

Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual

Identity and mental health risks for young gays in Mexico: recreating the homosexual experience

José Arturo Granados-Cosme ¹
Guadalupe Delgado-Sánchez ²

¹ Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México DF, México.

² Maestría en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México DF, México.

Correspondencia

J. A. Granados-Cosme
Maestría en Medicina Social,
Universidad Autónoma Metropolitana.
Calzada del Hueso 1100,
Col. Villa Quietud 04960,
Coyoacán, México DF.
jcosme@correo.xoc.uam.mx

Abstract

In Mexico, mental disorders have displayed a sharp upward trend. Suicidal conduct is one of the most important mental health problems in the young population, with sexual orientation as a risk factor, since homosexuals show higher probability of suicide as compared to heterosexuals. Suicidal conduct is associated with prior health problems such as depression, anxiety, and low self-esteem, related to predisposing factors like formative experiences with personality. The current study takes a qualitative approach to explore the risk of mental health disorders in homosexuals, associated with suicidal conduct, based on their experience with homophobia in primary and secondary socialization settings. Discourse analysis revealed the relationship interviewees assigned to social rejection of their sexuality and key symptoms of depression (sadness), anxiety (fear), and suicidal conduct (intent and ideation).

Male Homosexuality; Sexual Behavior; Mental Health; Depression

Introducción

En las últimas décadas en México, los trastornos mentales se han incrementado, actualmente son una de las primeras causas de morbilidad. Esta situación es relevante para los servicios médicos por la alta comorbilidad, retraso en la atención y cronicidad. El suicidio es uno de los principales, además de causa de muerte indica depresión grave, éste se elevó de 3 por día en 1979 a 6 en 1993 ¹. Hasta los setenta no era una causa de muerte importante, pero en 1970 se registraron 554 defunciones por esta causa y en 1991 la cifra se elevó un 282% (la tasa por cien mil habitantes pasó de 1,13 a 2,25 y de representar del 0,11% al 0,52% del total de causas de muerte para el mismo periodo). En jóvenes de 15 a 19 años de edad, entre 1970 y 1990, la tasa de suicidio pasó de 1,49 a 2,83 ². A inicios de los noventa, se reportó que la población escolar presentaba una prevalencia de ideación suicida del 26 al 50% y se observó que la conducta suicida se incrementa según el nivel escolar hasta una prevalencia del 50 al 65% entre universitarios ². En jóvenes de secundaria y bachillerato en Ciudad de México, la prevalencia de intento suicida pasó de 8,3% en 1997 a 9,5% en el año 2000 ³. Estas cifras revelan que adolescentes estudiantes son la población de mayor riesgo para suicidio.

Algunos estudios refieren problemas de identidad y orientación sexual como factores de riesgo para conducta suicida ⁴; grupos margina-

dos son más vulnerables a depresión que puede conducir al suicidio. Ésta última puede resultar de violencia y aislamiento, sentimientos de soledad, frustración e impotencia. Los homosexuales muestran de 2 a 6 veces más probabilidades de cometer suicidio que los heterosexuales; en países anglosajones muestran mayores tasas de trastornos mentales que los heterosexuales⁵; mayor prevalencia de trastornos depresivos^{6,7}, ansiedad⁶, ataques de pánico⁷ y *distress* psicológico^{7,8,9,10}; así como tasas más altas de intento de suicidio^{5,11,12,13}, particularmente entre adolescentes¹⁴. En Reino Unido, un 43% de los homosexuales mostraba algún trastorno mental y un 31% había intentado suicidarse¹⁵.

La orientación sexual es una variable que, en los homosexuales, predice el uso de psicoterapia, medicación psiquiátrica, utilización de servicios de salud mental, ideación e intento de suicidio, conductas autodestructivas y daños autoinfligidos^{9,10}. Los homosexuales muestran también mayor consumo de drogas recreativas^{10,16}. Por su parte, jóvenes homosexuales en situación de calle muestran elevadas prevalencias de eventos estresantes y riesgo de ejercer prostitución¹⁷.

La homofobia está involucrada en la génesis de los principales trastornos mentales que presentan los homosexuales. Ésta no es sólo el simple rechazo a la homosexualidad, sino un referente fundamental con que se construye el modelo dominante de masculinidad en las sociedades contemporáneas. La estigmatización de la homosexualidad genera bajos niveles de autoestima en homosexuales y los hace más susceptibles a enfermedades mentales¹⁸. Altos porcentajes de conducta suicida en homosexuales estuvieron asociados a discriminación y violencia¹⁵; a intolerancia y opresión⁸, lo que resalta la importancia del contexto cultural cuya hostilidad causa problemas de salud mental en homosexuales¹⁹.

