



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**ACTUACIÓN SUICIDA: CONSECUENCIA DE LA HOMOFOBIA
EN EL HOMOSEXUAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

GUILLERMINA CRUZ PÉREZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. KARINA B. TORRES MALDONADO

COMITÉ DE TESIS:

MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ

MTRA. ARACELI LAMBARRI RODRÍGUEZ

LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ

MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA



© **Facultad
de Psicología**

MEXICO, D.F.

ENERO, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis hijas, Irene y Guille:

Por su cariño y reconocimiento; por la alegría que aportan a mi vida, día con día. Y ¿por qué no? hasta por sus críticas y regaños. Porque de ellas he aprendido mucho.

A mi madre:

Por enseñarme la tenacidad y la fortaleza de carácter; el no dejarse caer ante las adversidades. Por ser más que mi mamá, una gran amiga.

A Vladimir:

Por mostrarme las ganas de luchar por lo que uno busca profesionalmente en la vida. Por su amor a la vida misma. Por su admiración, apoyo y amor hacia mi persona. Por haber sido mi compañero en muchos aspectos fundamentales de la vida.

A Rogelio y Arturo:

Porque han sido mis amigos a lo largo de mucho tiempo. Mi agradecimiento por haberme aguantado en mi crecimiento personal y profesional.

A Ma. Elena:

Por quien siento una admiración y aprecio especial. Con mi agradecimiento por acompañarme en mi trance de enfermedad.

A Guillermo y Daniel:

Compañeros de la vida. A quienes quiero tal y como son.

Y no menos importante mi agradecimiento a mis amigos Pepe Peña, Pepe Franco, Angie, Mar, César, *Verot*, *Elof*, Jorge, Edgar y Marce.

A Karina: por las críticas sustanciales a la tesis, y por su paciencia e interés; a mis sinodales, por sus observaciones para la mejora de este trabajo.

INDICE

RESUMEN	página	4
INTRODUCCION	página	5
CONTEXTO SITUACIONAL	página	18
DISCRIMINACION HACIA LA HOMOSEXUALIDAD	página	47
• <i>Contexto conceptual</i>		
○ <i>Visión histórica</i>	página	52
○ <i>Orientación sexual vs. comportamiento Sexual</i>	página	61
○ <i>Factores biológicos</i>	página	72
○ <i>Factores ambientales</i>	página	75
• <i>Enfoque psicológico</i>	página	78
• <i>Enfoque psicoanalítico</i>	página	86
HOMOFOBIA	página	94
• <i>Contexto conceptual</i>		
○ <i>Violencia y discriminación</i>	página	95
○ <i>Antecedentes históricos</i>	página	100
○ <i>Homofobia social</i>	página	120
○ <i>Homofobia internalizada</i>	página	129
ACTUACION SUICIDA	página	141
• <i>Panorama actual a nivel mundial</i>	página	142
• <i>Contexto conceptual</i>		
○ <i>Antecedentes históricos</i>	página	150
○ <i>Factores detonantes y características</i>	página	155
○ <i>Trastornos psiquiátricos y enfermedades asociadas</i>	página	161
• <i>Enfoque psicológico y psicoanalítico</i>	página	167
• <i>Enfoque sociológico</i>	página	176
• <i>Enfoque filosófico</i>	página	184
ACTUACIÓN SUICIDA EN EL HOMOSEXUAL	página	192
• <i>Homofobia social e internalizada</i>	página	196

• <i>Adolescencia</i>	página	204
• <i>Depresión y Trastornos del Ánimo</i>	página	212
• <i>Autoestima</i>	página	219

DISCUSION Y CONCLUSIONES	página	224
---------------------------------	---------------	------------

BIBLIOGRAFIA	página	249
---------------------	---------------	------------

HEMEROGRAFIA	página	267
---------------------	---------------	------------

FIGURAS		
----------------	--	--

RESUMEN

El interés fundamental del presente trabajo fue conocer los factores que favorecen la actuación suicida en individuos con orientación homosexual; aspecto poco documentado en América Latina. El objetivo central fue analizar el papel que desempeña la homofobia en la realización de un actuar suicida; mediante la revisión de bibliografía especializada. Se recurrió a diversos teóricos, básicamente psicólogos o psicoanalistas, de distintas corrientes y para el suicidio, adicionalmente se recurrió a ciertas tendencias filosóficas y sociológicas. Como fundamentación del problema, se revisaron reportes hemerográficos nacionales y artículos de investigación internacionales, en un período de 10 años. Se encontró que la homofobia influye al individuo, *sobre todo en el individuo homosexual adolescente*, y que se potencializa con la presencia de trastornos mentales, trastornos de personalidad, enfermedades físicas y el consumo de alcohol y drogas. La presencia conjunta de alguno de estos factores más la homofobia, aumenta alarmantemente la posibilidad de la actuación suicida en el individuo homosexual. Para prevenir dicha actuación, se propone un *Proceso de Conformación Socio-individual*, que incluye familia y sociedad en el ámbito social y en el ámbito individual, se propone un proceso inicial preventivo o en su defecto, un proceso reconstructivo posterior.

Palabras clave: homofobia internalizada, homofobia social, actuación suicida.

INTRODUCCION

El suicidio es un problema real y creciente, presente en diversas sociedades alrededor del mundo. Particularmente poco conocido y documentado es *el suicidio en los individuos homosexuales*. La violencia y discriminación hacia estas personas, no es un tema al que aparentemente se le dé un peso importante en algunas sociedades, debido tal vez a que la homosexualidad aunque en apariencia aceptada en algunas de ellas, más bien pareciera ser tolerada; mientras que en otras, se censura, se niega, se estigmatiza y se repele, como si en la realidad se tratara de algo absolutamente antinatural, inclusive por los mismos individuos homosexuales. No obstante, el 17 de mayo de 1990, la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de su lista de trastornos mentales, convirtiéndose esa fecha, por cierto, en *Día Internacional Contra la Homofobia*.

Se establece que en México, no se cuenta con cifras precisas acerca del suicidio en estos individuos, por lo que el presente trabajo abordó la problemática de la actuación suicida en ellos. Dicha actuación, como observó la Organización Mundial de la Salud en 1969, es: “todo acto que lleve a una persona a infligirse daño a sí misma, no importando el grado de letalidad del acto y sin conocer el móvil, debe ser considerado como *acto suicida*”; concepto que se retoma en esta labor.

Se destaca que el interés nodal está orientado hacia la homofobia como origen de tal actuación; aunque vale la pena señalar que es claro que dicha actuación no sólo se origina por problemas derivados solamente de la homofobia, sino de diversos aspectos que van desde problemas de autoconcepto, escasa autoestima, deficientes locus de control, etc., hasta problemas de salud mental como trastornos de personalidad, de depresión, de esquizofrenia; de salud física, particularmente el VIH y consumo de estupefacientes entre otros; todos ellos

asociados con diversos factores socioculturales que influyen; particularmente períodos asociados a problemas económicos, familiares y crisis individuales.

Por ejemplo, Granados Cosme y Delgado Sánchez (2008), investigadores mexicanos, reportan que los estudios sobre la homosexualidad y el suicidio se han realizado fundamentalmente en países anglosajones y consideran necesario ampliar el conocimiento en Latinoamérica; así ejemplifican un estudio realizado en Costa Rica en 1999, donde informan que “en una muestra de 100 homosexuales, se encontró que éstos tenían sentimientos de tristeza, temor, ansiedad, preocupación, burla y discriminación en sus espacios laborales y familiares; que un 42% había conocido algún homosexual que había intentado suicidarse y que un 29% dijo conocer a alguien que sí lo consiguió; los motivos más citados fueron: contagio de SIDA, infidelidad y miedo al rechazo familiar y social; 40% dijo tener pensamientos suicidas; 22% lo había intentado alguna vez y más de la mitad de éstos lo había intentado más de una vez, observando que la mitad de quienes lo habían intentado, no había recibido atención especializada”.

A pesar de la complejidad del tema aquí expuesto, se resalta que el objetivo de esta investigación es analizar el papel que desempeña la homofobia en la realización de un actuar suicida; mediante la revisión de bibliografía especializada. Se llevó a cabo la exploración de algunas investigaciones relacionadas, previo conocimiento de los fundamentos teóricos de las disciplinas a las que se recurrió, con el fin de contar con una visión lo más integralmente posible del problema. Los textos revisados ayudaron a esclarecer los conceptos de homosexualidad, homofobia y suicidio, y la relación que guardan para cometer actuación suicida, derivada de la homofobia. Asimismo las investigaciones revisadas nos acercaron a obtener información reciente y tangible de la problemática.

Adicionalmente, se asevera que dicho *problema* concierne no sólo al individuo homosexual y a su entorno cercano, sino a todos como integrantes de una sociedad, que se forma de acuerdo a su cultura propia.

Una vez que se ha establecido que la actuación suicida en el homosexual es un problema tangible y vigente en diversas sociedades, a continuación se formulan las siguientes *preguntas de investigación*:

- 1) ¿Cómo se explica que la presencia de la homofobia en el individuo homosexual pueda conducirle a realizar actuación suicida?
- 2) ¿Ante qué circunstancias un individuo homosexual consideraría la actuación suicida?
- 3) ¿Por qué es más propenso a realizar actuación suicida, un individuo homosexual adolescente?

Las preguntas anteriores, llevan a formular el siguiente *fundamento*:

La homofobia -social y/o internalizada- representa el detonante más grave y poderoso para la consideración de la actuación suicida en el individuo homosexual; aunada a la presencia de factores tales como las drogas, el alcohol, las enfermedades mentales y/o físicas, y los trastornos de personalidad.

Bajo dicho fundamento se justifica ampliamente llevar a cabo la siguiente investigación documental, al considerar qué:

La homosexualidad, como se le conceptualiza en nuestros días, no tiene otro significado que *poseer una orientación sexual distinta a la norma*. Ha existido desde tiempos muy remotos, conocida entonces como Sodomía. En aquel entonces no representaba a la sociedad, como sucede ahora para algunas, *un grupo estigmatizado de gente anormal, despreciada, rechazada, violentada y victimizada, hasta el homicidio*. A lo largo del tiempo y como es esperable, las sociedades cambian y la mirada hacia las diferencias sexuales que poseen algunos individuos se ha ido modificando; aunque es destacable que el cambio en

la manera de conceptualizarlo ha sido de manera paulatina y ciertamente limitada para algunas otras culturas. De igual manera, digno de considerarse es el gran esfuerzo realizado por los propios individuos con orientación sexual distinta para hacerse notar, luchar y ganarse un lugar en sus sociedades, a favor de la equidad en las diferencias sexuales; no por ello, han dejado de sufrir del rechazo, estigma, violencia y discriminación de sus grupos sociales, que para fines prácticos denominamos *homofobia social*; al igual que sufrir en algunos casos de su propio rechazo, aprehendido e introyectado por las normas socio-culturales y los estereotipos de género que les son transmitidos, como a todo individuo, desde la más temprana infancia; siendo el mismo ambiente familiar el primer lugar donde puede generarse el rechazo y su consecuente y posterior homofobia, en este caso, *homofobia internalizada*. La homofobia puede llevar al individuo homosexual en conflicto, a considerar la actuación suicida como una salida en apariencia fácil, obteniendo un desenlace trágico e irreversible para sí mismo y para su entorno cercano, si llegan a morir. La orientación sexual no es el problema *per se* que les lleva a la actuación suicida, sino la desaprobación ante una orientación sexual diferente; punto muy importante al considerar que, en general, el individuo (sobre todo si atraviesa por la adolescencia), requiere de la aceptación de su entorno más cercano; un homosexual requerirá realizar muy probablemente el doble de esfuerzo para que se le acepte en dicho entorno.

Como ya se dijo, la homosexualidad, por sí misma, no es un conflicto para muchos de estos individuos, que no han decidido “salir del clóset”; más muy probablemente sí lo sea, la presencia de la homofobia como un fuerte predictor de llevar a cabo la actuación suicida. El interés fundamental de la presente investigación fue encontrar la relevancia de la homofobia en dicha actuación, al encontrar que los individuos homosexuales realizan actuación suicida cuando se les dificulta soportar las presiones del ambiente y en muchos casos incluso la propia. El aumento en general del suicidio, es un asunto alarmante y sin embargo no se le ha prestado la atención necesaria para prevenirlo. La consideración que se le ha brindado a la actuación suicida en los individuos homosexuales es mayor

en los países anglosajones básicamente y desafortunadamente ha sido poco documentado en América Latina, muy probablemente debido a la negación social que desde la homosexualidad misma se presenta, tanto como en el caso del suicidio. Por otro lado, la adolescencia también en general, es una etapa compleja para todo individuo y se considera que debe serlo más aún para estos jóvenes homosexuales, al *magnificárseles* el conflicto. Concretamente, se espera que la labor aquí realizada logre sustentar ciertas bases del problema con el fin de prevenirlo; pues al ser conscientes de la problemática y conocedores del tema, se está en una mejor posición de apoyarlos. El conocer en qué áreas se podrían llevar a cabo cambios sustanciales, podría beneficiarles de manera particular y todos en la sociedad a su vez, podríamos salir beneficiados consecuentemente. Se estima casi con certeza, que algunos de estos individuos carecen de los elementos propios necesarios para “salir del clóset”, como por ejemplo una sana autoestima, un carácter fuerte y consistente, adecuados locus de control, etc.; por lo que también se pretende, que puedan *formar o conformar* su identidad, mediante apoyo psicoterapéutico, sea preventivo o reconstructivo; con el fin de que realicen una salida triunfal ante sus grupos sociales y que a su vez aprendan a tener calidad de vida acorde a su orientación sexual; sin perder de vista por supuesto, que dicho conflicto no les compete solamente a ellos como individuos, sino que también a la sociedad, *debido a los significados culturales y su importancia*, misma que debería igualmente involucrarse atendiendo este problema.

En general, la búsqueda documental contempló ciertas tendencias de la psicología y del psicoanálisis, mientras que particularmente para el caso del suicidio, de manera adicional se contemplaron algunas corrientes de los enfoques sociológico y filosófico. Esto último, al considerar que en conjunción y de manera complementaria, llevaron a ubicar en un amplio contexto, la situación por la que podrían atravesar los individuos homosexuales, que desde la ideación hasta su ejecución, consideran al suicidio para dar término a una vida a la que no le encuentran sentido. Vale la pena observar que a la fecha, el suicidio ha ido

tornándose en una problemática que lejos de disminuir o estar bajo control, va en alarmante y franco aumento. La Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente cada 30 segundos una persona se quita la vida; se estima que anualmente se presenta un millón de muertes por suicidio; destacando que ha aumentado particularmente entre la gente joven, de manera notoria, en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años de edad. Desafortunadamente la misma OMS no reporta cifras acerca del suicidio en la población homosexual; por lo que en esta investigación se intentó profundizar en las causas que pudieran llevar a los individuos homosexuales para optar por la actuación suicida, presumiendo de antemano que esta elección se debe en gran medida a conflictos derivados de la homofobia social o internalizada. Se puntualiza que el servicio de consulta “*Suicide Prevention*” (SUPRE), es el portal en Internet de la OMS, el cual informa de manera muy general sobre el suicidio; sin embargo es factible corroborar que aunque presentan documentos, programas y reportes relativos al tema de manera muy general, no se presentan investigaciones ni programas preventivos con relación al suicidio en los individuos homosexuales. Vale la pena resaltar que el hecho de que no aparezca mayor información respecto a la actuación suicida entre la comunidad homosexual, no significa de manera alguna que el problema no se presente.

Es importante hacer notar que la presente investigación abarca la problemática solamente durante el siglo XXI con el único fin de acotar la información en un determinado lapso. Sin embargo, las teorías y enfoques a los cuales se recurrió para conjuntar nuestro marco teórico, abarcan teóricos del siglo XX. El trabajo posee una significativa relevancia histórico-cultural-social, al ser la actuación suicida consecuencia de la violencia, estigmatización y discriminación, traducida en homofobia, con que se han enfrentado los homosexuales a lo largo de siglos. La violencia y la discriminación tienen sus orígenes en tiempos remotos como podrá constatarse en los antecedentes que se documentan; la discriminación, de manera muy general, abarca no sólo a grupos étnicos o de distinto nivel socio-económico o cultural, sino a grupos con distinta orientación sexual, como lo son

los varones homosexuales. Es interesante hacer la distinción entre “violencia” y “discriminación” debido a que son conceptos diferentes aunque confundibles y ambos se presentan prácticamente de manera inherente a la homofobia que sufren los homosexuales. Es deseable hacer la diferencia porque aunque ambos conceptos son una forma de agresión, la violencia es una forma de agresión verbal, física o psicológica, mientras que la discriminación es una agresión a los derechos que el individuo posee por derecho propio.

La violencia, del latín *violentia* significa acción y efecto de violentar o violentarse; utilizar la fuerza y la intimidación para conseguir algo. La violencia es un *comportamiento* deliberado, que puede provocar daños físicos, psicológicos o sexuales a otros seres. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, mientras que otras son crímenes. Dependiendo de las diferentes sociedades es que se aplican diversos estándares en cuanto a las formas de violencia que son o no son aceptadas. Las causas de violencia pueden variar dependiendo de diferentes condiciones, como por ejemplo situaciones graves e insoportables en la vida del individuo, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece el individuo (lo cual es muy común en las escuelas) y el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía, entre otras muchas causas. La discriminación, del latín *discriminatio-onis* significa, en lo que a esta investigación compete: ideología o comportamiento social que separa y considera inferiores a las personas por su raza, clase social, sexo, religión u otros motivos ideológicos. Es el acto de hacer una distinción o segregación que atenta contra la igualdad de oportunidades y de los derechos humanos.

Una vez contemplada la diferencia entre violencia y discriminación, podrá comprenderse que la homofobia es fundamentalmente una “fobia” del heterosexual -aunque de igual manera se presenta en los homosexuales- ante las diferencias que presentan los individuos que poseen una orientación sexual distinta y que su comportamiento sexual se orienta hacia individuos de su propio

sexo. Para algunos autores, al hablar de homosexualidad incluyen tanto a hombres como a mujeres, mientras que otros hacen una clara distinción en su discurso: hombres igual a homosexuales y mujeres igual a lesbianas. Esta investigación se orientará hacia los hombres homosexuales.

Es de nueva cuenta relevante el puntualizar que las investigaciones revisadas contemplan básicamente a países anglosajones, lo que sustenta porqué del interés de realizar esta investigación documental; con el fin de promover una posible prevención de dicha problemática en lo que concierne a los países de América Latina. En los países anglosajones, tal necesidad en apariencia apremiante, probablemente obedezca a que, como señalan Granados-Cosme y Delgado-Sánchez en 2008, se presentan mayores índices de trastornos mentales entre los homosexuales que entre los heterosexuales, mayor prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad, ataques de pánico y distrés psicológico; todo ello particularmente entre adolescentes. Así, por ejemplo, citan que en Reino Unido, un 43% de los homosexuales mostraba algún trastorno mental y un 31% había intentado suicidarse. En cambio, en los países de América Latina es factible no se le haya prestado un mayor interés debido a que en el pasado los números en los casos eran menores o, tal vez, debido a que “problemas” de este tipo no eran mucho más significativos que prestar atención al sustento, a la vivienda, a la economía en general de cada familia y ni de lejos considerar a la salud mental como factor importante. Esto es, la escasez de números y cifras precisas parece obedecer a la complejidad y negación social del problema. No obstante las diferencias culturales, nos aplicaremos a la exploración de estos estudios con el fin de encontrar posibles explicaciones en lo que a esta investigación compete. Por su parte, Ortíz-Hernández y García-Torres (2005), reportan que en América Latina los estudios sobre salud en los que se ha incluido a la población bisexual, lesbiana y homosexual; primordialmente se han centrado en el análisis del comportamiento de la infección por VIH, pero no se han evaluado otros problemas de salud frecuentes en esta población, como lo son los trastornos mentales comunes y el alcoholismo.

A través de la búsqueda de información, como ya se indicó, se ha encontrado que existen estimados y aproximaciones -más no cifras precisas- en los artículos relacionados, que los investigadores e interesados del tema conjuntaron llevando a cabo estudios nacionales, estudios en muestras de poblaciones específicas, estudios en muestras de la población en general, realización de cuestionarios vía telefónica, etc., como se detalla en el capítulo sobre Actuación suicida en el homosexual. Existen, por otro lado, grupos de personas civiles interesados en el tema de la violencia y/o discriminación que sufren los individuos con distinta orientación sexual por lo que se han conformado asociaciones civiles y oficinas gubernamentales que apoyan a estos grupos estigmatizados, como lo demuestra por ejemplo, la existencia de la Asociación denominada PFLAG (Parents, Families & Friends of Lesbians & Gays, Inc.), asociación que brinda apoyo a los individuos GLBT (gays, lesbianas, bisexuales y transexuales) y a sus familiares, en los EUA. En lo que respecta a México se encontró por ejemplo, que existe el Consejo Nacional de Prevención de la Discriminación (CONAPRED), la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, a través de la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) donde el objetivo central es combatir la discriminación hacia los homosexuales. Es factible asimismo que otras organizaciones de este tipo existan alrededor del mundo.

Es interesante observar que como parte del objetivo central del CONAPRED, está el combatir la discriminación en general, en particular hacia los homosexuales. Propone la aprobación del “Anteproyecto de Nueva Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”, aprobación que beneficiaría a los homosexuales en general. Por cierto que en su sección Quinta, Artículo 9, hace referencia a la Declaración de Noruega ante la Organización de las Naciones Unidas (ONU) acerca de las violaciones a los derechos humanos por orientación sexual e identidad de género; ésta última fue presentada en diciembre de 2006 y México figura entre los miembros del Consejo. Igualmente en el artículo 11 de la misma sección se indica que en la aplicación de esta Ley intervendrán el mismo CONAPRED, servidores públicos, autoridades, dependencias y entidades de los

poderes públicos federales. La cuestión nodal es proteger los derechos de los individuos en materia de: oferta de empleo; seguridad, social; acceso a la información; privilegio de la libertad; realización de actividades académicas, deportivas, recreativas y culturales; uso de servicios públicos; alimentación y vivienda; servicios médicos, psicológicos y legales, entre otros. Mientras se espera que esta ley se apruebe, se aplica el Estatuto Orgánico del CONAPRED, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de septiembre de 2006. La información anterior sólo aplica para México.

Por todo lo anteriormente expuesto y al ser la actuación suicida un problema real entre la población juvenil homosexual, como se hace notar en las investigaciones analizadas en el capítulo denominado “Actuación Suicida en el Homosexual”, y estableciendo se trata de un problema multifactorial, habrá de considerarse su inminente relación con otros factores que deberán contemplarse, para una mejor comprensión de la problemática: los factores socio-culturales, las características propias del individuo, su aprendizaje, creencias y experiencias a lo largo de su vida, la manera de afrontamiento de problemas o situaciones complejas, etc., esto es su desarrollo psicológico; para lo que es deseable mencionar aquí a Ackerman, quien en 1977, estableció que la identidad psicológica no es una configuración estática; evoluciona y cambia a través del tiempo. Es una amalgama de elementos de experiencia viejos y nuevos, profundos y superficiales. Está moldeada por la interacción del individuo con su ambiente interpersonal; deja su huella en ese ambiente. La identidad psicológica es el centro psíquico de gravedad del individuo, de una familia o de un grupo. En adultos inmaduros, emocionalmente perturbados, el concepto de sí mismos o identidad tiende a ser conflictivo, fragmentario y confuso. El individuo se vive a sí mismo como teniendo partes no integradas, es incapaz de unir sus partes para constituir una persona entera. Lo anterior aunado a posibles trastornos mentales, de personalidad y abuso de sustancias.

Finalmente y con el objetivo de ejemplificar la situación por la que atraviesan estos individuos en la sociedad mexicana -misma que se aprecia poco aceptante hacia

la homosexualidad-, se citan casos como los narrados en el apartado de Contexto Situacional, donde se realiza una revisión hemerográfica en México, en el período que contempla igualmente del 2000 al 2010 y que contundentemente sirve para justificar la relevancia de esta investigación.

Este trabajo está dividido en 5 capítulos en los que se revisa, *previa introducción al trabajo y un apartado que contempla el Contexto Situacional (revisión hemerográfica en Mexico, 2000-2010)*:

1. DISCRIMINACION HACIA LA HOMOSEXUALIDAD:

- *Contexto conceptual*
 - *Visión Histórica*
 - *Factores biológicos*
 - *Factores ambientales*
- *Enfoque psicológico*
- *Enfoque psicoanalítico*

2. HOMOFOBIA

- *Contexto conceptual*
 - *Antecedentes históricos*
 - *Homofobia social*
 - *Homofobia internalizada*

3. ACTUACION SUICIDA (SUICIDIO, IDEACION E INTENCION SUICIDA)

- *Panorama actual a nivel mundial*
- *Contexto conceptual*
 - *Antecedentes históricos*
 - *Factores detonantes y características*
 - *Trastornos psiquiátricos y enfermedades asociados*
- *Enfoque psicológico y psicoanalítico*
- *Enfoque sociológico*

- *Enfoque filosófico*

4. ACTUACIÓN SUICIDA EN EL HOMOSEXUAL

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Finalmente se incluye la bibliografía y la hemerografía revisadas.

CONTEXTO SITUACIONAL

Revisión Hemerográfica

2000-2010

A continuación se muestra una recopilación de información hemerográfica, realizada en los diarios de mayor circulación a nivel nacional, en México:

Sobre Homosexualidad:

En junio de 1998, en La Jornada, se publicó un texto bajo el título “Cronología Mínima, 20 años de un Movimiento”, donde desde 1978 hasta 1998 se hace un recuento de las actividades sociales realizadas en torno a la homosexualidad; mismas que brevemente se describen a continuación:

- 1978: lesbianas y homosexuales se unen a las manifestaciones multitudinarias que se realizan para conmemorar el 10º Aniversario del movimiento estudiantil del 68. Esta participación pública marca el comienzo del movimiento de liberación homosexual en México.
- 1978-1979: se forman las primeras organizaciones de activistas gay y lesbianas (FHAR, Grupo Lambda y Oikabeth).
- 1979: se realiza la Primera Marcha del Orgullo Homosexual y que, posteriormente, se vuelve una tradición gay.
- 1980: manifestación dentro de la sede de la policía del DF para exigirle a Arturo Durazo, el cese al hostigamiento policiaco y las redadas en bares y discos gay.
- 1982: dan inicio las semanas culturales gay, evento que congrega cada año a un número importante de artistas y del público. Por otro lado, un partido político lanza, por vez primera, candidaturas lésbico-gays para las elecciones de diputados federales en la Ciudad de México y en Guadalajara.

- 1990-1997: se transmite, durante ocho años en Radio Educación, el programa “Medianoche en Babilonia”; logrando una labor social sin precedentes y de donde surgieron un sin fin de grupos de activistas.
- 1991: la “furiosa y amenazante” campaña homofóbica, encabezada por el Alcalde de Guadalajara impide la realización de la Conferencia de la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays en esa ciudad, la sede se traslada a Acapulco.
- 1994: La denuncia de los numerosos asesinatos de travestis en Chiapas provocan una serie de protestas y acciones que incluso trascienden a nivel internacional.
- 1997: Patria Jiménez, candidata a diputada por el PRD, ingresa a la Cámara según la fórmula de representación proporcional; lo que la convierte en la primera diputada abiertamente lesbiana en México y en Latinoamérica.
- 1998: Se realiza el Primer Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos, organizado por la fracción parlamentaria del PRD en la Asamblea Legislativa, con el propósito de discutir propuestas legislativas para establecer el derecho a la no discriminación por motivos de orientación sexual.

Con relación al Primer Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos, La Jornada, en 1998, reportó un artículo denominado “Una Asamblea de Diversidades” en donde se señala que “a 20 años de las primeras manifestaciones callejeras de lesbianas y homosexuales en México, el tema de los derechos humanos y civiles de ese grupo de la población continúa siendo un tema excluido de la discusión pública. El rezago que existe en el reconocimiento de esos derechos, a pesar de los recientes avances democráticos del país, motiva la realización del Primer Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos, convocado por el diputado David Sánchez Camacho, Secretario de la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la Asamblea Legislativa del D.F., los días 12, 13 y 14 de mayo de 1998”, cuyo tema central es la discriminación a mexicanos debido a su orientación sexual. En su intervención, Mirka Negroni, de la Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas, enumeró las más graves consecuencias de estas agresiones, a saber, *elevadas tasas de suicidio*,

confinamiento psiquiátrico que puede incluir choques eléctricos y medicamentos que alteran la mente, aislamiento social que puede llevar al abuso de drogas, de alcohol, a la depresión y al suicidio. Asimismo señala que resulta muy difícil documentar estas y otras violaciones a los derechos humanos porque el estigma y el silencio que rodean al lesbianismo y a la homosexualidad, impiden que esas personas busquen ayuda o denuncien la violencia que sufren. A este panorama hay que añadir lo que Carlos Bonfil señaló en su ponencia: *los costos sociales y los estragos psicológicos de la homofobia -ese virus latente del odio y del desprecio a lesbianas y homosexuales que sólo espera una oportunidad para reactivarse-*”.

En febrero de 2005 en El Universal, Elvira García hizo alusión a un documento que según señala, tiene en Internet la Agrupación Proyecto de Concientización Pública Lesbiana y Gay, donde se lee el siguiente epígrafe “el conocimiento, esto es, la educación en su sentido verdadero es nuestra mejor protección contra el prejuicio que no razona y el miedo que produce pánico, ya sea que éstos nazcan de algún interés especial, de minorías restrictivas o de líderes aterrados”. Esta frase es del ex presidente D. Roosevelt, y nos sirve para entender que la ignorancia es la causa de actitudes injustas, entre ellas la discriminación hacia los homosexuales. Asimismo, informa, según nos recuerda la misma agrupación, tener esas preferencias sexuales no debe ser calificado como anormal, las investigaciones del Dr. Alfred C. Kinsey, hechas de los años 30 a los 50 revelaron que 10% de la humanidad es homosexual y que ese porcentaje parece ser el mismo, es decir, constante sin importar el período histórico o la cultura en estudio. Según Kinsey, la única diferencia es el grado de aceptación de cada sociedad hacia la homosexualidad. De igual manera puntualizó, “es necesario mencionar que también cerca de 10% de la población humana es zurda. Y hace más de 200 años, esto, el ser zurdo, era considerado la marca de la brujería o signo de perversión. La fobia hacia la brujería fue tal que se llegó a torturar y matar gente por el hecho de ser zurda. El dato hoy nos parece increíble. Pues sí, pero esa absurda crueldad ocurrió. Hoy, mucha gente muestra fobia a homosexuales, en

una discriminación que mata, induce a una vida oculta u orilla al suicidio”, concluye.

En marzo de 2009, Milenio publicó un artículo sobre la discriminación y amenazas de muerte de las que fue víctima el Director de los Centros de Atención Múltiple (CAM) núms. 33 y 34 de nombre Iván Carmona, y que a más de un año de ausencia fue en aquel entonces víctima de hostigamientos y persecución por parte de vecinos y autoridades educativas por ser homosexual. Ante las presiones y acosos que tuvo por parte de las autoridades educativas estatales, el profesor fue obligado a pedir licencia e iniciar un juicio laboral un año antes. Se señala que el 7 de mayo de 2007 el profesor participó en la Jornada del Día Internacional Contra la Homofobia caracterizado de mujer, por lo que en la SEP fue emitida una queja por su tendencia sexual, argumentando que era un mal ejemplo para los niños. En mayo se publicó la nota acerca de la conferencia sobre el SIDA que impartió Rosa Feijoo como parte de la celebración del Día Mundial de la Lucha Contra el Sida. La conferencista señaló que se ha dado a la tarea de luchar por *desterrar el estigma* originado a causa de la ignorancia sobre enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida, *homofobia*, *discriminación* y otros temas relacionados. Subrayó la importancia de erradicar la incomprensión, discriminación y por consecuencia la homofobia que se presenta hacia las personas que padecen la enfermedad y por ello sostuvo que es indispensable aportar elementos para construir una cultura de respeto a las personas de la diversidad sexual y eliminar el desprecio cada vez más poderoso en la población, en el ámbito escolar y social y sobretodo en el entorno familiar que es donde se origina la homofobia. En junio Milenio publicó una nota titulada “es rara la especie sin homosexualidad” donde señalan que “en temporada de elecciones siempre surge el tema de la homosexualidad; que si un candidato lo es abiertamente o lo es pero cree estar en el clóset. Lo cierto es que si fuéramos una especie más, no le daríamos importancia. Tampoco se la daríamos en un nivel superior de civilización. Los animales no humanos carecen de nuestros prejuicios y los humanos no hemos logrado superarlos”. Asimismo también en junio, se publicó otra nota bajo el título “Aún discriminan a los

homosexuales” en donde se señala que “víctimas del rechazo y la discriminación laboral se encuentran personas homosexuales y con VIH en la zona sur de Tamaulipas, aseguró el Coordinador de Géneros en Movimiento, señaló que es falta de conocimiento que tienen las empresas, por eso muchas veces suelen recurrir a los despidos y discriminación, no sólo con las personas que tienen VIH sino que también con los homosexuales y es ahí donde entramos realizando las capacitaciones”, apuntó.

Es deseable distinguir el artículo titulado *“La homofobia no se denuncia por temor”* que originalmente salió publicado en junio de 2009 y actualizado en febrero del año en curso, por Milenio. Este artículo se transcribe casi en su totalidad debido a la claridad y precisión de la información respecto al tema aquí investigado. A saber: “Torreón.- pese a que mucho se ha denunciado la discriminación que afecta a la comunidad gay en la Comarca Lagunera, es prácticamente nula la presencia de denuncias en la Comisión de los Derechos Humanos de Coahuila. *Es una realidad que existen actos discriminatorios a sus derechos, pero la mayoría de ellos evita denunciar por el temor a que sus familias conozcan sus preferencias sexuales.* David Omar Sifuentes, Segundo Visitador de los Derechos Humanos en Coahuila, dio a conocer que en este 2009, sólo ha sido recibida una acusación por parte de un hombre, que fue tratado de manera discriminatoria por parte de elementos de la Dirección de Seguridad Pública. Hace tres años se recibió una denuncia similar en donde una persona de sexo masculino fue discriminada en su trabajo al conocerse su condición de salud al ser portador de VIH. Esta es la única denuncia de este tipo que se ha recibido en los últimos años, porque el balance es de una cantidad de denuncias mínimas por parte de la comunidad gay. Por su parte, Ismael de la Rosa, Presidente de la Organización VIHIVIR, reconoció que es urgente que se respeten los derechos de las personas con preferencias sexuales distintas a la mayoría. *Asegura que anteriormente la comunidad gay se encontraba dispersa y las injusticias que padecían al ser víctimas de discriminación y maltrato, se esfumaban sin que nadie les brindara apoyo.* Dijo asimismo que es indispensable erradicar la homofobia, capacitar a los elementos

policíacos en materia de homofobia y transfobia y que sus derechos humanos se hagan valer por la sociedad. *La discriminación se presenta en todos los ámbitos y la mayoría de los afectados la viven desde su hogar. Reconoce que sigue existiendo temor de parte de muchos homosexuales en manifestarse abiertamente en la sociedad, debido al rechazo del que han sido víctimas durante años*”, concluyó.

En junio de 2009 Milenio publicó un artículo con el título “Dos de cada diez familias mexicanas tienen miembros homosexuales y son discriminados”, donde Lina Pérez Serqueda, Presidenta de la Asociación Civil Cuenta Conmigo: diversidad sexual incluyente, aseguró que “hoy en día parámetros sociales solamente son diseñados para los heterosexuales y es por eso que las familias pueden estar al borde de la desintegración en cuanto se enteran que por ejemplo un hijo es homosexual. Señaló que todavía existe una influencia a seguir la sexualidad hacia la mera reproducción y que se defina hacia la heterosexualidad. Es necesario que en las familias se reconozcan las posibilidades de crecimiento, que *existe la homofobia en la familia*”, finalizó.

El artículo que a continuación se cita se considera sobresaliente, por lo que se transcribe casi de manera textual. La Jornada, en julio de 2009, entrevistó a Alex Carballo, especialista en estudios clínicos y de comportamiento, quien mencionó que las tensiones a nivel social por la falta de aceptación de la homosexualidad generan reacciones de angustia, ansiedad y aislamiento en algunos hombres que a veces resultan en dificultades para asumir conductas de prevención. Señaló asimismo que estos problemas de salud mental pueden agravarse con un resultado positivo al VIH que conduce a la depresión y al riesgo de suicidio. De acuerdo con investigaciones disponibles, la ideación suicida en la población de hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos es 35% superior al porcentaje reportado en la población en general. Por su parte, Rebeca Ramos (fundadora del Programa Compañeros) argumentó que otro tanto sucede con el consumo de drogas y abuso de alcohol en este sector de la población masculina,

asociados con altas tasas de comportamientos de riesgo de infección al VIH. El uso de esas sustancias y la adicción es, en parte, *una respuesta al estrés social y del medio ambiente como el estigma*, vivido por muchos hombres que tienen sexo con otros hombres. Los trastornos a la salud mental provocados por la violencia ejercida contra los hombres por sus prácticas o identidades sexuales en el transcurso de sus vidas están entre los problemas de salud que deben ser detectados entre la población conformada por hombres bisexuales y homosexuales así como hombres que no se autoidentifican como homosexuales pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

En julio de 2009, Milenio publicó la nota “minimizan autoridades agresiones contra gays” donde Emilio Alvarez Icaza, Presidente de la CDHDF precisó que la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, tránsgero, travesti e intersex es centro de violencia por parte de servidores públicos, que por prejuicio los discriminan, extorsionan y agreden. Dijo que de acuerdo con informes de la CCCCOH de 1995 a 2006 fueron asesinadas 420 personas, 148 en el D.F. Importante de destacar es que señaló que: *“calificados por las autoridades de crímenes pasionales, la indiferencia, el desprecio y la negligencia promueven que estos crímenes permanezcan impunes y esa comunidad quede cada vez más vulnerable”*. Enfatizó que una muestra de la segregación hacia este sector la reporta la primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), pues 94.7% de las personas homosexuales consideró que hay exclusión por su condición, concluyó. En octubre Milenio publicó que la UNAM promete analizar existencia de espacios de encuentro sexual gay, se señaló que desde 2005, la UNAM con conocimiento del “camino verde” ha intentado desaparecerlo por medio de la poda de árboles y el bardeado de la zona. Un lugar público de intercambio sexual entre personas homosexuales se trata de espacios comunes, adoptados por la población gay por sus facilidades para de manera clandestina ligar, y llevar a cabo alguna práctica sexual entre una o varias personas. Gabriel Gutiérrez refirió que “si no se puede tener ejercicio sexual en la casa, ni en la conocida como segunda casa, ¿dónde si

se puede?; enfatiza que las personas homosexuales, en especial los jóvenes, no pueden desarrollar su vida sexual en sus hogares u hoteles debido a la homofobia. En octubre de 2005, igualmente Milenio publicó que estudiantes gays del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), lograron realizar la II Semana de Diversidad Sexual del 28 de septiembre al 1 de octubre del mismo año, en donde los temas que se trataron a lo largo de la semana fueron entre otros: sexualidad, homofobia, medios de comunicación LGBT, derechos humanos de este sector, el mercado gay, así como los homosexuales y la vejez. Estudiantes participantes reconocieron que *aún existen compañeros dentro de la universidad, que prefieren ocultar su orientación sexual para evitarse conflictos en sus propios hogares*. Con motivo del Primer Encuentro Nacional sobre la No Discriminación a la Diversidad Sexual, cerca de 60 activistas, dos por cada entidad, analizaron y debatieron la realidad que viven las personas no heterosexuales. Se considera que urge se forme una Federación Mexicana LGBT con la que se establezca una agenda nacional lésbico-gay. Dicho proyecto ya se había planteado en 2007 pero no se concretó nada y la activista gay Mariaurora Mota señala que en México la lucha por los derechos de la diversidad sexual tiene esfuerzos aislados que causa que luchas iguales se hagan por separado, se concluye, En noviembre de 2009, Milenio publicó el artículo “padres de hijos que salen del clóset, se unen” en donde se señala que Miriam Ángel, fundadora del Grupo de Padres y Madres por la Diversidad Sexual, formado en la ciudad de México, buscó conocer más del tema viajando a diferentes lugares donde aprendió otras formas de contacto entre padres e hijos homosexuales o lesbianas; posterior a la salida del clóset de su hija lesbiana, lo que le ocasionó un gran sufrimiento y desconocimiento. *Señala ahora que un aspecto indispensable es que hasta el momento, las escuelas no cuentan con una materia de orientación sexual, razón por la que muchos jóvenes también viven un proceso de sufrimiento, al ocultar sus preferencias. Asevera que el apoyo de los padres es tan importante, que puede cambiar radicalmente el destino de una persona gay, concluyó*. El sexólogo Silvestre Faya, en entrevista brindada a Milenio en noviembre de 2009, dijo que uno de los aspectos más importantes es el respeto que deben tener los padres sobre la orientación sexual de sus hijos. Indicó

que *lamentablemente en la actualidad la homosexualidad sigue sin ser orientada socialmente por la mayoría de la población*. Asimismo en noviembre de 2009, se publicó en Milenio que la comunidad homosexual poblana, siempre asediada por prejuicios, mitos, dogmas y miedos sin sustento, es más compleja de lo que cualquier heterosexual puede imaginar. *Juan Carlos*, joven que se asumió como homosexual cuando concluyó el bachillerato, hace ya doce años señaló que: “no podemos marcar con exactitud el origen de la comunidad gay poblana porque siempre hemos formado parte de la sociedad, pero empezamos a ser más visibles en los últimos años de la década de los setenta. La gente dice que ahora somos más pero no es cierto, la diferencia es que de unos años para acá nos dejamos ver más, sin inhibiciones”. Señala asimismo que “existe el dato de que entre el 5 y el 10% de la población mundial somos homosexuales pero *la mayoría permanece oculta en el clóset por temor al qué dirán pues la presión social siempre es muy fuerte y algunos no la toleran, así que viven como gays clandestinos*. Ahora les llamamos la generación de la apertura, vienen con otras ideas, ya no les da pena que los vean juntos, dejarse ver en público y asumirse como homosexual, es parte del famoso orgullo gay”, finaliza.

