
CAPÍTULO 10

DIVERSIDAD SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN

Beatriz Cerda De la O¹

CONCEPTOS BÁSICOS

Un grupo de expertos conjuntados en el 2002 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Sexología definieron *la*

¹ Médica Cirujana egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM, Especialista en Psiquiatría, Egresada de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, Alta Especialidad en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva en Psiquiatría, egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM, Especialidad en Sexología Educativa y Maestría en Sexología Clínica por el Instituto Mexicano de Sexología. Docente de alumnos de pregrado en la Facultad de Medicina de la UNAM y de Posgrado en el INFPR impartiendo la materia de Problemas relacionados con la Sexualidad para personal médico residente de psiquiatría.

Médica Especialista Psiquiatría Adscrita a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*. Participa en Asociaciones Civiles y Médico Humanitarias, brindando atención Psiquiátrica en ADIVAC (Asociación para el Desarrollo Integral para personas Violadas) y MSF, Médicos Sin Fronteras.

sexualidad como una dimensión fundamental del hecho de ser humano, que se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten o expresen todos (Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Mundial de Sexología [WAS], 2000)

La sexualidad está basada en:

- *El sexo*: características físicas o biológicas de las personas determinadas genéticamente (fórmula cromosómica, genes, gónadas, órganos sexuales, niveles hormonales, caracteres sexuales secundarios y dimorfismo cerebral), las cuales sujetan a las personas en algún punto del continuo que tiene como extremo a aquellas reproductivamente complementarias (Álvarez Gayou J. J., 2011).
- *La identidad de género*: Grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o una combinación de ambas; puede o no ser congruente con el género asignado (Arango Montis, 2008).
- *La identidad sexogenérica*: Es la construcción de identidad y de auto denominación en relación con la sexualidad; abarca aspectos biológicos, expresiones en relación con el género, la orientación o preferencia sexual, la forma de expresarse, el deseo y las prácticas para hacerlo (Flores y Maccise, 2007).
- *El género*: Es la construcción social caracterizada por clasificar a los miembros de la especie humana en dos grandes categorías: los hombres y las mujeres. Alude a toda una serie de ideas, sensaciones, percepciones, sentimientos, mitos,

estereotipos, conductas y expectativas normativas: es decir, lo que se espera de una persona, con las sanciones sociales respectivas, si estas no son cumplidas. Una categoría del *género* es el denominado *género de asignación*, el cual consiste en denominar como *mujer* o *varón* a un determinado humano; ocurre casi siempre poco después del nacimiento y se fundamenta en el fenotipo o aspecto exterior de la persona, especialmente en sus órganos sexuales externos. La asignación de género con frecuencia es correcta, ya que coincide con el sexo de la persona, sin embargo, existen circunstancias en que puede ser equívocas (Barrios, 2005), como pudiera ser el caso de las personas intersexuales.

- *La orientación sexual o preferencia genérica o sexual:* Atracción, tanto amorosa como afectiva, física y sexual, por una persona según su sexo-género. Se divide en heterosexualidad (atracción a personas del otro sexo y/o género), la homosexualidad (atracción a personas del mismo sexo y/o género) y la bisexualidad (atracción hacia otras personas sin importar su sexo y/o género). Se ha demostrado que no se elige ser homosexual, heterosexual o bisexual (Riesenfeld, 2006) (Álvarez Gayou J. J., 2011). Entre los elementos que definen la preferencia pueden encontrarse la atracción hacia los aspectos fenotípicos o externos y/o hacia los sexuales y/o eróticos, aunque generalmente lo que llama nuestra atención visual es el género; por lo que la preferencia genérica podría definirse como la atracción que tiene una persona para relacionarse con personas de su mismo género (homosexuales), ambos géneros (bisexuales) u otro género (heterosexuales).
- *Prácticas sexuales:* Éstas, además de ser un componente de la sexualidad humana, como su expresión se refiere a todas las posibilidades de ejercer la vida sexual.

La *sexualidad* como la entendemos en la actualidad abarca la interacción de múltiples y complejos factores a lo largo de un *continuum*

que sería imposible homogeneizar. Sin embargo, este concepto con sus complejidades, no surgió fácilmente. Es producto de la lucha social por las libertades y la búsqueda del respeto a los derechos sexuales, que muchas organizaciones civiles de todo el mundo han buscado desde hace ya algún tiempo y que persisten hasta la actualidad.