Estos estudios se han realizado en países anglosajones por lo que prevalece la necesidad de ampliar el conocimiento sobre Latinoamérica. En una muestra de 100 homosexuales de Costa Rica en 1999, se encontró que tenían sentimientos de tristeza, temor, ansiedad, preocupación, burla y discriminación en sus espacios laborales y familiares; un 42% había conocido un homosexual que había intentado suicidarse y un 29% dijeron conocer a alguien que lo consiguió, los motivos más citados fueron: contagio del SIDA, infidelidad y miedo al rechazo familiar y social; 40% dijeron tener pensamientos suicidas, 22% lo había intentado alguna vez y más de la mitad de éstos lo había intentado más de una vez, lo grave es que la mitad de quienes lo habían intentado no había recibido atención especializada²⁰. De ahí la importancia de profundizar en aspectos

sociales de la depresión y el suicidio en jóvenes homosexuales, tema en que la exploración cualitativa es limitada. Este trabajo se propone contribuir al conocimiento de la experiencia y consecuencias de la homofobia en los homosexuales. El objetivo fue describir la relación que guarda la elaboración de la identidad homosexual, en función de la experiencia de la homofobia, con el riesgo de daños a la salud mental en jóvenes *gays* de una universidad en Ciudad de México.

Material y métodos

Se utilizó una metodología cualitativa para la recolección y análisis de información, aplicándose entrevistas semiestructuradas a diez homosexuales de entre 20 y 26 años de edad. Se indagó la relación entre la experiencia de ser víctima de homofobia y el riesgo de daños a la salud mental, en la que los significados culturales sobre la homosexualidad juegan un papel fundamental.

Los informantes fueron reclutados por la técnica de "bola de nieve" (*snowball sampling*), de utilidad cuando se intenta contactar poblaciones inaccesibles o difíciles de entrevistar²¹; una subcategoría de métodos propositivos de muestreo en que se parte de un "propósito" y se investigan uno o más grupos específicos, cuando se necesita una muestra rápida y cuando no es importante para el estudio una muestra proporcional²², consiste en contactar integrantes de un grupo que conozcan los criterios de inclusión, solicitando a estos informantes clave que sugieran personas dispuestas a colaborar en el estudio^{21,23}, y a su vez que éstas recomienden a otras con los mismos criterios²³.

El primer contacto fue a través de un grupo de universitarios de Ciudad de México. El reclutamiento finalizó cuando se presentaron suficientes regularidades y semejanzas en el discurso. Las entrevistas se realizaron entre febrero y mayo de 2006, al inicio se informó de la importancia, confidencialidad y anonimato, obtenido el consentimiento, se audiograbó la entrevista con una grabadora digital ICD-P210 (Sony Electronics Inc.).

La guía de entrevista comprendió tres tópicos:

- Identificación de la orientación homosexual: (i) situaciones que los hicieron sentirse diferentes; (ii) observaciones de otros que los hicieron reconocerse diferentes; y (iii) sentimientos que les generó reconocerse diferentes;
- Experiencia de homofobia: rechazo a la homosexualidad en general o a homosexuales en específico en entornos primarios (familia, casa) y entornos secundarios (escuela, lugar de trabajo y vía pública);

- Indicadores de daños a la salud mental: sentimientos, pensamientos y conducta que generaba la homofobia: culpa, aislamiento, tristeza, miedo y conducta suicida.

Se realizó una entrevista piloto para valorar si la guía de tópicos era adecuada. Las grabaciones fueron guardadas en una computadora personal con el programa Sony Digital Voice Editor 2 (Sony Electronics Inc.). El análisis se realizó con base en la teoría fundamentada porque se buscaba la comprensión *emic* estableciendo relaciones entre los niveles micro y macrosocial^{24,25}. El procesamiento de datos se hizo con el programa Atlas.ti (<http://www.atlasti.com/index.html>). Las fases del análisis, de acuerdo a la teoría fundamentada^{25,26,27}, fueron: (i) descubrimiento, se leyeron repetidamente las transcripciones, se identificaron temas, interpretaciones, significaciones, ideas y proverbios culturales, se elaboró un esquema de clasificación por categorías de acuerdo a los tópicos identificados; (ii) codificación de datos (etiquetar categorías y propiedades), ésta puede ser abierta o axial, en este caso se codificó de manera abierta, relacionando la identificación, el nombramiento, categorización y descripción de la elaboración de la identidad homosexual, las expresiones homofóbicas y el sufrimiento psíquico; y (iii) relativización, ya codificada la información, ésta fue interpretada de acuerdo al contexto de los entrevistados.

Resultados

Proceso de identificación

Los entrevistados elaboraron su identidad con la percepción de que representan la alteración de un orden externo en que no se ven reflejados, su sexualidad queda fuera del esquema heterosexista que prevalece en su contexto cultural. Estas percepciones generaron sentimientos de confusión, negación, temor, culpa, autodesprecio y tristeza:

“...Conocí a un niño que me hizo sentir los mismos sentimientos por él... me generó muchos conflictos, confusión, estaba muy asustado... estaba muy confundido... me sentía mal y... trataba de pensar en que me iba casar... no me aceptaba... porque no se debe ser así... traté de ocultarlo...” (Antonio).

