí, que no pasa nada, pero porque a mí me tienes que decir que cada 3 meses me tengo que hacer una prueba de ETS y a mi amigo hetero que sí que es promiscuo, no.” (GR5 – EN1)

Creemos conveniente destacar que la lucha contra el estigma es vivenciada en ocasiones como una especie de meta de “tener que llegar a ser una persona perfecta, con un comportamiento intachable” que no deja de ser un

ideal estereotipado que añade presión y que marca la diferencia entre lo que es una “buena” y una “mala” persona dentro del colectivo LGTBIQ+. Este esquema de valorización social es, en sí mismo, un elemento de estigmatización y discriminación.

“somos (...) que eres un buen homosexual, es decir, que eres una persona culta y educada, que no te drogas, que tienes tu pareja estable, que eres monógamo... es decir, que rompes con esos estereotipos”. (EN3)

CONSUMOS DE SUSTANCIAS Y CHEMSEX

La realidad del colectivo frente al consumo de sustancias es muy compleja y depende de múltiples factores. Es importante diferenciar entre consumos puntuales, muy habituales tanto dentro del colectivo como en la sociedad en general; y práctica continuada de chemsex, más habitual en escenarios que involucran a hombres gais.

“es verdad que hay una realidad, dentro del colectivo gay, que sí que sigue teniendo prácticas de riesgo o asociadas a las drogas. A ver, yo creo que consumo de drogas está en todas las capas de la ciudad o de la sociedad, pero asociados a colectivos que están en los márgenes o marginados pues también por el sitio que a veces se encuentra en sus contextos.” (GR5 – EN3)

Varias personas participantes denuncian que se relaciona de manera directa al colectivo con los consumos debido al estigma social y los estereotipos relacionados con la fiesta, la promiscuidad y la falta de obligaciones laborales/profesionales; y que esto choca frontalmente con la inclusión positiva y los derechos del colectivo. Las personas trans sufren este estigma de manera amplificada.

“Sí se asocia más cierto consumo, porque yo creo que se asocia más a tema de orgías, a tema de fiestas, a tema de desmadre... y al final la gente también asocia a fiesta y desmadre también asocia droga. Entonces vas juntando las piezas, y te van saliendo, igual que la transexualidad, que se asocia a la prostitución cien por cien, y se asocia a las drogas, porque si eres puta te drogas, y si encima eres transexual, es que llevas la etiqueta de puta y de que te drogas hasta la frente. (EN1)

Otras voces defienden que el consumo de alcohol y sustancias es una práctica tremendamente extendida entre todas las capas de la población. Las personas del colectivo LGTBIQ+ asumen este tipo de dinámicas de la misma manera que lo hacen las personas heterosexuales, cissexuales, etc. y debería de ponerse el foco en las prácticas de riesgo en todos los casos; atendiendo al problema de salud pública que esto supone. Se considera por unanimidad que las adicciones están profundamente ligadas a las dificultades ya mencionadas de salud mental que afectan al colectivo en concreto y a la población en general.

“creo que el consumo de drogas generalizado en la sociedad desde hace muchos años es un problema, y a nosotros como parte de la sociedad nos afecta (...) hay gente que al final lo ha llevado a su espacio más cotidiano, y eso se ha convertido en el centro, en el pivote de su vida (...) la espiral, las adicciones, el deterioro físico, económico, yo qué sé... (EN5)”



08

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS FUTURAS



SOS SALUD MENTAL

La pandemia ha marcado un antes y después para la vida de todas las personas. En el colectivo LGTBIQ+ ha impactado de manera intensa, complicando tránsitos, posicionamientos públicos y redes sociales o de apoyo. La dificultad se amplificó durante estos años, y eso ha tenido su reflejo en los cuerpos y las vidas de las personas LGTBIQ+. La **SALUD MENTAL** ha sido la gran “llamada de atención”, aunque todavía seguimos en un punto crítico con respecto a la atención y asistencia pública para todas las personas. La salud mental sigue siendo en primer lugar infravalorada y en segundo lugar sobremedicalizada. El acceso a servicios de calidad no debería de estar supeditado a las posibilidades económicas en una supuesta “sociedad del bienestar”.