En enero de 2010 en entrevista a El Sol de Toluca, David Miranda, Subdirector de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), señala que México aún no está preparado para aceptar que parejas homosexuales puedan adoptar y educar a pequeños. Asimismo aseveró que en algunos grupos, principalmente a nivel escolar, los niños suelen ser muy crueles con aquellas personas que son diferentes. Agregó que la *violencia física o emocional* de que pueden ser sujetos podría ocasionarles conductas de aislamiento o agresividad que pueden desencadenar severas depresiones en las que no se descarta el suicidio, concluyendo que la probabilidad es muy alta. Gaceta UNAM, en febrero de 2010, publicó una entrevista a la antropóloga Jules Falquet, de la Universidad Paris Diderot, quien señala que “en occidente es común atribuir a los individuos una personalidad e identidad sexuales específicas y fijas a partir de sus prácticas sexuales”. Destacó que cada sociedad se ha encargado de

interpretar y constituir estas prácticas de forma diferente y a partir de ello definir lo que debe ser un hombre o una mujer. En uno de los escenarios propuso la escritora- la identidad sexual se basa en una conciencia individual. Se cree que en culturas con esta concepción hay una correspondencia homóloga entre género y sexo, es decir, del primero depende el segundo, como afirman las sociedades occidentales. Teniendo en cuenta sexo, género y sexualidad, no resulta fácil determinar qué significa ser mujer u hombre si las prácticas que desarrolla se denominan homosexuales o heterosexuales, porque éstas se conceptualizan según cada grupo social y a la época en que se vive, puntualizó la investigadora francesa.

A este punto es de suma relevancia para el desarrollo de esta investigación, aclarar que ser homosexual contempla el tener un comportamiento sexual -en este rubro aplica incluir a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)- o poseer una orientación sexual distinta a lo normal (lo normal, del latín *normālis* es lo “que sirve de norma o regla) –heterosexual vs. homosexual-; mientras que ser gay abarca mucho más que sólo el comportamiento o la orientación sexual homosexual; se trata de una nueva estructura psico-socio-cultural que el individuo elige como una nueva norma para su propia vida, una vez que ha “salido del clóset” ante él mismo y ante su entorno primario y secundario: ser gay implica re-estructurarse a sí mismo en todo contexto, a un nuevo concepto acorde a su recién reconocida orientación homosexual y que le implica cambios más allá de su persona, en su manera de vivir y significarse ante la sociedad y cultura a la cual pertenece.

Con relación a la homofobia, se encontraron los siguientes reportes:

Luis Carlos Cano en El Universal (6 de septiembre, 2001), puntualiza sobre la continuación de la ola de ejecuciones llevadas a cabo en Ciudad Juárez, Chihuahua; donde las víctimas fueron dos homosexuales. Asimismo señaló que Eduardo Pinal (entonces dirigente de la Asociación Nawi -asociación que trabaja

con homosexuales, en programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual-), expresó que dichos asesinatos habían sido cuestión de homofobia, enfatizando, por otro lado, que los agentes de la policía municipal se habían dedicado a hostigar a grupos de homosexuales, en lugar de combatir la delincuencia en la ciudad. Otro ejemplo es el asesinato, reportado por Icela Lagunas en El Universal (9 de julio, 2003), de un individuo homosexual, quien fuera asesinado a martillazos en la cabeza, por proponer tener relaciones sexuales al presunto homicida.

En México, como en otros países latinoamericanos, aunque se aprecia cierto interés hacia el tema de la discriminación y la violencia hacia la comunidad lésbica, gay, bisexual, transgénero (LGBT), en general también existe poco interés por el suicidio de esta comunidad, al no proporcionar información precisa, de la realidad del problema; sin embargo, no es desdeñable considerar algunos intentos por sensibilizar a la población al respecto, como lo demuestra por ejemplo, la labor realizada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) en 2004, la cual llevó a cabo una campaña denominada “Di no a la discriminación”, una versión a favor de la diversidad sexual. En aquella ocasión, en medios impresos apareció una inserción donde se observaba una pareja gay manifestándose afecto con la leyenda “tienen derecho a ser respetados. Sólo una cosa puede detenerlos... la discriminación” y cierra el mensaje con la frase “si no puedes ejercer tus derechos ¡denúncialo!”. Asimismo, “la igualdad comienza cuando aceptamos que todos somos diferentes” es el mensaje final de un spot radiofónico en el que se plantea que “la homofobia es la intolerancia hacia los homosexuales”, el cual se difundió la última semana de noviembre y todo diciembre, del mismo año, en 13 ciudades del país. Los criterios para la elección de estas ciudades fueron entre otros motivos, la alta prevalencia del sida y el impacto de la epidemia, particularmente en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

De igual manera, el mismo CONAPRED difundió, del 1 al 31 de diciembre de 2005, la campaña “Contra la Homofobia”, cuyo lema era: “el respeto es un valor y un derecho, di no a la homofobia”. El objetivo era concienciar a la población sobre la problemática de la homofobia, como expresión discriminatoria hacia los homosexuales, ya que la igualdad comienza cuando reconocemos que todos tenemos el derecho a ser diferentes. La campaña pretendió alcanzar a por lo menos, el 5% de la población en México; su cobertura fue a nivel nacional, a través de los canales de televisión 2, 5 y 9 y, en radio, a través del Instituto Mexicano de la Radio y Núcleo Radio Mil.

Al respecto, el 4 de diciembre del mismo año, Patricia Kelly reportó, a través del periódico El Universal, que el lema correspondiente llegó justo en el momento en que la iglesia católica declaró al mundo que en sus Seminarios no entrarían personas homosexuales. Esta posición lleva una fuerte carga discriminatoria y descalificadora de la condición homosexual. Señaló que el Vaticano insiste en calificarlos como “inmaduros, narcisistas, seductores y manipuladores, con graves dificultades con las instituciones y para cooperar con los demás”. Más aún, si el Vaticano no los quiere entre sus filas, dirán algunos, nosotros tampoco los queremos ni en nuestras oficinas ni en los patios de nuestras escuelas ni en nuestras propias familias.

La homofobia nace en casa asevera Kelly. Observa que el primer lugar en donde los homosexuales reciben violencia es, en la gran mayoría de los casos, en sus propios hogares y que esta violencia intrafamiliar los vulnera, les disminuye su autoestima, los avergüenza. “¿cómo voy a vivir si me hacen sentir que soy lo peor que pudo sucederle a mi familia?”. La sociedad mexicana es una sociedad con sectores llenos de prejuicios, de discriminación, de pensamientos y actitudes homofóbicas que han llegado hasta el homicidio. Al igual que la iglesia católica, la Unión Nacional de Padres de Familia, A.C. (UNPF), conjuntamente con el Comité Nacional Pro-vida, A.C. se opusieron de manera flamígera a la campaña realizada por el CONAPRED (arriba indicada,) argumentando en contra de la Secretaría de

Salud, que "...lanzara una campaña de defensa de los homosexuales... que son personas que debieran procurar atender su desviación sexual".

Por cierto que los representantes de La Unión de Padres de Familia, A.C. (Guillermo Bustamante) y del Comité Nacional Pro-vida, A.C. (Miguel Ángel Salazar), recibieron una denuncia penal por parte de la Organización Diversidad y Dignificación de la Política, al considerar que promueven el odio hacia la comunidad homosexual, basados en presuntas violaciones al artículo 206 del Código Penal que sanciona las vejaciones contra un grupo poblacional y la incitación al odio, por razones de preferencia sexual, raza, sexo o religión. El 10 de febrero, mientras se hacía el anuncio de parte de CONAPRED (arriba señalado), el dirigente de la UNPF, decía que enviaría una nueva carta al entonces Secretario de Salud, Julio Frenk, en la que le reiteraría la solicitud de que se cancelase la transmisión de spots de dicha campaña, porque "*promueve el homosexualismo*". Más aún, el dirigente de la UNPF señaló, en diversas ocasiones, que los homosexuales "deben tratarse para solucionar su problema", mientras que Miguel Ángel Salazar, dirigente del Comité Nacional Provida, en una conferencia de prensa, dijo que "la homosexualidad es una enfermedad mental que necesita rehabilitación física, psicológica, psiquiátrica y espiritual".

En la primavera del mismo 2005, junto con el CENSIDA, el CONAPRED coemitió una campaña a través de estaciones de radio locales, cuya versión más polémica fue "La Cena", donde se presentó un diálogo entre un hijo y su madre, respecto al encuentro entre el compañero homosexual del hijo y su familia; finalmente el locutor dice: "aunque te parezca raro, hay mucha gente que todavía ve mal esta situación". La homofobia es la intolerancia hacia la homosexualidad. La igualdad comienza cuando aceptamos que todos somos diferentes".

Por cierto que la iglesia y sectores conservadores se opusieron, pero fue el mismo Secretario de Salud quien defendió la difusión del mensaje. Al respecto, en marzo de 2005, la Comisión Episcopal de Pastoral Familiar argumentó que "la iglesia

católica defiende, respeta y promueve la dignidad de todos y cada uno”. Particularmente respecto a la Campaña contra la Homofobia dijo que “una campaña que promueva que la persona homosexual no sea rechazada, es algo digno de reconocimiento”, ya que el catecismo de la iglesia católica dice que “los homosexuales deben ser acogidos con respeto, compasión y delicadeza. Se evitará, respecto de ellos, todo signo de discriminación injusta; la iglesia católica no insulta, ni ataca, ni incita a la discriminación de ninguna persona; por el contrario defiende, respeta y promueve la dignidad de todos y cada uno, también de los homosexuales”. No obstante señalan: “habrá que distinguir entre la inclinación homosexual y los actos homosexuales; la inclinación es desordenada en sí misma pero no constituye de por sí una culpa si no hay la intención de alimentar esa inclinación mediante actos homosexuales”. Señalan que la homosexualidad es un desorden, pero que hay que recibir y acoger a la persona homosexual con “comprensión”, con “serenidad” y también “infundiéndole esperanza” razonada de ayuda eficaz.

Icela Lagunas (El Universal, 12 de junio, 2005) reporta en su artículo “Lidera D.F. muertes homofóbicas”, que el CONAPRED refiere que las víctimas de los crímenes por preferencia sexual distinta, han sido localizadas en su mayoría en sus hogares, lo que indica que los familiares son los responsables de esta violencia física. Lagunas señala que de acuerdo a la última encuesta llevada a cabo por el CENSIDA, realizada a la población masculina del D.F., de entre 15 y 60 años, con la finalidad de conocer los hábitos sexuales, reveló que el 0.4% de la población era homosexual y 2.1% bisexual (el mismo CENSIDA reconoció que la confiabilidad del dato estaba en entredicho, ya que la encuesta se efectuó directamente en los hogares, factor por el cual la respuesta pudo ser alterada por los entrevistados, “por temor a ser descubiertos y rechazados”).

A principios de 2006 Raúl Ociel Marroquín Reyes, alias “El Sádico”, fue consignado a la Procuraduría Capitalina al Reclusorio Norte. El Sádico se reconoció como fóbico y aceptó públicamente haber cometido homicidio en contra

de 4 homosexuales entre octubre y diciembre de 2005. Al ser entrevistado, Marroquín Reyes confesó tener preparación paramilitar adquirida en el Ejército y odiar a los hombres con preferencias sexuales diferentes, argumentó que "...hasta le hice un bien a la sociedad, pues esta gente hace que se malee la infancia". Patricia Kelly en su artículo "Sexualidad", publicado el 29 de enero de 2006 en El Universal, escribe: *¿violencia justificada?* Estas escenas que para muchos pueden resultar muy desagradables, se han repetido por años sobre seres que nada tuvieron que ver en la elección de su orientación sexual. Durante años, se ha ejercido contra ellos discriminación, desprecio, tortura; han sido motivo de burlas y agresiones, y su condición humana ha sido el pretexto ideal para matarlos. En nuestra ciudad dice, hace algunos años se formó la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH), que dio seguimiento a varios crímenes de la comunidad homosexual. Al final de cada año, llegaban a una misma conclusión: la homofobia de las autoridades no les permite que apliquen la ley.

En la Jornada (mayo, 2007) salió publicado un artículo bajo el título "México, segundo lugar en número de crímenes contra homosexuales", donde se señala que en América Latina, México ocupa el segundo lugar en la lista de países con un alto número de asesinatos homosexuales, al registrar alrededor de mil muertes en los pasados nueve años, mientras que Brasil está en el primer sitio con hasta 800 homicidios al año. Asimismo, se señala que aunque algo se ha avanzado en la lucha contra el estigma y la discriminación hacia los hombres que tienen sexo con hombres, lesbianas, bisexuales y transgénero, todavía es largo el trecho por recorrer para eliminar grandes obstáculos respecto de los programas de prevención del VIH/sida. Asimismo, en el citado artículo se menciona que Arturo Díaz (Coordinador del Comité Técnico de Observación y Vigilancia Ciudadana, Mexsida), dijo que "en el país persisten los insultos, agresiones, abusos y violación de los derechos humanos de los individuos cuya orientación sexual es diferente a la heterosexual. Y de manera particular, Díaz destacó los crímenes de odio por homofobia y la violencia en que los tiempos recientes se ha acrecentado en contra

de los activistas de las organizaciones civiles”. A su vez y de igual manera en el mismo artículo se informa que David Sánchez Camacho, Legislador Perredista, refirió que “en el país la homofobia es un cáncer cultural que se recrea con facilidad en las entrañas de la sociedad”, concluye el artículo de la Jornada.

En mayo de 2008 al anunciarse en México la celebración del Día Internacional Contra la Homofobia -17 de mayo-, algunos estados se unieron a dicha celebración mediante diversas actividades. Así por ejemplo en Colima, se llevó a cabo una manifestación contra la no discriminación. Chihuahua celebró su primera manifestación contra la discriminación, con jornadas culturales y conferencias. Jalisco tuvo el *IV Foro sobre Ciudadanía Sexual y Políticas Públicas* dirigido a organizaciones civiles, académicos, educadores y medios de comunicación; además de la proyección de películas de temática gay, eventos culturales, programas de radio y la presentación de un libro. Nuevo León, Puebla y otros estados se sumaron de igual manera con la intención de que todos los mexicanos que así lo desearan, participaran en los actos demostrando solidaridad con el colectivo homosexual y transexual. Asimismo en el mismo 2008, se llevó a cabo la Campaña contra la Homofobia en el Metro de la Ciudad de México, con el fin de sensibilizar a la población mexicana respecto al respeto hacia la comunidad gay. Se colocaron carteles en los andenes y vagones del metro, en los cuales se pretendió relacionar la homofobia con el racismo, por ser ambas discriminatorias. El Gobierno del D.F. colaboró con algunas asociaciones civiles para hacer posible la campaña, en espera de paliar la discriminación en la capital, pues la homofobia está presente en las costumbres de la sociedad mexicana.

De igual manera en 2008, algunos días previos a la XVII Conferencia Internacional sobre Sida, que se realizó en México del 3 al 8 de agosto, el C. Presidente de la República recibió a un grupo de personas y activistas relacionados con la respuesta al VIH/SIDA y a los derechos de las personas de la diversidad sexual. En la reunión, diferentes miembros de estos grupos le plantearon la necesidad de combatir la homofobia, en particular comenzando por

los servicios de salud. En la reunión estuvieron presentes los titulares de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), quienes recibieron la instrucción presidencial de empezar a crear y posteriormente certificar espacios de salud libres de discriminación y homofobia. El Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA) decidió dar el primer paso y marcar un ejemplo dirigido a cumplir dicha instrucción, realizando la “Estrategia para la Difusión de los Servicios de Prevención, Detección y Atención del VIH”, estrategia de sensibilización denominada “CAPASITS libres de Homofobia y Discriminación”; en base a entrevistas a profundidad a usuarios de algunos “centros ambulatorios para la prevención y atención de SIDA e infecciones de transmisión sexual” (CAPASITS), así como a profesionales de la salud que laboran en éstos.

El 15 de abril de 2009 se anunció en “SDP Noticias” (noticias de Jalisco) que, con motivo del Día Internacional contra la Homofobia, el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara (CUCSH) llevaría a cabo una intensa campaña en la que se repartirían 1000 trípticos sobre los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y 1000 trípticos más contra la homofobia. Adicionalmente se dieron 4 ponencias y una jornada de cortometrajes, un documental y un video-debate; participaron alrededor de 60 personas del Centro. Para el cierre del evento se llevó a cabo una Marcha contra la Homofobia en donde, al final del recorrido, se encendieron 400 veladoras en conmemoración a las víctimas asesinadas por la homofobia en México en los últimos diez años.

El 16 de mayo de 2009, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), anunció que con motivo de la celebración del Día Internacional contra la Homofobia y con el fin de acabar con la discriminación y reivindicar el respeto de los derechos de las comunidades de homosexuales, transexuales y lesbianas, se lanzaría una campaña, denominada “Por los

derechos sexuales y la diversidad sexual” a través de internet, que distribuiría mensajes en contra de la homofobia y la transfobia. Algunos de los mensajes que se mostraron en páginas web y que se pudieron ver en YouTube decían: “pongamos fin a la violencia, superemos la indiferencia” y “la homofobia acelera la propagación del VIH”. Este último eslogan es de destacarse para nuestra investigación, pues la misma ONUSIDA señala que “las relaciones sexuales entre hombres son la principal vía de transmisión del VIH en América Latina y la homofobia y el estigma continúan siendo obstáculos significativos a la hora de construir una respuesta eficaz a la epidemia. El estigma y la homofobia aumentan el aislamiento de los gays, los bisexuales y las personas transexuales, lo que les hace más reacios a darse a conocer, ser identificados y a buscar asesoramiento y servicios relacionados con el VIH”.

En el presente, y al igual que el CONAPRED, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), a través de la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH) realiza labor de apoyo documental y de investigación respecto a la discriminación hacia la comunidad LGBT. Reporta que en México no existen cifras oficiales sobre los delitos de que son víctimas, pero su labor ha sido fundamental para hacer patente la presencia de este fenómeno. Digno de destacar es que aunque su labor básica es en relación a los crímenes cometidos contra la comunidad y no sobre suicidio, señalan que por cada homicidio denunciado, dos no llegan a oídos de las autoridades; por lo que es de esperarse que, con relación al suicidio, exista poca información. En su oportunidad, diputados integrantes de la Coalición Social Demócrata a la IV Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, pusieron a consideración del Presidente de la Mesa Directiva de la misma Asamblea, reformar los artículos 125 y 139 del código penal vigente para el Distrito Federal, relacionados con el crimen, e incluir un artículo el 125 bis, preludio a una tipificación de los crímenes de odio y que señala que: “el que prive de la vida a una persona por su sexo, edad, preferencia sexual, identidad genérica, pertenencia étnica o religión, se le impondrá prisión de diez a treinta años y

pérdida de los derechos que tenga con respecto a la víctima, incluidos los de carácter sucesorio”. El abogado de la CCCCOH, Lic. Rodolfo Millán señala que mientras los crímenes de odio no estén tipificados en la normatividad seguirán siendo encasillados como crímenes pasionales, lo que a su juicio, contribuye al que el problema no sea visto, culpabilizando a la víctima e incluso justificando socialmente la discriminación y la violencia en contra de las personas LGBT; por lo que es fundamental que la sociedad en su conjunto trabaje a favor de la no discriminación y en contra del estigma asociado a la disidencia sexual. Rodolfo Millán reconoció que un importante logro ha sido la aprobación de la Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal pues legitima socialmente la existencia de relaciones homosexuales o lésbicas y demuestra que las leyes sí pueden contribuir al cambio cultural que se necesita para avanzar hacia la “tolerancia”, *...término que idealmente debiera ser más bien “aceptación”...* y el pleno ejercicio de los derechos humanos. Adicionalmente, la CDHDF, en su Informe Especial sobre violaciones a los derechos humanos por orientación o preferencia sexual y por identidad o expresión de género 2007-2008, afirma que las principales denuncias de discriminación y violencia hacia las personas LGBT, en la Ciudad de México, se dirigen contra agentes de seguridad pública y procuración de justicia, quienes les hostigan, maltratan o detienen arbitrariamente vulnerando su derecho a la libertad personal y su seguridad jurídica.

En el presente año, 2010, la Procuraduría General de la República llevó a cabo una acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia contra las reformas al Código Civil del Distrito Federal que permiten el matrimonio entre personas del mismo sexo y se les otorga la posibilidad de adoptar niños. Arturo Chávez, titular de la Procuraduría General de la República (PGR) aclaró que “no se trata de estigma, discriminación o violencia contra los consortes unidos en matrimonio o quienes viven en concubinato, sino de idoneidad de la institución jurídica creada específicamente para proteger algún tipo de familia en particular”. En marzo se dieron dos hechos fundamentales para los derechos de los homosexuales: 1) La Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal

pondrá en marcha una unidad enfocada a la investigación de homicidios dolosos cometidos en contra de personas homosexuales, mediante el Acuerdo A/02/2010 que establece la creación del Ministerio Público denominado “Agencia Especializada de Investigación del Delito de Homicidio doloso, cometido en agravio de mujeres y personas con orientación o preferencia sexual y por identidad o expresión de género”, y 2) finalmente se concretaron las primeras bodas gay, mediante una ceremonia colectiva de cinco parejas, en el Antiguo Palacio del Ayuntamiento. Al respecto el Director del Registro Civil del Distrito Federal, Hegel Cortés, puntualizó que: “hoy es un día histórico” pues se concreta la evolución de uno de los derechos más importantes. Sin embargo, afuera de la sede del Gobierno capitalino donde se realizaban estos matrimonios, cerca de un centenar de personas, pertenecientes a una asociación civil denominada “Uno más una”, se manifestaron para mostrar su desacuerdo con el hecho, mediante pancartas.

Asimismo, con relación a la actuación suicida, se encontraron los siguientes reportes:

En febrero de 2006 (El Universal), Cristina Pérez-Stadelmann, escribió una nota titulada “Jóvenes Suicidas, tendencia en aumento” donde escribió que “los niños y los adolescentes, al igual que los adultos, sienten que hay dificultades que no pueden superar y en ocasiones, la muerte comienza a ser un tema recurrente en su vida”. Sumamente relevante para esta investigación, es lo que puntualizó en el mismo artículo: *“Asimismo, la inexactitud en los datos estadísticos se atribuye a que la mayoría de los suicidios acaban por definirse como accidentes, sobre todo, cuando el acto es cometido por un niño o adolescente, pues el suicidio es un hecho difícil de aceptar por las familias y por ello también difícil de certificar por los médicos forenses y ministerios públicos”*. La reportera señala que los datos aportados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) destacan que hace dos décadas se podía afirmar que la mayor proporción de suicidios consumados ocurrían a partir de los 65 años de edad; sin embargo la tasa de suicidio juvenil se

ha incrementado considerablemente entre los 15 y los 25 años de edad. Asimismo dice que conforme a diversos estudios (aunque no indica cuáles), las estadísticas indican que actualmente las mujeres padecen más episodios de depresión, ansiedad y alcoholismo que los hombres y que los adolescentes que corren mayor riesgo de suicidarse son los que están deprimidos; los que tienen problemas de alcohol o drogas; *los homosexuales (ya que enfrentan diversas formas de exclusión social)*; las jóvenes embarazadas; aquellos que son talentosos o dotados; y los que provienen de hogares donde alguien se ha suicidado. Igualmente dice que el Dr. Ángel Treviño Labastida, médico psiquiatra especialista en niños y adolescentes del Hospital Inglés, puntualizó que “la depresión puede llevar a los jóvenes a intentar suicidarse porque los adolescentes que están deprimidos a menudo tienen un pensamiento limitado, frente al cual, solamente encuentran dos opciones que son la vida o la muerte”.

En el 2007 El Periódico La Jornada, publicó: “el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) señaló que en 15 años los suicidios entre jóvenes se había cuadruplicado y reportan que la muerte autoinfligida es la segunda causa de decesos en la población de entre 15 y 24 años de edad. La Directora del IMJUVE subrayó la gravedad de esta situación estableciendo que en esta etapa de la vida las personas están en busca de su identidad, y que se trata de un período en que se afianza su autoaceptación y que en condiciones poco favorables se incrementa el riesgo de que los adolescentes caigan en las adicciones o en la depresión que a la postre los puede llevar al suicidio. El INEGI reporta que las entidades con mayor incidencia de suicidio en los jóvenes son Tabasco, Guanajuato, Coahuila, D.F. y Chihuahua”. Asimismo, en el periódico El Occidental, en enero del mismo año, se reporta que “resulta alarmante que al inicio de este año 2007, se hayan registrado en la zona metropolitana, 4 suicidios, lo que aumenta la estadística considerablemente, pero más allá de números, constituye un aviso de que algo falla en nuestra sociedad, es una alarma para revisar nuestra forma de vida y la manera en que nos relacionamos unos con otros. A pesar de los esfuerzos que se realizan para frenar la ola de suicidios, es

necesario que tomemos en cuenta la dimensión social y personal de este problema, pues un suicidio más allá de afectar sólo a la familia, afecta a toda la comunidad; por lo que también toda la comunidad debe ser responsable de evitar este mal. Desgraciadamente los medios de comunicación que nos permiten conocer en segundos lo que pasa a kilómetros de distancia, el consumo, la violencia y otros factores, nos alejan cada vez más de las personas cercanas fomentando el individualismo y necesariamente la despersonalización”.

En 2008 La Jornada publicó una entrevista con Brian Mishara, entonces titular de la Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio (IASP) quien consideró que “el suicidio es un gran problema a nivel mundial, si uno piensa que mueren más personas por autoeliminación al año, que por guerras, ataques terroristas y homicidios. Dijo que las estadísticas no siempre son confiables debido a que muchas veces *los suicidios se registran como muertes violentas o accidentes*”. Sin embargo, vale la pena observar que al menos en lo que concierne a México, tal vez dicho juicio ya no sea válido, tomando en cuenta la situación actual de la *guerra* con el narcotráfico. En marzo del mismo año, en el periódico ESTO, salió una nota sobre los *Emos* diciendo que el 40% de esta minoría juvenil son suicidas en potencia, al presentar un perfil psicológico depresivo exaltado por tal moda; lo que por cierto sería complementado con lo dicho por Andrés Alcántara, especialista de la Facultad de Psicología de la UNAM, pues señala que “los púberes que entran en otra etapa, deciden ingresar a esta moda para buscar su pertenencia y sobretodo su identidad, pues es una fase de muchos cambios, lo que implica duelos y adquisiciones, tanto angustias como tristezas y una constante pregunta sobre quiénes son”. Ambas noticias son de destacar al percibirse la fragilidad de los adolescentes, en cuestión de la constitución de su personalidad y que guarda relación con la posibilidad de realizar alguna conducta suicida.

Por otro lado, durante el mismo marzo, en La Jornada se informa que “según especialistas del IMSS, cada año se quitan la vida entre 4 y 6 mil personas, a consecuencia de ansiedad, depresión estrés, soledad, desesperanza, *exigencias*

sociales, sentimientos de culpa y rechazo. El Sol de México, en julio, reportó que “más de 400 jóvenes tabasqueños han intentado quitarse la vida en lo que va del presente año; se destacó que en otras entidades las sustancias adictivas son las que más orillan a la persona a quitarse la vida en tanto que en los tabasqueños predominan los conflictos familiares. Se señaló que para combatir el problema la Secretaría de Salud local implementó cuatro programas sustantivos: salud mental, prevención de la violencia familiar, control de las adicciones y prevención de suicidio”. Asimismo, en julio, La Jornada reportó que de acuerdo al Programa Nacional de Juventud, programa del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), “el 8.8% de la población en general, ha tenido depresión al menos una vez en su vida y que el suicidio creció casi 5% anual entre 1998 y 2004; que las mujeres entre 11 y 20 años fueron las principales víctimas”. En septiembre, en El Occidental se publicó que “en Guadalajara no existe infraestructura suficiente para prevenir el suicidio y tratarlo psicológicamente, con lo que la trágica estadística crece año con año. Verónica Cervantes, Jefa del Departamento de Psicología del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, aseveró que de los suicidios del año anterior, el 80% fue en hombres y el resto en mujeres y que las edades de mayor riesgo se ubicaron entre los 18 y los 28 años de edad”. Asimismo en septiembre en El Excelsior se publicó que “la ONU afirma que una persona se suicida cada 40 segundos alrededor del mundo y que se podría evitar en parte si se acaba con el *estigma* que rodea esta acción. En todo el mundo las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 50 años y que especialmente significativo lo es en los países en desarrollo. La organización afirmó que el *suicidio es una importante causa de muerte prematura que se puede prevenir y que está influenciado por factores de riesgo psico-sociales, culturales y medioambientales*”. El Sol del Bajío de igual manera en septiembre, publicó que según cifras de la Secretaría de Salud en Guanajuato “se estima que en el 2006 la prevalencia de suicidios que se tuvo a nivel nacional es de 4.8% por cada cien mil habitantes, en tanto que a nivel estatal la presencia fue de 3.8% y en Celaya 3.7%, por lo que se considera es una problemática que va en aumento. Se señala que se ocupa el 8º. lugar a nivel nacional con una tasa de suicidio de 5.8%”. Se destaca sin embargo

que el IMJUVE, a través de la nota periodística en El Sol de León en septiembre de 2009, señala a Guanajuato como el tercer estado con mayor número de suicidios después del Estado de México y del Distrito Federal. En noviembre, en La Jornada, salió una nota señalando a “la depresión, las adicciones y el alcoholismo como causas principales del aumento (20%) en el índice de suicidios en el Distrito Federal, señalando a Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Álvaro Obregón como las 3 delegaciones con más casos”.

En febrero de 2009, el Sol de Cuautla publicó que “la edad de las personas que se suicidan ha disminuido de manera importante en el Estado de México, pues se ha detectado que niños de 10 años de edad atentan contra su vida. El Instituto de Salud del Estado señaló que al menos 300 suicidios se presentan cada año, principalmente de jóvenes. En marzo el Periódico ESTO publicó que “Veracruz, el D.F. y Guanajuato son las tres entidades en las que las cifras de suicidio han aumentado considerablemente. Se indica que el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años y que en el país se tienen anualmente 3874 suicidios, con un 85% de hombres y el 15% de mujeres”. En julio el Dr. Alejandro Acosta, integrante de un hospital psiquiátrico del IMSS, dijo al periódico La Prensa, que “México ocupa el 4º lugar en suicidios a nivel mundial y que en los últimos cuatro años se han duplicado los casos entre los adolescentes de 11 a 19 años. El Especialista señaló que *desgraciadamente muchos de ellos no se reportan como tales ya que la familia siente que debe mantenerlo en secreto y es por ello que en el alta de los servicios de salud aparecen otras causas, como intoxicación accidental u otros*. Y por otro lado, destacó que después de un intento de suicidio consumado, en el siguiente año alrededor de 30 ó 40% de las familias hay al menos un integrante con un intento de suicidio”. En septiembre en La Jornada se publicó que “durante las últimas tres décadas el suicido en México creció en 275% y actualmente la tasa se ubica en 4 por cada 100 mil habitantes, siendo la población joven la que más lo consume; antaño la mayor incidencia estaba entre los ancianos pero hoy el grupo de edad con mayor número de víctimas es el de personas de entre 15 y 29 años y que por cada mujer que se

quita la vida hay 4.8 hombres, en promedio”. En diciembre El Sol de Durango indicó que “un total de 120 suicidios han flagelado a nuestra sociedad este 2009, lo cual representa un incremento de más del 50% con relación a 2008 y que la depresión es el principal factor para consumir la autoinmolación. La inseguridad, el estrés y la depresión que van en aumento reflejan *el miedo de la población al no saber enfrentarse al entorno*. La depresión hace que *la gente se focalice mayoritariamente en los fracasos y decepciones, enfatice la cara negativa de las situaciones e infravalore sus propias capacidades y su valía personal*. Cuando la persona está profundamente deprimida la ideación suicida es una preocupación real”.

En 2010 en Noticias de El Sol de La Laguna, el Dr. Aurelio Quiñónez señala que “hay avances significativos para cristalizar el proyecto de la instalación del Comité Contra el Suicidio y que sin duda alguna vendrá a ser de mucha ayuda no sólo para los jóvenes sino para la sociedad en general. Detalló que se trata de formar un comité municipal o regional para atacar el problema de los suicidios, que por cierto son muchos los que se presentan en la Comarca Lagunera, toda vez que el índice más alto se da entre los jóvenes por falta de apoyo y el estar orientándolos de forma permanente”.

Respecto a la actuación suicida en el homosexual, se encontraron las siguientes notas periodísticas, claramente sobresalientes para comprender la relevancia de esta investigación documental y que a continuación se incluyen:

En la Jornada, en julio 1 de 1999, a través del título “¿Mi Vida en Rosa?”, se da testimonio de lo vivido por un individuo homosexual, de nombre “Beto”, el artículo comienza señalando que: “Hay niños con mayor riesgo que otros de sufrir violencia doméstica o social. Según la Directora de Atención a Víctimas de Delito, de la Procuraduría General de Justicia del D.F., Bárbara Yllan, la orientación sexual diferente de muchos infantes los vuelve más vulnerables al maltrato”. Beto, relató su experiencia personal, diciendo que entre los cinco y los seis años fue objeto de

abuso sexual y que aunque sus padres se dieron cuenta, no le brindaron la oportunidad de apoyo psicológico y el tema no se comenta en casa. *Puntualizó que intentó suicidarse tres veces, la última a la edad de quince años, cuando se dio cuenta que tenía que tomar una decisión sobre su preferencia homosexual. Señala que el suicidio fue como un intento de salvarse, una alternativa a tal situación.* Se finaliza el artículo subrayando que “la violencia intrafamiliar destruye hogares, acaba con las relaciones familiares y la dignidad. Hacen falta más leyes para detenerla. Se requieren ambientes sanos donde haya una pluralidad en cuanto a gustos y preferencias sexuales”. De igual manera en junio de 2003 en La Jornada se publicó que un homosexual, de nombre Jesús Cuitláhuac Portillo Vázquez, recibió en diciembre de 2002 un reconocimiento de la comunidad gay de San Luis Potosí y de algunas instituciones públicas del estado, por su trabajo en la lucha contra el sida. Puntualizó que ser gay en el seno de una sociedad conservadora y homofóbica como la de San Luis Potosí no es fácil y que sería ideal que cada vez más gente dé la cara como homosexual para tener la posibilidad de hablar y participar en los espacios públicos y de decisión, con el fin de incidir para la elaboración de leyes que les den derechos iguales a los del resto de la sociedad. Asimismo señaló que cuando se enteró que era positivo al VIH, *intentó suicidarse.* En octubre de 2003, en la sección Sociedad y Justicia de La Jornada, apareció un artículo sobre los individuos seropositivos, en donde se destacaba al inicio del artículo que “estigmatizados por el entorno social, no son raros los suicidios entre los enfermos de Yucatán”. Se narra la historia de Gerardo Antonio Chan, homosexual seropositivo de 36 años de edad, quien fue rescatado por el Albergue Oasis San Juan de Dios, después de vivir reducido a una condición de animal. Se reporta además que *intentó suicidarse*; primero con veneno para ratas y después pensó en ahorcarse –forma tradicional en las comunidades del oriente yucateco para quitarse la vida-, pero no pudo, momento en que fue rescatado.

En diciembre de 2001, en El Universal, salió una nota bajo el título de “Discriminación” en la cual se hace referencia al rechazo, angustia, aislamiento,

discriminación, violencia, despido laboral y hasta *el suicidio* que sufren las mujeres lesbianas en el país, comentó Paulina Martínez, de la organización Musas de Metal, A.C. La activista consideró que en México no se denuncia la discriminación ni se hace uso de las leyes, por lo que las mujeres lesbianas se encuentran en desventaja. “Ellas, agregó, son rechazadas por sus familiares, quienes las golpean, las obligan a casarse o en el peor de los casos, las violan para *quitarles el gusto por las mujeres*”. Por otro lado, se precisa que dicho organismo apoya la iniciativa de ley de sociedades de convivencia y se estima que entre 10 y 25 por ciento de la población mundial es lésbica-gay y al igual que los hombres, las mujeres con distinta preferencia sexual son discriminadas desde el mismo seno familiar, sobre todo en sociedades como ésta. “*En Estados Unidos, se señala, se sabe que 30% de los suicidios en adolescentes son debidos a la orientación sexual*. En México no se denuncia la discriminación ni se hace uso de las leyes”, se concluye.

En junio de 2002, en La Jornada, Paulina Millán, del colectivo Nueva Generación de Jóvenes Lesbianas, asevera que “la ausencia de estudios que reflejen la realidad de la diversidad juvenil mexicana, la llevó a desarrollar su propia investigación desde su quehacer profesional en la psicología. A partir de su experiencia, ella se vio motivada a abordar un tema, sin ningún antecedente en México: *el riesgo de suicidio entre las jóvenes lesbianas y los jóvenes gay*. Según su parecer, son frecuentes los intentos de suicidio en esa población. En Estados Unidos, por ejemplo, señala, *30% de los suicidios adolescentes tiene que ver con la orientación sexual, y otro alto porcentaje con la discriminación*. Por ello, está convencida de que es necesario llamar la atención pública sobre este problema para prevenirlo”.

En mayo de 2007 en La Jornada, en el artículo denominado “México, segundo lugar en número de crímenes contra homosexuales”, se destacó que en Aguascalientes, el Colectivo Ser Gay, denunció que en los pasados seis años se registraron 10 asesinatos de homosexuales y transexuales, los cuales han sido

“maquillados” por las autoridades que los han calificado de crímenes pasionales. También se reportaron *tres suicidios en homosexuales de entre 18 y 21 años*, que al declarar abiertamente su preferencia sexual sufrieron el rechazo de su familia y optaron por quitarse la vida.