También producto de esta lucha social surge el *constructo* teórico de *diversidad sexual*, el cual hace referencia a todas las posibilidades de asumir, expresar y vivir la sexualidad para cada cultura y persona. Incluye distintas identidades, preferencias sexuales u orientación, expresiones del erotismo, prácticas sexuales y afectos. También abarca el reconocimiento y el derecho a la existencia y manifestación de todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas. La diversidad sexual critica el binarismo sexual, las ideologías androcentristas y heterosexistas, el sistema patriarcal y las jerarquías a favor de una coexistencia respetuosa y equitativa de todas las personas con las posibilidades múltiples de su existencia (Flores y Maccise, 2007) (Fonseca y Quintero, 2009).

Algunos ejemplos de esta diversidad sexual (además de los arriba descritos en la definición de sexualidad) incluyen a:

La transgeneridad: Se caracterizan porque las cualidades y los roles de género no coinciden con el sexo, es decir, son personas que no se identifican con su cuerpo: un hombre que se percibe, identifica, se siente y se vive como mujer, o viceversa, una mujer que se identifica con los roles masculinos, con ser hombre (Flores y Maccise, 2007). Las personas que viven las 24 horas del día en el rol cruzado, tienen una proporción de tres varones por mujer (Álvarez Gayou y Millán, 2010).

La transexualidad: Son personas transgénero que tienen la convicción de que su identidad genérica no coincide con su sexo biológico (un hombre atrapado en un cuerpo de mujer y viceversa); hay

una discordancia entre su cuerpo y mente (sexo-género) en donde la única forma de concordancia es a través de la reasignación de sexo con procedimientos médico-quirúrgicos (Flores y Maccise, 2007). Existe una discordancia entre el sexo y la identidad de género (Álvarez Gayou J. J., 2011).

El travestismo: Es la expresión comportamental de la sexualidad que se conceptúa por el gusto que tiene una persona por el uso de prendas, manierismos, accesorios o lenguaje atribuido en una sociedad y época determinada al otro género (Álvarez Gayou y Millán, 2010). El atuendo del género opuesto es la conducta más ostensible de la transgeneridad (Flores y Maccise, 2007).

La intersexualidad: Es una condición en la cual el individuo nace con caracteres sexuales de ambos sexos. En estos casos, la persona debe decidir el sexo y el género con el que más se identifique (Flores y Maccise, 2007).

El bigenerismo. Personas que se identifican con mujeres o varones pero que su rol genérico no es predominante, pueden presentarse como parcialmente mujeres, parcialmente varones o ambos (Álvarez Gayou y Millán, 2010).

Así la diversidad sexual abarca la infinita multiplicidad de prácticas e incluye las expresiones comportamentales de la sexualidad, también denominadas *parafilias*. Este tema será excluido del presente ensayo ya que su complejidad requiere de una descripción mucho más amplia y específica.

Finalidad expositiva

El presente y brevísimo análisis sobre el origen y el desarrollo del concepto de *diversidad sexual*, busca difundir de forma simbólica, dentro de un espacio público académico, una descripción del fenómeno, capaz de sensibilizar y fomentar el conocimiento, la discusión y el estudio sobre el tema, sin que por ello se intente dar por hecho la existencia sexual de las personas con los conceptos

aquí descritos. Trataremos de enfatizar las dificultades en materia de equidad (acceso a oportunidades) e igualdad (de derechos) que las personas de la diversidad sexual han padecido, así como los efectos de esta disparidad en la salud mental. Por último describiremos la educación como estrategia para eliminar la violencia hacia las expresiones de la diversidad sexual; considerando la educación formal y científica como la mejor arma contra el prejuicio, el estigma y la exclusión, contra las etiquetas, las devaluaciones y la discriminación.

Origen y desarrollo de la diversidad sexual como constructo teórico y político

La Federación Alemana del Norte aprueba en 1981 incluir las relaciones sexuales entre hombres, como delito dentro del código penal de dicho país; en respuesta a esta acción se inicia la constitución de grupos que buscan defender los derechos a estas prácticas, el médico alemán Karl Heinrich Ulrichs (Bavines, 2002) acuñó el término “homosexual” (para sustituir el de *sodomía* que tenía una connotación religiosa), manifestando públicamente estar en contra del contenido del artículo (Noriega, 2011) y pidiendo que se considerara como innato el amor homosexual; con la utilización de este término se evitó que se considerara como delito, pero se inició una nueva forma de poder sobre los cuerpos y las mentes de las personas homosexuales, diagnosticando médicamente la discriminación hacia este gremio (Foucault, 1989).