“...Siempre lo he sabido, porque me atraían los hombres, me llamaban mucho la atención... entre los 8 o 9 años... Al principio [sentía] confusión, miedo porque era ir en contra de lo impuesto, de lo que debe ser... sentí culpa... no sabía si era bueno o malo, pero sí era una confusión, me preguntaba

‘¿qué está pasando?’... ‘¿voy en contra de lo establecido?’... escuchaba en todos lados que ‘los niños se casan con las niñas’, entonces, al ver que yo no era así pues me confundía... Fue enfrentarme a lo que yo tenía impuesto como concepción de vida, acerca de la forma en que tenía que manejar mi vida. ...Llegué a sentir demasiada confusión... tristeza... pensé que estaba haciendo mal, que iba a tener muchos problemas, pero que tenía que serle fiel a lo que yo sentía...” (Luis).

“...El sentirme diferente me causaba sentimientos de extrañeza, también de inestabilidad al no saber qué es lo que me pasaba, también temor y tristeza...” (Rosendo).

“...[Me decían] que: parecía maricón... ‘hablas como niña’... era como un shock para mí que niños de mi edad me molestaran por esa situación... yo trataba de ocultarla o de fingir una cosa que no era... cosas que no sentía, pero que me hacían sentir menos culpable... hubiera preferido no ser homosexual” (Enrique).

“...Lo supe a los seis, como a los ocho y medio porque yo ya decía: ‘algo pasa’... ‘creo que me siento distinto’... el miedo era por que yo veía que los insultaban [a otros homosexuales] y yo dije: ‘yo no quiero ser insultado ni quiero que me anden apedreando’... el hecho de sentirme diferente me aislaba de los niños... Me dije: ‘¿seré yo solito en este mundo?... ¿por qué yo?’” (José).

“...[A los 6 años] había un monito que, ¡carray!... se veía muy bien... yo decía: ‘¿por qué soy así?, ¿por qué me gustan los hombres?’... ¡yo no quería ser homosexual!... ¡qué cómodo es ser heterosexual!... decía: ‘me gustan los hombres, pero yo no quiero que me gusten’, empecé a negarlo y reprimirlo...” (Jorge).

“[Traté de ocultar mi homosexualidad] ...engrosando la voz, pero también por cómo caminamos o cómo nos arreglamos” (Rosendo).

“...Todo ese miedo... yo no podía decirlo [su homosexualidad]... la primera vez que se lo dije a alguien ¡me costó un trabajo! y lloré antes de decirselo... no podía reconocer que era homosexual...” (Emilio).

“...De repente te le quedabas viendo a un niño en la escuela... y no le podías quitar la vista de encima... por supuesto me daba mucho miedo enfrentarme a eso... lo ves y dices esto no es normal... y ni siquiera te lo explican” (Carlos).

Experiencia de la homofobia

Los entrevistados tuvieron conocimiento de conductas de rechazo a la homosexualidad y hacia otros homosexuales en sus entornos primarios y secundarios, esto incrementaba sus sentimientos de temor, el ocultamiento de su orientación sexual y el aislamiento:

“...Teníamos un compañero en la secundaria que era afeminado, lo empezaron a molestar tanto... lo maltrataban, mis compañeros eran demasiado agresivos y dije: ‘si llegan a darse cuenta de que yo también soy homosexual, me van a atacar peor o igual...’ me empecé a cerrar con todas las personas y a ser bien arisco... no sabía cómo hacer amigos... Freddy Mercury, que había muerto en el 92... en mi familia... lo tachaban de ‘puto!’” (Jorge).

“...Tenía como ocho, nueve años, una noche salí con mi mamá... cerca de mi casa había una chica, en realidad era varón biológicamente... era amable, respetuosa... era época de lluvia y había un charco y ella no se dio cuenta y metió el pie, se mojó... le escuché a mi mamá decir: ‘¡ay, qué bueno, por pinche puta!’... me ha tocado ver varias veces en la calle todo tipo de agresión...” (Juan).

“...Cuando íbamos a la calle [mi papá y yo], y veíamos a unos gays, él decía: ‘¡ay, pinches putos!’... mi papá los pisoteaba y los discriminaba... y yo me sentía mal porque decía: ‘ay, si supieras’” (Antonio).

“...La actitud de compañeros o de maestros hacia los niños afeminados era de lástima, decían: ‘¡ay sí, el compañerito amanerado!’... algunos compañeros hacían burlas: ‘¡ajá, eres maricón!’” (Luis).