En La Jornada, en enero de 2009, se publicó el artículo “Familias Homofóbicas”, en donde se dijo que el 18 de diciembre pasado, 66 países representados por la Asamblea General de la ONU, apoyaron una declaración que garantiza la protección de los derechos humanos, en la cual se exige que se deben aplicar por igual a todos los seres humanos, independientemente de su orientación sexual o identidad de género. El estado Vaticano expresó su oposición a la declaración y tanto EUA como los países islámicos se negaron a firmarla. Asimismo en el mismo artículo se hace referencia a un trabajo de investigación dirigido por Caitlin Ryan, de la Universidad de San Francisco, donde se muestra que el rechazo de los padres hacia sus hijas e hijos perjudica dramáticamente su salud mental: en comparación con LGB que se sienten respaldados por sus familiares, los que fueron rechazados en la adolescencia podría experimentar *8.4 veces más inclinación al suicidio*, propensión 5.9 veces mayor para sufrir altos niveles de depresión, 3.4 veces mayor tendencia al consumo de drogas y 3.4 mayor probabilidad de incurrir en prácticas sexuales de riesgo. Los hombres latinos reportaron los mayores niveles de rechazo familiar por su orientación sexual en la adolescencia. Se señala que la homofobia familiar no solamente violenta la vida afectiva de adolescentes y de lesbianas, gays y bisexuales, también debilita las redes familiares y aumenta la infelicidad; es además una amenaza contra la poca solidaridad y la tolerancia que queda en este mundo, donde lo que domina es el consumo y la avaricia.

Como pudo observarse por el presente informe hemerográfico realizado, la situación que vive la comunidad homosexual en la sociedad mexicana -derivada de la homofobia- no se hace patente en términos generales. Adicionalmente se observa que con relación a la actuación suicida, no se cuenta con cifras ni

estudios relativos, por lo que desafortunadamente para esta comunidad, se aprecia poco interés por el problema.

Se espera que la información aquí documentada sirva para contribuir al estudio y análisis del tema aquí expuesto; mediante la prevención en materia individual y social y en caso dado, mediante la conformación de dichas estructuras.

DISCRIMINACION HACIA LA HOMOSEXUALIDAD

*Que las leyes de Dios, las leyes del hombre,
las observe quien quiera y quien pueda;
no yo. Que Dios y el hombre promulguen
leyes para ellos mismos y no para mí;
y si mis caminos no son los suyos
que se ocupen de sus propios asuntos.
Si bien juzgo sus actos y a menudo los condeno,
¿acaso he decretado yo leyes que deban respetar ellos?
A.E. Housman*

*Estamos por completo en lo correcto cuando aseveramos que
los únicos expertos en homosexualidad son homosexuales.
H. Spiers*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002), la sexualidad se define como: *"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."*

Por otro lado y en lo que a este trabajo de investigación corresponde, es destacable el significado del término **homosexualidad**, el que etimológicamente hablando, es un híbrido del griego *homós* (que significa *igual*) y del adjetivo latino *sexualis*; lo que sugiere una relación *sexual y sentimental* entre personas del mismo sexo, incluido el lesbianismo.

La homosexualidad, o más bien el individuo homosexual, ha recibido diferentes calificativos en su condición. Así, en nuestra sociedad el peor insulto que un hombre puede recibir de otro es "maricón" o "joto", palabras que han llegado a ser

sinónimo de cobardía, debilidad, degeneración y escasa virilidad. Desde luego no sólo en español existen expresiones de este tipo, de hecho las hay en todos los idiomas. En inglés por ejemplo el modismo “GAY”, que literalmente significa alegre o feliz, ha adquirido la acepción de “hombre alegre” u “homosexual”; también dentro del slang se encuentran: queer (raro), fairy (hada) y fag (agotado), todos ellos con igual sentido. En francés el término del argot con que se designa al varón en general, es cochon (cochino), pero si se trata de un “desviado” se dice que es un cochon a l’ inverse, esto es, un invertido; existen además las palabras populares pèdale y tapette, ambas femeninas, con el mismo significado. En italiano al homosexual se le llama uomo effeminato (hombre afeminado) pero vulgarmente se le nombra “froscio”, un equivalente de maricón. En los países árabes se aplica el sobrenombre “el líquido” (ya traducido claro está) que da idea de falta de solidez o firmeza. En alemán se utiliza “weichling”, que quiere decir afeminado. Asimismo, la otrora dominante lengua náhuatl contaba con dos vocablos según el rol desempeñado: al pasivo se le llamada “cuiloni” y al activo “tecuilontiani” (Melligan, 1982).

Como manifiesta Mondimore (1998), la sexualidad, al igual que la capacidad para el lenguaje y la compleja serie de posibilidades que se denominan “inteligencia”, sólo pueden entenderse como resultado de un interjuego complejo entre innato y adquirido, de psicología y biología, de genes y entorno. Observa que en el cerebro humano hay menos conexiones fijas que en el cerebro de los animales inferiores. Quizás, éste sea un prerrequisito para nuestra inteligencia y nuestra enorme capacidad de aprender. De igual manera destaca que no es dar un gran salto teórico el imaginar que las variaciones genéticas en el control hormonal del cerebro producen en algunos individuos, una mayor “vaguedad” en la relación entre la conducta reproductora y el vínculo emocional. Estos individuos tendrían la misma capacidad y necesidad de vínculo emocional pero estarían menos conectados de forma fija a miembros del sexo opuesto que sus homólogos y más abiertos en su capacidad de enamorarse. Las misteriosas señales psicológicas y evolutivas de la infancia que conducen a la atracción sexual pueden dirigirles hacia ella respecto a personas de su propio sexo o de ambos sexos, porque están

menos predeterminados en su orientación hacia parejas reproductoras. Informa también que los datos neurobiológicos del desarrollo y el aprendizaje podrían explicar por qué la orientación sexual no parece sujeta a cambios. A medida que se desarrollan algunas conductas -incluso las adquiridas exclusivamente a través del aprendizaje, como el lenguaje- quedan fijadas en la estructura del sistema nervioso.

Todo lo anteriormente expuesto lleva a entender por qué entonces la homosexualidad es demasiado compleja para ser explicada en términos que no sean humanos. La aseveración anterior obedece a lo que dice Pardo (1995) sobre la conducta sexual humana, argumentado que ésta es más compleja que la animal debido a que la humana puede ser objeto de decisión, mientras que el animal obra llevado por sus pulsiones instintivas. Mondimore (1998) dice que si nuestra cualidad más humana es nuestra enorme diversidad de habilidades, capacidades y posibilidades, especialmente en nuestras relaciones con los demás, no debería ser en absoluto sorprendente que en algunos de nosotros la capacidad de amar se oriente hacia miembros de nuestro mismo sexo.

Adicionalmente vale la pena considerar la aseveración que lleva a cabo Ardila (1998), ya que señala que buscar las causas de la homosexualidad sería lo mismo que buscar las causas de la heterosexualidad. Igualmente señala que lo que hace a una persona gay o lo que hace a otra heterosexual son dos asuntos intrínsecamente ligados. Puntualiza consecuentemente que *“si existen genes gay también deben existir genes heterosexuales”*. Cuando estamos estudiando la homosexualidad, señala, también estamos estudiando la heterosexualidad, aunque no lo explicitemos directamente. Se indaga acerca de las causas de la homosexualidad pero no de las causas de la heterosexualidad. Este es un error y tanto la heterosexualidad como la homosexualidad necesitan explicarse, señala finalmente Ardila.

Pardo (1995) señala que *“homosexual es la persona que en su tendencia y comportamiento sexual, muestra inclinación hacia personas del mismo sexo”*. De igual manera, M. Gelder (en Sarró y De la Cruz, 1991) dice que la homosexualidad *“son los pensamientos y deseos eróticos hacia una persona del mismo sexo y cualquier conducta sexual asociada”*

Guasch (2000), señala que las relaciones sexo-afectivas o socio-sexuales entre personas del mismo género están presentes en distintas épocas históricas y en diversas culturas. Sin embargo, señala, son un tipo de prácticas sociales profundamente vinculadas al contexto en que acontecen. Pese a los esfuerzos de los esencialistas por argumentar lo contrario, la relación *erastes eromenos*²⁸, las historias de amor entre samurais o el amor mentira nambikwara poco tienen que ver entre sí. Los significados atribuidos a una misma realidad en culturas distintas pueden ser tan diferentes que la realidad deja de ser la misma.

Pero ¿es la homosexualidad normal o anormal? Ardila (1998), dice que una persona puede ser normal estadísticamente (ser como los demás de su grupo o grupos de referencia); ser normal teleológicamente (seguir los ideales de su cultura); ser normal desde el punto de vista clínico (sentirse bien consigo mismo y con los demás). La homosexualidad se consideró durante mucho tiempo como un pecado, luego como un delito y más adelante como una enfermedad. Hoy se considera una opción de vida. Pero se requirieron muchos esfuerzos, a lo largo de varios decenios, para que la homosexualidad saliera del campo de la psicopatología y se considerara una alternativa válida para la vida. Ni mejor ni peor que la heterosexualidad, sino igual a ella.

Conocer el significado de la homosexualidad y sus connotaciones a lo largo de la historia del hombre, en un contexto lo más completo posible, proveerá a este trabajo de investigación las bases que podrían explicar un problema como lo es la homofobia que afecta no sólo al individuo a quien se le dirige sino a la sociedad en la que se genera; por lo que a continuación se inicia con los antecedentes

históricos. Es interesante hacer mención que en tiempos remotos los actos homosexuales no se conocían como tal pues el vocablo “homosexualidad” no tenía significado pues no se conocía; por lo que a los actos homoeróticos realizados entre hombres se les conocía entonces como “Sodomía”.

✎

✎ *Eromenós* y *Erastés* se traducen por amado y amante, respectivamente. Son términos que no deben aplicarse al amor heterosexual tal y como lo concebimos hoy. Pertenecen al mundo de la pedagogía griega y más concretamente a los ritos iniciatorios a la hombría.

Visión Histórica

Algunas culturas de la antigüedad juzgaron a la homosexualidad moralmente reprobable. Egipcios y mesopotámicos la contemplaron con desdén mientras que para el pueblo de Israel se hallaba incluida en el listado de una serie de conductas indignas del pueblo de Dios que se extendían del adulterio a la zoofilia pasando por el robo o la idolatría. No en vano, el Antiguo Testamento incluía entre los relatos más cargados de dramatismo, el de la destrucción de Sodoma y Gomorra (Castañeda, 1999).

Lo que hoy entendemos por homosexualidad, antiguamente se llamó indistintamente: sodomía, pecado o vicio contra naturaleza y crimen o delito nefando. Tres expresiones con una marcada raíz religiosa judeocristiana (Mirabet, 1985).

Es interesante conocer que en la génesis se dice que “cuando los ángeles visitaron Sodoma, los sodomitas cometieron las peores inimaginables inhospitalidades -intentaron violar a los invitados de Lot (personaje del libro Génesis, del Antiguo Testamento)-. El lector devoto entendería que si recibiera la visita de un ángel -*un mensajero de Dios*- debería tratarle con el máximo respeto, sin embargo los sodomitas realizaron la máxima falta de respeto, tratando a los mensajeros de Dios como si fuesen criaturas de la peor calaña, tal como tratarían a las mujeres”. La historia de Sodoma se convirtió entonces en la narrativa por excelencia para describir el abuso sexual debido a que contrasta con la misoginia patriarcal descarriada contra las normas sociales correspondientes a las obligaciones que conlleva la hospitalidad (Green, 2005). Guasch (2000), de manera un poco más explícita, indica que “eran dos ángeles, que llegaron al atardecer a Sodoma mientras Lot estaba sentado en la puerta de la ciudad. Al verlos Lot fue a su encuentro y se postró cara al suelo y dijo: por favor señor, venid a casa de vuestro siervo a pasar la noche y lavaos los pies y mañana, al levantaros, seguiréis vuestro camino... pero, antes de que se fuesen a acostar

cercaron la casa los vecinos de la ciudad... y llamando a Lot le dijeron: ¿dónde están aquellos hombres que al anochecer entraron a tu casa? Sácalos fuera y abusaremos de ellos”.

Guasch (2000), dice que el concepto de sodomía tenía un triple significado: en su sentido propio era uno de los pecados más graves de lujuria, sin que el sexo de los actores contara para el caso; en su sentido más general vino a ser sinónimo de toda forma de sexualidad reputada contraria a la naturaleza, incluida la bestialidad; en su tercer significado, por fin, designaba la penetración anal entre hombres y de ahí a la homosexualidad en su conjunto. El concepto de sodomía, pues, engloba a la mayoría de prácticas sexuales no ortodoxas y su análisis permite entender cuál es la sexualidad correcta del modelo cristiano.

Asimismo señala que el pecado de sodomía define un tipo de desviación sexual inespecífica. Incluye muy distintas clases de transgresiones sexuales pero apenas las diferencia. Nos dice que por tanto todas y todos son sodomitas: quienes cometen actos impuros, quienes buscan placer con animales, quienes depositan sus fluidos en una cavidad prohibida o quienes aman a personas de su mismo sexo. El pecado de sodomía es un cajón de sastre y la psiquiatría lo vacía, etiqueta su contenido y añade algunos nuevos conceptos. Es el nacimiento de las perversiones sexuales.

Ardila (1998), señala que “la homosexualidad como práctica sexual humana ha existido a lo largo de la historia. Antes de la civilización griega, se encontró en Sumeria y en China”. En la Grecia Antigua la homosexualidad era considerada un hecho absolutamente normal donde los hombres mayores se involucraban sexualmente con hombres mucho más jóvenes. La familia de estos jóvenes se sentía honrada si un joven integrante de su familia era elegido para ser el amante del hombre adulto pues éste se convertía en su protector y se ocupaba de su educación en todo sentido. Castañeda (1999) nos indica que en Roma se contemplaba la homosexualidad como un signo de degeneración moral e incluso

de decadencia cívica y que sin embargo era relativamente frecuente que un hombre penetrara a un esclavo o a un joven, mientras que lo contrario era considerado una desgracia. Por otro lado, como observa Guasch (2000), Roma era una sociedad que apreciaba la virilidad y sus valores asociados y que por tanto condenaba el afeminamiento y la pasividad en el varón. El romano era un mundo que no encasillaba al comportamiento amoroso según el sexo, sino en relación al papel activo o pasivo que adoptase el ciudadano; ser activo significaba actuar como un macho, cualquiera que fuese el sexo del *partenaire* que adoptase el papel pasivo en la relación sexual; por lo que lo condenable era la pasividad del varón, no importando si ello acontecía con una mujer o con otro varón. En la Edad Media, señala Castañeda (1999), el término *Sodomía* se refería a toda una serie de actos sexuales que se consideraban pecaminosos, que incluían desde la masturbación, sexo oral, anal y con animales, hasta el coitus interruptus; esto es, todo acto sexual que no tuviera como fin último la procreación.

En cuanto a los indígenas americanos, reportaban los cronistas en sus escritos, acerca del pecado gravísimo de la sodomía en que vivían los naturales de América. Entre los tarascos, reporta un fraile franciscano anónimo, que después de la fiesta llamada *Equata-cónsquaro* (de las flechas), se llevaba a cabo el juicio de los delincuentes, entre ellos “los pacientes en el vicio contra natura”, estos es, los homosexuales pasivos. Para ello se reunían en un gran patio todos los personajes importantes, entre los que se encontraba el sacerdote mayor llamado *Petámuti*, amén de un gran número de gente del pueblo y sus alrededores. Ahí los infractores, atados de manos y con cañas en el cuello, eran conducidos ante el *Petámuti*, quien por varias horas oía las acusaciones. Aquél que hubiera incurrido en los delitos hasta en tres ocasiones era perdonado, pero al que rebasaba ese número se le condenaba a muerte. Es interesante resaltar cómo desde ese entonces se han considerado más repugnantes a los homosexuales pasivos que a los activos, pues no se especifica ningún tipo de “escarmiento” para los segundos. Entre los hablantes de Náhuatl, particularmente entre los mexicas, la homosexualidad fue terriblemente condenada, perseguida y reprimida. Así,

Nezahualcóyotl, por ejemplo, afirma que los varones invertidos eran sentenciados a muerte: el sujeto activo (*tecuilontiani*) era “empalado” y al pasivo (*cuiloni*) se le extraían las entrañas por el orificio anal. Don Vicente Riva Palacio informa que durante el siglo diecisiete en la Ciudad de México, una vez que los acusados del “delito que trajo el fuego del cielo sobre la Pentápolis” -frase por demás sutil para referirse a los que incurrían en el homosexualismo- eran ahorcados o decapitados, la autoridad civil mandaba quemar o bien mutilar y descuartizar sus cadáveres con el fin de escarmentar a la comunidad (Nelligan, 1982).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX exactamente en 1860, empezó a triunfar una cierta laicidad y aparecieron tres nombres nuevos, todos ellos nacidos en el área cultural germánica: “uranismo” “inversión” y “homosexualidad”. En 1860, un hombre de leyes alemán -Karl Heinrich Ulrichs- quien era homosexual, inventó el término en inglés “uranismo”, que se cree es una traducción del término en alemán “urninge”. La palabra en sí alude a [El Banquete](#) de [Platón](#), un discurso sobre el Eros, en donde habla de la Afrodita Urania para describir los aspectos divinos o celestiales del amor distinguiéndolos de sus aspectos vulgares (Mirabet, 1985). Por su parte, Ardila (1998) dice que K.H. Ulrichs es considerado el primer activista de los derechos gay. En 1867 presentó ante el Congreso de Juristas Alemanes una solicitud formal para que se eliminaran las leyes contra la sodomía y que aunque su propuesta no fue aceptada, marcó el primer paso en la discusión pública de la homosexualidad en Alemania. Ya antes, en 1864, había publicado artículos y panfletos sobre la homosexualidad y presentado una teoría, que consistía básicamente en afirmar que los homosexuales constituían un *tercer sexo*. Esta teoría tenía una base biológica fundamentada en el desarrollo del embrión; supuestamente el embrión humano tiene la potencialidad para el desarrollo corporal y mental como varón o como mujer. En la mayoría de las personas, este desarrollo sexual del cuerpo y de la mente es concordante: cuerpo y mente son ambos de varón o ambos de mujer. Sin embargo, en algunos casos el cuerpo es de varón y la mente es de mujer. Estos individuos que no son exclusivamente varones ni mujeres constituirían un *tercer sexo*.

En 1870 los psiquiatras de la época redujeron el término traducido “sensibilización sexual opuesta” por “inversión sexual” o simplemente “inversión”. En 1869 el húngaro de origen alemán Karl Maria Benkert (mejor conocido como Karl Maria Kertbeny) inventó el término “homosexualidad” en 1868, mediante una carta escrita a Karl Heinrich Ulrichs, que es el vocablo que ha prevalecido hasta nuestros días. Hasta un cierto punto, según Lanteri-Laura, la psicopatología sexual de Von Krafft-Ebing fue para todos sus sucesores, incluyendo a Sigmund Freud, el “punto cero de la interpretación”, esto es, el punto de partida, si no el “catecismo”. Von Krafft-Ebing hace una síntesis entre la característica de la homosexualidad como una enfermedad y su consideración como una naturaleza distinta. Así, su obra, que no es verdaderamente citada por los homosexuales, servirá sin embargo para fundar científicamente un planteamiento sobre los homosexuales que comienza con Havelock Ellis y su libro *Inversión Sexual*, escrito en 1897. Planteamiento que parece liberar, pero que en efecto constituirá frecuentemente la base de los argumentos dados para la discriminación de la homosexualidad. Este planteamiento, a causa del prestigio que a partir del siglo XIX se da al razonamiento científico, contribuye a crear en los homosexuales un sentimiento de inferioridad biológica que reemplazará, sin grandes beneficios para los interesados, al sentimiento de culpabilidad que la tradición cristiana les había inculcado. En la actualidad, en algunas culturas se continúa con la costumbre de “iniciar” al joven en su adultez haciéndolo partícipe de una relación homosexual con un hombre mayor; incluso en algunas de estas culturas, a través de su propio progenitor. A raíz del surgimiento de la religión judeo-cristiana es que se satanizan tales hechos: la inclinación sexual por individuos del mismo sexo (Mirabet, 1985). Magnus Hirschfeld en 1913, nos indica Ardila (1998), fundó la Sociedad Médica para la Ciencia Sexual y la Eugenesia. En 1918 creó la Fundación Magnus Hirschfeld para Investigaciones Sexuales y en 1919 construyó el primer instituto del mundo para investigación sexual (Instituto de Ciencia Sexual). Cuando murió en 1935, exiliado en Francia, el obituario publicado en el *New York Herald Tribune* dijo que Hirschfeld fue “el Einstein del sexo”. Hirschfeld y su obra influyeron en los

movimientos gay de otros países, como lo fue en Holanda, Estados Unidos, Inglaterra, entre otros. Para el caso de los EUA, el primer grupo de liberación fue la Society for Human Rights, fundada en 1924 en Chicago por Henry Gerber, aunque dicha sociedad tuvo corta duración comparada con la Mattachine Society que comenzó en 1950 y que tuvo gran influencia en los movimientos de liberación gay contemporáneos. Para el caso de Latinoamérica, hubo grupos de liberación gay desde 1970 en Puerto Rico, México, Brasil, Argentina y otras naciones. Sin embargo es destacable el hecho de que muchos homosexuales -de muchos países- no comparten el interés por la liberación gay ni el compromiso de luchar por los cambios jurídicos, sociales, económicos y de otra índole pues consideran que la lucha política no es el camino para lograr la igualdad de derechos civiles, sino que lo es el trabajo diario que incluye las transformaciones en la vida cotidiana. Desean vivir y dejar vivir y no tanto cambiar el mundo para lograr una sociedad en la cual no haya discriminación con base en la orientación sexual.

Ardila (1998), dice que se puede afirmar que durante la mayor parte de la historia contemporánea, en la cultura judeocristiana, los homosexuales fueron vistos con prejuicios y como una amenaza a la sociedad establecida. El racismo, el sexismo, la homofobia, el clasismo, el etnocentrismo, marcharon de la mano y buscaron eliminar a aquellos que eran diferentes de la mayoría, o reducirlos a una situación de marginalidad. En el siglo pasado, en la década de los treinta, el gobierno soviético condenó los actos homosexuales con penas de cárcel que iban de los 3 a los 8 años de reclusión. Poco después en Alemania, comenzó la más terrible persecución de la historia contra la homosexualidad. Marcados con la estrella rosa, los homosexuales eran conducidos a los campos de nivel tres; es decir, a los campos de exterminio. La Iglesia Luterana Austriaca situó el número de homosexuales muertos en unos 220,000, la cifra más alta después de los judíos (Domínguez, 1997).

Por otro lado, durante los decenios entre 1940 y 1950 Alfred Kinsey llevó a cabo una investigación con el fin de medir la homosexualidad y elaboró una escala que

lleva su nombre, la que consistía de siete categorías: desde la “exclusivamente heterosexual” hasta la “exclusivamente homosexual” con cinco categorías intermedias. Encontró que si bien es cierto que existía un número reducido de individuos en los extremos, había muchos en los niveles intermedios, lo que fue interpretado como que las conductas homosexuales no eran exclusivas de los homosexuales. Bajo esta lógica no existe “el homosexual” como tipo particular de persona sino sólo las prácticas homosexuales. Hacia 1960 se dio el gran ímpetu de la liberación homosexual, sobretodo en los EUA, cuando comenzó a generalizarse el termino “gay” en lugar de homosexual; siendo que este término se usaba en la edad media para señalar a los actores y en el siglo XIX, a las prostitutas. Cabe destacar que muchos autores hoy en día hacen una clara distinción entre homosexual y gay. La persona homosexual tiene conductas homosexuales pero no se asumen como tal mientras que las personas gay asumen plena y orgullosamente su orientación sexual. Por tanto todo gay es homosexual, mientras que no todo homosexual necesariamente es gay. Una persona gay es aquella que construye su identidad sexual de manera individual y social y conlleva consecuentemente importantes resonancias psicológicas, sociológicas e históricas (Castañeda, 1999).

Klein (1990, en Ortiz-Hernández, 2005) considera que se deben abandonar las clasificaciones que conciben sólo tres orientaciones –homosexual, bisexual y heterosexual-, ya que son insuficientes, señala, para dar cuenta de las discrepancias que ocurren entre las prácticas sexuales y la identidad sexual. Propone ver la orientación sexual como un proceso dinámico, fluido y cambiante que involucra ocho dimensiones: atracción, fantasías, preferencia emocional, preferencia social, conducta, preferencia en el estilo de vida, identidad sexual e identidad política. También plantea que en un individuo cada una de estas dimensiones puede ser distinta (una persona puede sentirse atraída por personas de su mismo sexo, tener conductas heterosexuales, experimentar fantasías bisexuales y considerarse a sí mismo como heterosexual); aunque señala Ortíz

Hernández, el concepto de orientación sexual comienza entonces a ser sumamente difuso.

Ardila (1998), indica que el momento para los homosexuales, de salir del clóset, de hacerse visibles y tener una voz fue justo el 28 de junio de 1969 en un bar de Nueva York, de nombre Stonewall; mediante la oposición a la policía que había hostigado sistemáticamente a los clientes de ese bar y a sus posteriores manifestaciones, llevaron a iniciar el movimiento en grande de liberación homosexual. Stonewall es hoy el símbolo de la liberación gay a nivel mundial y el 28 de junio se celebra en el mundo homosexual, el día de la independencia.

La homosexualidad, nos dice Ardila (1998), fue considerada como delito, perversión, enfermedad mental y finalmente como estilo de vida y la historia de la percepción social de la homosexualidad está muy ligada a su conceptualización como enfermedad mental; en los tratados de psiquiatría se incluía la homosexualidad como trastorno y como enfermedad. Degeneración, enfermedad y perversión eran términos aplicados a la homosexualidad en los círculos médicos durante los pasados siglos y gran parte del siglo XX. Para clasificar las enfermedades mentales se utiliza generalmente el manual de la American Psychiatric Association titulado Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-. En este manual, la homosexualidad se consideró una enfermedad mental hasta 1973, momento en que se removi6 de esa categoría y sólo se mantuvo la homosexualidad egodistónica (la que sufrían quienes siendo homosexuales estaban insatisfechos con su orientación sexual y querían cambiarla). Esta categoría de homosexualidad se eliminó también en 1988. De modo que en las últimas versiones del DSM no aparece la homosexualidad como enfermedad mental, en ninguna categoría.

Complementariamente, es oportuno incluir a Guasch (2000), quien argumenta que en la Edad Moderna, el control social se ocupa de los pobres, de las minorías étnicas y de los herejes. También las sexualidades no ortodoxas son perseguidas

en nombre de la religión, aunque el objetivo es la política natalista del Estado absoluto. La sodomía define un amplio campo de conductas sexuales cuyo denominador común es no tener la procreación por objetivo: onanismo, sexo oral, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo o con animales... al igual que en el mundo moderno, en el contemporáneo, las sexualidades no ortodoxas son perseguidas. La desaparición del sodomita y su conversión en perverso es equiparable al tránsito del endemoniado al loco. En uno y otro caso la crisis de la legitimidad religiosa para el control social es evidente. En ambos casos, la medicina es la encargada de gestar una nueva legitimidad para el control social y la represión. La sustitución de la legitimidad religiosa por la legitimidad médica no fue fácil ni inmediata. Tras la Revolución Francesa, las disidencias sociales se taxonomizan en el Código Penal. En él, el pueblo expresa su soberanía a través de la ley. Para conseguir imponer sus criterios, la medicina del siglo XIX se ve obligada a iniciar un proceso de negociación con el derecho. Se trata de un conflicto de intereses en el que las dos profesiones más clásicas, médicos y abogados, se enfrentan para ver cuál de los dos consigue mayor influencia social y poder. Finalmente tras un siglo de difíciles diálogos teóricos entre médicos y juristas, parecieron llegar un acuerdo. Habrá que entender el nacimiento de la medicina legal como el resultado de ese acuerdo.

Todavía en la época actual existen algunas sociedades de las que se ha dado en llamar “primitivas”, que en base a sus singulares hábitos aceptan y practican abiertamente el homosexualismo masculino. Por ejemplo la tribu nómada “Chukchee” lo considera una transformación involuntaria provocada por algún poder sobrenatural, por lo que entre ellos, estos individuos gozan de gran prestigio y completa aceptación. En Lango (zona oriental de África) y en Madagascar, se acepta en forma natural que los “desviados” usen atuendos femeninos, simulen menstruación y representen el papel de esposas con sus “maridos”, pues también se piensa que tan extrañas características son consecuencia de un mandato divino. En Nueva Guinea los ancianos inician a los adolescentes en actividades homosexuales bajo la creencia de que son necesarias para su óptimo desarrollo.

En Australia, algunos aborígenes conservan la costumbre de que los hombres solteros sostengan relaciones con muchachos de apenas diez o doce años y hasta existe una institución de matrimonio masculino. La lista de comunidades que no censuran la inversión sexual es tan extensa que sería imposible citarlas en su totalidad. Sin embargo, no en todas partes encontramos actitudes tan tolerantes o incluso aceptantes, como en los casos anteriores. De hecho la mayoría de los pueblos ha considerado dicha conducta como antinatural y casi delictiva, llegando al extremo de aplicar severos castigos para intentar suprimirla. Por ejemplo, hasta el siglo pasado, en Francia los invertidos eran quemados vivos, en Inglaterra castrados, en Estados Unidos ahorcados y en España condenados a morir en la hoguera. Paulatinamente tales sanciones fueron disminuyendo, pero pasó mucho tiempo antes de que se lograran cambios jurídicos favorables; incluso, hasta hace pocos años la homosexualidad masculina todavía ameritaba prisión en Inglaterra, Noruega, Suecia, Alemania, Suiza, Rusia, Austria y otros países famosos por su alto grado de “civilización” (Nelligan, 1982).

Orientación sexual vs. comportamiento sexual

Partiendo de la diferencia que existe entre poseer una orientación sexual y tener cierto comportamiento sexual, es fundamental considerar en esta investigación, la inequívoca diferencia entre ellos pues el comportamiento sexual es una elección mientras que la orientación sexual no lo es; por lo que el individuo que decida comportarse homosexualmente será menos propenso a la homofobia y las consecuencias de enfrentarse con ella en dado caso, mientras que un individuo con la orientación homosexual además de su muy probable lucha interna respecto a su orientación se enfrentará casi inevitablemente a la homofobia, tema que compete en absoluto a esta investigación.

La orientación sexual como se explicará más adelante, consiste básicamente de dos elementos nodales que la hacen diferente de tener un comportamiento sexual,

a saber: 1) cierta atracción sexual que puede ser descrita como un deseo sexual con un género específico y 2) un deseo de establecer una relación romántica a largo plazo y/o querer tener tal experiencia. Lo que concretamente significa, hablando de individuos homosexuales, que éstos han reconocido que su sexualidad no necesariamente es heterosexual y el trabajo propio consistirá en reconocer y aceptar su propia orientación sexual. La inclinación sexual por individuos del mismo sexo puede presentarse en el individuo como un interés y gusto pasajero por el otro o bien puede presentarse en el individuo como un comportamiento constante en el tiempo y no necesariamente modificable. Esto es, el comportamiento sexual es una elección consciente y puede inclusive durar a lo largo del tiempo. Este comportamiento incluye conductas y características de rol sexual: conductas motoras, de personalidad, de intereses y aún de elección de carrera.

La orientación sexual parece seguir muchas normas biológicas para que la homosexualidad no sea más que una “construcción” social. Los períodos críticos, los efectos hormonales, las diferencias en la estructura cerebral y en el funcionamiento indican que en la orientación sexual existe un componente biológico. La orientación hacia uno y otro sexo puede darse en distintas proporciones. Experiencias únicas en la vida interactúan con potenciales únicos para producir la sexualidad, también única de cada individuo. La complejidad de estas interacciones y la infinita variación de las experiencias humanas explican también por qué nadie ha sido capaz de descubrir la causa de la homosexualidad (Mondimore, 1998).

Fernández-Guasti (2009), indica que a la fecha se sabe que la orientación sexual, así como el gusto por cierto tipo de comida o el recuerdo por ejemplo de algún número telefónico, dependen de sustratos químicos o morfológicos en el cerebro. Por otro lado, asevera que no cabe duda de que los factores sociales y familiares, así como la percepción de los mismos en edades infantiles o adultas, son esenciales para el establecimiento y el ejercicio de la orientación sexual.

Pero, ¿qué es lo que define la homosexualidad? y aunque todavía es objeto de debate y se sabe que obedece a una construcción paralela social e individual, valdría la pena destacar algunas creencias y justificaciones que se dan: muchas personas practican actos homosexuales, pero no se consideran homosexuales, otras se creen homosexuales aunque nunca hayan tenido relaciones con alguien del mismo sexo. En algunos países latinoamericanos se dice que son homosexuales sólo aquellos que son penetrados y no los que penetran. Algunas personas dicen que el acto sexual mismo no cuenta y que no son homosexuales mientras no besen a la otra persona. En algunas sociedades incluso se considera que la homosexualidad “feminiza” al hombre, por tanto al volverlo mujer, lo rebaja. En otras culturas se piensa que la homosexualidad “masculiniza” al hombre. Podríamos seguirnos con una serie de cuestionamientos y afirmaciones acerca de la definición de la homosexualidad, sin embargo, lo que se aprecia con los anteriores ejemplos es que los significados entre homosexualidad, feminidad y masculinidad cambian de acuerdo con el contexto social y cultural (Castañeda, 1999).

Gimeno Bayón (1997), reporta que Fernández-Martos y Vidal en 1981, realizan la siguiente diferenciación de la homosexualidad, en tres niveles, de acuerdo a la tendencia que sigan los homosexuales, a saber:

- a) Un nivel de homosexualidad como tal, es decir, de atracción predominantemente sexual, genital, centrada en la excitación corporal hacia personas del propio sexo y de cuyo resultado se obtiene placer.
- b) Un nivel de homoerotismo, con componentes anímico-sensuales, entendido como atracción hacia el amor humano en general y hacia los valores de una persona pero no hacia ella en su núcleo más íntimo y peculiar.

c) Un nivel de homofilia, en el que el énfasis está en conocer y relacionarse con el otro desde el amor a él como totalidad personal peculiar a individual.

Por su parte, Ardila (1998), lleva a cabo una descripción de las diferentes teorías que se han interesado en las causas de la orientación sexual:

Psicoanalítica (no especifica qué corriente): Existe una estructura familiar que produce homosexuales, en la cual el padre es una persona pasiva, hostil e indiferente y la madre es posesiva, seductora o competitiva.

Teoría del aprendizaje: El muchacho aprende a ser homosexual por medio del refuerzo que recibe por esta conducta. Generalmente la homosexualidad empieza temprano en la vida, en la mayoría de los casos durante la adolescencia. Alguien le enseña al muchacho las conductas homosexuales incluyendo masturbación recíproca, sexo oral, anal, etc. En muy pocos casos dicho aprendizaje ocurre durante la madurez.

Teoría genética: Investigaciones recientes indican que existen factores genéticos, hormonales y neuroanatómicos que difieren en homosexuales y heterosexuales, tanto para hombres como para mujeres. En gemelos monocigóticos, si uno de los miembros de la pareja es homosexual, la probabilidad de que el otro lo sea es aproximadamente del 50%; para gemelos dicigóticos es mucho más baja y lo mismo para hermanos. Además, la reacción ante los esteroides (en particular los estrógenos) del eje hipotálamo-pituitaria-gónadas es diferente en homosexuales y heterosexuales. Por otro lado, las diferencias neuroanatómicas son interesantes: el núcleo supraquiasmático es más grande y alargado en homosexuales que en heterosexuales. El núcleo intersticial del hipotálamo lateral es más pequeño en homosexuales. La comisura anterior es más grande en homosexuales.

Asimismo, Ardila señala que los jóvenes gay -hombres y mujeres- enfrentan problemas especiales, además de las dificultades normales de la adolescencia.

Ellos son objeto de presiones sociales y familiares de gran importancia. Las estrategias de enfrentamiento son muy variadas e incluyen retirarse de la situación social o familiar, depresión, negación, exageración de rasgos heterosexuales, conducta autodestructiva y otras. No es adaptativo que un joven decida aislarse en los momentos en los cuales necesita más el apoyo de su familia y de una red social. Es reconocido que existen altas tasas de suicidio en los jóvenes gay, que sobrepasan las de los jóvenes heterosexuales. Muchos jóvenes gay se suicidan o intentan hacerlo, debido a que no entienden su situación, no han logrado aceptar sus sentimientos ni sus cogniciones y carecen de una red social de apoyo.

Igualmente Ardila indica que los estereotipos y prejuicios acerca de la orientación sexual los comparten los miembros de la sociedad. Se piensa, por ejemplo, que los varones y mujeres homosexuales son incapaces de relaciones de pareja estables. Que cuando maduran se quedan solos y que su destino es una vejez solitaria y amarga. Que las parejas siguen el modelo del matrimonio heterosexual (o sea que uno hace de marido y el otro de esposa, asociándose esto además con el papel activo y pasivo en la conducta sexual). Que no existen homosexuales felices y que todos son parte de una población de alto riesgo para el crimen, la drogadicción y el alcoholismo.

Nelligan (1982), por su parte manifiesta que, como causas de la orientación sexual surgen las siguientes interrogantes: ¿cómo ocurren las canalizaciones o mejor dicho, las desviaciones homosexuales? Desde luego existen diversas causas por las cuales algunos varones comienzan a relacionarse sexualmente con otros. Una de ellas es la disponibilidad. Los niños educados en internados, colegios militares, seminarios y otros lugares donde personas del mismo sexo se encuentran separadas del opuesto por largos períodos, pueden caer con sorprendente facilidad en el homosexualismo. La razón es muy simple: en la etapa crítica de la pubertad, los únicos disponibles para realizar sus primeros *juegos* eróticos son otros varones. Por supuesto, si esta actitud se prolonga más allá de la adolescencia, puede convertirse en preferencia perdurable. Aquí opera uno de los

principios básicos de la psicología: la *Ley del Efecto*. Según ella, cuando una conducta es recompensada en varias ocasiones por un mismo estímulo, tiende a repetirse cada vez que éste se presente, convirtiéndose así en costumbre, la cual, una vez establecida, presentará una fuerte resistencia al cambio. Y es precisamente por eso -por la formación de hábitos- que el homosexual maduro muestra serias dificultades para reubicarse y por qué tan pocos de ellos tienen éxito cuando lo intentan. Asimismo señala que en la mayoría de los hogares, por cuestiones de trabajo, el padre (modelo masculino) suele estar ausente gran parte del día. ¿Quién permanece en casa y cuida a los hijos? Las más de las veces es la madre; en caso contrario, una sirvienta o una nana. Por tanto, ocupándonos de la situación de los varones, veremos que únicamente disponen de patrones conductuales femeninos para observar e imitar. Más tarde cuando llegan a la edad escolar, de nuevo caen bajo la tutela del *sexo débil*. Así, desde pequeños los varones están en contacto continuo con modelos sexuales inadecuados. ¿Qué pueden aprender bajo estas circunstancias? La respuesta es clara: valores, actitudes, pautas y normas de mujeres. En algunos casos, las mujeres con poder ante los niños exigen conductas no aptas para ellos, castigando con severidad sus expresiones masculinas y recompensando la sumisión, docilidad y pasividad.

Núñez (1999, en Ortíz-Hernández, 2005) considera que la orientación sexual es una forma de opresión ya que, de acuerdo con el psicoanálisis, al nacer el deseo humano es indiferenciado (polimorfo y perverso). Por ello, cualquier orientación sexual sería una forma de opresión en tanto que limita las potencialidades eróticas de los humanos. Para este autor, la identidad homosexual surge en el siglo XVIII, cuando la ciencia médica construye el concepto de homosexualidad. Ignora con ello que la identidad homosexual existía con anterioridad, pero con otros nombres. Está documentado que siempre han existido individuos que reconocen que su deseo se encamina exclusivamente hacia personas de su mismo sexo y para referirse a ellos se han utilizado términos distintos a los de homosexual, tales como uranismo, desviados e invertidos.