SUPPORT YOUR LOCAL LGTBIQ+

Los REFERENTES son importantes para visibilizar y mostrar públicamente que las personas del colectivo LGTBIQ+ existen. Las redes sociales han posibilitado que muchas personas puedan acceder a otros imaginarios más ricos y plurales. Sin embargo, esto puede convertirse en un arma de doble filo: la **RECEPCIÓN CRÍTICA DE LOS MEDIOS** es muy importante para analizar la sociedad y tomar conciencia de los intereses políticos, empresariales y económicos que, en ocasiones, se encuentran tras esos referentes. A pesar de que los referentes mediáticos tienen un poderoso altavoz para llegar a muchas personas, la vivencia cotidiana y el plano analógico (“la calle”, “el cara a cara”) sigue siendo el dominante para el día a día de las personas. Tocar, ver, hablar y convivir con personas LGTBIQ+ se convierte en la mejor manera de expresar la realidad de la diversidad sexo-genérica en toda su expresión... ¡y de generar transformaciones sociales reales!

JUNTXS SOMOS MÁS FUERTES, PERO AUN NO ESTAMOS TODXS

El **COLECTIVO** es un espacio de seguridad y apoyo para muchas personas LGTBIQ+. Sin embargo, existen personas que no se sienten representadas o que consideran que el colectivo es un espacio muy normativizado, en el que existen unas exigencias concretas y que marca una estructura que no siempre es inclusiva. El tercer sector ha tenido un papel muy relevante en el desarrollo del colectivo LGTBIQ+, pero las nuevas formas de socialización y participación dibujan contextos diferentes que están buscando su sitio. Las demandas de las personas participantes respecto a esto son claras: más interseccionalidad, menos patriarcado y opciones para nuevas formas y contextos de participación.

NO SOMOS SOLO “EL PRIDE”

La estereotipación respecto a las personas LGTBIQ+ marca el ideario colectivo global y, por tanto, sigue presente en la mente de una parte muy significativa de la población; incluida la población que trabaja con personas en ámbitos de intervención educativa, social, sanitaria, etc. Dentro del colectivo LGTBIQ+ existe también una normatividad, muy mediada por la centralidad de lo cis y lo gay, que puede llegar a desvalorizar a las personas, cuestionando sus identidades, orientaciones o maneras de ser y estar. Todo este conjunto de ideas preconcebidas puede convertirse en un elemento muy limitante para las vidas; siendo urgente la necesidad de construir idearios alternativos con presencia y fuerza social en el que podamos caber todxs. Esto es una tarea de toda la sociedad.

RETROCESOS EN LOS DERECHOS Y DISCURSO DE ODIO

El discurso de odio existe, tiene presencia en las instituciones y los medios de comunicación y es muy permeable. Las personas participantes en nuestro estudio lo relacionan con un auge de partidos políticos de ultraderecha y consideran que es una amenaza grave a los derechos humanos y a los logros legales conseguidos. Las personas LGTBIQ+ se convierten en el “enemigo” y sus vidas se someten a juicio y cuestión. Dentro de este colectivo son las personas trans y las mujeres las más afectadas por este tipo de narrativas. Todo este sistema que sostiene y normaliza la expresión más explícita de la violencia genera miedo e inseguridad.

LA PRECARIEDAD SIGUE SIENDO LA NORMA

Las personas del colectivo LGTBIQ+ se enfrentan a discriminaciones derivadas de su diversidad sexo-genérica a la hora de acceder al empleo o la vivienda. Estas situaciones están directamente vinculadas con la perpetuación de estereotipos y prejuicios en la población en general. Resulta especialmente llamativo que las personas “que no parecen LGTBIQ+” viven menos situaciones de discriminación por este motivo. La manera en que ideas preconcebidas o falta de información se conviertan en motivos que favorecen situaciones de exclusión social resulta especialmente grave y preocupante.