“...Estábamos unos compañeros sentados en la escuela y ellos señalaron a otros que pasaron y dijeron: ‘¡esos dos son jotos!’... mi madre una vez sacó el tema de que alguien tenía un hijo gay y nos dijo: ‘yo no sé que haría si tuviera un hijo homosexual me moriría’ y yo pensé: ‘pues márame o muérete porque... aquí estoy yo’ ...había uno en la preparatoria que se comportaba demasiado femenino y se burlaban de él” (Emilio).

“Había otro niño que, jese sí era más afeminado que yo, pero cañón!... lo hacían vulnerable a los insultos...” (José).

“...Alguna vez le he escuchado [a mi mamá] comentarios... discriminatorios: ‘¡ay míralos pobrecitos!’... ella es más de compadecerlos: ‘¡qué pena mira cómo hablan! ¡cómo se mueven! ¡qué tristeza me dan!’... mi mamá... piensa que es como una enfermedad... mi papá es más de rechazo, rayando en el desprecio y el asco... un amigo... me contó que andaba con un chavo... pasaban de la mano y en el faje y... hubo mucha gente que empezó a gritarles cosas y los empezaron a seguir...” (Carlos).

Los entrevistados experimentaron rechazo a su homosexualidad, las expresiones homofóbicas variaron desde agresión verbal hasta física en sus personas o en sus bienes, en sus entornos primarios y secundarios, los efectos fueron deterioro de la autoestima, aislamiento y frustración:

“[Un día] íbamos saliendo del metro... y se nos cruza uno y nos dice... ‘¡ah pinches putos!’...” (Carlos).

“...[Me decían] maricón: ‘hablas como niña!’... me hacían comentarios muy agresivos... que no me agradaban...” (Enrique).

“...Cuando estaba en la escuela ahí solito, me molestaban hasta el punto de decir: ‘¡oh Dios! ¿a qué hora me voy de aquí?’... [no faltaba el que me hiciera] ...el empujón, el que me ponía el pie... una ocasión me rompieron mis lentes...” (José).

“...Desde chico... me lo marcaron: ‘¡pareces niña!’... ahora que ya crecí, no me han golpeado pero una vez me aventaron un limonazo... yo conocí lo que significaba la autoestima hasta que ya era adolescente... jamás me defendí. Me decían algo y yo no decía nada, agachaba la cabeza, destrozaban mis cosas... Estábamos mi pareja y yo en el metro... nos abrazamos y nos dimos un beso... se nos acercó un policía y nos dijo: ‘moderen su comportamiento porque están agraviando a terceros... una persona me acaba de pedir que venga a hablar con ustedes para que se vayan!’...” (Juan).

“...Uno de mis compañeros se quiso pasar de lanza con sus comentarios... me decía que era un pinche puto...” (Antonio).

“...En la escuela era siempre al que molestaban por afeminado... este fin de semana fui a una fiesta con mi pareja y nos comían con la mirada, no les agradó que fuéramos... primero fueron miradas y luego palabras... sentí impotencia al no saber cómo defenderme... en la secundaria fui el chico que toda la escuela conocía como el afeminado, en la calle me decían que era mujer, lesbiano o cosas por el estilo. No podía estar solo porque me empezaban a chiflar y no sólo uno sino varios chavos... también un chavo que es vecino mío me quiso, según él, matar... y es que ese vecino me ha visto con mi pareja...” (Rosendo).

“...Mis hermanas salían a jugar... con las muñecas y empecé a juntarme mucho con ellas... y mi papá me llegó a ver jugando... gritaba y se enojaba... en la escuela se organizaba el fútbol y yo prefería platicar con las niñas... llegaron a regañarme los maestros... el coordinador yo me acuerdo una vez que me vio platicando con ellas, me dijo: ‘¡vete a jugar fútbol con los niños!’... Y otra vez me castigó, me subió enfrente... ahí me dejó parado una o dos horas... [¿tus compañeros te fastidiaban?, ¿qué te hacían?] pues ya sabes era de: ... ‘maricón!’... me ofendían, ¿me golpeaban? Mmmh... alguna vez sí, una o dos veces... golpes, ajá... sí...” (Carlos).

Riesgo de daños a la salud mental

Los entrevistados manifestaron haber presentado, de forma continua o por periodos, sentimien-

tos de culpa, autorechazo, tristeza, aislamiento, “depresión”, ideación suicida e intento de suicidio; asociaron estos sentimientos con el rechazo experimentado hacia su homosexualidad, en algunos casos la “depresión” estuvo relacionada con otros eventos desencadenantes, pero su sexualidad está estrechamente ligada a su capacidad de afrontamiento de tales situaciones:

“...[El darme cuenta que era distinto me generaba sentimientos] *de culpa, de odio hacia mí mismo, de decepción... cuando me empecé a dar cuenta de la diferencia, fue un holocausto, ¡me sentí muy mal!, ¡me deprimí años!... de mis 14 a mis 17 años, ¡fue una depresión increíble!... yo pienso que fue una depresión continua que tenía niveles distintos... cualquier problema se te hace enorme... agrégale el descubrimiento de tu sexualidad. Hubo momentos en los que pensé: ¡sería más fácil si todo se acabara!*” (Juan).