Esta descripción para entonces considerada “científica” describía formas “normales” de sexualidad, *versus* formas anormales, visión dicotómica que persiste hasta la actualidad en diversos grados de expresión.

Paradójicamente la supuesta “normalidad” de la sexualidad se forja gracias al concepto de “anormalidad”, es decir las personas catalogadas con identidades “normales” heterosexuales “por

naturaleza”, reproductoras (que tienen actividades eróticas con fines reproductivos), casadas y monógamas y *que practican solo la postura del misionero*, no existirían si no pudiesen compararse con la sexualidad de las personas “anormales”, personas homosexuales, bisexuales, no reproductivas, poligámicas, parafillicas, con prácticas sexuales e identidades diversas, etcétera.

Para el filósofo francés Michel Foucault (1989) este dispositivo de sexualidad normal *versus* anormal tiene como razón de ser el control global de las poblaciones. Si consideramos que nuestro lenguaje construye nuestro pensamiento, al utilizar de forma cotidiana estos discursos dicotómicos, reforzamos los introyectos psicológicos que hemos aprendido de la sociedad contribuyendo a evitar la expresión de *lo diferente* y generando una mezcla de significados e interpretaciones asociadas al término. Por ejemplo, aunque desde la estadística los términos *normal* y *anormal* son puramente descriptivos y se relacionan exclusivamente con la frecuencia de ocurrencia de un determinado fenómeno, la palabra *normal* favorece interpretaciones valorativas desde juicios morales que estigmatizan y rechazan lo diferente: lo más frecuente es “bueno” y lo menos frecuente es “malo”; lo “bueno” es sano y lo malo es “enfermo”; por lo tanto si lo normal es bueno y bueno es sano, entonces lo normal es lo sano; por otro lado si lo anormal es malo y lo malo es enfermo, entonces lo anormal es enfermo (Alvarez J, 2010) (Álvarez Gayou J. J., 2011) (Shibley y DeLamater, 2006).

Esta interpretación justifica la discriminación y fomenta el heterosexismo y la homofobia argumentando ejemplos como el siguiente: si la heterosexualidad es lo más frecuente, entonces es “normal” y por lo tanto “buena” y “sana” mientras que la homosexualidad al ser menos frecuente es “anormal” y por lo tanto “mala” y “enferma”. La *homofobia* es el temor fuerte e irracional hacia las personas homosexuales manifestada a través de actitudes y reacciones negativas hacia estas; mientras que el *heterosexismo* es la creencia de que todas las personas son heterosexuales y de que la heterosexualidad es la norma (Shibley y DeLamater, 2006).

A causa de que existen personas homofóbicas las personas homosexuales han adoptado una variedad de experiencias encubiertas de expresión; algunas están *en el closet* y mantienen en secreto su orientación sexual, y otras están *fuera del closet* y son abiertos respecto a su orientación sexual (Álvarez-Gayou y López, 2013) (Shibley y DeLamater, 2006).

Los movimientos de lucha por la despenalización de la homosexualidad, se manifestaron con agrupaciones que denunciaban el acoso policiaco y buscaban protección contra este, y a la vez solicitaban el desarrollo en materia de educación sexual; dichas agrupaciones se denominaron “movimiento homófilo” e integraron las primeras “comunidades homosexuales”; a pesar del avance de estas agrupaciones en la lucha política y la concientización sobre la homosexualidad, seguían aceptando la opinión médica de la *homosexualidad* como problema de salud (Noriega, 2011).

Subsecuentemente surge una categoría diagnóstica en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* dentro del apartado de *desviaciones sexuales* (American Psychiatric Association, 1952), para clasificar a la homosexualidad en este apartado (junto con el travestismo, el fetichismo, entre otros). Estos diagnósticos justificaron tratamientos médicos en la búsqueda de la “rehabilitación” permitiéndose entre otras prácticas el uso de terapias electroconvulsivas, de hormonas, de lobotomías, de intervenciones psicológicas aversivas, de reclusión en los asilos, etcétera para “curarla” (Careaga y Cruz, 2004).

El *movimiento gay* comienza a cuestionar a las instituciones médicas y propone un cambio de cultura que sea capaz de considerar el deseo homosexual en todas las personas y no solo en las homosexuales.