Desafortunadamente para los homosexuales, a diferencia de los negros o los judíos, como comunidad minoritaria, los primeros no cuentan con un pasado familiar y social que les haya enseñado lo que significa pertenecer a dicha minoría. No existen reglas y normas para un comportamiento homosexual, ni modelos ni experiencias, ni aprendizajes previos, por lo que deberán incursionar en algo nuevo; digamos por ejemplo que arriban a un país nuevo, desconocido, del que no tienen indicaciones, ni mapas y en el que sin embargo tendrán que vivir. La identidad implica una autodefinición donde se dan una coincidencia de deseos, sentimientos, actos y conciencia que culminan en la autoaceptación de uno mismo como homosexual. Toda esta suma de factores es la congruencia de lo que en la actualidad se conoce como identidad gay (Castañeda, 1999).

Castañeda presenta la siguiente paradoja en su obra: *“el homosexual no siempre es homosexual, mientras que el heterosexual sí lo es: en todos sus intercambios sociales, profesionales y familiares mantiene su heterosexualidad como parte de su identidad más esencial”*. El homosexual en cambio no se desplaza en el mundo con una identidad constante: sus actitudes, gestos y formas de relacionarse cambian según las circunstancias. O bien durante largos períodos de su vida puede negar totalmente su homosexualidad y aparentar ser todo lo contrario; una femme fatale, un donjuán heterosexual obsesionado por la conquista. Por tanto, nos dice Castañeda, la identidad homosexual no está dada desde un principio sino que se construye poco a poco; una identidad que no se expresa de la misma manera sino que cambia según el entorno inmediato y la etapa de la vida. Por lo anterior un homosexual no es homosexual de la misma forma que un heterosexual es heterosexual. La relación consigo mismos y con los demás es muy diferente. Los homosexuales viven una subjetividad distinta al estar acostumbrados a tratar de ocultar una parte de sus sentimientos, deseos y necesidades por temor al rechazo externo y muchas veces por el rechazo ante sí mismos, por la homofobia. Es sabido que la adolescencia es una época crítica para los homosexuales pues no es fácil reconocer que se es diferente, sobre todo si nuestra sociedad condena tal diferencia. Por tanto Castañeda (1999), dice que

vale la pena aclarar que no significa que la homosexualidad en sí misma sea patológica sino que el problema real para el homosexual está en asumirla ante uno mismo, ante la familia y ante la sociedad; que la construcción de la identidad sexual suele presentarse en la adolescencia, aunque su aceptación no necesariamente se da en esta etapa. Se sabe que muchos individuos homosexuales no se asumen como tal en el momento del reconocimiento de su propia orientación sexual, sino hasta más adelante y en muchos casos ello es lo que les lleva a vivir en conflicto mientras no se asuman como homosexuales.

El individuo homosexual puede decidir asumir su tendencia sexual y lo que significa en su vida -un proceso de descubrimiento muy complejo debido a que es el momento en que gradualmente reconoce su identidad homosexual, su conocimiento del hecho y su posterior conocimiento ante los demás-. Lo primero que les acontece como parte de dicho proceso, es que *se sienten diferentes*, un sentido de que las cosas no están bien. El manejo en su pensar que va de “pensarse gay” a “hacerse gay” hasta “ser gay”. Cuando este proceso lo llevan a cabo siendo jóvenes, les lleva en ocasiones a recibir *maltrato verbal o físico* por su condición, inclusive por sus familiares más cercanos, llegando a ser lanzados fuera del seno familiar. Un 84% reporta ser abusados en el ambiente escolar. Los adolescentes homosexuales temen no ser aceptados debido a su orientación sexual, siendo rechazados en sus grupos sociales y no sólo al interior de sus familias (Selekman, 2007).

Graber y Brooks-Gunn (1995, en Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2004), afirman que aún no se dispone de datos suficientes como para determinar si la orientación sexual, en la medida en que es un factor que define trayectorias en el desarrollo, está vinculada con factores de riesgo suicida durante la etapa adolescente. Dado que los valores hegemónicos de la sociedad muestran la heterosexualidad como la opción sana, los adolescentes que tengan una orientación homosexual van a enfrentar dificultades importantes en la construcción de sus identidades. Numerosos intentos e ideaciones suicidas parecen estar

relacionadas con sentimientos de marginación y rechazo en individuos con dudas e inseguridades en la definición de sus intereses y orientaciones sexuales.

Muchos integrantes de la comunidad juvenil LGBT experimentan ataques violentos relacionados con su orientación sexual. Algunos son expulsados del seno familiar y tienen que prostituirse para sobrevivir. Adicionalmente, al ser etiquetados como homosexuales, son relegados al peldaño más bajo de la jerarquía social. Involuntariamente descubren que pertenecen a un grupo estigmatizado. Este hecho y la intimidación de que son víctimas puede resultar en un desorden de estrés postraumático o de depresión, especialmente aquellos indirectamente afectados. En el 2003, entre 38% y 53% de juventud lesbiana, gay y bisexual experimentaron la ideación suicida en algún punto (comparado con el 8% de jóvenes no GLB) mientras que un 33% lo intentó. La juventud gay y lesbiana reportaron un 30% de suicidios de adolescentes, lo que significa 1500 muertes por año de jóvenes GLB (Selekman, 2007).

Por las problemáticas descritas el considerar la orientación sexual como parte de la identidad de género del individuo es fundamental para ubicar al individuo homosexual en otro contexto distinto al de la heterosexualidad hegemónica. La identidad de género es el concepto de sí mismo que tiene una persona acerca de su género y es una etiqueta social reconocida que incluye la integración del sexo biológico de la persona, expresión de los roles de género y la orientación sexual. Desde un marco legal, Flores Martínez y Vega Díaz (2004) señalan que la orientación sexual es la elección de pareja, ya sea homosexual, heterosexual o bisexual entre los seres humanos. La expresión de la sexualidad lleva implícita el ejercicio de la libertad. Toda persona tiene la facultad de definir su sexualidad, teniendo como límite la libertad de los otros; sólo de esa manera construiremos una sexualidad basada en la autodeterminación de cada individuo. Este equilibrio entre las libertades individuales es el fundamento del pensamiento racional moderno que está en la base de cualquier programa constitucional que se precie de democrático.

Los homosexuales, dice Ardila (1998), conceden una enorme importancia al sexo. Su relación se centra a veces al comienzo en la genitalidad, más de lo que ocurre en el caso de los heterosexuales; la actividad sexual es más variada y desinhibida. Algunos sexólogos consideran que esta gran actividad sexual, esta búsqueda de excitación, variedad, cambio, nuevas sensaciones, es algo natural también en heterosexuales. Pero que las presiones sociales a favor de la pareja, la monogamia y la fidelidad –que se supone se deben a la preservación de la familia, al cuidado de la cría y en último término a la transmisión de nuestros genes de una generación a otra- hace que los heterosexuales inhiban y limiten estos intereses y estos deseos de variedad sexual. Los homosexuales, por el contrario, darían rienda suelta a su sexualidad natural sin tales restricciones sociales y culturales. Hoy no se les dan choques eléctricos a los homosexuales ni se trata de cambiarles su orientación sexual. Se les entrena para que adquieran las conductas, cogniciones y actitudes que les permitan llevar una vida sana y con el mínimo de conflictos con la sociedad en que viven. La enorme mayoría de los homosexuales que visitan al psiquiatra o al psicólogo clínico no lo hacen para que les cambien su orientación sexual, sino para que les ayuden a aceptarse y a convivir armónicamente con las personas que no son de su misma orientación.

Para que un estado mental sea considerado como una enfermedad psiquiátrica, según los autores, *aunque podría de igual manera ser considerada una enfermedad psicológica*, ha de causar regularmente una angustia afectiva, además de estar asociado regularmente a una dificultad generalizada de funcionamiento social. La homosexualidad no satisface estos criterios. Un número importante de homosexuales está claramente satisfecho de su orientación sexual. La homosexualidad, en sí misma y por sí misma, no implica ninguna alteración del entendimiento, la estabilidad, la honestidad o la capacidad profesional. La descalificación de la homosexualidad como enfermedad no debe, sin embargo inducir a errores. No debe entenderse por ello, que se dispone ya de una justificación para admitir como sana cualquier manera de vivirse dicha orientación

sexual. Como dentro de la heterosexualidad, caben muchos modos, perversos y neuróticos, de conducirse. Mal servicio se le prestaría a la población homosexual si se le diera a entender que no existe problema alguno, sea cual sea la modalidad en la que se lleve a cabo la experiencia homosexual. Quizás determinados colectivos homosexuales, reaccionando ante las vejaciones de todo tipo que han padecido a lo largo de la historia, se encuentren ahora demasiado poco dispuestos a aceptar las dimensiones problemáticas que se puedan advertir en su propio modo de vivir el mundo afectivo sexual (Lacadena, Gimeno-Bayón, Domínguez, Trechera, y Gafo, 1997).

Ortíz-Hernández (2005), reporta que aquellos que declaran su orientación sexual presentan más distrés psicológico debido a que experimentan más percepción del estigma al estar conscientes de que las personas con que interactúan conocen su orientación sexual. A este respecto Hershberger, Pilkington y D'Augelli (1997, en Ortiz-Hernández, 2005) observaron que el riesgo de suicidio en adolescentes LGB fue mayor entre aquellos que no ocultaban su orientación sexual y en los que habían perdido amigos por su orientación sexual, pero fue menor en los que sus padres conocían dicha orientación.

Guasch (2000), dice que la homosexualidad ya no es posible para toda clase de personas, sino sólo para quienes viven según lo previsto por el catecismo gay. Nuestra cultura prevé claramente códigos de conducta para la heterosexualidad. La subcultura gay hace lo mismo respecto a la homosexualidad, hasta el punto de crear dos clases de homosexuales. Por un lado están los gays: los homosexuales liberados por la revolución sexual, algunos de los cuales se pretenden depositarios de la verdad. Por otro lado están los reprimidos, quienes teniendo afectos homosexuales no desean transformar su identidad social y personal de un modo unívoco en función de una práctica sexual concreta: pueden amar como homosexuales, pero quieren ser mucho más que gays.

En los siguientes apartados se abordan los factores biológicos y los ambientales, que influyen o determinan la orientación sexual en el homosexual.

Factores Biológicos

Fernández-Guasti (2009), en su artículo “Bases Biológicas de la Preferencia Sexual” dice que considerar una fundamentación biológica para explicar la orientación sexual no es lo mismo que afirmar que la orientación sexual es innata o está genéticamente determinada. Asevera que los factores que determinan que la orientación sexual en el individuo sea homosexual, bisexual o heterosexual son muchos y no están aún definidos totalmente. Sin embargo, en el presente parecen existir suficientes evidencias para concluir que entre estos factores se encuentran algunos que participan desde etapas tempranas del desarrollo, como las variaciones hormonales o la diferenciación sexual del sistema nervioso central.

Asimismo, señala que en los homosexuales, las funciones cerebrales aparentemente se encuentran distribuidas más simétricamente que en un cerebro de heterosexual. Adicionalmente dice que una de las hipótesis actuales para explicar la homosexualidad contempla a las hormonas esteroides, las que a través de su efecto organizacional sobre el sistema nervioso central, modifican irreversiblemente el desarrollo produciendo varios cambios, entre los que se incluyen la orientación sexual y la falta de lateralización. Fernández-Guasti puntualiza que aunque esta hipótesis no ha sido aún confirmada, algunos estudios señalan que existen diferencias importantes entre los cerebros de individuos homosexuales y heterosexuales adultos.

Por otro lado señala, también habrán de considerarse algunas influencias ambientales como lo son, el estrés maternal, las interacciones padre-hijo, tanto en la etapa prenatal como postnatal y las interacciones socio-sexuales durante la infancia y la adolescencia. Dada la evidencia de que algunas estructuras

cerebrales varían entre individuos homosexuales y heterosexuales y que algunas características conductuales durante la infancia podrían ser predictivas de la orientación sexual del individuo siendo adulto, parecería que los factores que operan en la vida temprana del individuo son mejores candidatos para definir la orientación sexual que aquellos que operan más tarde.

Ardila (1998), dice que existen estudios controlados que afirman que el cerebro en desarrollo (en el caso de los varones) se “masculiniza” por la exposición a los andrógenos durante períodos críticos de desarrollo prenatal o temprano en la vida posnatal; la ausencia de esas hormonas en dichos períodos resulta con frecuencia en un cerebro “feminizado”, lo que significa que presentará conductas similares a las femeninas.

Ardila indica, por otro lado, que se han encontrado diferencias neuroanatómicas entre homosexuales y heterosexuales en tres estructuras, a saber:

-el núcleo supraquiasmático es más grande y alargado en homosexuales, al igual que en las mujeres. Esto tiene que ver con la generación y coordinación de ritmos hormonales, fisiológicos y psicológicos.

-en la región preóptica medial del hipotálamo se encuentran los núcleos intersticiales del hipotálamo anterior (INAH). Uno de ellos, el INAH-3 es de dos a tres veces más grande en varones heterosexuales que en homosexuales. En promedio tiene el mismo tamaño en varones homosexuales que en mujeres.

-la comisura anterior es un tracto de fibras que conecta los lóbulos temporales de los dos hemisferios cerebrales y es más grande en homosexuales que en heterosexuales. Se ha encontrado que es incluso mayor en hombres homosexuales que en mujeres.

Los hallazgos de Allen y Gorski (en Fernández-Guasti, 2009) han mostrado diferencias en el tamaño de la comisura anterior, un haz nervioso que conecta ambos hemisferios cerebrales y que es en general mayor en mujeres que en hombres. Los datos de Allen y Gorski han revelado que la comisura anterior es mayor en hombres homosexuales que en heterosexuales. De hecho, han informado que la comisura anterior en homosexuales masculinos es inclusive mayor que en mujeres. Este hallazgo parece extraordinariamente interesante, ya que refuerza la noción de que los cerebros de individuos homosexuales difieren de los de heterosexuales. Además, este informe está relacionado con algunas de las funciones cognitivas descritas anteriormente, como el menor grado de lateralización en hombres homosexuales que en heterosexuales. Por último, este interesante descubrimiento cobra particular relevancia porque muestra que una estructura cerebral que no está relacionada con la expresión de la conducta sexual parece ser diferente entre individuos con una orientación sexual diversa y además sugiere que estas diferencias en tamaño están determinadas en etapas tempranas del desarrollo, ya sea por influencias hormonales o como resultado de las particularidades de los hemisferios que dicha estructura interconecta.

“La homosexualidad se presenta en los individuos que en uno de los cromosomas X, poseen un elemento denominado *Xq28*, y que solamente se ha encontrado en personas con tendencia homosexual” y con *homosexual* se refieren exclusivamente al género masculino (Hamer, Hu, Magnuson, Hu, & Pattatucci 1993).

Al respecto, Fernandez-Guasti (2009) indica que a pesar de que no existen evidencias suficientes, con base en los estudios de gemelos monocigóticos, podría sugerirse que existen algunos genes que predisponen a una orientación homosexual. Así, por ejemplo, Hamer et al. (1993), encontraron que un individuo homosexual tiene una probabilidad mayor de tener parientes homosexuales por la línea materna y no por la paterna. Esta observación implica que, al menos en un grupo de homosexuales, esta orientación sexual se podría transmitir por el

cromosoma X, heredado de la madre. Con estas bases, concluyeron que sería posible que algún material genético contenido en este cromosoma pudiera colaborar a establecer la orientación homosexual.

Por otro lado Francis (2008), establece la hipótesis conocida como la *Hipótesis de la Inmunidad Maternal* la que decreta que “el sistema inmune de la madre responde de manera diferente con cada hijo varón sucesivo, en el cual el niño recibe niveles diferentes de anticuerpos maternos, lo que determina la diferenciación sexual del cerebro”. La hipótesis de inmunidad maternal es generalmente consistente con la evidencia biológica de que existe influencia de hormonas pre-natales en la orientación sexual.

Factores Ambientales

Se considera conveniente incluir en este apartado, lo enunciado por Fernandez-Guasti (2009) con relación a la identidad de género. En un artículo de investigación, asevera que el género es un constructo social que hace fácil distinguir lo femenino de lo masculino debido a que desde el nacimiento del individuo se le asigna a éste el sexo, por la apariencia de sus genitales y por tanto, se le enseña su comportamiento de acuerdo a su sexo.

A su vez, Granados-Cosme y Delgado Sánchez (2002), consideran que en la vida social se establece una forma patriarcal y heterosexual del ser como pauta a seguir. En sus palabras: “...aunque el comportamiento no sea innato, hay pautas a las que los sujetos deben apegarse para no ser considerados desviados. Así, en los arreglos familiares se dan patrones de socialización diferencial sobre los hijos con base en el sexo...”.

En palabras de Ardila (1998) “...¿entonces qué se aprende en la homosexualidad?” se aprende a ser parte de un grupo minoritario, a pertenecer a

la subcultura gay, se aprende un estilo de vida y se aprenden conductas específicas. Sin embargo, la conducta homosexual, además de ser un asunto privado, tiene importantes implicaciones culturales, pone en tela de juicio las actitudes de la sociedad hacia las personas diferentes, cuestiona los conceptos de normalidad y anormalidad, conduce a reevaluar asuntos básicos del desarrollo humano y reanaliza las relaciones entre los seres humanos y la cultura de la cual forman parte, en un momento histórico de su desarrollo.

“La identidad de género es una auto-identificación que no puede ser atribuida a otros: es nuestra convicción más profunda de a qué género pertenecemos. La identidad de género es privada e interna; la única manera de saber cuál es la identidad de género de una persona es preguntársela. La identidad de género no puede deducirse en función de cómo lucen las personas, cómo caminan, se visten, actúan o aún con quién tienen relaciones sexuales” (Fernandez-Guasti, 2009).

En Mirabet (1985), Marc Oraison dice que: “toda cultura se funda en una cierta representación del hombre y de sus relaciones con el mundo y lo que no está conforme con esta representación es tenido por anormal. Pero esta ley cultural es normativa, es decir, imperativa: hay que ser normal para encontrar su puesto en la cultura en cuestión...” Según esta perspectiva cultural, es evidente que el ser homosexual se sitúa de diferentes maneras de acuerdo a las diversas culturas. Hay algunas culturas en las que la homosexualidad es considerada normal y no crea ningún problema en la sociedad mientras que en otras es tenida por anormal y se la reprueba y se la persigue. Según esta perspectiva cultural -dice Oraison- *“el término normal es pues esencialmente relativo a concepciones variables”*.

En lo que atañe a nuestra cultura y época, parece ser válida la hipótesis psicoanalítica como observa Mirabet, (aunque no especifica a qué tendencia se refiere) de que la conducta preferentemente homosexual está siempre asociada con temores inconscientes a las relaciones heterosexuales. Cuando una ansiedad

de este tipo incapacita de manera terminante para elegir un determinado objeto, la llamamos fobia. Así pues, tanto la heterosexualidad exclusiva, es decir la de aquellos hombres o mujeres que bajo ninguna circunstancia tendrían relaciones con personas de su propio sexo, como la homosexualidad exclusiva, son manifestaciones fóbicas de la sexualidad. Y por tanto, como en toda fobia, el proceso de racionalización produce siempre buenos argumentos: así como el agorafóbico menciona los innumerables peligros que lo acechan en la calle, el hetero y el homosexual exclusivos sostienen que *“su vida sexual es un simple asunto de gusto o elección y es por tanto irreductible al análisis”* (Mirabet, 1985). Asimismo indica que la homosexualidad tanto como la heterosexualidad, ni se contagia, ni se enseña ni se transmite: tan sólo se permite que salga, o por otro lado, se reprime tal salida.

“Ser homosexual es similar a ser *zurdo*, en una sociedad hecha para los diestros y para los heterosexuales” nos indica Ardila (1998). El individuo no tiene un contexto específicamente diseñado para él sino debe adaptarse al contexto mayoritario (los heterosexuales o los diestros, según el caso). No tiene modelos para seguir, pertenece a un grupo minoritario al cual no decidió voluntariamente pertenecer. Pero no es mejor ni peor que los del grupo mayoritario. En muchas épocas, a las personas diferentes se les consideró mejores y se les dotó de poderes mágicos y sobrenaturales. Por el contrario, en la cultura judeocristiana se les considera menos que los demás y se les trata de marginar y subvalorar. Existe un poder gay y una liberación gay pero no se ha propuesto todavía un poder zurdo y una liberación de los zurdos. Por lo que es de considerar que el estudio de la homosexualidad no es únicamente un asunto científico sino también social y político. La creación de grupos de apoyo gay tenía como objetivo central la aceptación social de la diversidad, logro que se ha obtenido en diversos grados en los distintos contextos culturales. Hoy hablamos incluso de la construcción social de la homosexualidad.

Una vez que el concepto de homosexualidad en su generalidad, ha sido explicado, a continuación se presentan los enfoques psicológico y psicoanalítico, debido a que facilitarán la comprensión del concepto partiendo del análisis de la conducta, los procesos mentales y la significación inconsciente que se presentan en el individuo, desde su origen, reconocimiento, consolidación y aceptación en su calidad de homosexual. En suma se espera entender el funcionamiento de la psique del individuo homosexual, que aunado a los factores biológicos y agentes externos a su persona le influyen en su entorno físico y social.

Enfoque psicológico (diversas tendencias)

En la actualidad, nos señala Nelligan (1982), al igual que el derecho, cierta corriente psicológica -aunque no aclara cuál- considera al homosexualismo como un estado “peligroso” o “delicado” que propicia ciertos conflictos emocionales como angustia y depresión, consecuencia final de la inadaptación al medio. En otras palabras, el desviado no es por fuerza y *per se* un enfermo mental aunque en efecto su conducta es anormal -en el sentido estricto de la palabra- ya que todo lo que se aparta del término medio acaba siéndolo. Debemos recordar que el significado estadístico de anormal es simplemente raro, irregular, excepcional, o sea, lo que se desvía de la norma, lo que se sale de lo común y corriente.

Para conceptualizar la homosexualidad desde este enfoque, habrá de considerarse que la identidad psicológica no es una configuración estática; evoluciona y cambia a través del tiempo. Es una amalgama de elementos de experiencia viejos y nuevos, profundos y superficiales. Está moldeada por la interacción del individuo con su ambiente interpersonal; deja su huella en ese ambiente. La identidad psicológica se refiere a un concepto de sí expresado en los esfuerzos, metas, expectativas y valores de una persona o grupo de personas. Califica a una clase particular de persona o personas, que representa a dónde van, su propósito y significación en la vida. La identidad psicológica es el centro

psíquico de gravedad del individuo, de una familia o de un grupo. En cada estadio del desarrollo la identidad personal está ligada y diferenciada de la identidad de los padres y de la familia en una forma especial. Esta relación comienza con la simbiosis de la pareja madre-hijo; está moldeada por los procesos de identificación primaria del niño y sus padres; y sufre cambios posteriores a medida que el niño diferencia gradualmente su yo y prolonga su identificación para abarcar otros miembros de la familia. En adultos inmaduros, emocionalmente perturbados, el concepto de sí mismos o identidad tiende a ser conflictivo, fragmentario y confuso. El individuo se vive a sí mismo como teniendo partes no integradas, es incapaz de unir sus partes para constituir una persona entera. A su vez, esta fragmentación refleja una fragmentación correspondiente de su imagen de la identidad familiar. Cuanto más perturbada está la personalidad, son menos sanos los fundamentos básicos de la identidad unida a la de la familia y es más profundo el fracaso para diferenciar un yo separado e íntegro (Ackerman, 1977).

Por tanto, la identidad homosexual no está dada desde un principio; más bien se construye poco a poco; una identidad que no se expresa de la misma manera sino que cambia según el entorno inmediato y la etapa de la vida. Por lo anterior un homosexual no es homosexual de la misma forma que un heterosexual es heterosexual. La relación consigo mismo y con los demás es muy diferente. Los homosexuales viven una subjetividad distinta al estar acostumbrados a tratar de ocultar una parte de sus sentimientos, deseos y necesidades. El individuo paulatinamente va reconociendo su orientación sexual hasta asumirla plenamente y la cultura, al menos la occidental, ha reconocido y asumido poco a poco la existencia de la homosexualidad y no meramente como una preferencia personal sino como una identidad social. De esta manera se ha ido forjando una identidad gay que se traduce no sólo en su orientación sexual sino en gustos, modas, manera de vivir y de pensar, perfectamente definitiva y reconocible ante la sociedad. Asimismo habrá de considerarse que el individuo gay no obedece ciega y exclusivamente a su biología, sino que existen en él la libertad y la búsqueda del amor; sin embargo al ser este un aspecto meramente subjetivo es muy probable

que no sea susceptible de ser estudiado científicamente. Sin embargo habrá de tomarse muy en cuenta que la homosexualidad no se reduce a una cuestión de conductas; envuelve a toda la persona, en toda la profundidad de su ser; lo que se traduce en sentimientos, maneras de pensar y de ver el mundo, gustos, reflejos y actitudes. La orientación sexual consecuentemente no es algo que uno pueda elegir libremente; las probabilidades de cambiar la orientación sexual son prácticamente nulas (Castañeda, 1999).

De igual manera, Castañeda dice que “no significa que la homosexualidad en sí misma sea patológica, sino que el problema real para el homosexual está en asumirla ante sí mismo, ante la familia y ante la sociedad”. Por otro lado hace referencia a las fases descritas por E. Kubler-Ross en su obra “*Sobre la muerte y los moribundos*”, por las que generalmente atraviesa una persona ante una pérdida: negación, enojo, negociación, depresión, culpa y finalmente la aceptación. Para el caso de los individuos homosexuales el cuadro que pueden presentar ante el reconocimiento de su identidad sexual, conforma las siguientes fases: negación, negociación, cólera, depresión y aceptación -en el mejor de los casos-; esto último idealmente sucede entonces, aunque para muchos individuos homosexuales puede pasar más tarde o tal vez nunca.

Ardila (1998), señala que existen seis etapas por las que atraviesa el hombre homosexual en su desarrollo psicológico:

Surgimiento.- se presenta durante la infancia. El niño se considera diferente, tiende a ocultarse, experimenta sentimientos de alienación y depresión. Generalmente en su mayoría viven una infancia muy solitaria, tienden a la introspección y a la reflexión.

Identificación.- Comienza a considerarse homosexual y a aceptarse como tal. Generalmente este proceso ocurre durante la adolescencia pero puede ser posterior.

Etapa de asumir una identidad.- generalmente ocurre en la adultez temprana. Comienzan las relaciones sociales con compañeros homosexuales, lo cual le brinda apoyo emocional. Sin embargo, ante la sociedad en general, el individuo continúa pasando por heterosexual por temor al rechazo.

Etapa de aceptación de la identidad.- La persona revela su homosexualidad a personas relevantes de su entorno, en su familia, su trabajo y /o su círculo social. Este proceso de “salir del clóset” le demuestra que es posible ser aceptado como homosexual, a pesar de formar parte de una minoría en una sociedad básicamente homofóbica. La otra característica de esta etapa es la formación de pareja.

Etapa de consolidación.- la persona enfatiza la autenticidad en su vida y se siente orgulloso de sí mismo.

Etapa de autoevaluación y de brindar apoyo.- La persona analiza su propia vida, examina su sistema de valores, observa en perspectiva sus triunfos y fracasos. Desempeña el papel de mentor con otros homosexuales jóvenes, con el fin de orientarlos, brindarles su apoyo y ayudarles a superar el estigma, el ostracismo, el rechazo y el odio que él experimentó en el pasado.

Castañeda (1999), señala que la autoestima del homosexual cuando reconoce sus manifestaciones sexuales como su orientación sexual hacia los individuos del mismo sexo se puede ver gravemente amenazada, si sucede mientras está atravesando por la pubertad o la adolescencia, debido a que en esta etapa, como es conocido, el individuo está haciéndose adulto e iniciando su camino a la autonomía. Se sabe que los adolescentes homosexuales tienen por tanto más riesgo de suicidio, consumo de drogas, compañías peligrosas, y huir de casa. Como sea, en cualquier caso, el rechazo de los padres siempre representará para el hijo homosexual un proceso más doloroso y costoso acerca de su propia

aceptación por su orientación sexual, pudiendo tornarse en *homofóbicos*, condenando su propia homosexualidad y luchando contra sí mismos por cierto tiempo, si no es que por toda la vida. Si por otro lado, el adolescente opta por huir de casa en ese momento se rompe la relación con los padres, siendo la ruptura brusca y a veces radical. Idealmente, señala Castañeda, se esperaría que los padres le representen al hijo homosexual consuelo, apoyo y comprensión, para que éste pueda apoyarse en momentos difíciles, que no le faltarán debido al rechazo social, aunado a las dificultades y disgustos que como todo ser humano tiene.

Gimeno Bayón (1997), señala que los homosexuales, en general, como grupo, poseen más capacidad de introspección que el grupo heterosexual. Entre otras cosas porque para tomar una decisión socialmente difícil, como la de identificarse como homosexual, la mayoría ha explorado mucho en sus deseos, sentimientos y fantasías, es decir ha tenido que desarrollar su propia intimidad interior una y otra vez para cerciorarse de que esa identificación “difícil” era correcta. Sin embargo, por otro lado, la autoestima, la confianza en sí mismos y sobretodo la confianza en el otro suelen estar bastante por debajo de la media, lo que no es extraño dadas las continuas agresiones sociales de que son objeto.

Castañeda (2002), dice que algunos autores, aunque no señala quiénes, han considerado que los homosexuales, de manera muy frecuente, viven dos adolescencias o una adolescencia bifásica; la primera es cuando como todo individuo, atraviesa por cambios significativos de toda índole que modificarán su vida; la segunda es cuando su *identidad sexual es reconocida ante su primera experiencia sexual*; momento en el cual estos autores consideran, los homosexuales atravesarán por emociones tales como inseguridad, irracionalidad, impulsividad e irresponsabilidad; características que se consideran propias de la etapa adolescente y que serían alarmantes en un individuo en la edad adulta.

Tomando en cuenta la supuesta adolescencia bifásica que señala Castañeda, se considera lo que dice Ardila (1998), al señalar que una característica psicológica importante que poseen los gays, es más la necesidad de controlar las situaciones y sienten que experimentan mayor estrés que los heterosexuales; son consumidores de medicinas, tranquilizantes, pastillas para dormir. Se aseguran de que sus hogares y pertenencias no corran riesgos y evitan las actividades que se consideran exclusivamente arriesgadas. De hecho, la persona con alta motivación de logro sólo corre riesgos moderados. Además, un grupo como éste, que es población de alto riesgo y padece los efectos de la estigmatización social, a veces unida a una homofobia internalizada, no puede menos que sentir la necesidad de asegurarse y evitar riesgos innecesarios. Lo anterior pareciera obedecer a la primera adolescencia que se menciona.

Para entender un poco mejor el significado del reconocimiento de la orientación sexual en el homosexual, habremos de considerar a Selekman (2007), quien encontró que 75% de hombres y 66% de mujeres quienes se identifican como gays o lesbianas inicialmente, se sintieron diferentes a la edad de 8 años. Asimismo, Castañeda (1999) dice que según un estudio realizado hace 20 años, pero que aún es revelador, reporta que los hombres homosexuales toman conciencia de sus deseos homosexuales a los 13 años en promedio, tienen su primera experiencia homosexual a los 15, su primera relación de pareja a los 22 y adquieren una identidad gay positiva a los 28 años. Trechera (1997 en Guasch 2000), reporta haber encontrado que los individuos que se dieron cuenta de su homosexualidad, lo hicieron como sigue: el 49% antes de los 12 años; el 22% en la pubertad -entre los 12 y los 15 años-, el 21% en la adolescencia -entre 15 y 19 años- y el 8% en la adultez, esto es después de los 20 años. Respecto a estos últimos, reconocen que una cierta ambigüedad se había ido desarrollando en su vida y que fue un determinado episodio o circunstancia (una amistad, una crisis de identidad, una depresión, etc.) la que propició el autodescubrimiento, y en muchos casos, fue el detonante que desencadenó el paso para la realización de actos sexuales con personas del mismo sexo.

La explicación anterior parece indicar que los homosexuales se ubican a sí mismos en un grupo estigmatizado al saberse diferentes en sus preferencias sexuales y al reconocerlo ante sí y ante los demás, en diferentes momentos de sus vidas; lo que puede degenerar en un estrés postraumático o depresión, llegando consecuentemente a la ideación suicida en un 53% y en llevarlo a cabo en un 33%. Al respecto Granados-Cosme (2002), nos indica que la existencia de la cultura dominante se manifiesta en parte, cuando lo normativo no se incorpora como deseable en el sujeto. De ser así, la sociedad identifica, aísla, estigmatiza y, en consecuencia, controla la alteración de la norma heterosexual y la denomina pecado, patología o delito. De igual forma manifiesta que “hay evidencias empíricas -aunque no señala cuáles- acerca de mayores índices de suicidio, angustia y depresión en los homosexuales, en comparación con la población heterosexual”.

Vale la pena considerar a Guasch (2000), quien señala que la sexualidad masculina es el referente a partir del cual nuestra cultura organiza la sexualidad global. Por ello, las desviaciones sexuales de los varones son las más peligrosas para el orden social. En consecuencia, un análisis sobre la definición social y cultural de las sexualidades no ortodoxas antes de los siglos XVIII y XIX implica, sobretodo, revisar la historia de las relaciones socio-sexuales entre varones: la peor de las desviaciones posibles y la más peligrosa para el orden social. El concepto de sodomía resume bien estas cuestiones. En pleno siglo XIX “el tránsito” ha terminado. La medicina sustituye a la religión, el perverso al sodomita y el enfermo al pecador. En adelante, las sexualidades no ortodoxas son, además de pecado y delito y atentados contra el pudor, un problema de salud. Quienes transgreden las normas socialmente previstas para la sexualidad dejan de ser pecadores para convertirse en enfermos. Si el cristianismo prepara la heterosexualidad de manera indirecta (definiendo el pecado de sodomía), la medicina (en estrecha colaboración con el derecho) funda la heterosexualidad y define como enfermos a los que se apartan de ella.

Algunos estudios han demostrado que la percepción de discriminación que experimentan algunos HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres), contribuye a generar mayores índices de problemas emocionales y de conducta que el resto de la población, como en los casos de depresión y la ideación suicida que debilitan la fortaleza de la persona y aumentan la vulnerabilidad ante diversos problemas, ocasionando el aislamiento de las personas y privándolas de atención y apoyo (Zepeda, 2007).

M. Foucault, dice Castañeda (1999), planteó en su *Historia de la sexualidad*, que la identidad homosexual es de aparición reciente. Antes del siglo XIX se daban actos homosexuales que incluso eran tolerados y aceptados en algunas sociedades más no existían personas homosexuales. Las personas que practicaban tales actos tanto como la sociedad a la que pertenecían no los ubicaban como personas homosexuales. En realidad el cambio se dio cuando ya en la era moderna algunos países penalizaron la homosexualidad y los médicos la patologizaron, apareciendo entonces la persona propiamente homosexual. Igualmente nos indica que históricamente se puede decir que la identidad homosexual se construye poco a poco; los procesos social e individual, sociológico y psicológico son paralelos y se han nutrido recíprocamente.

En la actualidad se sabe que la homosexualidad no es una enfermedad, sin embargo, los individuos homosexuales padecen problemas psicológicos particulares. En Estados Unidos de América existe una alta incidencia de suicidio entre hombres y mujeres homosexuales en comparación con la población heterosexual. Se estima que la tercera parte de todos los suicidios de adolescentes corresponde a jóvenes homosexuales, en las edades comprendidas entre los 16 y los 21 años; uno de cada tres homosexuales reconoce haber intentado hacerse daño (Castañeda, 1999).

Es por tanto importante la aceptación de la condición sexual en el homosexual para asumirse como tal ante el ámbito familiar y social, siendo conveniente que posea la fortaleza necesaria para salir del clóset, como es conocido vulgarmente el hecho de asumirse como homosexual de manera abierta. El salir del clóset, nos dice Castañeda (2002), tiene su origen comenzando desde el significado que se da a la palabra clóset hasta el significado que connota la expresión “salir del...”. Clóset es un término inglés, del latín *clausum*, participio presente del verbo *claudere*, que significa “cerrar”. Entre otros, ha denotado un lugar cerrado y privado en el cual se tienen conversaciones secretas, también se considera un lugar donde se guardan objetos de valor; otro significado que se le ha dado es el equivalente a armario o ropero. Consecuentemente su connotación frente a la homosexualidad significaría lo privado frente a lo público, lo íntimo frente a lo social, lo oculto frente a lo descubierto... lo que en la actualidad se traduciría propiamente como el hecho de asumir plenamente la homosexualidad tanto en lo público como en lo privado.

Enfoque psicoanalítico (diversas tendencias)

Mirabet (1985), destaca que Freud decía que en todo ser humano existe una bisexualidad, un hermafroditismo anatómico. Afirmaba que en la constitución normal de toda persona existe una disposición bisexual orgánica que evoluciona hacia la homosexualidad, pero que conserva restos del sexo contrario. Desde cierta tendencia psicoanalítica la homosexualidad ha sido considerada una *desviación* o una *perversión*. Por otro lado, en sus obras “Tres ensayos sobre Teoría Sexual” (1905) y “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (1909), Freud brinda dos distintas explicaciones sobre la homosexualidad; lo que se interpreta como que el origen de la homosexualidad se encuentra en “Complejos de Edipo” no resueltos. La concepción de Freud, dice Lamas (1996 en Ortíz-Hernández 2003), es que el ser humano es básicamente un ser sexual, cuya pulsión lo llevaría a una actividad sexual indiferenciada o básicamente un perversa

polimorfa, si no fuera porque la cultura orienta artificialmente la conducta hacia la heterosexualidad.

Mieli (1977), señala que la Teoría de la Bisexualidad fue sustentada originariamente por la psiquiatría como fundamento de la etiología de la “inversión sexual”. Hemos visto cómo el psicoanálisis, que la adopta, se ve obligado, sin embargo, a interrogarse inmediatamente sobre las causas de la fijación del deseo sobre “objetos” del sexo opuesto por parte de personas consideradas sexualmente “normales” por la sociedad. La pregunta que ahora se nos plantea es la siguiente: ¿por qué en el transcurso del desarrollo ontogenético, el individuo pasa de la disposición erótica “indiferenciada” dirigida a ambos sexos, propia de la libido infantil, a una fijación de tipo hetero u homosexual sobre un único sexo como objeto del deseo? La respuesta inmediata es que esto se debe a la *educastración*, o sea, a la influencia de la sociedad, del mundo “externo”, en el cual rige una norma monosexual, que la represión transmite de generación en generación sobre el individuo.

Bieber, en su obra publicada en 1967 dijo que S. Freud (1905), en su obra “Tres ensayos sobre la Teoría Sexual” ¹, afirmaba que: *los invertidos atraviesan durante su infancia una fase de fijación muy intensa pero breve por (su) madre y, tras superarla, se identifican con la mujer y se consideran ellos mismos objetos sexuales, es decir, partiendo de una base narcisista, buscan a hombres jóvenes que se parezcan a ellos, en personas a la que desean amar como su madre les amó a ellos... su deseo obsesivo por el hombre demuestra verse determinado por su huida incansable de la mujer.* Asimismo, Bieber nos dice que S. Freud (1909), en su obra “Análisis de una fobia en un niño de cinco años” ², aseveraba que: *“La alta estima que siente el homosexual (de niño) por el órgano masculino decide su destino. Durante su infancia elige a las mujeres como objeto sexual mientras asume que ellas también poseen lo que a sus ojos es una parte indispensable del cuerpo -el pene-; cuando se convence de que las mujeres le han decepcionado*

1 S. Freud (1905), vol. 7, pág. 123

2 S. Freud (1909), vol. 10, págs. 1-14

sobre este particular, cesan de ser para él un objeto sexual. No puede renunciar a un pene en nadie que le atraiga para mantener relaciones sexuales; y si las circunstancias son favorables, fijará su libido sobre “la mujer con pene”, un joven de apariencia femenina.