EN CUESTIÓN DE ESTIGMA, SEGUIMOS EN LOS 80

Solo hace falta recordar los primeros mensajes que surgieron en medios a partir de la irrupción de la “viruela del mono”: todavía existe estigma respecto a las personas LGTBIQ+. Los más cotidianos son los que tienen que ver con el VIH-SIDA, las infecciones de transmisión genital / sexual o la promiscuidad. Además, las conductas de las personas del colectivo siguen siendo analizadas y cuestionadas desde un prisma de exigencia, como si tuvieran que demostrar continuamente que merecen recibir respeto.

CHEMSEX Y CONSUMOS: UNA REALIDAD DENTRO Y FUERA DEL COLECTIVO

Los consumos de sustancias son comunes en la población general, especialmente el consumo de alcohol. Sin embargo, no podemos dejar de lado la práctica de **CHEMSEX** como una práctica específica de un perfil concreto de personas que puede generar situaciones de riesgo o problemáticas. Hablar explícitamente del **CHEMSEX** y dar claves para evitar consumos no controlados o que pongan en peligro la salud de las personas es una manera positiva de enfrentar esta situación.



PROPUESTAS

Es importante implementar una educación sexual integral en las aulas adaptada a cada ciclo vital e integrar la prevención de las drogas sin estigmas y la perspectiva de género transinclusiva. La educación sexual integral debería ser un contenido incorporado en el currículo educativo formalmente, de manera obligatoria y evaluable atendiendo a criterios científicos. El profesorado debe recibir formación en esta línea dentro de los estudios universitarios de Grado y Máster que capacitan para la docencia. Es importante atender a las orientaciones técnicas internacionales de la OMS o la UNESCO en esta línea.

La educación sexual no termina en la escolarización obligatoria. Las personas adultas también son posibles receptoras de procesos de educación sexual, en este caso no formal, para favorecer la gestión de sus placeres y los posibles riesgos a los que puedan enfrentarse.

Las entidades sociales deben basar sus proyectos y actividades en grupos de trabajo LGTBIQ+ (también podrían plantearse comisiones, asambleas internas, grupos técnicos, etc., adecuándose al formato de trabajo de cada entidad). Esto es importante sobre todo cuando se trate de entidades que trabajan con y para las personas jóvenes, de manera que puedan integrarse dentro de las estructuras de las organizaciones de una manera más orgánica y ser partes activas del trabajo de base.

Las entidades del tercer sector deben adaptarse a los cambios sociales. Actualmente, las redes sociales son una importante herramienta de socialización para la población LGTBIQ+; y también son utilizadas como espacio de búsqueda y recepción de información. Estar en las redes sociales generando contenido crítico, de calidad y accesible es una buena manera de transformar el ideario colectivo y visibilizar en positivo las realidades LGTBIQ+. Es importante una educación mediática crítica para conseguir una alfabetización significativa que nos permita ser capaces de desgranar los mensajes de los medios y aprovechar todo el potencial que estos espacios tienen para el cambio social.

Las personas trans, no binarias o género fluido son las más discriminadas ya no solo en la sociedad en general, si no también dentro del colectivo. Las personas bisexuales denuncian poca visibilización y fetichización de su orientación. El patriarcado tiene presencia y fuerza dentro del colectivo, al igual que la tiene en la sociedad en general.

Los debates dentro del colectivo son necesarios para su crecimiento y estabilización. Es importante incorporar la interseccionalidad para nutrir el diálogo y dar cabida a todas las personas que no se sienten identificadas con la normatividad binarista. Una clave para esto es la apertura en positivo hacia nuevos formatos de participación social y activismo, entendiendo su importancia y valorando sus aportaciones.

Es fundamental que cada profesional que trabaje en servicios sociosanitarios debe estar formada en perspectiva de género y en diversidad sexo-genérica para mejorar el acceso de las personas LGTBIQ+ a los servicios de asistencia y derribar el estigma social. Esto resulta clave para que las personas decidan asistir a estos servicios con seguridad cuando detecten una problemática personal o social que pueda convertirse en asunto de gravedad, evitando diagnósticos tardíos o problemas difíciles de solucionar a largo plazo. También es importante esta formación para aquellas personas que trabajan en medios de comunicación o de divulgación, ya que la manera en la que se habla públicamente del colectivo es absolutamente determinante para la manera en que la sociedad en general construye una imagen de las personas que forman parte del mismo.