“Me he sentido triste pero no por largo tiempo... En este último año, dos veces yo creo... cada vez unos días, como tres días” (Luis).

“Sí [me siento triste con frecuencia]... *hay veces que es un día o dos cuando máximo, aunque una ocasión fue de una semana... cuando me siento triste puedo ir a la escuela pero a veces no entro a mi clase, el trabajo lo hago mecánicamente... a veces me aísló, dejo de salir a la calle o a divertirme... una ocasión pensé en suicidarme y eso fue porque pensé que tenía SIDA hace unos dos años e inclusive recientemente pensé hacerlo... lo he llegado a pensar varias veces al estar deprimido... porque no siento que le pueda interesar a alguien...*” (Rosendo).

“...*Sé que a lo mejor hubiera deseado no ser homosexual, pero lo soy, desearía entonces que fuera bien aceptada la homosexualidad... ahora estoy más tranquilo... tenía diecinueve años, no les había dicho a mis papás que era homosexual... estaba como en un caos, hubo un momento en que me sentí completamente vacío, que ya no tenía nada, que nada valía la pena, como que no tenía por qué vivir... y de pronto pensé lo que los suicidas llegan a pensar y a sentir... tenía depresiones... ahora es eventual, porque nada más la siento a veces en la noche...*” (Emilio).

“*Decía: ‘¿por qué me está pasando a mí?, soy el único, seguramente es un trauma psicológico de la infancia, seguramente algo me pasó, esto no es normal’ a mis amigas les decía: ‘por favor no me dejen solo’, ‘¿qué va a pasar cuando se enteren mis papás?’; también decía: ‘esto no me está pasando, seguramente es algo malo’... eso es lo que me deprime... venía arrastrando una depresión muy fuerte... hace dos años intenté cortarme las venas, luego lo intenté tomando pastillas... mis papás me dejaron de apoyar económicamente... trabajé con un chavo gay que también tenía un*

problema muy fuerte de depresión y yo lo ayudé a salir, él me decía: ‘me siento solo, me siento triste’... todas las noches se embriagaba... cuando mis papás supieron de mi homosexualidad dijeron: ‘¿qué es eso?, te vas de la casa, yo no quiero a alguien así como tú’... mi papá me quiso golpear y no me dejé, me salí corriendo de la casa... (después regresé) saqué mi celular y le mandé un mensaje a mi maestra Alicia, le dije: ‘discúlpeme por defraudarla, la quiero mucho y no la quiero defraudar’, se lo mandé y apagué el celular, en la casa había pastillas para dormir y dije: ‘bueno, va, ¿por qué no?, es la última’... ese día yo me hubiera muerto, ya tenía todo planeado” (Martín).

“...*Hubo una temporada que me deprimía mucho por las noches. Mucho, mucho... pero me sentía muy mal y fueron muchas ocasiones en las que llegué a pensar en un suicidio... Mmm, en ese momento yo pensaba: ‘¿por qué soy así?, ¿qué necesidad?, si yo fuera diferente, ¿qué pasaría?’; pensaba que a lo mejor yo era causante de todos los problemas que había en mi casa”* (Enrique).

“...*Hubo un episodio en que me sentí odiado por todos... en la adolescencia, como a los diecisiete años, cuando empecé a sentir mi sexualidad, yo decía: ‘¡me, me odio!, ¡me repudio!, ¡no me quería! ¡odiaba mi imagen personal!... dije ‘¡nadie me quiere!, ¡no me siento bien!, ¡ya mejor, hasta aquí!’... toda mi vida he estado deprimido, eran periodos como de una semana... cuando algo me salía mal, cuando algo no me salía bien era cuando decía: ‘¡no sirvo para esto!’; entonces decía: ‘¡bueno, ya!, ¡cómo le vas a hacer?’... lo máximo que pensé fue en hacerlo [el suicidio] con una aguja, diez mililitros de aire y ¡vámonos ya!... aún después lo he pensado, incluso ahora, cuando me he sentido deprimido, porque no tengo pareja o ¡porque las cosas están mal en mi casa!, digo: ‘es muy fácil conseguirse insulina e inyectarse y ya, fácilmente’...”* (Jorge).