KimmeI (1997), argumentaba que de acuerdo al modelo de Freud, el miedo que el varón tiene ante el poder de su padre, lo obliga a renunciar al deseo por su madre y a identificarse entonces con él. Este modelo, explica, une la identidad de género con la orientación sexual: la identificación del niño con su padre (que lo lleva a ser masculino) le permite ahora comprometerse en relaciones sexuales con mujeres (se vuelve heterosexual). Sin embargo, habrá de considerarse que si en la etapa pre-edípica el muchacho se identifica con su madre, el mundo lo ve a través de los ojos de ella y cuando en la etapa edípica se confronta con su padre, experimenta por tanto una visión dividida; esto es, ve a su padre como su madre lo ve, -con una combinación de temor, maravilla, terror y deseo-. Simultáneamente ve al padre como a él -el muchacho- le gustaría verlo, no como objeto de deseo pero sí de emulación. Al repudiar ahora a su madre y al identificarse con su padre, sólo da respuesta en forma parcial a su dilema. ¿Qué puede hacer con ese deseo homoerótico, el deseo que sentía porque veía a su padre de la manera que su madre lo veía? Debe suprimir tal deseo. La homofobia es el esfuerzo por suprimir ese deseo, para purificar todas las relaciones con otros hombres, mujeres, niños y para asegurar que nadie pueda alguna vez confundirlo con un homosexual.

Ardila (1998), aunque profesionalmente se desempeña como psicólogo, establece que dentro de las terapias médicas y psiquiátricas para *enderezar* a los homosexuales, el psicoanálisis fue especialmente influyente. Señala que debemos recordar las afirmaciones de Bieber en 1962: *“todas las teorías psicoanalíticas presuponen que la homosexualidad adulta es patológica...”*; añade que: *“Nosotros consideramos que la homosexualidad es una adaptación patológica biosocial y psicosexual, como consecuencia de temores generalizados que rodean la*

expresión de los impulsos heterosexuales...”. Sin embargo Mirabet (1985) señala que el enfoque psicoanalítico tiene como intención central para el tratamiento de un paciente homosexual, cambiar la forma en que vive su vida, al margen de su tendencia y orientación sexual. No trata de modificar dicha orientación de ninguna manera, concluye.

Bieber (1967), dice que La Teoría de la Terapia Reparadora o de Conversión, por su parte, propone que la homosexualidad masculina surge de una relación difícil entre padre e hijo: si el padre de un chico no le da una “verdadera identidad masculina”, la identidad masculina del chico se verá dañada. El daño hará que se sienta inferior a los hombres normales, que los idealice y los erotice. (La noción consecuente, que la feminidad dañada hace que los hombres heterosexuales se sientan inferiores y eroticen a las mujeres, se abandona por absurda). Esto es, “el hombre homosexual se siente atraído por hombres porque intenta - inconscientemente claro- sanar su masculinidad dañada”. Por cierto que dicha teoría aparentemente fue promovida en el movimiento exgay, que se trataba de un movimiento más bien de orden religioso; en la actualidad, vale la pena observar, que la APA condena estas terapias debido a que la orientación sexual no puede ser modificada.

Adicionalmente, destaca Mieli en 1997, que de acuerdo a Freud (en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*) “el niño está constitucionalmente calificado al polimorfismo perverso: todas las llamadas perversiones forman parte de la sexualidad infantil (sadismo, masoquismo, coprofilia, exhibicionismo, voyeurismo, homosexualidad, etc.”). En efecto, la disposición a las perversiones era la primitiva y general del instinto sexual humano, partiendo de la cual se desarrollaba la conducta sexual normal a consecuencia de transformaciones orgánicas y de inhibiciones psíquicas aparecidas en el curso de la maduración. (S. Freud “Una teoría sexual”). Entre las fuerzas inhibitorias que limitan la dirección del instinto sexual están fundamentalmente las construcciones sociales de la moral y de la autoridad. La

sociedad represiva y la moral dominante sólo consideran normal la heterosexualidad y en especial, la genitalidad heterosexual. La sociedad actúa de manera represiva sobre los niños, a través de la “educastración”, con el fin de obligarles a rechazar las tendencias sexuales congénitas que considera perversas (y, en realidad, puede decirse que todavía ahora son considerados perversos prácticamente todos los impulsos sexuales infantiles, incluidos los heterosexuales, a partir del momento en que no se reconoce a los niños el derecho a gozar eróticamente). La educastración tiene por objetivo la transformación del niño, tendencialmente polimorfo y perverso en adulto heterosexual, eróticamente mutilado pero conforme a la norma.

De hecho, Mieli asevera que la mayoría de los psicoanalistas (aunque no destaca de que corriente), reconocen manifestaciones sexuales ya en los primeros meses y en los primeros años de vida y enumeran etapas evolutivas de tendencias más o menos conscientes, que se pueden resumir en el esquema: autoerotismo-homosexualidad-heterosexualidad. Pero esta evolución no es natural: refleja la influencia represiva del ambiente socio-familiar sobre el niño y por otra parte, la vida real supone necesariamente una superación del autoerotismo y del estadio homosexual por la heterosexualidad exclusiva. El ambiente en que vivimos (en primer lugar la familia, célula del tejido social) es heterosexual: como tal obliga al niño, culpabilizándole, a renunciar a la satisfacción de los propios deseos auto y homoeróticos y le lleva a identificarse con un modelo monosexual de tipo heterosexual mutilado. Pero, evidentemente, no siempre lo consigue.

En efecto, señala Mieli, la homosexualidad latente existe realmente en todos aquellos que no son homosexuales manifiestos, como residuo de la sexualidad infantil, polimorfa y perversa y, por tanto homosexual; porque el homoerotismo es reprimido por la sociedad, condenado precisamente a la latencia y sublimado bajo forma de sentimientos de amistad, de camaradería, etc. y/o convertido o mejor dicho deformado, en síndromes patológicos.

Una drástica represión de la homosexualidad se opera, asimismo, en el curso de la primera infancia, destaca Mieli: el padre se (re)presenta como persona decididamente heterosexual y rechaza los contactos eróticos abiertos con el hijo (el cual, en cambio, desea indiferenciadamente y por tanto, desea también al padre), al igual que los demás machos adultos, por causa del tabú antipederasta, rechazan las relaciones sexuales con el niño. De manera análoga, la madre y las mujeres adultas rehúyen las relaciones sexuales con la niña (si bien, en general, existe una mayor intimidad erótica entre madre e hijas/os que no entre padre e hija/os). Son reprimidas, además, las mismas relaciones sexuales y, en especial, homosexuales entre los niños.

Sandor Ferenczi (1911, en Mieli, 1977) se distanciaba claramente del pensamiento freudiano en lo que se refiere al homoerotismo. Ferenczi realiza una distinción entre homoerotismo de sujeto y homoerotismo de objeto. El homoerotismo de sujeto se presenta en un hombre que se siente mujer en sus relaciones con los hombres, esto es, es invertido respecto a su propio yo; no sólo se siente mujer durante las relaciones sexuales sino en todas las reacciones de su existencia. Contrapuesta a la figura del homosexual pasivo, “aquejado” de homoerotismo de sujeto, Ferenczi describe la del auténtico homosexual activo que se siente en todo y para todo un hombre, suele ser enérgico y no tiene nada de afeminado ni en el plano psíquico ni en el físico. Sólo el objeto de su tendencia es invertido y por tanto habría que llamarse homoerótico por inversión del objeto amoroso.

En un intento de desligar el concepto de “perversión” como sinónimo de “homosexualidad”, Evelyn Hooker en 1958 (en Bieber 1967) llevó a cabo una investigación con el fin de refutar la creencia de que los homosexuales eran individuos perturbados. Reclutó a 30 gays de la Sociedad Matachín (una de las primeras organizaciones prodefensa de los derechos gays en California) que no estuviesen recibiendo apoyo psicoterapéutico. Se les aplicaron las pruebas del Rorschach y posteriormente el TAT. De acuerdo a los resultados obtenidos - prejuicio contra la homosexualidad percibida en la prueba de TAT- Hooker

estableció que un individuo homosexual bien puede influenciar la opinión de un clínico de formación psicoanalítica pues decía que a menudo éstos hallan señales de patología donde un clínico sin prejuicio no las encuentra; por lo cual extrajo las siguientes tres conclusiones de su estudio:

- 1) La homosexualidad no existe como entidad clínica
- 2) La homosexualidad puede ser una desviación del modelo sexual que entra dentro de lo psicológicamente normal.
- 3) El papel que desempeñan determinadas formas de deseo y de expresión sexual puede ser menos importante para la personalidad y el desarrollo de lo que frecuentemente se ha asumido

Desde otra perspectiva, Tripp en su obra “La cuestión homosexual”, escrita en 1978, ha insistido en la necesidad de no plantear lo heterosexual como algo natural y espontáneo: la gente es específicamente heterosexual a causa de que ha sido condicionada por su educación para esperar y desear que así sea (Lacadena, Gimeno-Bayón, Domínguez, Trechera, y Gafo, 1997).

Domínguez (en Lacadena et al., 1997) dice que Freud (en su obra “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia *“Dementia Paranoides”*”) estaba firmemente convencido de que en todo homosexual se puede encontrar un resto de orientación heterosexual, como en todo heterosexual existe siempre la posibilidad de una elección homosexual de objeto. Más aún, en la vida de todo individuo –hombre o mujer- se da una oscilación de la libido entre el objeto masculino y el femenino. En general –afirma Freud- el hombre oscila durante toda su vida entre sentimientos homosexuales y heterosexuales, y la privación y el desencanto en uno de tales sectores le impulsa hacia el otro.

Sigmund Freud (*en Duelo y Melancolía 1917*) sostenía que el suicidio es hostilidad desplazada, escribiendo: “...sabíamos, ciertamente, que ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados

primero hacia otras personas y vueltos luego contra el yo; pero continuábamos sin comprender por medio de qué juego de fuerzas podían convertirse tales impulsos en actos. El análisis de la melancolía nos muestra ahora que el yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto; esto es, cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior. {...} Así pues, en la regresión de la elección narcisista de objeto queda el objeto abandonado; a pesar de ello, ha demostrado ser más poderoso que el yo. En el suicidio y en el enamoramiento extremo -situaciones opuestas- queda el yo igualmente dominado por el objeto, si bien en forma muy distinta. El melancólico llega a creer que lo que perdió -por muerte, por separación o por rechazo-, en cierto modo, fue asesinado por él. El único modo de redimirse frente a esa falta moral es iniciar una persecución interna en busca de castigo, venganza y expiación. Si debido a las presiones sociales, la agresividad del hombre no puede expresarse contra su verdadero objeto -la persona odiada- entonces se vuelve contra el propio sujeto. Karl Menninger escribió una obra titulada *El hombre contra sí mismo* en donde es claro que concuerda con la visión freudiana, al argumentar que el suicidio es como un asesinato autodirigido, un homicidio invertido que se produce como resultado de la ira del individuo hacia otra persona, la cual es usada como una excusa para castigar a ese otro a través de la autodestrucción (Cohen Agrest 2007).

HOMOFOBIA

*Esta depravación es, de hecho, la muerte del cuerpo,
la destrucción del alma; contamina la carne, extingue
la luz de la mente, expulsa al Espíritu Santo del templo
del pecho humano y lo reemplaza con el diablo,
el que suscita la lujuria; elimina totalmente la verdad
de la mente; la engaña y la dirige hacia la falsedad:
dispone trampas en la senda de un hombre y, cuando él
cae en el foso, lo obstruye de modo que no pueda escapar;
abre las puertas del infierno y cierra las puertas del cielo.
Pedro Damián de Rávena*

*La homofobia es el arma con la que se persigue
a quienes se atreven a salir de la norma heterosexual.
los homófobos constituyen el brazo armado de una sociedad
intolerante que ve en ellos la realización de una labor de
saneamiento moral.
Luiz Mott*

*lo patógeno y lo patológico no es el homoerotismo
sino la persecución del homoerotismo
Mario Mieli*

El término *Homofobia* combina las palabras “fobia” (temor irracional compulsivo) y “homo”, apócope de homosexual (sexo con lo igual). Consecuentemente el significado corriente es “fobia a la homosexualidad” y que se encuentra básicamente presente en el individuo heterosexual, aunque de igual manera se da en individuos homosexuales. Esto es, se trata de un temor ante las diferencias que presentan los individuos que poseen una orientación sexual distinta y que su comportamiento sexual está orientado hacia individuos de su propia sexo; temor que a su vez provoca en el individuo homofóbico, un comportamiento irracional de huida o el deseo de destruir el estímulo de la fobia o cualquier cosa que lo recuerde.

Por su parte, Green (2005) provee las siguientes definiciones:

- a) aversión a la gente gay u homosexual, a su estilo de vida y/o cultura, y
- b) comportamientos o conductas basadas en esta aversión.

(The American Heritage Dictionary of the English Language, 3rd. ed., 1992).

Otra:

- a) miedo irracional o aversión o discriminación contra la homosexualidad o los homosexuales.

(Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 10th. ed., 1993).

Como ha sido señalado ya en la introducción, algunos homosexuales adolecen de homofobia. Dicha homofobia puede presentarse bajo un contexto social o de manera internalizada, esto es, latente más no manifiesta. Esta homofobia, a su vez, les genera discriminación, siendo ésta una forma de violencia y pudiendo manifestarse de manera interpersonal o intrapunitiva. Esta discriminación se expresa como homofobia social y donde su revelación es mediante agresión de parte del entorno social; esto es, los homosexuales la sufren de parte de los grupos sociales e inclusive del entorno familiar mismo; mientras que la homofobia internalizada se manifiesta como agresión contra sí mismo, siendo por tanto intrapunitiva.

Violencia y Discriminación

Es deseable subrayar nuevamente los significados de “violencia” y “discriminación” con el fin de discernir sus efectos sobre el individuo homosexual. La primera consiste en la acción y efecto de violentar o violentarse, utilizar la fuerza y la intimidación para conseguir algo; mientras que la discriminación significa seleccionar excluyendo, esto es, dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. Particularmente en el contexto en el que se utiliza para esta investigación, se trata de una cierta ideología o comportamiento social que *separa y considera inferiores* a las personas por su raza, clase social, sexo, religión u otros motivos ideológicos. Es el acto de hacer una distinción o segregación que atenta contra la igualdad de oportunidades. La *discriminación es un tipo de violencia* y los homosexuales son discriminados en diferentes sociedades y culturas, fundamentalmente por

individuos heterosexuales, aunque sus semejantes pueden de igual manera discriminarlos mediante el abuso físico, psíquico y/o sexual (definiciones del Diccionario de la Real Academia Española).

Ortíz-Hernández (2003), asevera que la discriminación, al igual que la violencia, refuerza la vivencia de la homosexualidad o transgresión de los estereotipos de género como condiciones negativas. Los factores que motivan la violencia y la discriminación contra los GLB, son la homofobia y la intolerancia hacia la transgresión del estereotipo de género.

Zepeda (2007), indica que “La discriminación ha sido definida como una conducta culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un *estigma* (de ciertos atributos o circunstancias) relacionado con una desventaja merecida o inmerecida y que tiene por resultado intencional o no, dañar sus derechos y libertades fundamentales”.

El estigma, cabe acentuar, tiene sus orígenes en la estructura social predominante en un contexto histórico-cultural determinado, en las normas y valores que rigen la vida cotidiana; haciendo que algunos grupos sean menospreciados y que otros, por el contrario, se sientan superiores (CONAPRED, 2008).

La homofobia es un estigma del rechazo contra la homosexualidad y de acuerdo a Erving Goffman (1963, en Bieber 1967), la estigmatización se utiliza en los casos de las personas que pertenecen a un grupo considerado “inusual” o moralmente “negativo”. Los casos de estigma invisible comprenden los “defectos de carácter”, las pasiones de dominación o antinaturales, creencias rígidas y engañosas, enfermedades mentales, encarcelamiento, adicción al alcoholismo, *homosexualidad*, reemplazo y conducta política extremista entre otros.

En México, por ejemplo, y de acuerdo a la 1ª. *Encuesta Nacional sobre*

Discriminación, cerca del 95% de las personas que han reconocido su homosexualidad, han sufrido alguna forma de discriminación, ya que son grupos estigmatizados por su orientación o preferencia sexual” (Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)/CONAPRED 2005).

En la cultura occidental, señala Fone (2000), la homofobia parece ser virulenta y exclusiva de ella. Señala asimismo que estudiosos de la conducta sexual en otras culturas, pasadas y presentes, rara vez han descubierto la desaprobación social, legal, moral o religiosa de la conducta homosexual que es común en tantas épocas de la historia occidental. Igualmente señala que la homofobia no se limita a los heterosexuales. También se puede hallar entre homosexuales; en realidad, dice, desde hace mucho tiempo ha sido algo común del saber popular de los gay, que los homófobos fanáticos son con frecuencia *homosexuales reprimidos*. La homofobia entre homosexuales, como otros prejuicios, puede ser resultado de una interiorización de las lecciones de una sociedad homofóbica.

Por su parte y en materia jurídica, Flores Martínez y Vega Díaz (2004) establecen que la “discriminación” es un fenómeno que se origina casi con el surgimiento mismo del hombre. Igualmente dicen que “precisamente porque toda constitución tiene ciertamente una base ideológica es que se puede observar cierta tendencia a responder a intereses que no son necesariamente universales y objetivos, esto es, hay un tipo de discriminación que tiene connotaciones negativas”. Es por lo anterior que Flores Martínez y Vega Díaz señalan de igual manera, que la realidad nos demuestra que se da fuertemente la triada de marginalización, violencia y privación de poder, motivos por los cuales “salir del clóset” -entendido como la aceptación privada y propia de la orientación sexual- no se exterioriza públicamente por miedo al rechazo y a la estigmatización.

Es necesario por tanto, reformular el concepto de igualdad. Flores Martínez y Vega Díaz (2004) aseveran que la idea es abandonar la actual concepción de una “igualdad a” que lleva implícita la idea de un modelo conductual superior, teniendo

un carácter imperativo en razón de una aparente supremacía, que como tal, debe seguirse por entregar un marco de conductas a imitar, un parámetro de lo normal y permitido. En nuestra sociedad es necesario evolucionar e instaurar una “igualdad entre” que considere y respete las semejanzas y diferencias entre los seres humanos, valorando a cada persona como individuo particular, distinto, pero igual dentro del conjunto; esto es, individuos con idéntico valor y que coexisten en un ambiente que permite e impulsa la construcción de identidades en un plano de equidad, de convivencia respetuosa y garante de una comunidad constituida por personas diferentes pero de igual valor.

Con el fin de ejemplificar que la discriminación y la violencia están presentes en la sociedad mexicana, se destaca la investigación que llevaron a cabo Ortíz Hernández, Gómez Tello y Valdés (2009), quienes aseveran que existe evidencia de las desigualdades en cuanto a temas de salud asociados a la orientación sexual; esto es, señalan que la situación para los GLB en los países de ingresos bajos y medianos es más grave que en las naciones industrializadas. Estos autores realizaron una investigación en una muestra representativa de adolescentes mexicanos y jóvenes en las edades comprendidas entre los 12 y los 29 años de edad, con el fin de explorar la relación entre orientación sexual, por un lado, y la propia autoevaluación de los entrevistados en cuanto a su estado de salud y consumo de cigarrillos y alcohol, por el otro; con el fin de explorar si esta asociación está mediatizada por la discriminación y la violencia. Primero analizaron la base de datos del Informe Nacional de la Juventud 2005 y con base en ella, para el caso de México, se dividió en 5 regiones y 5 estratos, fueron definidos de acuerdo al tamaño de la población. Al final del trabajo de campo, se realizaron 12,840 entrevistas y a la hora de editarlas la muestra se redujo a 12796 casos, pues no hubo respuesta en un 15%. La información se obtuvo a través de cuestionarios presentados en entrevistas personales, a través de entrevistadores del mismo sexo de los entrevistados, con el fin de conseguir el report necesario para que las encuestas fueran contestadas abiertamente. En sus resultados reportan que la mayoría de los individuos se ubicaba en las edades comprendidas

entre los 15 y los 24 años, con una proporción prácticamente igual entre hombres y mujeres y fueron clasificados como sigue: 11.6% de los jóvenes eran del mismo género y con atracción afectiva hacia el otro, el 1.6% eran LGB y el 1.4% eran del mismo género con comportamiento sexual hacia el otro. La mayoría de hombres y mujeres reportaron tener identidad del mismo género con atracción afectiva, del mismo género con comportamiento sexual y LGB. Reportan asimismo haber encontrado que existen diferencias significativas en el estado de salud y abuso del uso de sustancias debido a la orientación sexual, y que ello se explica por la discriminación y violencia experimentadas. Asimismo esta violencia y discriminación pueden reafirmar la homofobia internalizada debido a que la juventud LGB se culpa a sí misma porque asumen que la violencia que experimentan se debe a un castigo por su comportamiento socialmente inaceptable. Por otro lado, encontraron en esta muestra, que los varones que reportaron atracción afectiva hacia otros varones, comportamiento sexual hacia otros varones e individuos con identidad gay o bisexual, experimentaron violencia familiar, crímenes y violaciones a sus derechos humanos, más frecuentemente comparados con las mujeres.

De igual manera, en esta muestra representativa, encontraron que los indicadores de discriminación y violencia explicaban las siguientes relaciones: atracción afectiva con consumo presente de alcohol y tabaco; identidad con consumo de tabaco en algún momento del transcurso de la vida, y comportamiento sexual con el consumo de alcohol en algún momento del transcurso de la vida. Los indicadores de las interacciones estadísticamente significativas entre género y orientación sexual se encontraron relacionados con tener salud precaria (con atracción afectiva e identidad); y el consumo de tabaco y alcohol en el presente y en algún momento del transcurso de la vida se relaciona con el comportamiento sexual. Concretamente se encontró que existe un riesgo aún más alto de ausencia de salud en los varones con atracción afectiva hacia otros varones, en comparación con hombres bisexuales. Para el caso de las mujeres con comportamiento sexual hacia otras mujeres, éstas tienen más tendencia hacia el

consumo de cigarro y alcohol en el presente y en algún momento del transcurso de su vida.

Con la intención de tener un amplio panorama del significado pasado y actual acerca de la homofobia y de los prejuicios que de ella derivan, se inicia el presente capítulo con los antecedentes históricos, al igual que en el caso de la actuación suicida y la discriminación en la homosexualidad.

Guasch (2000) brinda un juicio que se considera relevante para iniciar con los precedentes de la homofobia: “En nuestra sociedad, el varón ha sido educado para el poder y en el poder. Por ello es difícil que surja un movimiento social amplio e interclasista que pretenda cuestionar su ejercicio. El movimiento gay y la subcultura en que se inserta son el único ámbito donde se ha producido un intento real e interclasista de superar la identidad masculina más clásica. Para entender la génesis de la homosexualidad y de la subcultura gay (y también para entender el origen de la heterosexualidad), hay que ubicarlas en el marco de amplios procesos de control social de carácter histórico que pretenden deslegitimar la expresividad afectiva entre varones y reducirla a pura expresión sexual. También persiguen estigmatizar y negar lo femenino en el varón, entendiendo por femenino cualquier componente emotivo o afectivo, que es valorado negativamente al considerarlo impropio de varones”.

Posteriormente, el ahondar en la diferencia entre la homofobia social y la internalizada, matizará el conocimiento del significado de la homofobia, con el fin último de entender tal fenómeno.

Antecedentes Históricos

La homofobia masculina es una construcción social derivada del carácter sociohistórico de la sexualidad (Granados-Cosme, 2002).

Los escritores judeo-cristianos, indica Green (2005), nos hablan sobre la transcripción de las escrituras acerca del coito anal entre hombres y la muy particular concepción cristiana acerca de ello como un pecado. La relación secular con la masculinidad, el sexo, el rol de género son también recursos de la homofobia. El hecho de que los actos homosexuales están en contra de la naturaleza tiene su base en el imperativo biológico tendiente hacia la reproducción de las especies.

Como concepto, la homosexualidad no existía pues en rigor, no había individuos homosexuales; sino ciudadanos activos, dominadores del propio deseo (viriles) y sujetos pasivos, reprobables, incapaces de autogobierno. Un hombre podía ser censurado por su blandura y afeminamiento si se dejaba arrastrar por su pasión hacia las mujeres hasta el punto de que ese afecto lo gobernase. Análogamente, un varón adulto podía mostrar una reputación de virilidad sin mancha, aunque tomase sus placeres de los muchachos, siempre y cuando esa pasión no lo dominase (Guasch 2000).

Sin embargo, Fone (2000) señala que aunque no existía una palabra griega para expresar el concepto especial de homofobia -al menos como se entiende en la actualidad-, es posible que la antigüedad conociera algo muy parecido a la homofobia; señala que los hombres que participaban en ciertos actos homosexuales en ocasiones llegaban a ser objetos de burla y aversión en general. Dice que “muchos creían que las actividades sexuales y el comportamiento de tales personas eran síntomas indudables de una naturaleza sexual diferente y *despreciable*. Indica que no era la exclusividad, sino la pasividad sexual, la insaciabilidad y el afeminamiento los que no se consideraban naturales o aceptables. Aunque se suponía que la mayoría de los hombres no podían disfrutar ser penetrados -y era probable que así fuera- los griegos también creían que algunos hombres sí disfrutaban esto: acerca de esta cuestión de qué era agradable para quién -cuál era la naturaleza de ese placer y la naturaleza de ese individuo- sobre lo que se basa gran parte de la estructura de la *homofobia griega*.

Fone indica que posterior a la obra de Platón, “Las Leyes”, algunos comenzaron a argumentar que toda relación sexual entre hombres era antinatural y constituía una amenaza para la estabilidad social; estos autores, nos dice Fone, afirmaban que el amor entre hombres no podía ser otra cosa que un deseo vil, e insistían en que sólo el amor y el sexo entre hombres y mujeres eran naturales y aceptables socialmente.

En el año 346 a.C., sólo unos cuantos años después de que Platón escribiera Las Leyes, expresa Fone, la ciudad de Atenas concertó un tratado de paz con Filipo de Macedonia; entre los enviados que tenían el encargo de entregar el tratado y aceptar su aprobación, estaba el político Esquines. La condena por parte de Esquines del afeminamiento en hombres y su desprecio por ciertas clases de prácticas entre miembros del mismo sexo, constituye, junto con las obras de Eurípides, Aristófanes y Platón, un desarrollo importante en la construcción histórica de la homofobia. Aunque se aceptaba el sexo entre hombres en las condiciones apropiadas, la renuncia de la hombría que marcaba el afeminamiento y la pasividad, aunque también libres de penalidad legal, llevaban consigo un profundo oprobio social. Las opiniones que se expresan en estas obras presagian la institución de penalidades legales contra la conducta homosexual y afirman la responsabilidad especial de personas activas homosexualmente por el desorden civil y social. Ofrecen un temprano estereotipo de esa figura promiscua, pasiva y obsesionada desde un punto de vista sexual y afeminado que es quien comete abusos sexuales con los jóvenes. Ese monstruo especial, creado por la homofobia, ha perturbado desde hace mucho tiempo los sueños de aquellos cuya misión escogida es defender a la juventud, la santidad de la familia, la virtud y el orden públicos y, sobre todo, la masculinidad.

Y, respecto a la obra “Las Leyes” de Platón, Fone argumenta que es posible que las recomendaciones de Platón no hayan descrito a muchos de sus contemporáneos griegos o influido sobre ellos, pero predijeron con toda exactitud el ascetismo antisexual que apareció en el Imperio Romano helenizado. Los

neoplatónicos, los estoicos y los cínicos advertían todos sobre las consecuencias del excesivo placer sexual, aunque ninguna escuela filosófica ascética recomendaba la eliminación del deseo homosexual. Cultos religiosos austeros como el cristianismo, abogaban a favor de una interpretación más estricta de los usos del placer y enfocaban cada vez más la atención sobre el placer sexual como algo sospechoso, posiblemente incluso perjudicial. Se insistía en que el ascetismo y el celibato, no el placer y el sexo, marcaban la conducta terrenal que con mayor probabilidad sería recompensada con un lugar en la vida venidera. En ningún lugar de tal proyecto había espacio para ninguna clase de conducta homosexual: ni para el vicio promiscuo del que disfrutaban los varones pasivos, ni para las prácticas aprobadas de hombres verdaderos, quienes encontraban virtud y placer en los brazos de muchachos, ni siquiera para aquellos que disfrutaban de una relación sexual con parejas masculinas con quienes habían vivido durante mucho tiempo con amor y fidelidad. El nuevo ascetismo, señala Fone, predicaba una dicotomía entre carne y espíritu, denigraba la carne y sus usos, y glorificaba el espíritu: abogaba por la abstinencia y el celibato y afirmaba que la procreación era la única justificación para el deseo sexual. El adulterio, la pederastia y todas las variedades de la prostitución -por parte de mujeres, por *homosexuales* pasivos o activos, por hombres heterosexuales- amenazaban la primacía conceptual de la relación sexual procreadora. Aunque esta actitud era por lo general antisexual, también era específica *homofóbica*.

Fone (2000) dice que el cristianismo, a lo largo de casi dos milenios, ha condenado a aquellos cuyo pecado se considera que es igual que el de los hombres de Sodoma (del libro Génesis, del Antiguo Testamento). Se ha aceptado a lo largo de estos milenios que los sodomitas tenían intenciones de realizar algún encuentro sexual con los ángeles, que esta intención definió la perversidad general de los sodomitas y que fueron destruidos exclusivamente por esta perversidad. Se cree popularmente que la historia de Sodoma demuestra la aversión de Dios hacia los actos homosexuales y que representa su más profunda prohibición contra ellos. También se acepta por lo general como una terrible

advertencia a la humanidad, al pormenorizar qué calamidades caerán sobre una sociedad que permita el florecimiento de la conducta homosexual, y como justificación bíblica para la creencia que el castigo extremo es justo merecido por el pecado.

Entre 1245 y 1267 en la ciudad de Bolonia, Italia, por ejemplo, las leyes crearon fuerzas gubernamentales (antes que eclesiásticas) para cooperar con la Inquisición local en la búsqueda de herejes y sodomitas, que con frecuencia se consideraban lo mismo. Se ofrecía una recompensa a todo el que los denunciara. Hacia 1250, eruditos universitarios se especializaban en la interpretación de la recién descubierta colección de leyes antiguas, que habían prescrito la muerte para los actos homosexuales; a los transgresores convictos se les exiliaba de la ciudad, pero en 1259, bajo la presión de los dominicos, se les condenó a morir en la hoguera. Francia, España e Inglaterra también emprendieron acciones contra los sodomitas en el siglo XIII. En Francia, supuestos brotes de sodomía ocasionaron la introducción de una nueva ley en Orléans alrededor de 1260. Dicha ley, denominada "*Li Livres de Jostice et de Plet*", se aplicaba a varones y hembras, y exigía que un hombre que se había probado era un sodomita, debía perder los testículos, y señalaba que si lo hacía una segunda vez, debía perder el pene, y si lo hacía una tercera vez, finalmente debía morir en la hoguera. En 1283, un código de derecho civil francés, declaró que a los que se condenara por "sodomiterie" (sodomía), se les confiscarían las propiedades y debían morir en la hoguera. En la Castilla española, un código de leyes de 1265, "Las Siete Partidas", decretó que cuando un hombre desea pecar contra la naturaleza con otro, ambos habrían de ser castrados ante toda la población y al tercer día debían ser colgados por las piernas hasta morir, y que sus cuerpos nunca se bajarán. La iglesia de Inglaterra había propuesto en 1102 privar a los laicos sodomitas de su estatus legal; ya a fines del siglo XIII y a comienzos del XIV, algunos tratados legales recomendaban, en cambio, la muerte. Por ejemplo, el Fleta trataba de desviaciones sociales y sexuales; a los cristianos apóstatas, hechiceros y semejantes, se les debía arrastrar y quemar en la hoguera. Aquéllos que tienen

relación con judíos o aquellos que son culpables de bestialidad o sodomía, se han de enterrar vivos. Ya para entonces se había establecido con firmeza la asociación de sodomía con herejía, tanto en la ley como en la mente popular. Entonces, en muchos lugares de Europa a finales del siglo XIII se aislaba a los sodomitas, herejes y a otros desviados sociales y sexuales del resto de la población. En 1292, se ejecutó a John De Wettre, un fabricante de cuchillos, por sodomía, en la ciudad flamenca de Gante, actualmente Bélgica. Fue quemado en la hoguera por realizar con otro hombre un acto detestado por Dios. Esta es la primera ejecución que se conoce por ese acto. No sabemos si el otro hombre era un amante o un forastero de paso, si el acto era algo habitual o único. Todo lo que podemos saber sobre de De Wettre es cómo lo definió su época puesto que lo condenó a morir en la hoguera; según las palabras del papa Gregorio, una persona “abominable” a quien el mundo desprecia. La ejecución de De Wettre aunque fue la primera no sería la última (Fone 2000). Igualmente señala Fone, en diversos períodos de la Edad Media, se acusaba a cualquier cantidad de grupos cristianos (la nobleza, el clero, los educados, los acaudalados), así como a algunos pueblos cristianos (los lombardos, los franceses, los ingleses) de practicar la sodomía y se decía que éstos tenían tendencias sodomíticas especiales.

Fone destaca que era una opinión común que las ciudades y estados italianos estaban repletos sobre todo de sodomía; de hecho, San Bernardino de Siena (1380-1444) describió Italia como la madre de la sodomía. Florencia tenía reputación de estar tan infectada con la depravación que los alemanes llamaban *Florenzer* a un sodomita y sodomizar a alguien era *florenzen*. Con una especie de homofobia nacionalista, los ingleses hacían tales afirmaciones de los franceses; éstos de los ingleses; los alemanes sobre casi todos los no alemanes y el cristianismo contra el Islam. Por supuesto las naciones o los individuos que condenaban a otros, estaban libres de tendencias sodomíticas, ése era el otro principio de su fe. San Bernardino afirmaba otro principio de la homofobia: los sodomitas privan a las mujeres de su función apropiada, que es satisfacer a los hombres y dar a luz a sus hijos. En realidad, señala Fone, se lanzaban

acusaciones en una escala tan grande que se puede hablar de una pandemia europea de homofobia. Una causa de este extendido temor fue, sin lugar a dudas, la plaga, que apareció para justificar la convicción que la presencia de sodomitas amenazaba la propia existencia de ciudades europeas. Como había sucedido durante cierto tiempo, se equiparaba la sodomía con la herejía; los moralistas afirmaban que los sodomitas se disponían de manera deliberada a corromper a la juventud y socavar el matrimonio y la familia. Se considera que en realidad en las ciudades de Italia fue donde se llevó a cabo la “más amplia persecución de la conducta homosexual en la historia de Europa”.

Como heredero de las actitudes sexuales de la Antigüedad y la Edad Media, el Renacimiento reformuló de nuevo la sodomía y en el proceso inventó por su cuenta al sodomita. Lo que la edad Media había considerado una aberración sexual a la que se podía renunciar, el Renacimiento comenzó a definirlo como una depravación irremediable. La caracterización hecha por Bernardino de Siena, de los sodomitas florentinos, contribuyó a los términos de la homofobia del Renacimiento. El sodomita al que alude es una criatura lasciva, obsesionada por el sexo y los muchachos, dispuesto a ir a cualquier extremo por obtener su placer, incluso infiltrándose desvergonzadamente en la familia en persecución de su presa. El estado secular del Renacimiento exigió y asumió el derecho de juzgar y condenar a los sodomitas así como a ejecutarlos, y sacó la sodomía totalmente del claustro y la llevó a la plaza pública, e interpretó que el sodomita no sólo era un pecador, sino un criminal. Peor aún, era un desviado sexual, diferente moral y sexualmente de sus semejantes y presente en cada nivel de la sociedad; entre los diversos papeles que representaba estaba el libertino habitual, el afeminado, el corruptor de jóvenes, el hereje, el traidor, el extranjero. El sodomita era un enemigo del Estado, la iglesia y la sociedad; un individuo cuya sola presencia podría provocar enfermedades y catástrofes sobre los inocentes. Por lo que contra una amenaza tan compleja se requería una acción rigurosa: se aprobaron nuevas leyes, se ordenaron terribles castigos; se abrogaron derechos; se celebraron juicios y se llevaron a cabo ejecuciones; el temor y la sospecha se convirtieron en

represión y opresión. La reacción ante la sodomía, real e imaginaria, hicieron que se detestara la conducta homosexual, y a aquellos que la observaban, con mayor intensidad que antes. Por ejemplo, una ley de Treviso que data de 1574, es notable porque se dirigía expresamente contra los transgresores masculinos y femeninos: “Si se revela al magistrado de la ciudad que cualquier persona (abandonando el uso natural) tiene relaciones sexuales con otra, es decir, un hombre con un hombre, si tiene catorce años de edad o más o una mujer con una mujer, si tienen doce años o más, cometiendo así la depravación de la sodomía -a quienes se conoce popularmente como buzerones o fregatores- la persona detectada; si es un varón, se debe despojar de toda su ropa y atar a un poste en la calle de los Algarrobos (árboles siempre verdes de 10 m aprox. de altura) con un clavo atravesado en su pene y permanecer allí todo el día y toda la noche bajo la vigilancia de un guardia confiable, y al día siguiente ser quemado en la hoguera fuera de la ciudad. Para el caso de quien cometa esta depravación o pecado contra la naturaleza sea mujer, será atada a un poste en la calle de los Algarrobos y permanecerá allí todo el día y toda la noche bajo la vigilancia de un guardián confiable y al día siguiente será quemada en la hoguera fuera de la ciudad (Fone 2000). Concretamente, señala Fone, en España, Portugal, Francia, Italia y Ginebra, se juzgaron por sodomía, desde 1450 hasta 1700, alrededor de dieciséis mil personas, que ya entonces significaba exclusivamente actos homosexuales. Se sabe que sólo fueron ejecutados unos cuatrocientos hombres y mujeres. Sin embargo, cuatrocientas muertes no es una cantidad insignificante en los anales de la homofobia judicial. Lo que las cuatrocientas ejecuciones y dieciséis mil enjuiciamientos representan, después de todo, es la represión judicial de una desviación sexual y social. Estas fueron persecuciones instituidas legalmente de una minoría sexual, persecuciones que fueron aprobadas por la opinión popular. Sin embargo, excepto en casos de violación o seducción no deseada, la pasión homosexual era un acto sin víctimas, que sólo se condenaba porque se le temía.

En la Era Moderna (tomando como referencia el fin de la Revolución Francesa), nos dice Guasch (2000), las sexualidades no ortodoxas son perseguidas en

nombre de la religión. La sodomía define un amplio campo de conductas sexuales cuyo denominador común es no tener la procreación por objetivo: onanismo, sexo oral, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo o con animales. Al igual que en el mundo moderno, en el contemporáneo, las sexualidades no ortodoxas son perseguidas. La desaparición del sodomita y su conversión en perverso es equiparable al tránsito del endemoniado al loco. En uno y otro caso la crisis de la legitimidad religiosa para el control social es evidente. En ambos casos la medicina es la encargada de gestar una nueva legitimidad para el control social y la represión.

En cuanto a las Américas, puntualiza Fone (2000), los primeros colonizadores esperaban encontrar un nuevo Edén, libre de los pecados y los males de la vieja Europa. En cambio, casi de inmediato descubrieron la sodomía -o así lo veían-, no un crimen aislado ocasional por un degenerado, sino la práctica aceptada de pueblos enteros. Sin embargo, los europeos poseían, de eso estaban seguros, la autorización divina y el derecho legal para prescribir una curación. Esa cura, administrada por un Santo Oficio, un conquistador, un misionero o un arma de fuego, tendía por lo general a exterminar a pueblos que no sabían nada de Sodoma. Por supuesto, apenas se puede expresar que la colonización fue en lo fundamental una batalla contra la sodomía. Los europeos sabían bien que lo que deseaban era tierra y riqueza. Pero la sodomía, la ofensa más terrible contra el Dios cristiano, con mucha frecuencia devino un útil pretexto para demonizar y eliminar, a aquellos cuyo verdadero crimen era poseer lo que deseaban los europeos.