En la década de los cincuentas, Alfred Kinsey entrevistó a 5300 sujetos masculinos y 5940 femeninos proponiendo la existencia de mujeres y hombres en un continuo hetero-homosexual en el que todos los seres humanos se colocan en algún punto (Kinsey, Pomeroy, y Martin, 1948). Kinsey y sus colaboradores, encontraron que 4% de

los entrevistados habían sido exclusivamente homosexuales a partir de la pubertad, 10% fueron predominantemente homosexuales durante 3 años entre los 16 a los 55 años y 37% tuvo por lo menos una actividad homosexual dirigida a orgasmos después de la pubertad; respecto a las mujeres la homosexualidad estuvo presente solo en 50% en relación a la masculina. El informe de Kinsey negaba explícitamente la patología *homosexualidad*, además de mostrar que era un hecho relativamente común (Kinsey, Pomeroy, y Martin, 1948); Evelyn Hooker publicó en 1957 su investigación psicológica donde revelaba que las personas homosexuales no eran intrínsecamente anormales y que no había diferencia entre hombres homosexuales y heterosexuales en términos de patología (Riesenfeld, 2006).

El 28 de junio de 1969 un grupo de policías de la sección en lucha contra el vicio de la ciudad de Nueva York, irrumpió para ejercer violencia física y psicológica en *Stonewall*, en un bar donde los homosexuales concurrían en Greenwich Village. Por primera vez surge como resistencia a la opresión, un incendio donde los policías quedan atrapados al interior del bar; esta resistencia se extendió en forma de diversos incendios y agresiones físicas con piedras que duraron 3 días. Del entusiasmo y la autoafirmación nació el Frente de Liberación Gay (Kite y Deaux, 1984).

Desafortunadamente esta liberación comenzó a entenderse como un estilo de vida individual predominante de la clase media, con espacios de expresión y consumo específicos y estereotipos de buen gusto o “normalidad gay”, lo que dio paso a la construcción de nuevas marginaciones para aquellas personas que no cubrían estos parámetros: transgéneros, transexuales, bisexuales, asexuales, sadomasoquistas, con polirelaciones o con manifestaciones diversas en la identidad de género y expresión de la sexualidad en sus relaciones (Careaga y Cruz, 2004).

Producto de estas movilizaciones desde 1973 la Asociación Psiquiátrica Americana suprime la homosexualidad del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* y poco después la Organización Mundial de la Salud (Álvarez Gayou J. J., 2011).

A partir de los años ochenta, surgen movimientos que cuestionan esta nueva *normalidad gay* y rechazan la visión de la opresión y liberación relacionada con salir o no del “clóset”, exclusiva de la clase media-blanca que excluye diferencias socioeconómicas, étnicas, de salud, de edad, etcétera, considerando que no existe una exclusividad en la *identidad gay*, sino que existen diferentes maneras de vivir.

En este contexto surge lo denominado “*queer*”, para referirse a esas realidades sexuales y de género diferentes a lo gay o heterosexual. El adjetivo *queer* significa “raro”, “torcido”, “extraño”. Como teoría cuestiona la estabilidad, la coherencia y la homogeneidad del género, las identidades y las sexualidades criticando el sistema sexo género y a la academia (Polo Usaola, 2011). La teoría se origina en Estados Unidos a partir de la luchas a favor de los derechos de las mujeres, de los homosexuales, del estudio del sida y se alimenta de las nuevas premisas sobre la sexualidad, descritas por Boswel y Foucault en los ochentas y por Judith Butler y Annamarie Jagose en los noventas (Burton C., 2013).

El estudio de la epidemia del sida y su epidemiología revela que muchos hombres que tienen prácticas sexuales con otros no se consideran a sí mismos como gays u homosexuales y que existen comunidades culturales que entienden el deseo homoerótico de otras formas. A finales de la década de los noventa aparece el movimiento “LGBTTI: lésbico, gay, bisexual, transgénero, transexual e intersexual”.

En el marco de la lucha por los derechos sexuales surge la definición de salud sexual como el “Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso ante la sexualidad y de relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (World Health Organization, 2006).

Gradualmente el término político de “diversidad sexual” ha logrado ganar terreno; las visiones de las organizaciones sociales y sus luchas impulsan el conocimiento, difusión y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población, todos reconocidos como derechos humanos; dichas organizaciones promueven a través de diversos movimientos sociales (marchas, plantones, festivales, homenajes, declaraciones, desfiles, etcétera) la igualdad de oportunidades para la expresión de las diversas formas de existencia sexual (Bavines, 2002).