Los discursos de odio son una cuestión de gravedad que implica a toda la sociedad. Es un problema relevante de justicia social que en 2022 se sigan manteniendo discursos de odio que queden impunes. Las agendas políticas deberían contemplar la creación de espacios seguros y que no sean cuestiones electoralistas o partidistas. Así mismo, debería de existir un compromiso explícito por parte de los distintos medios de comunicación y sociales orientado a controlar la viralidad de discursos que atentan contra los derechos humanos.

Demandamos más financiación para continuar con investigaciones de este calado, en el que se involucran entidades académicas y sociales, y se plantean propuestas orientadas a la práctica y al conocimiento de las dinámicas sociales informales. El conocimiento es la clave para la mejora de la atención a las personas ya sea en el ámbito educativo, en el sanitario o en el social.

Denunciamos los recortes en los servicios públicos (servicios sociales y sanidad prioritariamente) y el desmantelamiento de servicios de apoyo y atención a la ciudadanía como claves para entender las dificultades que las personas manifiestan en relación con su SALUD MENTAL. Las condiciones estructurales (acceso a empleo, vivienda, inflación, etc.) impactan en esta salud mental de manera directa.

09

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

Alises, C. (2021). *Guía de delitos de odio LGTBI*. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Violencia de Género, Igualdad de Trato y Diversidad. Junta de Andalucía.

Amorós, C. (1992). "Notas para una teoría nominalista del patriarcado". *Asparkía: Investigación feminista*, 1, 41-58.

Bourne, A; Reid, D.; Hickson, F.; Torres-Rueda, S.; Steinberg, P. y Weatherburn, P. (2015). "Chemsex' and harm reduction need among gay men in South London". *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>

Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate feminista*, 18(9), 296-314.

Butler, J. (2013). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Duque, I. (2022). *Acercarse a la generación Z. Una guía práctica para entender a la juventud actual sin prejuicios*. Planeta.

Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Titivillus.

Estudio Homosalud (2021). *Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (Chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España*. STOP SIDA.

Fuss, D. (1999). Dentro/Fuera En Carbonnel, N. y Torras, M. (Comps.). *Feminismos literarios* (pp. 113-124). Arco Libros.

Garaigordobil, M. y Larrain, E. (2020). Acoso y ciberacoso en adolescentes LGTB: Prevalencia y efectos en la salud mental. *Comunicar*, 28(62), 79-90.

Gutiérrez, C. (2021). *La revolución (a)sexual*. Egales.

Halberstam, J. (2008). *Feminidad masculina*. Egales.

Herek, G.M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of social issues*, 63(4), 905-925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>

Íncera, D.; Gámez, M.; Ibarguchi, L.; García, A.; Zaro, I. y Alonso A. (2022). *Aproximación al Chemsex en España 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombre GBHSH*. Apoyo Positivo e Imagina+.

Gato, J.; Barrientos, J.; Tasker, F.; Miscioscia, M.; Cerqueira-Santos, E.; Malmquist, A.; Seabra, D. Leal, M. H.; Poli, M.; Gubello, A.; de Miranda, M.; Guzmán, M.; Urzúa, A.; Ulloa, F. y Wurm, M. (2021). Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic and Mental Health among LGBTQ+ Young Adults: A Cross-Cultural Comparison across Six Nations. *Journal of Homosexuality*, 68(4), 612-630. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868186>

Kosofsky, E. (1998). *Epistemología del armario*. Ediciones de la Tempestad.

Zeeman, L.; Sherriff, N.; Browne, K.; McGlynn, N.; Mirandola, M.; Gios, L.; Davis, R.; Sánchez-Lambert, J.; Aujean, S.; Pinto, N.; Farinella, F.; Donisi, V.; Niedźwiedzka-Stadnik, M.; Rosińska, M.; Pierson, A. y Amaddeo, F. (2019). Health4LGBTI Network, A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

Llamas, R. (1994). La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos de sida. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 68(74), 141-171.

Llamas, R. y Vidarte, F.J. (1999). *Homografías*. Espasa.