En el tránsito del siglo XVI al XVII dice Mott (2006), España y Portugal vivían su período de mayor intolerancia contra quienes practicaban el “abominable y nefasto pecado de sodomía”. Exactamente en esa época se instauraron en la Península Ibérica más de una decena de tribunales del Santo Oficio de la Inquisición, que convirtieron a la sodomía en un crimen tan grave como el regicidio y la traición a la patria. En la América hispana se fundaron tribunales de la Inquisición en México,

Perú y Colombia. En Brasil, visitantes y familiares del Santo Oficio efectuaban inspecciones regulares a la colonia, denunciando y apresando a los sodomitas. El abominable y nefando pecado de la sodomía era uno de los pocos crímenes que las primeras autoridades de Brasil tenían autoridad para castigar con la pena de muerte sin necesidad de consulta previa con el rey de Portugal. La homofobia en la América Latina contemporánea tiene sus raíces más profundas en el machismo ibérico, cuyo basamento ideológico se inspiró en los tratados de teología moral de la época de la conquista, los cuales declaraban que “de todos los pecados, la sodomía es el más torpe, sucio y deshonesto y no se encuentra otro más aborrecido por Dios y por el mundo. Por este pecado lanzó Dios el diluvio sobre la tierra y por este pecado destruyó las ciudades de Sodoma y Gomorra; por causa de la sodomía fue destruida la Orden de los Templarios por toda la Cristiandad en su día. Por lo tanto, mandamos que todo hombre que cometa ese pecado, sea quemado y convertido en polvo por el fuego, para que ya nunca de su cuerpo y sepultura se tenga memoria”. Los homosexuales eran perseguidos por tres tribunales: la Justicia Real, la Santa Inquisición y el Foro Episcopal.

Durante el siglo XVIII, como señala Fone (2000), las oleadas de persecuciones en la República Holandesa, marcaron el comienzo de una nueva forma de homofobia. Ahora, casi siempre la sodomía se combinaba con afeminamiento y el acto se consideraba un crimen. Pero los sodomitas eran una clase especial de criminales, culpables de trastornar espantosamente la propia naturaleza. Como todos sabían, se transformaban de un sexo al otro y deseaban su propio sexo. Al vestirse disfraces, negar su sexo, los sodomitas perturbaban el orden aceptado de masculino y femenino, esposo y esposa, padre e hijo, madre e hija. No fue sorprendente, dice Fone, que David Hume –no el filósofo sino el jurista escocés– pudiera afirmar en 1797 que el sodomita merecía la pena de muerte porque su “propia presencia es una contaminación para la sociedad de sus semejantes”.

Asimismo Mott señala que ya en 1514 se divulgó, en la Historia General y Natural de las Indias, que el gusto por el vicio nefasto se encontraba presente en todo el

Caribe y en los territorios de tierra firme. Los conquistadores se escandalizaron profundamente al encontrarse con esculturas e ídolos venerados por los pueblos amerindios que mostraban en forma explícita relaciones homoeróticas. En México, América Central y América del Sur se dio la misma constatación: muchos indios e indias son sodomitas. Diversos cronistas asociaron la sodomía a la falta de piedad religiosa: “como no conocen al verdadero Dios y Señor, cometen gravísimos pecados de idolatría, sacrificio de hombres vivos, ingesta de carne humana, conversaciones con el diablo, sodomías, etc.”. Pero no todas las culturas amerindias, sin embargo, estaban a favor del amor entre personas del mismo sexo. Entre los pueblos mayas y aztecas, según los cronistas franciscanos, la sodomía pasiva es abominable, nefasta y detectable, digna de desprecio y de risa por parte de la gente. De igual manera, Mott dice que el año de 1513 puede ser considerado el año inaugural de la intolerancia homofóbica en el Nuevo Mundo: el conquistador Vasco Núñez de Balboa, al encontrar un numeroso séquito de indios invertidos sexuales en el istmo de Panamá, apresó a 40 de ellos y los entregó a perros feroces para que los devoraran, conforme narra Pietro Martire y retrata un dramático grabado de la época. Ya en pleno siglo XIX, con el fin de las inquisiciones portuguesa y española, también en América Latina desaparecieron los tribunales del Santo Oficio, en 1820 en Perú y México, y en 1821 en Cartagena y Brasil.

Igualmente señala Guasch (2000), hasta el siglo XIX, las personas preferían unos u otros manjares. Pero de ello no se derivaban diferencias sociales importantes. Nadie era distinto a los demás en función de su opción culinaria. Con la sexualidad sucede lo mismo que con la alimentación: hasta el siglo XIX nadie era distinto de los demás en función de sus gustos sexuales. Pero la intervención medico-psiquiátrica en el ámbito de la sexualidad viene a alterar ese estado de cosas. Desde entonces, la sociedad (y desde los años sesenta, los gays y las lesbianas) pretende que a cada práctica sexual concreta corresponde una identidad social específica. Afirmando la diferencia se ha preparado la desigualdad. Por lo que Guasch argumenta que quienes transgreden las normas socialmente previstas

para la sexualidad dejan de ser pecadores para convertirse en enfermos. Si el cristianismo prepara la heterosexualidad de manera indirecta (definiendo el pecado de sodomía), la medicina (en estrecha colaboración con el derecho) funda la heterosexualidad y define como enfermos a los que se apartan de ella. Por tanto hay que entender la heterosexualidad como un proyecto político que las clases dominantes del siglo XIX ponen en marcha con el objetivo de uniformizar a la población y facilitar de este modo su control. La ciencia médica del siglo XIX inventa la heterosexualidad, pero sus características preexisten en el ámbito de la regulación religiosa de la sexualidad y permanecen más tarde en los discursos de la sexología y del sexo más seguro. La heterosexualidad, en tanto que sistema de gestión social del deseo, tiene 4 características básicas: defiende el matrimonio y/o la pareja estable, es coitocéntrica y reproductiva, define lo femenino como subalterno y lo interpreta en perspectiva masculina y condena, persigue o ignora, a los que se apartan del modelo, a las sexualidades no ortodoxas. La heterosexualidad también es sexista, misógina, adultista y homófoba. A finales del siglo XX con mayor o menor intensidad, esos ocho rasgos son cuestionados.

A finales del siglo XIX tres hombres se destacaron sobre todos los demás por la animosa batalla que libraron contra la homofobia: John Addington Symonds, historiador, ensayista y poeta, quien fue uno de los más firmes defensores del valor social de la homosexualidad. El poeta y teórico social Edward Carpenter, quien forjó una nueva senda al reclamar igualdad para hombres y mujeres homosexuales y llamar al amor homosexual “un factor muy importante en la sociedad”, argumentaba que su abandono o su represión o su mala interpretación vulgar, podrían ser asuntos de considerable daño para la comunidad. Oscar Wilde, quien en su obra escrita y en el modo en que vivió su vida, presentó quizá el desafío más fuerte a la homofobia y pagó el precio más alto (Fone 2000). Fone señala que el ataque de Symonds contra los estereotipos no examinados es vigoroso sobre todo en lo que respecta al afeminamiento. Esto bien puede reflejar su propia preocupación sobre la exigencia de la sociedad de que un “hombre normal de clase media” tenga una conducta masculina. Pero esto también refleja

un intento por reelaborar construcciones homofóbicas de la identidad homosexual. Apariencia, gestos y estilo son artefactos sociales; sirven a la homofobia al confirmar la creencia de que *“todos los sujetos de instintos invertidos llevan su lujuria escrita en el rostro; que son pálidos, lánguidos, perfumados, afeminados, pintados, tímidos, de expresión evasiva”*. Es obvio que tales signos no son esenciales, insiste, puesto que la mayoría de los homosexuales no se diferencian en ningún detalle externo de los hombres normales y por consiguiente son invisibles. *Si no fuera así, la sociedad desde hace mucho tiempo hubiera abierto los ojos a la cantidad de sexualidad pervertida que alberga*, concluye. Cuando Symonds, dice Fone, comenzó a escribir no había estudios en inglés y eran pocos en cualquier otro idioma, que trataran el tema de un modo científico o histórico. Los escritos que había se concentraban sobre todo en condenar, definir o explicar la conducta homosexual como pecado, crimen o enfermedad. Sin embargo, Symonds no sólo delineó el odio de los homosexuales que ahora llamaríamos *homofobia*; también mostró cómo ese odio conformaba la vida política, cultural, emocional, espiritual y social de los homosexuales. Abogó por el reconocimiento de las contribuciones de ellos a la sociedad y de una identidad homosexual aparte basada en un concepto de diferencia sexual. Por su parte, puntualiza Fone, Edward Carpenter añadió una dimensión política al proyecto de Symonds; según su criterio, los homosexuales, como las mujeres y las clases trabajadoras, estaban involucrados sobre todo en una lucha por derechos individuales. Ya entrado el siglo XX Carpenter volcó sus ideas en un extenso poema de prosa titulado “Towards Democracy” donde presentó sus avanzados criterios sobre la necesidad de un igualitarismo de la clase trabajadora, sobre los derechos sexuales y políticos de las mujeres y del lugar especial de los homosexuales en la sociedad; aunque fue evidente que la poesía no era suficiente y que se requería de una polémica más poderosa para abarcar tales tópicos. Posteriormente dedicó gran energía a la publicación de diversas obras sobre homosexualidad prácticamente hasta el final de su muerte. Es destacable que en su obra titulada *The Intermediate Sex*, escribe: tenemos que conservar una cierta humildad y reverencia y no apresurarnos con nuestras suposiciones preconcebidas y obstinadas. Por ejemplo,

si se clasifica a los homosexuales fuera de las expectativas sociales referentes a género, es posible que los papeles sexuales no sean hechos inmutables de la naturaleza, sino que en cambio se deriven de la cultura y la sociedad. De hecho, en cuestiones de conducta sexual, señala, la ley, la iglesia y la fuerte presión de la opinión pública se entrometen e imponen la observancia de ciertas formas; y llega a ser difícil determinar cuánto del orden existente se debe al instinto espontáneo y al sentido común de la naturaleza humana, y cuánto a la compulsión e intromisión externas: por ejemplo, hasta qué punto la monogamia es natural o artificial, concluye. Oscar Wilde, por otro lado, fue juzgado por sus amoríos con Alfred Douglas, al amparo de la Ley de Enmienda del Derecho Penal de 1885, que penalizaba la comisión de “burda indecencia” con otro varón; durante el juicio Wilde citó todos los textos clásicos que se usaban ordinariamente para justificar y celebrar el deseo homosexual. Es posible, sostiene Fone, que opinara que estas citas se expresaban de un modo abrumador contra la homofobia. No obstante, fue declarado culpable y condenado a dos años de prisión y trabajo forzado. Exiliado de Inglaterra por la homofobia vivió en Francia los pocos años restantes, hundido en el alcoholismo. La cuestión grave de lo sucedido a Wilde es que una siniestra sombra descendió sobre los defensores de los derechos de los homosexuales pues fueron suprimidas las principales obras que desafiaban a la ley y la opinión homofóbicas, esto es, las obras de Carpenter, Symonds y Ellis.

Anthony Comstock, Jefe de la “Sociedad para la Eliminación del Vicio”, hacia finales del siglo XIX, señala Fone (2000), estaba cazando invertidos y enviándolos a prisión argumentando el siguiente criterio: *Estos invertidos no están aptos para vivir con el resto de la humanidad. Se les debería grabar en la frente con un hierro candente la palabra “unclean” (sucio)... en lugar de la ley que establece la pena de veinte años de prisión para el crimen de ellos, debería ser prisión de por vida... Son intencionalmente malos y se vanaglorian y sienten un placer malicioso en su perversión. El hábito de ellos es adquirido y no congénito. ¿Por qué proponer que se anule la ley contra ellos que ahora se halla en los libros de estatutos? Si esto sucediera, no habría modo de apresarlos. Sería erróneo hacer que la vida les sea*

más tolerable. Se les debería hacer la vida tan intolerable como para incitarlos a abandonar sus depravaciones. De hecho, asevera Fone, las palabras no auguraron nada bueno para el nuevo siglo, sino que se reflejaron en los actos homófobos del siglo XX.

Fone señala que Alfred Adler escribió un ensayo, traducido al inglés en 1917, donde reforzó la imagen predominante del siniestro homosexual. Adler, junto con Jung y Freud, era un exponente de cierta corriente, de la teoría psicoanalítica, por lo que sus afirmaciones de que los homosexuales no sólo eran más visibles que antes, sino más numerosos, llevaban el peso de la nueva ciencia. Como un espectro, la condición de homosexualidad surge en la sociedad, advertía, y, en desafío de todo, la cantidad de pervertidos va en aumento. Sin embargo, aseguraba Adler a sus lectores, las barreras de la sociedad contra la tolerancia de la perversión continúan inmovibles, pues estas barreras están construidas sobre las salvaguardas y las aversiones de sentimientos normales. Los homosexuales, explicaba Adler, niegan la voluntad popular, muestran una activa hostilidad hacia la sociedad y están dispuestos a tomar medidas hostiles contra las exigencias de la vida social, incluyendo el acto sexual normal y el ideal de la familia. El homosexual se siente inferior a las mujeres, de hecho, la homosexualidad masculina es una evasión de las mujeres. Sus otros atributos abarcan baja autoestima, falta de restricción y cobardía. Aunque el homosexual intenta justificar su perversión al declarar la irresponsabilidad de su conducta. Adler había observado personalmente, una obstinación siniestra, con frecuencia bien oculta, que revelaba la renuencia del homosexual a curarse. La única concesión que la sociedad debería hacer al homosexual es estar a favor de la ocultación. La diatriba de Adler, puntualiza Fone, otro ejemplo de homofobia disfrazada de ciencia, incluye las muchas palabras peyorativas que se lanzarían contra los homosexuales después de la Primera Guerra Mundial: inferiores, cobardes, hostiles, carentes de restricción, temerosos de las mujeres, concluye Fone.

Por su cuenta, Motz (2006) dice que los amantes del mismo sexo fueron llamados, desde la Edad Media, “hijos de la disidencia”; disidentes no sólo por practicar la sodomía, una sexualidad prohibida por diabólica, sino también por elegirla como móvil y razón de unión entre dos cuerpos. Para impedir y erradicar una disidencia tan peligrosa que ponía en riesgo la armonía y hegemonía de los dueños del poder, la Iglesia y el rey -capitaneados por la Inquisición- se unieron en demoníaca cruzada incrementando el número de ideologías, mitos y tribunales destinados a la destrucción de estos peligrosos “disidentes”. La homofobia surge entonces como estrategia vital para el mantenimiento de la hegemonía de la heterosexualidad. Indica que en el siglo XX, el suicidio, la total clandestinidad, la baja autoestima, la marginalidad, los asesinatos, pasaron a ser el pan de cada día de millones de gays, lesbianas y transgéneros en América Latina, rechazados por sus familias, humillados en las calles, imposibilitados para acceder al trabajo. América Latina como un todo, señala Motz, se caracteriza por la extrema virulencia del machismo y la homofobia; que reforzados por el omnipresente control familiar de inspiración cristiana y las grandes dificultades que la independencia económica presenta para los jóvenes, hacen que la suma de estos factores inhiba el proceso del “*coming out*” (salir del clóset) en los jóvenes, explicando en parte el reducido tamaño y la breve duración de los grupos de militancia homosexual. Concluye Motz, que por tanto, como consecuencia del pasado colonial y del esclavismo, una característica significativa observada en la mayor parte de los países latinoamericanos y caribeños es el alto grado de violencia física y opresión moral que se ejerce contra travestis, transexuales, gays y lesbianas. Los obispos de la Iglesia Católica, y últimamente y con mayor rencor, los integrantes de las iglesias protestantes fundamentalistas, atacan gravemente a los homosexuales en los medios de comunicación y en los púlpitos, censurando las campañas de prevención del sida para gays y obstaculizando la legislación de unión civil para personas del mismo sexo.

Aún más graves son los crímenes homofóbicos, puntualiza Motz: la prensa internacional constantemente ha denunciado el asesinato brutal de gays y

travestis en casi todos los países de la región, crímenes que exhiben rasgos de crueldad y son objeto de una impunidad repugnante. Muchos de esos homicidios tienen como autores a escuadrones de la muerte, la propia policía y recientemente a grupos neonazis. En números absolutos y relativos, señala, no cabe duda que es en América Latina y el Caribe donde ocurre el mayor número de crímenes homofóbicos del mundo, en base a información fidedigna sobre estos crímenes documentados en los dos países más grandes de América Latina: México (Comisión Ciudadana de Crímenes de Odio por Homofobia) y Brasil (Grupo Gay da Bahía).

Adicionalmente, Guasch (2000), señala que en menos de cien años, la medicina se apropia del control social de la sexualidad. Señala expresamente que tras el cristianismo, la medicina y con ella el psicoanálisis (no especifica qué corriente), la psiquiatría, la sexología y el llamado sexo más seguro, siguen apuntalando la heterosexualidad, defendiéndola y fomentándola. La religión ha perdido valor normativo en la sociedad posmoderna. Pero quienes la sustituyen defienden lo mismo que ella; un tipo de sexualidad coitocéntrica y reproductiva, que prescribe el matrimonio o la pareja estable, que interpreta el deseo femenino en perspectiva masculina y que condena, persigue o ignora a quienes se apartan del modelo. La heterosexualidad, más que una forma de amar, es un estilo de vida. Un estilo de vida que ha sido hegemónico en los últimos 150 años. Durante más de un siglo, casarse y tener hijos que a su vez se casen y los tengan, ha sido la opción socialmente prevista para el conjunto de la población. Para ser normal basta con ser esposo y esposa, pero el modelo establece además, que la excelencia se alcanza siendo padre y madre. Por eso a lo largo de la historia, solteros y solteras han sido una especie de minusválidos sociales.

De igual manera, Fone (2000), indica que James Baldwin, en un provocativo ensayo titulado "*Preservation of Innocence: studies for the New Morality*", expresó que la obsesión estadounidense con la masculinidad se basaba en una actitud hacia las mujeres que une "el romanticismo más abismal y la desconfianza más

implacable. Reconoció otro aspecto compartido de la homofobia y el sexismo: que ambos causan y condonan la violencia social y sexual contra los objetos que aborrecen. Muchas novelas escritas por homosexuales o sobre éstos, expresa Baldwin, no se interesan por la homosexualidad sino más bien por el peligro siempre presente de actividad sexual entre hombres. En ellas, la brutalidad hace furor sin control alguno. De hecho, la muerte que se inflige a tantos personajes homosexuales refleja un pánico que está próximo a la locura. Ese pánico encontraría expresión de modo reiterado a medida que avanzaba el siglo.

El mito de la homosexualidad y su correlato político (la identidad gay) simplifican y reducen un tipo de realidad que es altamente compleja. Pero con la heterosexualidad sucede lo mismo. Se toma uno de los múltiples rasgos que conforman la identidad social de las personas (en este caso la orientación sexual), se radicaliza y sobre él se construye el conjunto de la identidad social de las personas. Se trata de un proceso simplificador y reduccionista. Heterosexualidad y homosexualidad son sólo prácticas sexuales. Unas prácticas sexuales que hasta el siglo XIX ni siquiera tenían esos nombres. Sin embargo, la historia ha sido olvidada. Ya no se habla de conductas ni de maneras de hacer. Ahora se habla de lo ontológico, de lo que afecta al ser. Así pues, la homosexualidad y la heterosexualidad dejan de ser prácticas sexuales y se convierten en realidades inmutables que caracterizan globalmente a las personas. Las personas son homosexuales o heterosexuales y no se entiende muy bien a quienes practicando una y otra sexualidad, se niegan ser alguna de las opciones socialmente previstas (Guasch 2000).

Por todo lo anterior es que Guasch contempla la posibilidad de entender la heterosexualidad como un proyecto “político” que las clases dominantes del siglo XIX ponen en marcha con el objetivo de uniformizar a la población y facilitar de este modo su control. Como ya se señaló, en menos de cien años, la medicina se apropió del control social de la sexualidad; situación que se prolongó hasta mediados del siglo XX. En ese momento entran en crisis los modelos clásicos para

dicho control de la sexualidad. Es preciso articular otros modelos, diferentes, más sofisticados, sutiles y aparentemente libertarios. La sexología va a encargarse de ello. La sexología es la ciencia de la sexualidad. Se trata de una disciplina que recoge la herencia de diversos campos científicos. En particular, de las ciencias de la salud y de las ciencias de la conducta. Si a ello se le añade la ferviente defensa que la sexología hace del derecho al placer sexual, la dificultad para deconstruir su discurso y mostrar sus consecuencias se hace evidente. La sexología se ocupa de la sexualidad. Esa es su función manifiesta. Su función latente es semejante a la de la religión y a la de la medicina: dar normas a la sexualidad, ponerle fronteras, delimitar lo correcto y lo incorrecto. El sexo es un acto social. Ningún acto social acontece en el caos, ni siquiera los sexuales. Por ello todas las sociedades, sin excepción, regulan el sexo y la sexualidad: la libertad sexual completa existe exclusivamente en el sueño del libertario y en la pesadilla del reformador moral. La sociedad actual no es una excepción. La normativa religiosa o médica respecto a la sexualidad es clara. Hay pecados (los distintos tipos de sodomía) y virtudes (la castidad), hay conductas malsanas (las perversiones sexuales) y conductas saludables (la heterosexualidad). Sin embargo, para organizar el control social de la sexualidad, la sociedad contemporánea precisa mecanismos menos burdos que la noción de pecado y más sutiles que el concepto de enfermedad.

Finalmente, concluye Guasch, la sexualidad humana es cultural. La sociedad regula a través de la cultura el perpetuo estado de celo de nuestra especie. A lo largo de los dos últimos milenios, nuestra sociedad ha elaborado una compleja red normativa sobre la sexualidad. El cristianismo primero, la psiquiatría después, más adelante la sexología y ahora el sexo más seguro elaboran normas sexuales muy distintas entre sí. Pero las consecuencias sociales de esas reglas cambian poco en dos milenios. La interpretación masculina de sexualidad de las mujeres -al igual que su subalternidad- es una constante histórica en nuestra cultura. El coitocentrismo y la genitalidad reproductora también son hegemónicas en el mismo período. Lo mismo ha sucedido respecto a las sexualidades no ortodoxas.

Pese a que se han empleado argumentos distintos, el resultado ha sido siempre su condena. Finalmente, también el matrimonio y la pareja estable han sido definidos como el espacio ideal de expresión sexoafectiva. Con la excepción del adultismo, también la homofobia, el sexismo y la misoginia atraviesan transversalmente la sexualidad en el mismo período. En los últimos dos siglos, el núcleo legitimador de esa situación ha sido el modelo biomédico (la psiquiatría, la sexología y el sexo más seguro son deudores de él). Se trata de un modelo en crisis que puede y debe ser sustituido.

Una vez asentadas las bases históricas de la homofobia en diferentes culturas alrededor del mundo, a continuación se considerarán algunas bases teóricas para comprender el significado y la connotación que se presta a la homofobia, que dividida en dos grandes grupos se le considera para esta investigación en homofobia social e internalizada.

Green (2005) cita a Suzanne Pharr (1988) con su perspectiva en el tópico en *“Homofobia: un arma de sexismo”*, publicada en 1988, donde explica que la homofobia es el miedo de que la sexualidad de los gays y/o lesbianas amenacen los privilegios que tienen especialmente los hombres en una sociedad heterosexista y patriarcal. Asimismo, Green dice que los psicoterapeutas han mostrado cómo opera y cómo se experimenta la homofobia, como homofobia internalizada, homofobia interpersonal, homofobia organizacional y homofobia socio-cultural; pero que sin embargo no es claro qué relación existe entre la “fobia” y la homofobia pues no se trata de una fobia en el sentido clínico. Se reitera por tanto, la suficiencia de dividirla para esta investigación en homofobia social y homofobia internalizada. Lo anterior obedece a que el dividirla en interpersonal, organizacional y/ o socio-cultural, se trata finalmente de homofobia social mientras que todo aquel rechazo del individuo hacia la homosexualidad, es homofobia internalizada, debido a lo que aprehendió a lo largo de su vida, por las enseñanzas previas de su entorno primario y secundario.

Ardila (1998) apunta que la cultura occidental judeo-cristiana es claramente homofóbica y esto se refleja en la familia, en la escuela, en el mundo del trabajo, en las relaciones interpersonales e incluso en las teorías acerca del ser humano y de su comportamiento. Esa homofobia es tan notable que impregna toda nuestra sociedad; incluso muchos homosexuales la han internalizado.

Homofobia Social

Es deseable destacar al inicio de este apartado, lo que significa la heterosexualidad, para Guasch (2000), en consideración a que se trata de la norma con que las sociedades viven. Guasch asevera que es un mito, un relato, una historia sagrada. Y se ajusta bien a las funciones sociales del mito: cumple con la tarea de explicar el mundo. En este caso, el mundo del deseo y de los afectos. En tanto que mito, también sirve para garantizar la estabilidad de las cosas; la heterosexualidad justifica un orden social intocable. Intocable porque no se cuestiona ni tampoco se evalúa; se aceptan los mitos. La heterosexualidad es el relato que nuestra sociedad emplea para explicar y entender el deseo. Es un mythos: una narración transmitida oralmente y mediante libros sagrados.

Zepeda (2007) advierte que existen diferentes estilos de masculinidad hegemónica, de acuerdo a la cultura propia de cada lugar. Ante ello cualquier hombre que no cumpla con alguno de los atributos establecidos, será visto como devaluado, incompleto o inferior, con lo que surgirán a su vez, masculinidades subordinadas o en varios de los contextos socioculturales, marginadas, las cuales responderán al precepto central del estudio del género: la dominación y subordinación de los hombres y las mujeres en diversos grupos y contextos culturales. El describir las masculinidades subordinadas es tomar en cuenta que la masculinidad hegemónica es concebida por un grupo étnico, racial, deportivo, económico, religioso o de determinada orientación sexual que prevalece en cada contexto sociocultural, por lo cual, no todos los hombres podrán cumplir con los

requisitos de dicha masculinidad, generando que sean percibidos como inferiores ante aquellos que sí cubren dichos ideales; por lo tanto serán excluidos, violentados y discriminados del grupo de hombres de referencia.

Indica que hablar de masculinidades subordinadas es, en términos estrictos, hablar de todas aquellas masculinidades que no practican o mantienen todos los atributos que la masculinidad hegemónica sostiene, pero acercándose en gran medida a los ideales, que cada contexto sociocultural ha definido como tales. A partir de lo anterior las masculinidades marginadas, no sólo serán el resultado de las relaciones internas al orden de género, incluirán la relación con otras estructuras sociales, tales como la clase, la raza o la identidad sexual, donde la marginación será siempre relativa a una autorización de la masculinidad hegemónica del grupo dominante dentro de cada espacio sociocultural. No obstante, la masculinidad al igual que el género, se encontrará en interacción con cuatro niveles de asignación y acción, articulados entre sí que permitirán comprender cómo se construyen cada una de estas manifestaciones de la masculinidad:

- un nivel macro constituido por las creencias, símbolos, representaciones y asignaciones que cada sociedad tiene sobre la masculinidad
- un nivel micro que vendría a dar cuenta de cómo los grupos se apropian, elaboran y reelaboran los discursos sociales del ser hombre o mujer para operar en la práctica social concreta
- un nivel individual de asimilación de los mandatos y asignaciones sociales, que necesariamente pasa por la interpretación-acción de lo esperado, lo deseado y lo asumido.
- Un nivel de intersección y/o consecuencial donde los productos –sujetos generalizados- van a actuar determinados guiones, en determinados espacios sociales, con determinadas cuotas de poder, según las posiciones que ocupan y esto se expresará en beneficios y desventajas, en acceso y

control, en oportunidades y posibilidades, en poder y subordinación en toda la vida social y, como parte de esta última, la salud.

Los niveles macro y micro hacen referencia a lo que en el sistema sexo-género se entiende como estereotipo y rol de género respectivamente; por lo cual el nivel macro describirá las ideas, creencias y ritos que se espera que un hombre cumpla a lo largo de su vida; el nivel micro describirá las prácticas y distribución de tareas que tendrá el hombre dentro de su sistema cultural. El tercer nivel hará referencia a situaciones más subjetivas del ser humano, la interiorización del nivel macro y micro en su individualidad; establecer su identidad de género. Los roles se van aprendiendo a partir de observar las actividades de los referentes adultos; sin embargo conforme el lenguaje se establece en la infancia, se inicia un proceso de socialización de los roles, como una interiorización no formal del género, a partir de que las generaciones de mayor edad invitan, inducen y exigen a los más jóvenes a adquirir los modos tradicionales de pensamiento y conducta (Zepeda 2007).

Visto desde otra perspectiva, con relación a los estereotipos de género, Ortiz-Hernández (2005) indica que la opresión de los GLB se debe a tres normas dominantes que derivan del sistema de géneros:

- el heterosexismo: es el sistema ideológico que niega, denigra y estigmatiza cualquier forma de conducta, identidad, relación o comunidad que difiera de las heterosexuales.
- El apego a los estereotipos de género: de acuerdo con el cual los varones deben ser masculinos y las mujeres femeninas. Culturalmente, se equipara la homosexualidad con la transgresión de los estereotipos de género; los varones homosexuales son pensados como varones femeninos y las lesbianas son concebidas como mujeres masculinas, si bien en la realidad esto no sucede siempre. Cabe destacar que es por eso que muchos GLB

han sufrido diversas formas de violencia debido a que en la infancia y la adolescencia fueron varones femeninos o mujeres masculinas.

- El androcentrismo: consiste en la subordinación o inferioridad de lo femenino ante lo masculino; es decir, las características, las actitudes y los valores considerados masculinos se evalúan de forma positiva y los individuos que los poseen ocupan una posición superior, mientras que los símbolos definidos como femeninos se devalúan o al menos se vinculan con la ambigüedad. La noción de androcentrismo explica porqué se sanciona más la homosexualidad en los varones que en las mujeres, lo que a su vez se expresa en que los primeros tienen tasas más altas de algunos daños a la salud, como el suicidio, que las segundas.

Si se considera que “los varones desarrollan la identidad y el rol masculinos mediante tres negaciones que deben probar constantemente: que no es un bebé, que no es una mujer y que no es homosexual” (Badinter, 1992; Herek, 1986; Scott, 1996; Mieli, 1979; Lock y Kleis 1998 en Ortíz-Hernández 2003), la homofobia en los varones sirve como un medio para hacer manifiesto lo que no se es -homosexual-, afirmando así lo que se es -masculino- (Herek 1986 en Ortiz Hernández 2003). Al respecto, se considera destacable lo que señala Bourdieu (1996 en Ortiz-Hernández 2003): “a pesar de que el sistema de géneros es una construcción social, la mayoría de las personas lo experimentan o viven como una condición innata, natural, universal, necesaria y evidente y, por tanto, incuestionable”. La explicación es que ello obedece a que los individuos han incorporado, a través de la socialización, los estereotipos de género en sus estructuras cognitivas en forma de identidad y rol de género.

La homofobia, dice Del Collado (2000), no es el odio a la homosexualidad y los homosexuales, la homofobia es el temor, la ansiedad, el miedo al homoerotismo, al deseo y el placer erótico con personas del mismo sexo. La homofobia es la práctica, *socialmente* regulada y avalada, de tener y expresar miedos con violencia; una ansiedad que previamente ha sido creada en un proceso de

socialización. La homofobia es una práctica institucionalizada que consiste en violentar la vida de los demás, en violentar nuestras capacidades y potencialidades humanas. *Tenemos miedo a nuestros semejantes, esa es la raíz más profunda y más personal de la homofobia, concluye.*

López Sánchez (2006), por su parte, dice que “la homofobia es el rechazo de los derechos sexuales y afectivos de los homosexuales y no existe razón alguna que la justifique. Este rechazo admite muchos grados, desde la mera inseguridad o desconfianza hasta el odio, que puede llevar a acciones violentas. En algunas personas es tan fuerte que pueden llegar a insultar, agredir y hasta matar. Por desgracia lo anterior obedece a una serie de creencias irracionales, sin base científica, basadas en la ignorancia y en fuentes de conocimientos no profesionales como lo son las creencias religiosas, las populares, ideológicas, políticas, tradiciones populares, etc. La homofobia, dice López Sánchez, tiene su origen en creencias transmitidas por otras personas y no por experiencias personales ni por conocimiento. En el pasado, digamos hace 50 años, a los niños se les decía que la homosexualidad no era otra cosa que una desviación o una degeneración, algo que era malo e indeseable. La iglesia, la escuela, el ejército, la televisión, etc., todo ello presentaba a las personas homosexuales como desviadas, indeseables y hasta peligrosas. Bajo tal contexto, tan cerrado, era de esperarse que la gente terminara siendo *homofóbica* en uno u otro grado”.

La homofobia, por otro lado, está involucrada en el origen de los principales trastornos mentales que presentan los homosexuales. Esta no es solo 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 mentales (Granados-Cosme y Delgado Sánchez, 2008).

Lo anterior lleva a los homosexuales a ubicarse en un grupo estigmatizado lo que puede degenerar en un estrés postraumático o depresión inclusive, llegando a ideación suicida en un 53% y llevarlo a cabo en 33%. Al respecto, Granados-Cosme (2002) nos indica que la existencia de la cultura dominante se manifiesta en parte, cuando lo normativo no se incorpora como deseable en el sujeto. De ser así, la sociedad identifica, aísla, estigmatiza y, en consecuencia, controla la alteración de la norma heterosexual y la denomina pecado, patología o delito.

En "*Society and the Healthy Homosexual*", George Weinberg (1972), argumentó que los problemas psicológicos por los cuales los homosexuales recibían tratamiento eran más bien causados por la opresión que experimentaban por ser homosexuales que por los factores en sí, a lo que denominó homofobia. Continuó escribiendo acerca de los efectos de la homofobia durante los setentas, y otros profesionales de la psicología comenzaron a reconocer los efectos y los síntomas de la homofobia tanto social como internalizada. Dado lo anterior, el constructo creció en el contexto de psicopatología y junto con la etiología y el tratamiento, al principio los psiquiatras sugirieron que la homofobia era el miedo de uno mismo (latente) potencialmente, de ser homosexual (Green 2005).

Al respecto, Ardila (1998) señala que existen muchos mitos y creencias erróneas relacionadas con la homosexualidad, a saber: es falso que los homosexuales difieran de los heterosexuales en sus características físicas o psicológicas. Es falso que tengan mayores trastornos psicológicos. No es verdad que exista un patrón de crianza y de relaciones familiares que conduzca a la homosexualidad como afirman los psicoanalistas. No existen tratamientos psicológicos ni médicos, efectivos, para la homosexualidad. Hoy se considera que no tiene sentido hablar de cura ni de tratamiento dado que no se trata de una enfermedad. Es falso que en las parejas homosexuales uno adopte el papel masculino y otro el femenino. Es falso que los homosexuales molesten a los niños sexualmente; por el contrario, la inmensa mayoría de abusos sexuales se da por parte de personas heterosexuales. Es incorrecto que la mayor liberalidad de las costumbres sexuales

lleve al aumento de la homosexualidad. Es falso que la vida del homosexual esté llena de dificultades y soledad. Es falso que los homosexuales deseen cambiar su orientación sexual. En su mayoría no desean hacerlo pero si desean un cambio en la actitud de la sociedad hacia ellos.

Kimmel (1997), observa que desde cierta perspectiva Freudiana, el proyecto edípico es un proceso de la renuncia del niño a su identificación emocional con su madre, reemplazándola por el padre. La huida de la feminidad es forzada y temerosa porque la madre puede castrar fácilmente al muchacho debido a su poder para volverlo dependiente o por lo menos de recordarle la dependencia. Así, la hombría llega a ser una búsqueda de toda la vida porque nos sentimos inseguros de nosotros mismos. Su vida deviene un proyecto permanente: demostrar que no posee ninguno de los rasgos de su madre. La identidad masculina nace de la renuncia a lo femenino, no de la afirmación directa de lo masculino, lo cual deja a la identidad de género masculino tenue y frágil. Admitir debilidad, flaqueza o fragilidad es ser visto como enclenque, afeminado, no como un verdadero hombre. Pero, ¿visto por quién? por otros hombres: están bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros hombres pues ellos les conceden o no, la aceptación en el reino de la virilidad. La homosexualidad por tanto, es una aprobación homosocial.

Thomas Szash observa que “El homosexual no amenaza a la sociedad con su conducta real, sino más bien con el *significado simbólico* de sus actos; socava el valor de la heterosexualidad de una forma especialmente perniciosa y artera: el homosexual amenaza al heterosexual en su propio terreno. Le hace temer no sólo que tal vez él mismo sea un homosexual, sino además que la heterosexualidad quizá no sea tan divertida como se la supone” (González De Alba, 1985).

La comunidad gay de la época actual tiene claramente un estatus de grupo minoritario. Comparte muchos elementos con otros grupos minoritarios: la negativa a la participación completa en la sociedad y que se les relegue a una

situación de inferioridad. Esto se comparte con las minorías étnicas, con otros grupos minoritarios y con las mujeres. Si se da la noticia de un crimen en un periódico y su autor fue un homosexual, se indica esto claramente; si fue un heterosexual, no se menciona en absoluto la orientación sexual del criminal. Lo mismo sucede si su autor fue un negro, se describe la raza del autor del crimen; si fue un blanco, este asunto no se menciona. Los homosexuales han desarrollado estrategias para manejar sus diferencias con la sociedad mayoritaria y para responder a la opresión abierta y encubierta. Han aprendido a resistir y a no ser demasiado afectados por la discriminación y sus variantes. Como miembros de grupos, trabajan juntos para formar redes de apoyo individual y grupal. Como individuos, son capaces de formar un sentido positivo de sí mismos y a no sufrir de baja autoestima (Ardila 1998).

La discriminación hacia los HSH que han declarado su orientación o preferencia sexual NO heterosexual, se puede manifestar de maneras más violentas pues se estima que cada 2 días una persona homosexual es asesinada. México es el segundo país con mas asesinatos de homosexuales, sólo precedido por Brasil (Zepeda, 2007).

La contundente valoración sobre la homofobia en México, hecha por la CCCCOH, no es errónea señala Del Collado (2007). El último estudio cuantitativo desarrollado en México a finales de 2005 sobre los distintos valores sociales y culturales, demostró que uno de cada tres mexicanos tiene aversión al homosexual. Según la Encuesta Mundial de Valores, una radiografía sobre los valores y prejuicios hecha a nivel mundial e impulsada por la Universidad de Michigan, el 32 por ciento de los mexicanos considera que la homosexualidad nunca se justifica; el 44 por ciento cree que los homosexuales no deben participar en política y un 30 por ciento no aceptaría a un homosexual como vecino. La homofobia –entendida como el odio, aversión, temor o prejuicio irracional contra las personas que son o parecen ser homosexuales o lesbianas- se manifiesta de diversas maneras que van desde las sutiles, tales como la omisión o el silencio,

hasta la violencia criminal, pasando por la burla, el desprecio, la exclusión, la conculcación de garantías legales y civiles e incluso la internalización de todo un conjunto de percepciones negativas por parte de sus propias víctimas y la justificación social del desprecio, discriminación o anulación de estos seres humanos. Nos dice que los crímenes cometidos por homofobia parecen seguir un patrón bien definido. El cadáver aparece desnudo, con manos y pies atados, así como amordazado, golpeado, con huellas de tortura, apuñalado y/o estrangulado. A los homosexuales, indica Del Collado, se les prejuzga de origen. El serlo ya es condenable, pareciera como si el tener una orientación sexual diferente fuera en sí mismo un delito y su asesinato no fuera sino la consecuencia de esa “degeneración”. Incluso, señala, en las averiguaciones realizadas por este colectivo en casos de asesinato, las pesquisas parecen buscar la causa del crimen entre eso que definen como lo homosexual y la percepción social que se tiene de su “promiscuidad y degeneración”.