La gran mayoría de estas organizaciones surgieron en la década de los noventa del siglo XX y forman parte de redes internacionales y nacionales que trabajan de manera concertada a favor de la defensa de los derechos sexuales. En México la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA y el Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, son algunas de las organizaciones gubernamentales que junto con asociaciones de la sociedad civil, buscan el acceso a estos derechos sexuales entre los que se encuentra la libre expresión pública de los afectos, las identidades de género, la no discriminación por preferencia sexual o por vivir con VIH-SIDA, el reconocimiento de los diferentes tipos de familias, etcétera. El movimiento por la diversidad sexual enfatiza que “los derechos sexuales son derechos humanos”: esta afirmación generó agitadas polémicas en el marco de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en China en 1995: derecho a la libertad de expresión, a la igualdad ante la ley, a la libertad y seguridad, a la protección ante toda discriminación, a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos y degradantes, y al derecho fundamental de todas las personas a ejercer la sexualidad libre de coerción, disminución y violencia. La Declaración de Valencia sobre los derechos sexuales se lleva a cabo en 1997, en el marco del XIII Congreso Mundial de Sexología, despatologizando la expresión de *diversidad sexual* y buscando crear las condiciones propicias para el ejercicio digno de la sexualidad en toda su riqueza y pluralidad.

Discriminación y sus efectos en la salud mental

Las formas de discriminación manifestadas con odio y aversión hacia las orientaciones sexuales e identidades diferentes a la heterosexual han sido conceptualizadas como: homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia, etcétera (Burton C, 2013) (Fonseca y Quintero, 2009).

El sometimiento a mayor estrés social que las personas de la diversidad sexual viven debido al estigma y a la discriminación individual e institucional (ataques físicos, trato injusto en la casa, en la escuela, en el trabajo, discriminación en las políticas matrimoniales, en la adopción de hijas/os en el acceso a la salud e incluso la incapacidad para decidir sobre sus propios cuerpos), tienen impactos negativos en la salud mental, siendo la mayor victimización en sus familias, el abuso físico, sexual y la violencia de pareja, en etapas tempranas de la vida, lo que incrementa el riesgo de padecer psicopatología. Se ha encontrado que las personas de la diversidad tienen mayor riesgo de haber vivido la experiencia de estar sin hogar que las heterosexuales. Independientemente de la orientación sexual y de la identidad todos estos son factores sociales, culturales y económicos son de riesgo para el desarrollo de problemas de la salud mental (McLaughlin, Hatzenbuehler, y Xuan, 2012).

Algunos estudios que han evaluado la salud mental en las personas de la diversidad sexual, han encontrado que cumplen dos veces más los criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico comparado con la población heterosexual; esto tiene una relación directa con las experiencias crónicas de estigmatización, discriminación y violencia (física, psicológica, negligencia y sexual) que reciben por parte de la familia, conocidos o desconocidos en la infancia, adolescencia y edad adulta. La exposición a diferentes tipos de abuso en la infancia y adolescencia y el rechazo en el hogar es más común que con las personas heterosexuales; en las relaciones de pareja también se ha reportado mayor victimización que en la población heterosexual. Estas experiencias adversas se han asociado como factores de riesgo de conductas suicidas, síntomas

depresivos, abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, lo que provoca sentimientos de desesperanza y baja autoestima. El uso de sustancias puede ser una estrategia de afrontamiento ante la victimización; por otro lado la ausencia de hogar favorece el acceso al consumo de diversas sustancias y mayores posibilidades de exposición a la violencia (McLaughlin, Hatzenbuehler, y Xuan, 2012).

Educación: estrategia para eliminar la violencia hacia las expresiones de la diversidad sexual

A lo largo de la historia la educación ha sido uno de los factores fundamentales en el desarrollo de las sociedades. Debido a que la violencia hacia la diversidad sexual ha estado presente en la historia de las culturas, en las instituciones y en las leyes como producto del sistema patriarcal hegemónico que reproduce la misoginia y la imposición de juicios valorativos, la educación es la estrategia para la eliminación de estas prácticas discriminatorias (Álvarez-Gayou y López, 2013). Para reducir el impacto de dicha discriminación en la salud mental, es necesario evitar la victimización mediante estrategias de intervención a nivel de la comunidad, en los ambientes escolares y en las familias, estableciendo programas de reeducación sobre la diversidad sexual y fomentando con esto la prevención de la misma (que impida la exclusión educativa, laboral y social, el rechazo religioso, la negación de servicios de cualquier tipo, etcétera).

Los programas educativos deben desmitificar estereotipos y estigmas reproducidos por los medios de comunicación, que favorezcan ambientes de aceptación y respeto ante la decisión de *salir del closet* y evitar con esto rupturas familiares, abandono, violencia y en casos extremos, hasta la muerte.