Martínez-Expósito, A. (1998). Metáforas enfermizas: la representación del sujeto homoerótico en el cine español. En Navarro, A. Pueo, J.C y Saldaña, A. (Coords.). *Mitos: Actas del VII Congreso Internacional de la Asociación Española de Semiótica* (169-174). Litocían,

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2) 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>

Mendoza-Pérez, J.C. (2020). Las otras complicaciones de la COVID-19: discriminación por orientación sexual e identidad de género en el entorno familiar. *Boletín sobre COVID-19*, 7-8.

McCabe, S. E.; Bostwick, W. B.; Hughes, T. L.; West, B. T. y Boyd, C.J. (2010). The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1946-1952. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.163147>

McKirnan, D. J.; Ostrow, D. G. y Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: A psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS Care*, 8(6), 655-670. <https://doi.org/10.1080/09540129650125371>

Mérida, R. (2008). *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Icaria.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales.

Molitor, F.; Truax, S. R.; Ruiz, J. D. y Sun, R.K. (1998). Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *The Western Journal of Medicine*, 168(2), 93-97.

Menéndez, A.; García, J. y Moreno, L. (2021). Chemsex e intervención integral. Abordaje desde la prevención, el tratamiento y la atención social. *Infonova revista profesional y académica sobre adicciones* 38(1), 58-77.

Neman Do Nascimento, M.A. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo?. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 17, 227-239.

Núñez, G. (2011). *¿Qué es la diversidad sexual?*. Universidad Autónoma de México.

Olmeda, F. (2007). La homosexualidad en España desde el franquismo hasta hoy. En Rodríguez, F. (Ed.). *Cultura, homosexualidad y homofobia* (Vol.1, 21-32). Laertes.

Parra, N. (2022). Del 'desorden a la diversidad'. Una revisión de los modelos para la intervención social en la infancia y la adolescencia trans en el Estado español. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, 34, 304-332. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i34.11950>

Pecheny, M. (2001). De la 'no-discriminación' al 'reconocimiento social'. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina en *Actas del XXIII Congreso de la Latin American Studies Association* (1-45).

Platero, R. (L). (2009). "Lesboerotismo y la masculinidad de las mujeres en la España franquista". *Bagoas-Estudios Gays: géneros e sexualidades*, 3, 15-38.

Race, K. (2014). Complex Events: Drug Effects and Emergent Causality. *Contemporary Drug Problems*, 41(3), 301-334. <https://doi.org/10.1177/009145091404100303>

Race, K. (2015). 'Party and Play': Online hook-up devices and the emergence of PNP practices among gay men. *Sexualities*, 18(3), 253-275. <https://doi.org/10.1177/1363460714550913>

Rodzinka, M. y Pawłęga, M. (2020). *Obrim les portes: una guia per a professionals de la salut*. Universidad de Girona y Fundación Surt.

Russell, S. T. y Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth". *Annual review of clinical psychology*, 12, 465-487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>

Schnarrs, P. W; Stone, A. L.; Salcido, R.; Georgiou, C.; Zhou, X. y Nemeroff, C. B. (2020). The Moderating Effect of Resilience on the Relationship between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Quality of Physical and Mental Health among Adult Sexual and Gender Minorities. *Behavioral Medicine*, 46(3-4), 366-374. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1727406>

Serra, C. (2021). *Que no nos distraigan*. El País,

Soley-Beltrán, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*. Bellaterra.

Stuart, D. (2019). Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.1108/dat-10-2018-0058>

Trujillo, G. (2009). *Deseo y resistencia: treinta años de movilización lesbiana en el Estado español (1977- 2007)*. Egales.

Ugarte, J. (2004). "Entre el pecado y la enfermedad". *Orientaciones: revista de homosexualidades*, 7, 7-26.

Weeks, J. (1995). *Invented moralities: Sexual values in an age of uncertainty*. Columbia University Press.

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., & Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118.

VVAA (2020). *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España*. Ministerio de Sanidad.

UNAD

La red de atención a las adicciones

unad@unad.org

unad.org

UNAD

La red de atención a las adicciones

C/ Cardenal Solís, 5 local 2
28012 Madrid

91 447 88 95
unad@unad.org