A finales de 2000, asevera Del Collado, la CCCCOH, que agrupa a una treintena de líderes de opinión, académicos, intelectuales y activistas de la comunidad gay, había documentado un total de 213 ejecuciones desde 1995 hasta esa fecha. En promedio, tres homosexuales eran asesinados cada mes y para ese entonces ninguno de tales asesinatos había sido resuelto; por lo que la Comisión denunciaba que: “el silencio y la escasa presión de la opinión pública para que se investigue y esclarezca este tipo de ejecuciones justificaba inconscientemente a los asesinos. Incluso, el prejuicio y el repudio a la conducta homosexual llevaban a culpar a la propia víctima y exonerar al criminal, quien actúa con la impunidad a su favor y seguro de librar a la sociedad de “esas lacras”. Durante el Gobierno de Fox Quesada -“el gobierno del cambio”-, no se terminó con la impunidad ni se detuvieron las ejecuciones. Durante su administración un número similar de asesinatos de homosexuales se sumó a la larga lista de ejecuciones. De 2001 a 2005, la CCCCOH registró 164 casos. En total durante la década comprendida entre 1995 y 2005 se registrarían 387 casos de homosexuales asesinados en todo

el país, siendo la capital de la república la entidad con el mayor número de asesinatos registrados, sumando 137 casos.

Collado destaca en su obra que el trabajo realizado por los medios informativos al consignar en sus páginas los asesinatos de homosexuales, ha sido cuestionado por la CCCCOH, por su falta de profesionalismo y rigor periodístico: {...} lejos de llamar la atención de la sociedad, en el sentido de que los crímenes cometidos por homofobia constituyen un problema social, fundamentalmente alimentado por una sociedad que educa a sus ciudadanos de manera intolerante y con base en estereotipos, alimentan el morbo de la gente y la percepción de que sólo son crímenes pasionales entre homosexuales, pretendiendo evadir con ella la responsabilidad que la misma sociedad tiene como generadora del odio homofóbico.

Homofobia Internalizada

Schofield (en Mirabet 1985) realiza la siguiente observación: “La homosexualidad es una condición que en sí misma sólo tiene efectos menores sobre el desarrollo de la personalidad. Pero las actitudes, no del homosexual, sino de las demás personas hacia esta condición, crean una situación de tensión que puede tener un efecto profundo en el desarrollo de la personalidad y puede conducir a un deterioro del carácter de un género que impide la integración efectiva en la comunidad”.

Ardila (1998) puntualiza que “la homosexualidad no se considera más una patología, sino una variante de la expresión sexual normal. Se tiene en cuenta que hay muchas clases de homosexuales. En el caso de aquellos con dificultades de autoaceptación y de identificación, la causa del problema se busca en la sociedad homofóbica en la cual viven estos individuos; es la creación social del mal y no una patología *per se*, que afecte a la persona”.

Marmor (1967 en González de Alba 1985) dijo que “la fobia del heterosexual exclusivo es socialmente inducida. No puede ser éste el caso del homosexual exclusivo, su fobia se asienta en un desgarramiento entre dos lealtades: la debida al padre y la debida a la madre”.

Ardila (1998) subraya que las personas gay aprenden de su entorno “actitudes negativas” hacia la homosexualidad, que proceden tanto del entorno social como de su familia y de las personas significativas de su vida. A los homosexuales se les describe en términos negativos en el hogar, en la escuela y en los grupos de pares; el niño aprende estos conceptos, los asimila y esto puede llevar a una homofobia internalizada. En el caso de otros grupos minoritarios (las minorías étnicas), no se aprenden en la familia estas actitudes negativas sino todo lo contrario. Las familias negras les enseñan, por ejemplo, a sus hijos que “lo negro es bello”, mientras que las familias que tienen hijos gay (en la mayor parte de los casos sin saberlo) les enseñan que la homosexualidad es mala. De hecho las familias no les brindan a sus hijos gay modelos de roles.

Los jóvenes, por otro lado, no siempre tienen referentes familiares cercanos de cómo debe ser un *hombre* pues sufren de una orfandad paterna simbólica familiar; esencialmente porque los hombres adultos de referencia, principalmente los padres, no se encuentran emocionalmente cerca a causa de la responsabilidad de proveer económicamente a la familia o de obtener éxito en su vida profesional, lo que los mantiene alejados del hogar. Ante ello los jóvenes buscarán referentes de masculinidad dentro del sistema sexo-género de su entorno cultural, en la TV, el cine, la literatura popular y el Internet. En México se pone a los jóvenes en contacto con otras culturas, sus valores, actitudes, creencias y estereotipos de masculinidad; modelos con los cuales podrán integrarse, asimilarse, formar nuevos modelos o sentirse relegados. El aprendizaje e interiorización de la masculinidad se dará a lo largo de la vida hasta el día de la muerte “sin que el proceso constructivo haya culminado, y es que las transformaciones temporales y

situacionales nos están llevando a un constante vaivén, cargado de nuevas interrelaciones sociales que se multiplican cotidianamente”, por lo tanto, a lo largo de nuestra vida observaremos que no hay una masculinidad o un género único, sino que este es voluble a partir de diversos elementos externos de nuestro ambiente (Zepeda 2007).

La orientación sexual, de acuerdo a Ortiz-Hernández (2005), juega un papel importante en relación con la homofobia, pues ésta es definida básicamente por la “dirección” del deseo sexual; esto es, si la capacidad erótico-afectiva se dirige a un individuo del mismo sexo, del otro sexo o de ambos sexos; por lo que a partir de este deseo sexual, los individuos pueden desarrollar potencialmente una identidad, es decir, la experiencia subjetiva de pertenencia a un grupo y por tanto organizar algunos elementos de su vida cotidiana en torno a ella. Sin embargo, en el caso de los homosexuales y los bisexuales, cuya orientación sexual está fuertemente sancionada, el desarrollo de una identidad no está garantizado pues enfrenta una serie de obstáculos, principalmente la homofobia y el heterosexismo.

La homofobia, recalca Guasch (2000), es una característica básica de la heterosexualidad que, además, condiciona el conjunto de la identidad masculina (tanto heterosexual como gay). Homofobia no es tan sólo odiar, temer o estigmatizar a los homosexuales. La homofobia es el miedo y la inseguridad que invade a los varones ante la posibilidad de amar a otros varones. La invención de la heterosexualidad es un modo de controlar ese miedo, condenando la expresión sexual de esos afectos. Puntualiza que la homofobia es un problema social grave, no sólo porque estigmatiza a una minoría social (los gays), sino porque bloquea la afectividad masculina. Es difícil que los varones puedan amar a las mujeres, a la infancia y al resto de los seres humanos si antes no han aprendido a amarse entre sí. Y para ello deben asumir que la expresión sexual de sus afectos es una opción posible (aunque no imprescindible ni tampoco obligatoria).

Por su parte, Mieli (1977), siendo un individuo homosexual, manifiesta que “los gays hemos llegado a una primera conclusión evidente: esto es, hemos esclarecido que el odio alimentado hacia nosotros por parte de la sociedad heterosexual procede del rechazo o cuasi-rechazo del componente homoerótico del deseo en los individuos heterosexuales manifiestos, los cuales -como es sabido...- siguen constituyendo todavía la mayoría de los seres humanos. El general rechazo de la homosexualidad, en suma, determina la represión de las expresiones manifiestas del deseo gay por parte de la sociedad. Ahora se trata de descubrir qué es lo que ha provocado este rechazo: presumiblemente, los motivos profundos se descubren combatiendo el mismo rechazo, o sea, haciendo la calle (que no es otra cosa que preocuparse por encontrar o ponerse *en muestra* esperando), es decir, difundiendo los placeres y el deseo de la homosexualidad”. El tabú antihomosexual, como lo subraya Mieli, rige de manera severísima a los adultos e induce muy pronto a que el niño aprenda que la homosexualidad está prohibida; que ni siquiera se puede hablar de ella o en todo caso, únicamente en tonos despreciativos y que hay que avergonzarse de los propios impulsos gay tanto como de la propia feminidad. A los ojos del niño, la homosexualidad resulta inmediatamente relacionada con las tendencias femeninas: en efecto, la atracción sexual hacia el sexo masculino es un impulso que hoy se emparenta culturalmente con la feminidad y esta cultura influye negativamente sobre el niño desde su nacimiento.

Muy importante es la posición que al respecto tiene la subcultura gay pues ésta asiste justo al proceso contrario. Guasch destaca que el amor entre varones es sexualizado de una manera tan radical que se ofrece un modo preferente (y casi exclusivo) de manifestar los afectos masculinos: *la expresión sexual*. A los varones que aman a otros varones les resulta difícil escapar a esa clase de restricciones culturales. Hay un tipo ideal de la subcultura gay que ejemplifica bien lo anterior. Se trata del *macho*. El macho, estereotipando su masculinidad, pretende purificarse de cualquier contaminación identitaria de carácter femenino y por ello termina exorcizando su propia afectividad. Una afectividad que asocia a lo

femenino y a la que abomina. Por tanto la homofobia es un problema; el homoerotismo una solución posible. Homoerotismo define un tipo de interacción afectiva entre varones en el que la expresión sexual (cuando la hay) no implica una redefinición de la identidad de las personas. Puede afirmarse que existe un homoerotismo femenino, que a diferencia del masculino, no está tan sometido a procesos de control social. En la sociedad actual, las mujeres son menos heterosexuales que los varones, en parte porque han sido capaces de controlar su propia homofobia: el temor a amar a otras mujeres. Cualquier mujer, por el hecho de serlo, puede acariciar, besar y abrazar ancianos, niños, niñas, mujeres, varones y bebés. Si quien lo hace es un varón, los peores temores suelen dibujarse en las mentes de los que contemplan la escena: el control social actúa en el sentido de restringir la expresión afectiva en los varones.

Ricardo Llamas (1995, en Guasch, 2000) describe el proceso histórico mediante el cual el homosexual es reducido a cuerpo. Se trata de un cuerpo puramente sexual sobre el que se construye una identidad social a partir de actividades meramente físicas. La hipersexualización de la subcultura gay es la consecuencia de ese proceso, pero su causa hay que buscarla en la homofobia. Habiendo sido educados para la homofobia, a la mayoría de varones gays se les hace difícil amar a otros varones y reducen a terminología sexual la expresión de sus afectos. A ello hay que añadir que la infraestructura espacial en que se ubica la subcultura gay favorece el intercambio sexual, pero no el afectivo. El gueto gay implica una sofisticación de las tecnologías de control social que potencia la homofobia y consigue que los varones no se amen entre sí, al reducir el intercambio de afecto a intercambio de fluidos corporales. La subcultura gay también es misógina. En el universo gay masculino la mujer no existe, es invisible, no cuenta. La subcultura gay masculina puede funcionar sin mujeres. De hecho, así se ha previsto. Es, al fin y al cabo, cierto tipo de desprecio que forma parte del modo en que la misoginia es socialmente expresada.

Por otro lado, Mieli (1977) considera la explicación de cierta tendencia psicoanalítica, acerca de la homofobia internalizada, infiriendo que en el caso de la renuncia al padre como objeto amoroso y de la identificación con él por parte del hijo, se produce una transformación de la libido homosexual en libido narcisista: esa transformación, determinada tanto por el tabú del incesto como por la condena de la homosexualidad, está en la base del Yo "normal", heterosexual, antihomosexual, de su egoísmo. Al reprimir el macho heterosexual el deseo gay, introyecta los objetos homosexuales y se sitúa a sí mismo como único objeto homosexual, convirtiendo la homosexualidad en autoerotismo e imponiendo su propio autoerotismo a las mujeres en las relaciones heterosexuales. Pero ese autoerotismo está alienado, en tanto que basado en la renuncia al padre como objeto sexual y más en general, en la represión del deseo gay, en el sacrificio de los componentes femeninos, asimilados a la homosexualidad e incompatibles con la identificación con el padre y con la norma. Este autoerotismo masculino alienado es lo que las mujeres rechazan: implica una tal concentración de deseo por el macho en el macho que le convierte en un individuo ciego y egoísta de virilidad que pretende imponerse a las mujeres, las cuales encarnan precisamente la femineidad que se ha negado a sí mismo, avergonzándose de ella. Los machos heterosexuales ven en las mujeres aquella parte de sí mismos que desde la infancia se esfuerzan en ocultar y en reprimir: por esto las "aman" de la manera tristemente conocida.

Y, continuando con la posición psicoanalítica, vale aquí incluir lo manifestado por Lacadena, Gimeno-Bayón, Domínguez, Trechera y Gafo (1997): *"La amenaza de castración constituye para muchos autores la gran marca nunca superada en su dinámica particular. El homosexual es un ser asustado por la amenaza de castración. La mujer le suscita un fantasma de mutilación imposible de soportar y de ahí, su búsqueda del pene que le reasegura frente a la amenaza continua. El miedo a la heterosexualidad queda así como la pieza clave del origen y la dinámica del homosexual"*.

Sin duda, el rechazo social introyectado constituye un elemento de primer orden en la explicación de la patología promiscua. Tal rechazo interiorizado desde la más temprana infancia se convierte en una fuente de división interior, de intensa represión, así como de una inhibición generalizada de todo signo que, por mínimo que sea, pueda levantar ante los otros y ante sí mismo la sospecha de homosexualidad. En definitiva, el rechazo internalizado conduce a generar una profunda ansiedad que, muchas veces, no encuentra como vía de escape más que una compulsividad autodestructiva y promiscua. En su trasfondo hay que advertir muchas veces una profunda animadversión y anhelo de transgredir unas normas y de agredir a una sociedad que supusieron la mutilación de las aspiraciones más íntimas. Al estar esa sociedad profundamente internalizada, la agresión a ella se convierte inevitablemente también en una autoagresión. Como señala Tripp (1978 en Lacadena, Gimeno-Bayón, Domínguez, Trechera, y Gafo 1997), para comprender lo que conlleva el rechazo social introyectado tendríamos que imaginarnos cuál sería el efecto de someter a un sujeto heterosexual a las condiciones de represión que desde la infancia acompañan al homosexual.

En el ámbito de la poesía, Fone (2000) encuentra que Robert Duncan, en un ensayo titulado *"The Homosexual in Society"*, examinó los efectos perjudiciales de la homofobia sobre los homosexuales. Sin embargo, su crítica de la opresión de los homosexuales tomó un nuevo giro. No tenía ninguna duda de que la homofobia se había originado fuera de la comunidad de homosexuales, pero situaba parte de la culpa de ésta a los pies de esa comunidad. Afirmó que un remedio para los malos efectos de la homofobia era que los homosexuales hicieran énfasis en la similitud, en lugar de en la diferencia. La homosexualidad era sólo una de muchas experiencias humanas comunes y los homosexuales debían esforzarse para eliminar todos los estereotipos, criterios médicos, así como también los populares sobre los homosexuales, que con demasiada frecuencia los compartían hombres y mujeres gay, según la opinión de Duncan, hacían énfasis en el aislamiento, la amargura y la tragedia de sus vidas. Algunos homosexuales interiorizaron de buena gana este criterio homofóbico y al aceptar mitos sobre la

anormalidad y la inevitable tragedia de la vida de los homosexuales, se retiraban al interior de guetos sexuales.

“Los heterosexuales que tienen prácticas homosexuales perciben que dichas prácticas no los convierten en homosexuales. Esto implicará que aunque la homosexualidad se signifique de forma negativa, ellos no internalizarán el prejuicio. Incluso los varones que mantienen prácticas homosexuales pueden reproducir la opresión sobre los homosexuales y de otras formas de poder relacionadas con el sistema de géneros, ya que en dichas prácticas en ocasiones se reafirma el vínculo entre homosexualidad-pasividad-feminidad, especialmente cuando el homosexual es penetrado y el heterosexual penetra. En el caso de los homosexuales, es a partir del deseo y la identidad que desarrollan las prácticas sexuales. Más importante aún, los homosexuales sí internalizan el prejuicio ya que su identidad se construye en función de algo que está fuertemente sancionado: la homosexualidad. En otras palabras, los individuos homosexuales internalizarán el prejuicio en tanto que la homosexualidad es vivida en primera persona (el homosexual soy yo), mientras que los heterosexuales no lo harán ya que sus prácticas las representan de forma impersonal (los homosexuales son ellos)” Ortiz-Hernández (2005).

Para comprender el modo en que los bisexuales, lesbianas y homosexuales (BLH) incorporan la opresión en su subjetividad, se puede recuperar el concepto de *habitus*, -señala Ortiz-Hernández (2005)- que se define como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción; como una estructura estructurada y estructurante. Está estructurada porque es producto de la socialización de los valores dominantes y es estructurante porque define las formas en que los individuos perciben, piensan y actúan en función de esos valores. Asimismo para poder evaluarlo se descompone en tres conceptos: homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento. Según el concepto de *habitus*, la homofobia internalizada y la percepción del estigma por homosexualidad son formas de percepción y

pensamiento, mientras que el ocultamiento es una forma de pensamiento y acción. Los tres tienen en común, concluye, que derivan de la internalización de la opresión. La homofobia internalizada dice, se presenta cuando esta comunidad incorpora en su autoconcepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género; lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros, su transgresión de los estereotipos de género y la de otros. Debido al vínculo simbólico entre transgresión de los estereotipos de género y homosexualidad, es importante que en la definición de homofobia internalizada se incorpore la actitud negativa a la transgresión de los estereotipos de género. Por otro lado, la percepción del estigma por homosexualidad, se refiere a las expectativas que tienen los GLB sobre las posibles actitudes y reacciones que pueden tener otras personas debido a su orientación sexual. En el ocultamiento, nos señala Ortiz-Hernández, los GLB modifican su apariencia física y sus comportamientos con el fin de invisibilizar su homosexualidad o las expresiones que considera transgresión de los estereotipos de género.

En su niñez, los BLH aprenderán los significados negativos asociados con la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género (TEG), para posteriormente aplicarlos a sus propias personas, señala Ortiz-Hernández (2005). Los niños que a la larga serán BLH desarrollarán frecuentemente una conciencia de ser diferentes en un momento temprano de sus vidas. Aunque no puedan entender el significado preciso de su diferencia, rápidamente aprenderán que se evalúa de forma negativa. Conforme maduren alcanzarán a comprender completamente la naturaleza de su diferencia y la reacción social negativa hacia ella. De esta forma, los BLH incorporan en su autoconcepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la TEG. Lo anterior provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros, su TEG y la de otros; esta situación se ha definido como homofobia internalizada.

Gonsiorek, 1988; Meyer y Dean 1998 (en Ortiz-Hernández 2003), puntualizan que una de las cualidades de la homofobia internalizada es que en muchas ocasiones es un proceso no consciente, que va a permanecer toda la vida (aunque en algunos casos será a niveles muy bajos) lo que potencialmente puede resultar en actos de autocensura o de aceptación del estigma; esto a pesar de que la persona haya logrado un determinado grado de aceptación de su orientación sexual. Esto se debe a que, por un lado, el proceso de socialización logra que los valores de la sociedad se instalen en las estructuras psíquicas de los individuos y estas permanecen más o menos estables a lo largo de la vida del individuo y, por otro, a la actuación constante del heterosexismo y los estereotipos de género a través de las distintas instituciones sociales. De tal forma que por más aceptado que esté un homosexual, siempre tendrá algún “resabio” de homofobia internalizada.

La percepción del estigma por homosexualidad se refiere a las expectativas que tienen los BLH sobre las posibles actitudes y reacciones que pueden tener otras personas debido a su orientación sexual. La relevancia de la percepción del estigma radica en que en la evaluación que hace un sujeto sobre sí mismo es más importante su percepción de las actitudes de las personas hacia él, que las actitudes que en realidad puedan tener los demás. Por ello, la percepción del estigma también puede incidir en el autoconcepto. Por lo regular los BLH con estigma esperan que las otras personas reaccionen negativamente al conocer su orientación sexual. Por este motivo, señala Ortiz-Hernández (2005), se autovigilan permanentemente para no realizar ninguna acción que pueda evidenciar su orientación sexual, situación que puede generar tensión y angustia.

Lo anterior parece obedecer a que como señala Ortiz-Hernández (2003), los BLH, al igual que los heterosexuales, crecen y viven cotidianamente en una sociedad estructurada en función de los valores dominantes definidos por el sistema de género. Esta situación va a producir que los BLH internalicen los valores dominantes del sistema de géneros y a partir de esos se perciben a sí mismos y a

su entorno (otras personas, las relaciones que entablan, los objetos, etc.). El principal problema que esto entraña es que la identidad sexual y en ocasiones la identidad y el rol de género de los BLH entran en contradicción con los valores dominantes que han aprendido; lo que representa una forma de alineación, es decir, es una situación en la que “se produce una brecha, perceptible para el individuo, entre el tipo ideal aceptado por él y la realidad en el sentido de las posibilidades y formas de comportamiento fácticas, el individuo experimenta probablemente –y las más de las veces es este el caso- una distancia, incluso una repulsión (en los casos extremos: desprecio) con respecto a sí mismo.

En un estudio realizado a través de un cuestionario presentado a 508 participantes GLB, Ortiz-Hernández (2005) encontró que una proporción importante de dicha población presentó alguna forma de opresión internalizada, ya que hasta 40% mostró alguna forma de homofobia internalizada, 60% percibía el estigma y 50% desarrollaba alguna forma de ocultamiento.

Ortiz Hernández (2003, en Ortiz-Hernández 2005), señala que, en comparación con los GLB que asisten con frecuencia a instituciones y organizaciones en cuestión, entre los que no lo hacen con regularidad o no habían asistido, fueron más altos los porcentajes de homofobia internalizada, ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales. Es decir, es muy probable que la gente que no asiste a las organizaciones es la que presenta niveles más altos de opresión internalizada y daños a la salud.

La asociación entre homosexualidad y transgresión de los estereotipos de género funciona como un estereotipo que la mayoría de las personas aprende y aplica constantemente. Una explicación que se ha dado a este vínculo simbólico entre ambos conceptos es que con ello “se acomoda” a la homosexualidad dentro del esquema dicotómico definido por el sistema de géneros y que está implícito en las relaciones heterosexuales: si un hombre entabla una relación erótico-afectiva con otro hombre, entonces uno de ellos tendrá que adoptar un rol femenino y el otro

asumirá el rol masculino, la misma lógica se aplicaría en el caso de las mujeres, apuntan Risman y Schwartz (1988 en Ortiz-Hernández 2003). Los mismos BLH aprenden esta relación entre homosexualidad y transgresión de los estereotipos de géneros, lo que crea en ellos una identidad contradictoria: no es infrecuente que homosexuales y lesbianas menosprecien a varones femeninos y mujeres masculinas (Ortiz-Hernández 2003).

Concluyentemente se establece que la homofobia, lo que significa en sí, es de una utilidad que se ha vuelto imprescindible para perseguir, acusar y condenar a todo aquel individuo que salga de la norma heterosexista, impuesta por una sociedad con miedo de perder la hegemonía androcéntrica con la que se ha vivido por siglos.

ACTUACION SUICIDA

La pregunta que encierra lo que aquí se abarca sobre el suicidio es la siguiente: *¿bajo qué condiciones puede alguien buscar la muerte de preferencia a la vida?*

Y la respuesta sería que debemos tratar de dilucidar el significado del suicidio acorde a la persona que lo lleva a cabo, sin mayor juicio, sin ubicarlo en el contexto de enfermedad o de salud, simplemente como el acto mismo.

“Los que estuvimos en campos de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba. Puede que fueran pocos en número pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo, salvo una cosa: la última de las libertades humanas -la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias para decidir su propio camino-”.

V. Frankl.

“Sólo temo una cosa: no ser digno de mis sufrimientos”.
F. Dostoyevski.

“Quién tiene algo por qué vivir, es capaz de soportar cualquier cómo”.
F.W. Nietzsche

“La única cadena que nos mantiene atados es el amor a la vida”.
Seneca

Panorama actual a nivel mundial

El suicidio, reporta la Organización Mundial de la Salud (2009) representa en la actualidad un problema creciente a paso acelerado a nivel mundial. En 2006 se estimó que cada año se presenta un millón de muertes por suicidio aproximadamente y se apreció que para el 2020 se presentaría un millón y medio; lo que es grave dado que en un lapso de 50 años se incrementó un 60% y en la actualidad en un período mucho menor (no más de 15 años), se estimó un aumento del 50%.

En 2007, la misma OMS, reportó que diariamente 3000 personas se suicidan, lo que significa que aproximadamente entre cada 30 y 40 segs., una persona se quita la vida. Por cada persona que se suicida, entre 10 y 20 más lo intentan. La proporción de suicidios por género, se presenta de entre 4 suicidios, 3 en varones y 1 en mujeres. Se destacó que ha aumentado particularmente entre la gente joven, de manera notoria en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años de edad, siendo la tercera causa de muerte en esta población.

Asimismo en el mismo 2007, la OMS reportó que entre los países que informaron sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dieron en Europa del este, y las más bajas sobretodo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. En cuanto a los países africanos, no se dispuso de información relativa. La OMS (2004) reportó que en América Latina se presenta mayormente el homicidio, igual que en África, en una proporción de 3 a 1; por lo que se ha concretado que a mayor homicidio menor suicidio. Mientras que en Asia sudoriental y en los países del pacífico occidental, la proporción es de 6 a 1 pero a la inversa, mayor suicidio entre sus habitantes.

La Organización Panamericana de la Salud (2006) encontró que el suicidio se ubica entre las primeras 10 causas de muerte en la gente en las edades comprendidas entre los 25 y los 44 años de edad en el caso de América Latina.

Asimismo se encontró que en 25 países de éstos el suicidio se encuentra entre las primeras 5, en las edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.

La OMS (2004), señaló que dentro de los trastornos que podrían llevar al individuo a suicidarse se encuentran, por orden de frecuencia: la esquizofrenia, la que señala Cisneros (2005), comparado con la población en general, el riesgo de suicidio es 8.5 veces más alto con aumento mayor en personas que han sido hospitalizadas; la depresión (más alta en mujeres) y el alcoholismo (más alto en hombres). La probabilidad de realizar actuación suicida se magnifica si se padece de problemas relacionados con el alcohol; más aún si el consumo es alto y si existe depresión en el individuo. Se estimó que un 7% de personas dependientes del alcohol se quitan la vida. En 2007 la misma OMS, reportó que los desórdenes mentales -particularmente la depresión y el abuso de sustancias tóxicas-, están asociados con más del 90% de los casos de suicidio; aunque también habrá de considerarse que existen diversos factores socioculturales que influyen, particularmente períodos asociados a problemas económicos, familiares y crisis individuales. La actuación suicida por tanto, es un problema que se ha abordado de manera multidisciplinaria.

Se considera que de no existir una adecuada prevención a través del ámbito familiar, social y cultural, el suicidio se tornará en la décima causa de muerte a nivel mundial hacia la segunda década del presente siglo.

Asimismo, con relación a los trastornos mentales, la Organización Panamericana de la Salud (2005), mediante un comunicado de prensa, estimó que en el período comprendido entre 1990 y el 2010 aumentarían de 114 a 176 millones en la región de las Américas. Tan sólo en el 2000, el 24 % de las enfermedades correspondía a enfermedades mentales, sobretodo la depresión. En el caso particular de México, se sabe, según reportó la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM (2009), que los problemas neuropsicológicos se presentan en más de un 15% de la población y el 80% de ellos se atiende en el lugar equivocado. La depresión, la

ansiedad y los trastornos del estado de ánimo representan un foco rojo. Las enfermedades neuropsicológicas al igual que las crónico-degenerativas van en aumento. En el boletín sobre salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (julio, 2008), Cristiana Beato, Directora Adjunta, señaló que de 1 a 4 personas en el mundo se ve afectada por una enfermedad mental en algún momento de su vida; observó asimismo que la brecha entre la necesidad de tratamiento y su disponibilidad es alarmante en América latina y el Caribe. Destacó que casi el 60% de las personas con depresión grave no recibe tratamiento al igual que 71% de quienes tienen problemas de adicción; puntualizó que “la salud mental se ha descuidado y los recursos para atenderla son inadecuados, insuficientes y están mal distribuidos”. Por su parte David Satcher, exdirector de Sanidad de EUA señaló que el descuido generalizado de las enfermedades mentales puede atribuirse en parte al *estigma*: “el estigma disuade a la persona de buscar tratamiento. Afecta a la salud mental a nivel individual, familiar, comunitario y de políticas”, concluyó.

Adicional y particularmente relativo al tema de la depresión, Gutiérrez-García y Contreras (2008), encontraron en un estudio reciente, bajos niveles de BNDF (factor neurotrópico derivado del cerebro -proteína que regula el crecimiento neuronal-, *siglas en inglés*) en el plasma de sujetos suicidas con antecedente de depresión mayor, por lo que se concluyó que los niveles de BNDF pudieran ser un marcador biológico de algunos deprimidos con alto riesgo suicida. Asimismo, reportaron que en México, de 422 casos de intentos de suicidio, 40.3% correspondió a hombres, mientras que 59.7% fue de mujeres; y que de 3089 suicidios consumados, 82.0% correspondió a hombres y sólo 18.0% a mujeres. Lo anterior, podría explicarse si se considera que si bien en las mujeres las hormonas esteroideas actúan como protectoras de la depresión, es posible que, en el caso de los hombres, los andrógenos participen en la conducta impulsiva que caracteriza el acto suicida o bien que simplemente falta la acción protectora de la progesterona y quizá el estradiol.

Estrechamente relacionado con los trastornos mentales, se encuentra el VIH/SIDA; sobre todo en los trastornos por consumo de sustancias. Consecuentemente, a mayor consumo de sustancias, mayor riesgo de infección por VIH y si se adquiere VIH se presenta más fácilmente un trastorno mental: se presenta por tanto cierta comorbilidad. Y si estas enfermedades mentales se tornan crónicas y graves, la seroprevalencia se presenta entre un 30 y un 60%. La depresión se instala fácilmente en una persona con VIH presentando los siguientes síntomas y signos: acortamiento de la esperanza de vida, estigmatización, pérdida de apoyo social, familiar y de amigos. Por otro lado, al padecer enfermedades mentales, una persona con VIH tiene mayor dificultad en recibir tratamiento médico antirretrovírico y ello conlleva un obstáculo adicional grave al tratamiento y atención del VIH/SIDA. En suma, el suicidio o intentos de suicidio se presentan comúnmente en gente infectada con VIH (OMS, 2008). En México, el contagio del VIH, a través de la actividad sexual, abarca un 96.2% del total de individuos contagiados. Las relaciones homosexuales que degeneran en VIH abarcan un 56.5% de todos los casos, seguidos por un 39.6% debido a contagio heterosexual (CENSIDA, 2008). Al respecto vale la pena considerar lo señalado por Mackinnon y Michels (1988): “para algunas personas deprimidas, el suicidio puede proporcionar una oportunidad de recuperar cierto sentimiento de dominio de su destino; psicodinámicamente, está claro que algunas personas deprimidas creen que son incapaces de controlar su vida de otra manera. Son capaces de recuperar un sentimiento de autonomía y estimación propia sólo decidiendo matarse”.

Por su parte, Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz (2009), señalan que un trastorno mental incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de la ideación suicida y aproximadamente diez veces la ocurrencia, ya sea de un plan o de un intento de suicidio. La investigación que llevaron a cabo entre adolescentes del área metropolitana de la ciudad de México, muestra de igual manera la importancia de los trastornos mentales en las conductas relacionadas con el suicidio.

Kaplan y Sadock (2001), manifiestan que entre el 47 y el 50% de las personas con trastorno del estado de ánimo se suicidan; entre el 19 y el 24% de los suicidios hubo un intento anterior y que el 10% de los que intentan suicidarse se suicidan en los 10 años posteriores al intento.

Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006), puntualizan que es más común entre los individuos de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abusos de sustancias y de intento de suicidio.

Relacionado con los trastornos mentales se encuentran algunos aspectos que contribuyen como factores de riesgo, como lo es la pobreza. La Organización Mundial de la Salud reportó en el 2007, que los trastornos mentales más frecuentes son aproximadamente dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos. Al respecto, Camacho (1999) puntualiza que las dificultades económicas en la familia son una variable que se asocia al estrés, inestabilidad e inseguridad al interior y que pueden influir para que el individuo en tal condición llegue a una depresión, que podría degenerar como se sabe, en optar por el suicidio como medio para resolver sus problemáticas.

Matus encontró (1990, en Rivera Sánchez y Herrera Cruz, 2002) que: *“la aproximación al acto suicida es el resultado de un abandono progresivo y pérdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo; esto significa que son muy importantes las condiciones sociales que lo rodean, las relaciones y conflictos con sus allegados, así como el concepto que tiene de su medio ambiente”*.

Cohen Agrest (2007), puntualiza que “las tasas de suicidio a nivel global son subestimadas debido a que buena parte de los prejuicios culturales y religiosos conducen a que se oculten muchos suicidios consumados”.

Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006), reportaron que en México, en el año 2002, ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces entre adolescentes en los pasados nueve años. Un 82% correspondió a hombres y el 18% a mujeres, es decir, por cada mujer suicida se identificaron 5 hombres suicidas, de entre 15 y 34 años de edad. La serie histórica de suicidios en México indicó que en 1980 se cometieron 672 suicidios, en 1990, 1405, y 3089 en 2002. Así que en 20 años los suicidios aumentaron un 459%, evidentemente sin relación con el aumento general de la población. Por otro lado, Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz (2009), encontraron que la población mexicana de entre 15 y 24 años de edad, es hoy día de las más afectadas, con 20% de todos los suicidios en 2007. Señalan que en los grupos de jóvenes, el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte: ese año el suicidio fue la octava causa de muerte para el grupo de varones de entre cinco a catorce años de edad y la décima para las mujeres de este mismo grupo de edad; la cuarta causa para el grupo de varones entre 15 a 19 y la segunda causa para las mujeres de este mismo grupo de edad. Por otro lado, reportan las prevalencias y el perfil sociodemográfico de las conductas relacionadas con el suicidio en los últimos doce meses en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que obtuvo datos de una muestra representativa de la población nacional, de edades entre los 12 y 65 años de edad, encontrando que los niveles vigentes de la conducta suicida en México son por lo menos comparables en magnitud, si no, ligeramente mayores, que los reportados con metodologías similares en otros lugares del mundo, donde se observan prevalencias en los últimos doce meses que ascienden a 1.8-21.3% para ideación, 0.5-12.2% para plan y 0.1-3.8% para intento. Dado el incremento constante del suicidio consumado en nuestro México en los últimos 40 años, estos niveles de conducta suicida actuales son un llamado de atención a la necesidad de planear y aplicar medidas preventivas en el área, concluyen.

En cuanto al estado civil, Cohen Agrest (2007), dice que la tasa de suicidios en personas solteras duplica a la de las casadas mientras que las personas

divorciadas, separadas o viudas la cuadriplican o hasta la quintuplican. La ocupación de la gente en general no conlleva al individuo a tener mayor tendencia hacia el suicidio intentado o consumado aparentemente, aunque Rojas (2008), encontró en la muestra analizada dentro de un Hospital Psiquiátrico, que las amas de casa tienen alta tendencia; probablemente debido a que la conducta suicida tiene un origen interpersonal. Sin embargo Kaplan (2001), encontró que los profesionales de la medicina presentan una prevalencia superior a la población general, siendo los psiquiatras los que tienen mayor riesgo de muerte por suicidio, seguidos por los oftalmólogos, los anestesistas, los músicos, los dentistas y los abogados. Por otro lado, Cohen Agrest (2007), dice que los desempleados muestran tasas superiores de suicidio, y que muy probablemente sea por las circunstancias socioeconómicas adversas, cierta vulnerabilidad psicológica y condiciones de vida estresantes.

Los métodos más comúnmente utilizados por los suicidas contemplan el ahorcamiento, las armas de fuego, saltos desde gran altura, toma de barbitúricos, cortarse las venas; esta elección de quitarse la vida podría quedar incluida en alguno de estos dos grupos: los que llegan al punto del que no hay retorno en forma rápida y los que dicho punto se alcanza de manera gradual, siendo que podrían ser rescatados. En un estudio realizado por Farberow (1969), los médicos tratantes, encontraron en la muestra analizada de pacientes con actuación suicida, que un 27% aproximadamente de los individuos pensaba en verdad en morir, un 19% lo dejaba a su suerte, mientras que un 40% realmente esperaba ser rescatado. Es deseable subrayar la diferenciación que llevan a cabo Mackinnon y Michels (1988), respecto a los métodos que los suicidas utilizan para quitarse la vida; señalan que “ el método concreto de suicidio, que el paciente tiene en vista o intenta, proyecta a menudo luz sobre el significado inconsciente del acto. Así, la persona que toma una dosis excesiva de píldoras somníferas estará acaso equiparando la muerte con un sueño prolongado, en tanto que el empleo de armas de fuego sugiere a menudo ira violenta. Los modos dramáticos de muerte, tales como la autoinmolación suelen ser intentos de comunicar sentimientos dramáticos

al mundo. El paciente que se sirve simultáneamente de métodos múltiples, tales como píldoras y ahogamiento, por ejemplo, está luchando a menudo contra su propio deseo de vivir y trata de asegurarse de que no estará en condiciones de cambiar de pensamiento en el último momento”.

Cohen Agrest (2007), dice que los actos suicidas son “hereditarios”, por llamarlos de algún modo, pues tienden a ser reproducidos por otros miembros del grupo familiar del suicida; y esta conducta repetitiva puede darse una y otra vez con el discurrir de las generaciones. Mackinnon y Michels (1988), señalan que si un individuo se ha identificado con un progenitor u otra persona significativa que cometió suicidio ella misma, la situación es distinta. En efecto, la frecuencia de suicidio entre los hijos de padres que cometieron suicidio ellos mismos es varias veces mayor que la de la población en general. Estos individuos no habrán logrado acaso desarrollar las coerciones internas usuales, y no pueden juzgar la conducta suicida severamente, porque hacerlo equivaldría a renegar de sus padres.

Aunque Farberow (1969), dijo que se presenta en su mayoría entre los adultos y personas mayores a los 60 años de edad; y a partir de los 50 años la probabilidad del intento de suicidio aumenta con cada decenio; es de destacarse lo aseverado por Cohen Agrest (2007): *“uno de cada cuatro suicidios es consumado por jóvenes entre 15 y 24 años, período vital signado a menudo por cierta incapacidad de sobreponerse a un cúmulo de presiones sociales, como lo son las exigencias que demanda un promisorio éxito profesional, fracasos sentimentales, sentimientos de rechazo por parte de sus pares. Entre los adolescentes que intentan suicidarse, la mayoría confiesa dificultades con uno o ambos padres, otros alegan dificultades con un novio/a o mencionan dificultades en su tarea escolar o con sus maestros. También hay quienes argumentan problemas de trabajo o un marcado aislamiento social”.*

Antecedentes Históricos

El suicidio, como lo indica Jana Petzelová, es *“la destrucción deliberada de la propia vida”*. Su significado siempre ha implicado una interrogante familiar, social y cultural; por lo que es indudable que su raíz la constituyen motivos y conflictivos interpersonales pero también -y de modo fundamental- el contexto histórico-social da significado al acto autodestructivo (Petzelová, Chávez, Valdés, Elizondo, Carabaza y Ewald I. (2007). Blanca Sarró (1991), define al suicidio como *“un acto voluntario, síntoma de la libertad individual o de una enfermedad física o de un trastorno psíquico o de un conflicto social”*.

“La historiografía del suicidio se nos revela inevitablemente sesgada por ciertos presupuestos inherentes a la filosofía moral cristiana, uno de cuyos pilares fue la Doctrina de la Santidad de la vida humana. Según sus premisas, si la vida es un bien dado al hombre por su creador, es Dios quien la concede y es Dios quien la quita” (Cohen Agrest, 2007).

La palabra latina *“suicidium”* (proveniente de los términos del latín sui (a sí mismo) y caedere (matar)) fue utilizada hasta el siglo XVIII para denominar la violencia y agresividad de la persona hacia la persona misma; antes otros términos fueron utilizados. Cohen Agrest (2007), establece que no se trata de un compuesto latino, dado que el prefijo *suus* no se usaba en expresiones compuestas. Lo interesante de mencionar es que este neologismo y quizá por única vez, dice Cohen Agrest, la forma latina es posterior a las correspondientes formas perifrásticas inglesas, francesas e incluso italianas. Asimismo nos indica que el vocablo aparece también, de forma independiente, en la obra *Theologia Moralis Fundamentalis* de J. Caramuel en 1652, donde uno de los párrafos se titula *De suicidio*, compuesto en latín culto. Finalmente la atribución del término le corresponde a los Abates Prévost y Desfontaines, y la Academia Francesa lo inscribió en 1762 como sustantivo masculino que indicaba *el acto del que se mata a sí mismo*; aunque el uso de este término se generalizó hacia el primer decenio del siglo XIX y fue

aceptado en la 5ª. edición del Diccionario de la Real Academia Española en 1817 (Sarró y De la Cruz, 1991). Sin embargo cabe destacar que en tal edición el término suicidio denotaba tan sólo el acto y fue hasta la edición de 1822 cuando el término fue utilizado como sustantivo y como adjetivo (Cohen Agrest, 2007).