Algunos ejemplos de expresiones discriminatorias basadas en estereotipos y juicios valorativos que se usan de forma cotidiana son los siguientes: “El homosexual no nace, se hace; los bisexuales son perversos, no saben lo que quieren, son indecisos; los

homosexuales, bisexuales o trans-travesti, transgénero, transexual son producto de un desvío de la naturaleza y se dedican al comercio sexual; son así porque los abusaron sexualmente; las lesbianas, gays y transexuales acosan a las personas heterosexuales; las lesbianas y los gays son pederastas; el SIDA la padecen solo los gays y transexuales; Las/los homosexuales y transexuales son más promiscuas(os) que las y los heterosexuales; si los matan es por crímenes pasionales” (Álvarez-Gayou y López, 2013) (Noriega, 2011).

Tomar conciencia de estas expresiones y de los diferentes contextos en los que se usan, brinda la posibilidad de cuestionarlos y evitar su reproducción al considerar que su uso cotidiano propicia actos violentos que ponen en riesgo la integridad física y mental de las personas de la diversidad sexual y fomenta la violación a sus derechos. Como sociedad debemos evitar el rechazo, la discriminación, las burlas y otras formas de violencia que favorecen la impunidad y los crímenes de odio contra esta parte de la población. Es obligación del Estado y de nosotros como sociedad proteger y garantizar los derechos humanos (Flores y Maccise, 2007).

REFERENCIAS

- Álvarez Gayou, J. J. (2011). *Sexoterapia Integral*. Mexico: Manual Moderno.
- Álvarez Gayou, J. L., y Millán, P. (2010). *Homosexualidad, bisexualidad, travestismo, transgeneridad, transexualidad. Derrumbe de mitos y falacias*. México: IMESEX.
- Álvarez J, C. A. (2010). *Trabajo final de estadística: homofobia, informe de investigación*. México: Universidad Panamericana.
- Álvarez-Gayou, J. L., y López, S. M. (2013). *Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario*. Mexico: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Arango Montis, I. (2008). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión 5*. Washington: Editorial Panamericana.
- Barrios, D. (2005). *En las alas del placer*. México: Pax.

- Bavines, J. (2002). *El movimiento gay en México*. México: Comunidad Lúbrica.
- Burton C, M. M. (2013). Sexual minority related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth. *J. Youth Adolesc*, 394-402.
- Careaga, G., y Cruz, S. (2004). *Sexualidades Diversas, aproximaciones para su análisis*. Ciudad de México: Porrúa.
- Flores, J. D., y Maccise, M. D. (2007). *La Diversidad Sexual y los Retos para la Igualdad e Inclusión*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Fonseca, C., y Quintero, M. (2009). La de construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 43-60.
- Foucault, M. (1989). *La Historia de la Sexualidad 1, La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- I., M. (2003). Prejudice, Social, Stress And Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations. Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull* 2003, 664-697.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., y Martin, C. (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company.
- Kite, M., y Deaux, K. (1984). Gender Believes Systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. *Psychology of Woman Quarterly*, 11, 83-96.
- L. Rowland, D., y Davis, C. M. (Volume 16, 2005). Annual Review of Sex Research. *A Publication of The Society for the Scientific Study of Sexuality*, 119-153.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., y Xuan, Z. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child Abuse Neglect*, 645-655.
- Noriega, G. N. (2011). ¿Qué es la diversidad sexual? Reflexiones desde la academia y el movimiento ciudadano. En G. N. Noriega, *Los estudios Queer* (pp. 167-174). Quito: Abya Ayala- Universidad Politécnica Salesiana y CIAD, A. C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Mundial de Sexología (WAS). (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Guatemala: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Trastornos Mentales CIE-10*. Washington D.C.: OMS.
- Pillard, R. (1991). Masculinity and Feminity in Homosexuality: "Inversion" revisited. *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*, 32-43.
- Polo Usaola, C. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de la despatologización de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 285-302.
- Riesenfeld, R. (2006). *Bisexualidades entre la homosexualidad y la heterosexualidad*. México: Paidós Mexicana.
- Riesenfeld, R. (2010). *Papá, mamá soy gay*. México: Paidós.

- Shibley, J., y DeLamater, J. D. (2006). *Sexualidad Humana*. México: McGrawHill.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health*. Geneva: Spetial Program of Research, Development and Research training in Human Reproduction.