“...*Lo único que deseaba es que alguien me escuchara o que alguien me quisiera, me acuerdo que un día un chico me dijo: ‘ay, eres muy guapo’... yo pensaba: ‘güey, vámonos... por favor tengamos sexo para que ya me pueda morir’... desesperado deseaba tener sexo, él me dijo: ‘¿quieres ir a mi casa?’ yo dije: ‘bueno’... él decía: ‘yo no quiero tener sexo ahorita contigo’ pero yo pensaba: ‘¿güey que no entiendes que estoy buscando sexo?’... cada mes salía con una persona diferente no lo podía olvidar, era parte de mi depresión... una vez fui a un vapor y eso fue más por necesidad de sentirme deseado... necesitaba sentirme deseado...”* (Martín).

“...*Sí daba tristeza, mucho coraje, ni siquiera te explicaban y ni siquiera sabías dónde estaba lo malo... tristeza porque están haciendo una distinción... Me causaba temor sí, claro, había veces*

que tenía ganas [de estar con las niñas] y me iba a esconder para que no me vieran... el temor seguramente viene desde que mi papá me encontró este par de veces con mis hermanas y sus amigas... y no recuerdo o no me quiero acordar si me haya pegado... Me daban ganas de no ir a la escuela, no quería ir a la escuela... fui muy solitario... tenía que aguantar las burlas y críticas y sobre todo era mucho coraje y mucha tristeza, mucha confusión..." (Carlos).

Discusión

El análisis del discurso de los entrevistados nos permite distinguir tres síntomas constantes de sufrimiento psíquico: tristeza, miedo e ideación suicida; éstos son, respectivamente, representativos de depresión, ansiedad y conducta suicida. La ansiedad se caracteriza por: temor, tensión y aprensión; la evitación del miedo puede obstaculizar las labores cotidianas, particularmente el desempeño laboral y escolar; la ansiedad puede presentarse como respuesta a circunstancias de amenaza, en este caso el miedo se presenta como respuesta a la experiencia de la homofobia en entornos primarios y secundarios. El homosexual transita permanentemente con temor a ser descubierto y agredido emocional o físicamente, pues ha presenciado o tiene conocimiento de agresiones en su contexto; la ansiedad produce angustia y como estrategia de evitación, el homosexual se aísla y limita su participación social obstaculizando el desarrollo de sus potencialidades. Los entrevistados mencionaron frecuentemente que tras percibir rechazo se aislaban o mostraban más solitarios o introvertidos; algunos manifestaron un abierto temor a acudir a la escuela.

La depresión está caracterizada por una disposición de ánimo cuyo componente principal es la tristeza que puede obstaculizar el desempeño social y laboral. Es un estado previo a la conducta suicida. En el caso de los homosexuales lo que motivó la tristeza fue: devaluación personal, sensación de que su homosexualidad generaría sufrimiento en sus familias y culpa, la ofuscación fue causada por no poder revertir las pulsiones homosexuales, modificar la conducta o no comprender los motivos del rechazo; la tristeza fue de los síntomas más reportados, algunos expresaron franca conducta suicida (ideación e intento). La intención de reorientar el deseo homosexual estuvo motivada por la experiencia de homofobia y la percepción de la homosexualidad como anormalidad, la frustración por no conseguirlo retroalimentó la ansiedad. Los sentimientos de anormalidad, culpabilidad y frustración genera-

ron devaluación personal que intensificó la depresión y en algunos casos condujo a ideación suicida.

La conducta suicida (ideación e intento suicidas) expresa intensificación o cronicidad de procesos depresivos. El intento es más frecuente en la adolescencia donde los factores desencadenantes son atribuidos a conflictos en la identidad, ya que en estas etapas se consolidan la personalidad, las vocaciones, los proyectos para la vida adulta y se asume una orientación sexual relativamente permanente. Aunque todos los individuos transitan por estos procesos, los homosexuales los viven con obstáculos, debido a un entorno que penaliza su orientación sexual; además, los *gays* enfrentan mayores dificultades para resolver las pérdidas obligadas en la vida.

La tristeza, temor y conducta suicida operan en un mismo ámbito de la vida de los homosexuales: su sexualidad. Ésta es vivida en permanente conflicto psíquico que determina la forma en que se desenvuelven en otros ámbitos. Debido al rechazo social hacia la homosexualidad, la negación y vergüenza son barreras que dificultan la autoaceptación en las familias y en el homosexual mismo, los discursos sociales sobre la homosexualidad generan miedo, culpa y rechazo promoviendo actitudes discriminatorias. La homofobia es expresión concreta de estos discursos, una construcción social que reproduce las valoraciones negativas de la homosexualidad, su experiencia vulnera la salud mental en homosexuales conformando un estado de *distress* psicológico que sintetiza la sintomatología referida por los entrevistados y que los hizo más susceptibles a trastornos mentales más frecuentes en esta población, lo cual confirma otros hallazgos^{8,15}.

El conflicto psíquico que experimenta el homosexual en una cultura cuyos ordenamientos de la sexualidad se basan en las dicotomías heterosexistas hombre-mujer y masculino-femenino, se convierte en síntoma y emerge en sufrimiento psíquico. Dicho estado dificulta la autovaloración positiva, factor fundamental en el desarrollo de la personalidad y en las posibilidades de adaptación social y emocional; bajos niveles de autoestima se asocian a estructuras de personalidad depresivas y con ansiedad social. Durante la adolescencia las exigencias sociales se incrementan en forma de expectativas a cumplir por el adolescente, entre ellas la definición de las relaciones erótico-afectivas heterosexuales; las exigencias generan un *Yo* ideal muy alto que los jóvenes temen no alcanzar. Este modelo es una amenaza potencial para la salud mental y una fuente importante de *distress* psicológico²⁸.

Los resultados del presente trabajo muestran que la conducta suicida y los síntomas asociados

a depresión y ansiedad fueron los problemas de salud mental más importantes de los entrevistados, sobresaliendo en su proceso de construcción de la identidad por orientación sexual. En relación a las causas, dicho sufrimiento estuvo asociado a la experiencia del aislamiento, auto-devaluación personal, discriminación, así como violencia verbal y física promovidos por el rechazo social a la homosexualidad, tanto en entornos primarios como secundarios. Esto sugiere que la homofobia forma parte de un proceso causal en las problemáticas de salud en los homosexuales y coincide con otros autores que postulan que la actitud positiva hacia la propia orientación sexual es un recurso que contribuye al mantenimiento de la salud mental del individuo, pero en el caso de los homosexuales dicha actitud está condicionada por la homofobia²⁹, contextos homofóbicos generan bajo ajuste psicológico (adaptación emocional, conductual y cognoscitiva)³⁰ ya que los homosexuales se enfrentan a mayor estrés psicosocial por el rechazo social a su orientación sexual³¹. Sin embargo, esta situación es susceptible de disminuir mediante acciones públicas.

Las medidas para enfrentar los daños a la salud mental de los homosexuales deben orientarse a disminuir la estigmatización y erradicar la violencia, algunas pueden ser: (i) eliminar legislaciones que prohíban o penalicen la homosexualidad y penalizar prácticas discriminatorias por orientación homosexual; (ii) garantizar el ejercicio pleno de todos los derechos y beneficios sociales a los homosexuales, otorgando igual estatuto jurídico a homosexuales que a heterosexuales; (iii) desalentar estereotipos de-

valuatorios sobre la homosexualidad y fomentar el respeto a la diversidad de expresiones de la sexualidad, modificando la polarización de los estereotipos tradicionales de género; y (iv) diseñar programas específicamente dirigidos a los problemas de salud de los homosexuales y capacitación de profesionales de la salud con una perspectiva de respeto a la diversidad, priorizando la salud mental.

Estas serían medidas compensatorias y no segregacionistas, ya que los principales motivos de consulta a los servicios médicos por parte de jóvenes homosexuales están relacionados con la aceptación de su orientación sexual y los efectos de la homofobia (aislamiento y bajo apoyo social)³²; por lo cual los profesionales de la salud, deben estar preparados para manejar estos problemas³³; así como para orientar a los padres en la respuesta hacia la sexualidad de sus hijos^{33,34,35}. Cuando los homosexuales perciben la existencia de servicios orientados hacia ellos presentan menores niveles de homofobia internalizada^{32,36,37} lo cual mejora el ajuste psicosocial³⁸ y prevendría daños a la salud mental.

Este tipo de medidas se justifican en virtud de que una parte importante de los homosexuales reconoce que uno de los mayores problemas de ser *gay* es la falta de reconocimiento legal y de espacios²⁰, la solvencia psíquica para confrontar adversidades comunes y la elaboración de una identidad social que promueva el desarrollo personal se ven obstaculizadas por la homofobia. Revertir sus efectos implica garantías institucionales, pero sobre todo una modificación de los modelos dominantes de sexualidad y masculinidad.

Resumen

En México, los trastornos mentales están mostrando una tendencia importante al incremento, la conducta suicida es uno de los problemas de salud mental más importantes en la población joven, entre sus causas se refiere a la orientación sexual como factor de riesgo, ya que los homosexuales muestran mayores probabilidades de suicidio que los heterosexuales. La presencia de conducta suicida se asocia a daños a la salud previos como la depresión, la ansiedad y bajos niveles de autoestima que se relacionan con factores predisponentes como las experiencias formativas de la personalidad. Este trabajo explora, con un enfoque cualitativo, el riesgo que muestran los homosexuales a daños a la salud mental que se asocian a conducta suicida en base a la experiencia de la homofobia en los ámbitos primarios y secundarios de socialización. Con el análisis discursivo se logra identificar la relación que los entrevistados le asignan al rechazo social a su sexualidad y síntomas clave de depresión (tristeza), ansiedad (temor) y conducta suicida (intento e ideación).

Homosexualidad Masculina; Conducta Sexual; Salud Mental; Depresión

Colaboradores

J. A. Granados-Cosme estuvo a cargo del diseño del estudio, revisión bibliográfica, diseño de estrategia metodológica, realización de entrevistas, análisis de resultados y redacción del texto final. G. Delgado-Sánchez contribuyó con la revisión bibliográfica, transcripción y procesamiento de las entrevistas, análisis de resultados y revisión del texto final.

Referencias

- Hijar M, Rascón RA, Blanco J, López MV. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Ment* 1996; 19:14-21.
- González C, Borges G, Gómez C, Jiménez A. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Ment* 1996; 19 Suppl:33-8.
- González C, Villatoro J, Alcántar I, Medina ME, Fleiz C, Bermúdez P, et al. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Ment* 2002; 25:1-12.
- Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *Am Psychol* 1993; 48:169-82.
- Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002; 180:423-7.
- Perkins DO, Stern RA, Golden RN, Murphy C, Naf-tolowitz D, Evans DI. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepi-center of the AIDS epidemic. *Am J Psychiatry* 1994; 151:233-6.
- Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian gay and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:53-61.
- Erwin K. Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact". *Int J Health Serv* 1993; 23:437-53.
- King M, Sminth G, Bartlett A. Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s – an oral history: the experience of professionals. *BMJ* 2004; 328:429.
- Balsam KF, Huang B, Fieland KC, Simoni JM, Walters KL. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay bisexual, and two-spirit Native Americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2004; 10:278-301.
- Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:541-6.

12. Lock J, Steiner H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:297-304.
13. McAndrew S, Warne T. Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11:428-34.
14. Barney DD. Health risk-factors for gay American Indian and Alaska Native adolescent males. *J Homosex* 2003; 46:137-57.
15. Warner J, McKeown E, Griffin M, Johnson K, Ramsay A, Cort C, et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: results from a survey based in England and Wales. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 479-85.
16. Stall R, Paul JP, Greenwood G, Pollack LM, Bein E, Crosby GM, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction* 2001; 96:1589-601.
17. Clatts MC, Goldsmit L, Yi H, Gwadz MV. Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York City: a preliminary epidemiological trajectory. *J Adolesc* 2005; 28:201-14.
18. Preston DB, D'Augelli AR, Kassab CD, Cain RE, Schulze FW, Starks MT. The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2004; 16:291-303.
19. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129:674-97.
20. Madrigal F, Suárez D. Suicidio en la población homosexual costarricense (investigación exploratoria). <http://www.cipacdh.org/salud/sa3.php> (accedido el 20/Ene/2006).
21. Bernard HR. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. 2nd Ed. London: Altamira Press; 1995.
22. Trochim W. The research methods knowledge base. 2nd Ed. Ithaca: Cornell University; 2006.
23. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: sampling and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res* 1981; 10:141-63.
24. Hamel RE. Language, discourse and cultural models: three levels of language shift and maintenance. *Southwest Journal of Linguistics* 1998; 15:63-88.
25. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. London: Weindwnfeld & Nicolson; 1967.
26. Strauss A. Qualitative analysis for social scientist. New York: Cambridge University Press; 1987.
27. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. London: Sage Publications; 1990.
28. Montt ME, Chávez F. Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Ment* 1996; 19:30-5.
29. Dube E. The role of sexual behavior in the identification process of gay and bisexuals males. *J Sex Res* 2000; 37:123-33.
30. Bohan J. Psychology and sexual orientations: coming to terms. New York: Routledge; 1996.
31. Robin L, Breber ND, Donahue SF, Hack T, Hale K, Goodenoww C. Associations between health risk behaviors and opposite-same, and both-sex sexual partners in representative sample of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:349-55.
32. Vargas E, Villalobos S, Trevisi G, González F, García P. Variables psicosociales asociadas con el grado de aceptación de la orientación sexual no heterosexual. *Psicol Caribe* 2003; (12):39-51.
33. Pinilla AP, Sánchez EW, Campo A. Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes: el papel de médicos generales y pediatras. *MedUNAB* 2003; 6:93-7.
34. Beaty LA. Identify development of homosexual youth and parental and familial influences on the coming out process. *Adolescence* 1999; 34:597-601.
35. Bell R. ABC of sexual health. Homosexual men and women. *BMJ* 1999; 318:452-5.
36. Dank B. Coming out in the gay world. *Psychiatry* 1971; 334:180-97.
37. Savin-Williams R. Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: a reflected appraisals model. *J Homosex* 1989; 17:93-109.
38. Bringaze T, White L. Living out proud: factors contributing to healthy identity development in lesbian leaders. *Journal of Mental Health Counseling* 2001; 23:162-73.

Recibido el 01/Nov/2006

Versión final presentada el 18/Oct/2007

Aprobado el 30/Oct/2007