Es notable nos dice Cohen Agrest (2007), que ni siquiera el Antiguo Testamento poseyera un vocablo para designar al acto y al agente suicida. No existe palabra alguna en la Biblia -ni en arameo, ni en hebreo, ni en griego y tampoco en el Nuevo Testamento- que equivalga a nuestro vocablo actual *suicidio*.

Asimismo nos dice que en la Grecia del siglo V a.C. el suicidio se presenta por vez primera, como una forma de morir. Y que no sólo en la Antigua Grecia, también en Roma se aludió al suicidio con expresiones tales como "*morir por mano propia*". Y es a Cicerón, precisamente, a quien se le atribuye la acuñación de la frase nominal *mors voluntaria*, la más antigua para designar al suicidio. Previamente a Cicerón, durante la etapa del estoicismo romano, el suicidio -desde una enfermedad incurable hasta una situación de insolvencia- estaba contemplado en un amplio rango, casi exhaustivo, que lo hizo ser aceptado prácticamente; por lo que los romanos abogaban por la *libertas mori* sólo denegada a los criminales, a los soldados y a los esclavos.

El cristianismo aceptó el suicidio en los primeros siglos, siendo que tal acto llegó a ser considerado un acto de heroísmo; que fue consumado bien de manera individual o de manera grupal, viendo a los individuos que lo realizaban como héroes o como mártires. Sin embargo, posteriormente lo condenó muy severamente pues se consideraba que se trataba de un acto ilícito, considerado un crimen o un sacrilegio (Cohen Agrest, 2007). En el año 452, la iglesia se había pronunciado oficialmente considerando el atentado contra la propia vida como un acto inspirado por el demonio. Apoyadas en la idea de que constituía un homicidio sobre sí mismo, las autoridades eclesiásticas consideraron que el suicidio debía ser sancionado como un tipo particular de homicidio. Esta visión que

estigmatizaba fuertemente a todo aquél que atentara contra su propia vida, se mantuvo durante toda la Edad Media. La literatura del siglo XVII puso en duda estos dogmas y comenzó a plantear que algunos tipos de suicidios podían ser considerados legítimos. De esa manera se abrió una discusión filosófica sobre la moralidad del suicidio, que se prolonga hasta nuestros días (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2004).

Los Protestantes condenaron asimismo el suicidio, aunque su posición fue un tanto más benigna estableciendo la posibilidad de que Dios considerara el suicidio misericordiosamente y permitiendo el arrepentimiento por otro lado. Robert Burton, en su obra *Anatomía de la Melancolía*, inauguró una primera vía para liberar al suicidio de la categoría religiosa de sacrilegio y despenalizarlo. Para los filósofos de la época de la Ilustración, el suicidio fue concebido de acuerdo a los individuos, a su naturaleza psicológica y a sus particulares normas sociales. Particularmente David Hume consideró que las actitudes tradicionales respecto al suicidio eran confusas y supersticiosas (Enciclopedia Stanford de Filosofía 2008). Cohen Agrest (2007), nos dice que *“el aporte distintivo de Hume es su aseveración de que con fundamentos no filosóficos no es posible alcanzar conclusiones válidas sobre la moralidad o inmoralidad del acto suicida. La tarea propia de la Filosofía, según esta aplicación del escepticismo Humeano al campo de la moral, consiste precisamente en desafiar estos presupuestos de la superstición asociada a la religión”*.

Cohen Agrest igualmente observa que el suicidio es un derivado del acto de matar que se asocia a la violencia, en este caso particular, ejercido contra uno mismo. Dice que en la era cristiana, en el siglo II, se había incorporado un vocablo asociado con el suicidio salvaje: *biathanatos*. Traducible por *“morir con violencia”*, de enorme importancia en los siglos XVI y XVII, el cual rápidamente pasó a ser un término técnico y significó algo así como *“morir por violencia autoinflingida”* y que ante la popularidad de los renacentistas el término llegó a designar lisa y llanamente al suicidio en general. *Biathanatos* fue un ensayo escrito por John

Donne en el Siglo XVII, el cual paradójicamente invita a matizar la condena absoluta de la muerte voluntaria y hasta alienta cierta justificación de dicho acto.

Es destacable observar que cada pueblo en la antigüedad, tenía sus propias leyes por lo que de acuerdo a las diversas legislaciones, algunas civilizaciones castigaban la actuación suicida en el individuo, de diferentes maneras, como por ejemplo: clavándole una estaca en el pecho, cortándole una mano y enterrando el cuerpo fuera de su ciudad de procedencia, privándole de la sepultura, colgándole de los pies, ahorcándosele o confiscándole sus bienes. En Roma por ejemplo, eran indulgentes con las personas suicidas de quienes la intención era superar un hecho deshonroso o con una vida aburrida, pero para el caso de los soldados, los esclavos y las personas acusadas de algún delito el hecho era inadmisibles (Sarró y De la Cruz, 1995).

Aún ya en el siglo XX, en 1917, el “*Código de Derecho Canónico*” declaró que se les habría de denegar la sepultura eclesiástica y las honras fúnebres a quienes se hubiesen dado muerte deliberadamente, salvo ante la sospecha de trastornos mentales en el difunto. Esta postura se reactualizó en tiempos recientes con la Declaración del 5 de mayo de 1980 de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, donde se considera que la muerte voluntaria es inaceptable (Cohen Agrest, 2007). Sin embargo hacia 1990 se implementó el pasaje de la punición de la tentativa de suicidio o del suicidio consumado, a la inimputabilidad; aunque tan inimputabilidad en casi todo el mundo no supone que el suicidio constituya un derecho reconocido ni una facultad. En rigor de la verdad, indica Cohen Agrest *“todavía es una cuestión en discusión si acaso existe un derecho o facultad de disponer de la propia vida”*.

Hacia finales del siglo XIX, se inició la época moderna del estudio del suicidio, con dos líneas de investigación: la sociológica, realizada por Emile Durkheim, quien dio inicio a una nueva forma de investigarlo, a partir de una perspectiva estrictamente sociológica funcionalista; debido a que consideraba que el suicidio

dependía del tipo de sociedad en la que se presentaba más que de las circunstancias psicológicas de los individuos que optaban por quitarse la vida (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace 2004). Por otro lado, la psicoanalítica realizada por Sigmund Freud. Durkheim observó correlación entre el incremento en los suicidios y ciertas características propias de las sociedades de aquél entonces: crisis económicas y las derivadas de la prosperidad; desajustes provenientes del avance del mundo comercial e industrial; pérdida de certidumbres religiosas, consumismo y materialismo, todo ello inherente al proceso económico, entre otras (Petrzelová, Chávez, Valdés, Elizondo, Carabaza y Ewald, 2007). Durkheim también indica que una persona con limitadas relaciones sociales y con percepción de aceptación limitada por parte de la sociedad tenderá asimismo a la consideración del suicidio; conducta que se presenta más frecuentemente entre los adolescentes, quienes actuarán por tanta de una manera autoagresiva. De manera concreta, Durkheim conceptualizó el suicidio en cuatro tipos básicos, a saber: egoístas, altruistas, anómicos y fatalistas (Cohen Agrest, 2007).

En el siglo pasado, en 1969 Kreitmann introdujo el término parasuicidio, con lo que quería significar *“el acto que una persona podría realizar atentando contra sí mismo deliberadamente pero que no contemplaba la muerte como fin último, sino que se recurría a tal acto como una manera de propiciar cambios deseados en la conciencia y/o condición social”*. Por otro lado y también en 1969, la Organización Mundial de la Salud, al no encontrar un acuerdo general entre el concepto de suicidio y el de tentativa de suicidio, estableció que todo acto que llevara a una persona a infligirse daño a sí mismo, no importando el grado de letalidad del acto y sin conocer el móvil, debía ser considerado como “acto suicida”. Sin embargo en 1976, la misma Organización pidió la formulación de una definición unánime para el suicidio y los intentos de suicidio vs. las lesiones autoinfligidas, especificadas como intencionales. La inclusión del acto de las personas en una u otra de estas clasificaciones depende en mucho del país y la cultura propia (Cohen Agrest, 2007).

En la actualidad, Cohen Agrest destaca en su obra (2007): *“que ante la muerte voluntaria habrá de considerarse su propio carácter personal e intransferible; habrá de desestigmatizarla y aceptarla como el comportamiento humano que de hecho es. Porque aunque impugnada, censurada y penalizada, la muerte voluntaria continúa siendo, pese a todo, una opción intrínseca a la existencia”*.

Factores Detonantes y Características

La OMS (2009), sostiene que *“los factores desencadenantes de la ideación suicida incluyen desacuerdos familiares, violencia intrafamiliar, problemas afectivos al interior de la familia o en las relaciones interpersonales, dificultades económicas, alcoholismo, drogadicción, problemas de autoconcepto, trastornos mentales y enfermedades graves o incurables”*.

Bonner (1990, en Villardón Gallego, 1993) sugiere que se debe evaluar el estado mental, el estado afectivo y el contexto psicosocial. Dentro del estado mental se deben considerar aspectos tales como la existencia del pensamiento de suicidio, esperanzas respecto al futuro y las razones para vivir. En la valoración del estado afectivo se debe tener en cuenta si el individuo sufre un desorden del estado de ánimo y si está diagnosticado de depresión o desorden bipolar. Finalmente es importante considerar el contexto psicosocial del sujeto, el estrés al que está expuesto, el aislamiento social, etc.

Para Sepúlveda (2004, en Cruz y Roa 2005): *“el intento suicida vendría a constituir una conducta desadaptativa, es decir, la expresión de un desequilibrio entre los procesos de asimilación y acomodación que no le permite al sujeto relacionarse de forma adaptativa, consigo mismo, los otros y el mundo”*.

Cruz y Roa (2005), consideraron que un intento de suicidio es una crisis, donde se produce un importante desequilibrio en las estructuras del sujeto y en su relación con el medio, cuyo desenlace puede implicar tanto un avance en el desarrollo

como un empeoramiento de las condiciones previas a la crisis, según como ésta se resuelva, desde donde se desprende la importancia de intervenir a tiempo y en forma eficiente.

Myers (1982, en Villardón Gallego 1993), dice que se ha encontrado que la importancia concedida a los valores de la vida y a los distintos tipos de razones para vivir, diferencia a los suicidas de los no suicidas tanto en poblaciones no clínicas como en las psiquiátricas, en adolescentes y en jóvenes estudiantes. Su deficiencia, junto con otros factores de vulnerabilidad, predice el pensamiento de suicidio y caracteriza a los sujetos suicidas frente a los no suicidas. La familia, el ambiente escolar, los medios de comunicación, principales agentes externos que influyen en el comportamiento y pensamiento del individuo. Cohen Agrest (2007), indica que aunque el suicidio es un acto multideterminado, éste suele ser precedido por un alto grado de estrés en las relaciones interpersonales.

La terminología empleada por autores diversos para describir los factores relacionados con los comportamientos suicidas es algo confusa; se mencionan causas, factores de riesgo, procesos subyacentes, comportamientos sintomáticos (Orbach, 1995 en Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace 2004). Considera que una taxonomía *válida* debe contribuir a una mejor comprensión de la dinámica esencial presente en los comportamientos autodestructivos, tanto en sus aspectos teóricos como clínicos. El principal desafío no es hacer un listado de causas sino poder entender la conjunción de factores que hacen posible su concreción.

Bajo los rasgos o características de la personalidad de los individuos, cabe destacar, por su relación con la potencial ideación suicida, a personas con ambición elevada y por otro lado, con estricta rigidez cognitiva. Lo anterior tiene gran importancia porque una persona con una ambición desmedida, al no establecer un balance adecuado entre metas y posibilidades, las altas aspiraciones, sean personales o familiares, podrían conducir a situaciones suicidas (Smith, 1985 en Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2004). Se ha

encontrado que la rigidez cognitiva es un factor limitante altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias de afrontamiento de problemas, lo que determina el aumento del potencial suicida ante situaciones que le generen distrés (Orbach, Ban Joseph, Dror, 1990 en Casullo, Bonaldi, y Fernández Liporace, 2004). En los intentos de suicidio se ha encontrado frecuentemente que los individuos poseen una personalidad rígidamente estructurada, con características obsesivo-compulsivas (Clark y Fawcett, 1992 en Casullo, Bonaldi, y Fernández Liporace, 2004).

Cohen Agrest (2007), indica que entre los factores endógenos (cabe destacar que el término *endógeno* es utilizado por distintas disciplinas para hacer referencia a algo que es originado dentro de una cosa; esto es se hace referencia a algo que se origina o nace en el interior, o que se origina en virtud de causas internas) que pueden llegar a expresar una forma de evasión de una pena intolerable de la cual se quiere huir, podemos mencionar necesidades psicológicas insatisfechas tales como la falta de autoconfianza, la inseguridad o la ausencia de logros, una ausencia de opciones o, cuando menos, dificultades para percibir las, crisis de agresión u hostilidad desplazada hacia el yo que se condensa en un incontrolable odio a sí mismo, una fuerte carga de desvalorización, sufrimiento ante la pérdida de un objeto de amor o la vivencia de una herida narcisista, sentimientos de odio y culpa. Entre los factores exógenos, se menciona la identificación con una víctima de suicidio de su entorno, rasgo que explica el carácter imitativo o en cadena del suicidio. Pese a que no existe una característica específica de personalidad, se observó que quienes atraviesan tentativas suicidas son a menudo individuos inmaduros, egocéntricos, ansiosos, dependientes, hostiles, impulsivos y con dificultades para relacionarse.

Para comprender los factores exógenos, vale la pena considerar que todo individuo, desde su nacimiento, está en relación constante con los miembros de su familia, los que le transmiten tanto información como maneras de regular la misma. La familia funge como su entorno primario y por tanto juega un papel

fundamental y nodal en el desarrollo cognitivo, afectivo y conductual del individuo. Nadie nos enseña, por ejemplo, cómo se combinan la palabra y el gesto, pero las enseñanzas implícitas son más importantes que las explícitas. De esta manera saber “*qué puede decirse, cuándo, a quién y en qué momento*” es una habilidad social que se aprende con los años, pero que no se enseña. La generación de patrones interaccionales, en combinación con los patrones psicológicos y personales, determina la actuación de cada uno de nosotros dentro de la red de relaciones sociales en la cual nos movemos. Si este entorno familiar se fractura o se anula -como por ejemplo en el caso de una separación de los padres o en caso de no recibir atención y valoración- cuando el individuo siendo niño aún requiere de ellos, entonces su capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas en el futuro estará ciertamente limitada. Si por otro lado, el individuo –sobre todo los adolescentes- convive cercanamente a un familiar con conductas antisociales, depresión, alcoholismo, enfermedad mental, etc. es lógico y de esperarse que bien podría llevarse a cabo una identificación con esta personalidad adicta, enferma o antisocial y correr un riesgo suicida (Winnicott, 1984).

Camacho (1999), brinda la siguiente definición de las características y comportamientos del sujeto suicida:

Posibles precursores de la actuación suicida

- Pérdida de salud (real o imaginaria)
- Depresión o esquizofrenia
- Muerte o enfermedades terminales (familiares o amigos)
- Divorcio, ruptura en relaciones o estrés familiar
- Pérdida de trabajo, dinero, casa, estatus, autoestima o seguridad personal
- Abuso de drogas o alcohol

Posibles comportamientos suicidas

- Intentos previos
- Declaraciones explícitas de planeación o sentimientos suicidas
- Desarrollo de plan suicida
- Autolesiones
- Conducta desordenada
- Despedida sin motivos
- Comportamiento verbal ambiguo o indirecto
- Darse por vencido en deseos propios

Sin embargo, cabe destacar dice Camacho, que no todas las personas que se suicidan muestran necesariamente estos signos de advertencia previos al acto.

Y, como posibles factores de protección, señala Skegg (2005), se encuentran los siguientes:

- Apoyo social y actividades familiares
- Afiliación religiosa
- Normas culturales
- En el caso de personas con desórdenes psiquiátricos, uso de medicamentos con litio
- En el caso de trastornos psicológicos, cambio de perspectiva de vida

Las investigaciones realizadas por Rivera Sánchez y Herrera Cruz (2002), han puesto de manifiesto que los suicidas muestran una fase preliminar que se conoce como amenazas de autodestrucción, accidentes, intentos recientes de suicidio o comportamientos que indican una tendencia autodestructiva. Los esfuerzos de prevención habrán de centrarse en este tipo de individuos.

Vale la pena incluir aquí lo reportado en la investigación realizada por Jiménez Tapia, Mondragón Barrios y González Forteza (2007): “La autoestima juega un rol importante durante la adolescencia debido a que encabeza la construcción de una personalidad sólida y estable. Existe evidencia que una baja autoestima podría encabezar un estado de apatía, aislamiento y pasividad. Inversamente, una alta autoestima se asocia con vidas más activas, un mejor control sobre las circunstancias, menor ansiedad y una mejor capacidad para tolerar estrés interno y externo. Algunos autores, señalan, han identificado una baja autoestima como un estado de vulnerabilidad ante el comportamiento suicida. Por lo que, cuando los individuos son vulnerables, como es el caso de los adolescentes, enfrentar factores estresantes o que les impliquen algún riesgo, tales como una depresión, pueden mostrar ideación o comportamiento suicida.

Por su parte, González Macip, Díaz Martínez, Ortiz León, González Forteza y González Núñez (2000), han encontrado que la epidemiología de la problemática suicida, en general, incide en la comorbilidad y la ideación suicida no es una excepción, como lo muestra 60% de los estudiantes que tienen ideación suicida y trastornos afectivos. Los jóvenes se encuentran en un período de fragilidad emocional en el que son frecuentes la depresión y la ansiedad. Actualmente, señalan, en muchos estudios se ha encontrado esta estrecha relación, como lo muestran Roberts y Chen (1995), en los que 81% de los mexicoamericanos y 84% de los angloamericanos presentaron altos puntajes de depresión correlacionados con la ideación suicida como factor de riesgo.

En una vertiente sociológica, como observan Petzelová, Chávez, Valdés, Elizondo, Carabaza y Ewald (2007), Emile Durkheim realizó una descripción de los diferentes tipos de suicidio, que sirve a esta investigación para definir las características de los actores suicidas, bajo otra perspectiva:

El suicidio egoísta es definido como un acto individualista, de una persona no bien integrada a la sociedad y probablemente con escasa integración familiar, con

escasos si no ausentes, lazos significativos. Un individuo que por ejemplo sufre la pérdida del sentido que justifica continuar viviendo y se siente encerrado, extraño y sin salida en el laberinto de su propia existencia, alejado de la sociedad y de los grupos sociales, que no sólo no le atraen sino que le repelen, acudirá al suicidio como salida. El suicidio altruista en contraste con el egoísta, se explica por un exceso de integración social; la elección del suicidio se da en el individuo debido a la fuerte presión de parte de su grupo social y su deber, como parte de esta integración es llevarlo a cabo si así fuese necesario, dado el sentido grupal y la consecuente exigencia moral hacia el interior del grupo y sus integrantes; un ejemplo de ello sería el deber del soldado, a llevarlo a cabo durante el combate. El suicidio anómico por otro lado, es el resultado de un cambio tan súbito en la posición social del individuo que éste es incapaz de “metabolizar” su nueva situación. Un individuo lo lleva a cabo cuando no puede regirse por las normas impuestas por el círculo social al que pertenece, al no estar integrado y vivir por tanto con inestabilidad social; un ejemplo de ello es una persona que siendo alcohólico o habiendo quedado desempleado, decide quitarse la vida debido al rechazo manifiesto de sus semejantes en la sociedad. El suicidio fatalista, aunque relegado a la categoría de mera hipótesis lógica, Durkheim lo conceptualiza como el suicidio cuya causa es una regulación social excesiva y un control insostenible que ejerce la sociedad sobre la mayoría de los actos privados de los individuos particulares.

Trastornos psiquiátricos y enfermedades asociadas al suicidio

La OMS (2004), encontró que el consumo de alcohol tanto como el consumo de drogas, está relacionado de manera sustancial con el suicidio. Los adictos a la heroína se suicidan 20 veces más que la población general. Aproximadamente un 7% de personas alcohólicas se suicida y la consideración del suicidio aumenta si a su vez se presenta una depresión en el individuo. Lo anterior se explica porque una persona alcohólica o drogadicta sufre de rechazo por su familia y por los

grupos sociales a los que pertenece, lo que puede generarle distrés que a su vez degenera en ansiedad y en el peor de los casos en una depresión. Adicionalmente al consumo de drogas, puede presentarse en el individuo cierta asociación con un trastorno de personalidad antisocial, como consecuencia de sus acciones en una vida caótica y desorganizada y por tanto, este trastorno sumado a su adicción podría llevarle igualmente al suicidio. Aunado a lo anterior, la misma OMS encontró que igualmente la depresión y los trastornos de personalidad junto con el alcoholismo, juegan un papel determinante en la consideración de la actuación suicida (Martínez, 2007).

López Sánchez (2006), considera que algunos problemas como el suicidio, la ansiedad, la inestabilidad emocional, la escasa adaptación social, la depresión, la anorexia y la bulimia, se presentan más frecuentemente entre los homosexuales que entre los heterosexuales y parece lógico que así sea debido al rechazo colectivo de las familias, las escuelas y las sociedades.

De acuerdo a Rojas (2008), -quien realizó una investigación en una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados y a quienes les practicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)-, encontró que la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y las depresiones denotan una alta tendencia a la consideración suicida.

Kaplan y Sadock (1999), destacaron las características de los esquizofrénicos, a saber: ser joven, sexo masculino, soltero, intento previo de suicidio, tener cierta conciencia de enfermedad, vulnerabilidad a la depresión y alta reciente del hospital. Asimismo encontraron que el suicidio es la primera causa de muerte en jóvenes con esta enfermedad. Señalan que alrededor de un 50% de los pacientes con esquizofrenia intentan el suicidio al menos una vez en su vida y que entre un 10 y un 15% de ellos mueren por suicidio durante un período de seguimiento de 20 años. Durante los primeros años de la enfermedad hay mayor riesgo de suicidio (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005).

Bernard y Trouvé (1978), encontraron que los esquizofrénicos, quizás con un buen funcionamiento premórbido y que luego de una recaída mejoran adquiriendo cierta conciencia de enfermedad pueden “darse cuenta”, hasta cierto punto, de los efectos devastadores de su enfermedad y ver el suicidio como una alternativa *razonable* ante el temor a una nueva internación. Sostienen que se observa que los esquizofrénicos que son dados de alta después de haber sido internados, conservan cierta inquietud por su estado del cual no hablan ni comparten con otros. Ante una visión negativa de su futuro y dificultándose su reinserción en la sociedad se suicidan o lo intentan después del alta (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005).

La esquizofrenia no necesariamente *per se* lleva al individuo al suicidio. Más bien, según Farberow (1969), se debe al hecho de que cuando el individuo esquizofrénico lo lleva a cabo, está atravesando por momentos de tensión grave, con un comportamiento inquieto, ansioso de encontrar soluciones, con una situación de vida demasiado difícil o demasiado tensa para que pueda afrontarla sin ayuda y consecuentemente con la incapacidad de encontrar una mejor salida; lo que sería un indicativo de que el esquizofrénico se suicida no por quitarse la vida en sí, sino que no se siente parte de la sociedad a la que pertenece, por tanto su motivación para vivir su propia vida es limitada y no posee objetivos concretos en ella; a lo que Kaplan (1994), da la siguiente explicación: “se puede decir, concluyendo, que el sujeto esquizofrénico, mediante su suicidio, sólo pretende patentizar “la muerte civil” que siente y que en gran medida es cierta”. La esquizofrenia se presenta generalmente entre los adolescentes o los adultos jóvenes -particularmente en los varones- y se contempla que un 10% aprox. de los individuos con este trastorno poseen más riesgo de suicidio (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005).

Por otro lado y no menos importante, se encuentra la depresión, que de acuerdo a González Forteza (2008), “*es sustancialmente peligrosa cuando se asocia al*

suicidio pues al tornarse crónica, potencializa que el individuo tenga en primera instancia pensamientos de muerte, en una segunda etapa, al estar deprimido, comienza a pensar en las formas de suicidarse, después lo intenta y en una cuarta etapa lo consuma”.

Rehm (1988), dice que los depresivos no perciben el mundo objetivo de un modo distinto, sino que distorsionan las inferencias e interpretaciones de los hechos objetivos; la percepción y juicio que hacen de sí mismos es realista mientras que el sesgo de optimismo está distorsionado respecto a los juicios de los demás. Asimismo no presentan sesgos en sus percepciones inmediatas pero sí en sus recuerdos (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005).

La depresión, de igual manera, implica una fuerte tendencia hacia la consideración del suicidio. La depresión se presenta en el individuo cuando ha sufrido una pérdida de persona, de posición o de afecto por ejemplo, donde ha depositado su propia autoestima y ante la pérdida y su poca capacidad de manejo de situaciones adversas se ve envuelto en una depresión exógena que de no atenderse podría degenerar en una depresión endógena crónica y llevar al sujeto a la consideración del acto del suicidio. Otro aspecto a destacar en cuanto a la depresión, es la cercana relación que ésta posee con un comportamiento paranoide que se presenta previa o posteriormente al desenlace depresivo y que el paciente regularmente presenta. Sin embargo la psicodinamia que presentan las depresiones no se explican como el desencadenante hacia la consideración del suicidio. Una persona deprimida no necesariamente se suicida, tanto como un suicida no necesariamente ha presentado previamente una depresión. Recordaremos que la consideración del suicidio es multifactorial y aunque la persona deprimida puede tener una fuerte tendencia al suicidio, no es de manera alguna *per se* un determinante del suicidio. Cabe indicar sin embargo que en los pacientes deprimidos el suicidio es más probable al comienzo o al final del episodio depresivo. Como sucede con los pacientes psiquiátricos, los meses que siguen al alta hospitalaria son una época de alto riesgo. Kaplan en 2004, indica

que un tercio o más de los pacientes deprimidos que se suicidan, lo hacen dentro de los 6 meses siguientes a la salida del hospital, lo que muestra el peligro de las recaídas (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005). Gould et al. (2003) dice que la desesperanza juega un factor aún más decisivo para la consideración de un suicidio que la depresión misma, como mucho se especula. Sin embargo aproximadamente un 15% de las personas con un trastorno afectivo se suicidan durante el transcurso de la enfermedad (García Pohlenz, 2008). Por su parte, Reinecke y Franklin-Scott (2005, en Sandoval González y Solís Lorán, 2008), indican que un individuo con un trastorno depresivo observa una percepción de inadecuación personal y pérdida; la creencia de que los otros son poco confiables, insensibles o indiferentes, que el futuro es sombrío y que carece de control sobre los resultados importantes de su vida. Gutiérrez-García y Contreras (2008), señalan que la depresión, aunque no es una entidad exclusiva, representa un factor de riesgo veinte veces más alto con respecto a otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, con relación a la desesperanza, aseveran que se identifican dos categorías generales de riesgo suicida: una disfunción del control de los impulsos y una predisposición a manifestar una actitud disfuncional (desesperanza y aislamiento social). Apuntan igualmente que la exposición al estrés de manera prolongada lleva a un estado de desesperanza.

A este respecto, y después de las investigaciones realizadas por S. Rado, Farberow (1969), nos dice qué: *“los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. La ira del paciente y su repliegue interior se interpretan como un deseo o un llamado insatisfechos de depender de alguien”*. Rado, nos dice Farberow, señaló la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración.

Un trastorno de ansiedad más una fobia social aumentan el intento suicida pero lo relevante de destacar es que si estos conflictos se presentan junto con una

depresión entonces el riesgo de que el suicidio se consume en estos individuos es bastante más considerable (Kaplan, 2004).

Importante de mencionar, es el hecho de que se ha encontrado cierta correlación entre la depresión y la disfunción serotoninérgica (Sandoval González y Solís Lorán, 2008); más aún, Van Heeringen (2001), encontró la relación entre dicha disfunción y la actuación suicida, que conlleva una disminución del 5-HIAA - metabolito de la serotonina- y que es parte del líquido cefalorraquídeo. Estas investigaciones propiciaron dar un seguimiento cercano y se encontró que en estos pacientes existía una mayor mortalidad por suicidio. Otros estudios realizados post-mortem mostraron la hipoactividad serotoninérgica en estos pacientes y siendo que la serotonina es el neurotransmisor responsable de inhibir la impulsividad y es moduladora de varios procesos de la conducta y de la relación con otras personas, es obvio que se presenta cierta influencia sobre el comportamiento suicida. En algunas víctimas del suicidio también se han encontrado mayores concentraciones de norepinefrina y disminución de la unión del neurotransmisor con los receptores alfa 2; la norepinefrina participa en los sistemas de recompensa y activación de los sistemas de estrés. Otro marcador implicado en la conducta suicida es la dopamina que es el neurotransmisor de la motivación, la concentración y la apetencia y cuyos niveles normales permiten al individuo iniciar un plan de acción y evitar las interferencias de otros estímulos. Su disminución produce desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción de las necesidades internas, déficit de atención y depresión. El estrés, según Van Praag (2004), precede casi siempre a la actuación suicida, es también precursor de una variedad de desórdenes psiquiátricos, entre ellos el más notable, la depresión.

M. Castañeda (1999), encontró en una investigación realizada por el Columbia University HIV Center for Clinical and Behavior Studies, que en Estados Unidos existen altos porcentajes de consumo de alcohol y drogas en homosexuales de manera regular y que se dan altos índices de suicidio entre adolescentes

homosexuales. Estiman que los suicidios de jóvenes homosexuales, tanto en hombres como en mujeres, representan la tercera parte de todos los suicidios juveniles.

Kaplan (2004), estima que una enfermedad física influye entre un 11 y un 51% en la elección de un suicidio, porcentaje que aumenta con la edad. Las enfermedades que se ha encontrado están asociadas con la consideración del suicidio son: VIH, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares, traumatismo craneal, enfermedad de Huntington y demencia (Azpiroz, De los Santos y Romani, 2005).

Por otro lado, las enfermedades crónicas o graves pueden influir negativamente en el individuo y a más edad del individuo, el suicidio como opción, aumenta. Las enfermedades físicas que se han encontrado asociadas al acto del suicidio son, entre otras, enfermedades cardiovasculares, epilepsia y VIH. La OMS (2008) reportó que el VIH está muy estrechamente relacionado con los trastornos mentales y con el consumo de sustancias. Se encuentra cierta comorbilidad entre el consumo de sustancias y el contagio de VIH. Esto es, ante el consumo de sustancias, se presenta una mayor probabilidad de contagio de VIH y al adquirirlo, mayor probabilidad de trastornarse mentalmente.

Enfoques psicológico y psicoanalítico (diversas tendencias)

En un trabajo realizado por Spindola de Galvi y Velasco Alzaga (1960, en Rivera Sánchez y Herrera Cruz 2002) se postuló la hipótesis de que: *“el desarrollo educativo y sociocultural reprime la expresión de la tendencia destructiva hacia el exterior y al no manifestarla adecuadamente, se introyecta, originando la autodestrucción”*.

Sigmund Freud en 1915, en su obra “Duelo y Melancolía”, decía que las causas del suicidio se encuentran en el inconsciente del hombre, quien tiene una identificación ambivalente de amor y odio a la vez, en sus relaciones objetales. Cuando éstas se frustran, el lado agresivo de esa ambivalencia se dirigirá en contra de la persona internalizada. Freud afirmó que *el suicidio representa la agresión dirigida hacia adentro contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente*. Por su parte, Kaplan (2001), dice que Freud dudaba que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo y reprimido, de matar a otra persona. El suicidio entonces *es como un asesinato en 180 grados*, es decir, como no se puede manifestar sus instintos de muerte hacia la otra persona, lo manifestará entonces hacia sí mismo.

Polaino-Lorente (1985, en Villardón Gallego 1993), definió las características principales de la melancolía o depresión freudiana y que se pueden resumir en: extraordinaria disminución del amor propio; “egotización” en la reacción ante la pérdida del objeto; autocrítica pública de su yo sin ningún pudor; pérdida de la autoestima; la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto; transformación de la pérdida de objeto en pérdida del yo; disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación; rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral, la rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva; tendencia al suicidio como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.

De acuerdo a Mackinnon y Michels (1988), los orígenes de los patrones depresivos se dejan retrasar hasta el primer año de la vida. El joven bebé es entonces el centro de su propio universo psicológico. Se ve a sí mismo como controlando su medio ambiente en aquel estado primitivo de narcisismo omnipotente. Sin embargo, aún si los progenitores tratan de satisfacer todas sus necesidades lo más rápidamente posible, manteniendo así su estado narcisístico, la frustración es inevitable. En efecto, la realidad le obliga a modificar su cuadro

inicial del mundo y a aceptar su desamparo y su dependencia reales de los demás. Este, señalan, es el prototipo de la experiencia ulterior de depresión. De adulto, todo golpe a su estimación de paciente desencadena una reacción depresiva, recreando los sentimientos del bebé que se da cuenta de que necesita a su madre y descubre que no está allí.

Desde una perspectiva Junguiana, el suicidio, para el paciente mismo, podría venir directamente relacionado con un anhelo inconsciente de tener para sí mismo un renacimiento. Este renacimiento se refiere a un renacimiento espiritual -como parte inherente al proceso evolutivo de la vida misma- y no un renacimiento a través de una visión metafísica o de reencarnación. Para entender el concepto junguiano de renacimiento, vale la pena citar a Farberow (1969): *“El símbolo arquetípico de la jornada nocturna del héroe, conectada con la experiencia diaria de la salida y la puesta del Sol es la representación más general del principio anterior”*; esto es, esta jornada nocturna tiene siempre el peligro de terminar en *destrucción* en vez de *en renacimiento*, lo que advertido al paciente más una adecuada ayuda para enfrentarse a ello mediante el análisis, puede llevar al suicida a “renacer” trascendiendo sus tentativas de suicidio y transformarlas en experiencias curativas y dadoras de vida.

Viktor Frankl, fundador de la Logoterapia (*tendencia psicológica*), en su obra “Psicoterapia y Existencialismo” (obra con cariz humanista), argumentaba que el individuo que lleva a cabo un suicidio -suponiendo claro está que quien lo ejecuta se encuentra en su sano juicio- lo realiza en uso de su libertad; sin embargo, la libertad misma tiene ya como premisa la responsabilidad. El hombre, por lo tanto, no puede sustraerse a su responsabilidad ni mediante la más radical de las evasiones de las responsabilidades de su vida, que es la evasión de la vida misma, o sea, el suicidio; con lo que el problema no se soluciona y el individuo no se deshace de lo que huye. Por tanto, no debe importar que no se espere nada de la vida sino estar conscientes de si la vida espera algo de nosotros; vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los

problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo. Un individuo que llega entonces, por elección propia, a atentar contra su propia vida mediante un suicidio puede ser, bajo esta perspectiva, una persona que adolece de vacío existencial, esto es, que no da un significado a persona, experiencia o circunstancia que atravesase por su vida, pues *la base de la existencia se encuentra en el sentido que hallamos a la vida, en el concepto más amplio que ella connota (amor, trabajo, dolor, etc.); cuánto más nos alejamos de éste, más nos acercamos al vacío existencial que no es más que el vestíbulo del suicidio*. Frankl (1994), dice que en opinión de Schopenhauer “la humanidad oscila entre la necesidad y el aburrimiento”. Y Frankl pretende explicar la génesis del sentimiento de vacío que posee el individuo mediante la siguiente explicación: *a diferencia de los animales, al hombre no le dicta ningún instinto lo que tiene que hacer y, a diferencia de los hombres de épocas pasadas, tampoco tiene tradiciones que le enseñen lo que debe ser. Al parecer, ya ni siquiera sabe lo que quiere ser* (Vidal García, 2000).

Orbach, Ban Joseph, Dror (1990), encuentran que los sujetos que han intentado o ideado suicidarse, muestran menor versatilidad en las soluciones, menor confrontación directa, menor relevancia de las soluciones, menor afecto positivo y menor orientación hacia el futuro, que los individuos en general. Los autores deducen por tanto que el estilo de afrontamiento de estos individuos es un estilo de evitación y sus soluciones tienden a ser irrelevantes y repetitivas.

Matus (1990, en Rivera Sánchez y Herrera Cruz 2002), plantea que el suicida pasa por las siguientes situaciones antes de tomar la determinación de quitarse la vida:

- a) una larga y dura historia de problemas desde su infancia
- b) una serie de problemas desde la entrada a la adolescencia relacionados con ella

- c) fracaso en la adaptación y manejo de problemas, incapacidad para afrontarlos y pérdida de interés en sus relaciones sociales.
- d) Una reacción en cadena, al ir disolviendo lo poco que queda de sus relaciones sociales significativas, en los días y semanas precedentes al intento suicida.
- e) Un proceso interno para justificarse a sí mismo el suicidio y por lo tanto el manejo y apertura de un canal entre el pensamiento y la acción

N. Farberow (1969), hizo una clasificación de la muerte comprendida por muerte inmediata, muerte premeditada y muerte submeditada. En el caso de la muerte inmediata el individuo no juega un rol decisivo, mientras que en la premeditada y en la submeditada, en la primera lo hace de manera directa, y en la segunda lo hace de manera velada, esto es, no consciente; y la explicación es que los factores psicológicos desempeñan un papel efectivo más no voluntario. Por tanto, el suicidio es una muerte premeditada, -donde “premeditado” no significa deliberado sino que marca la presencia de factores psicológicos no motivantes, como un componente importante en la etiología de la muerte-. El individuo que muere de esta manera se está suicidando pues lleva a cabo la acción que él mismo ha buscado por sí mismo, desempeñando un papel directo en su muerte, consciente de ello; esto es: *mortus de se*.

Por otro lado, Farberow (1969), menciona en su obra, la clasificación que de los diferentes tipos de suicidio realizó Karl Menninger, en su obra titulada “Man Against Himself” (1938): el suicidio está dividido en: crónico, focal y orgánico. Dentro del suicidio crónico se contempla a la gente que tiene adicción al alcohol o posee una psicosis antisocial o se comporta como mártir por ejemplo; el suicidio focal incluye a los accidentes voluntarios, como la automutilación y la impotencia y frigidez, entre otros; y por último el suicidio orgánico donde están involucrados los factores psicológicos en las enfermedades orgánicas. En suma, todas estas nociones de suicidio clasificadas por Menninger, pretenden indicar que el individuo lleva a cabo una autodestrucción parcial y muchas veces lenta, que inclusive

abarca ataques contra el propio cuerpo y que es producida por la constricción de la personalidad general. Por su parte Kaplan (2001), nos dice que Menninger, acorde con las conceptualizaciones freudianas, calificó al suicidio como un homicidio invertido donde se presentan tres componentes de hostilidad: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

La mayoría de las investigaciones que se conocen sobre el apoyo social real que el entorno ofrece a los adolescentes se refiere al círculo familiar. Se considera que el “microcosmos familiar” es el que más influye en este colectivo favoreciendo o dificultando su proceso madurativo. Los factores familiares tienen un importante impacto en la adolescencia ya que, al mismo tiempo que se da la transición física y emocional y el conflicto de roles, el estrés adicional por parte del entorno familiar aumenta la vulnerabilidad del adolescente (Snakkers 1980 y Kerfoot 1987, en Villardón Gallego 1993). Los estudios realizados para medir la relación entre el apoyo social percibido y la conducta suicida llevan a la conclusión de que la percepción que el sujeto tenga acerca de sus relaciones, básicamente al interior de la familia, es un aspecto a tomar en cuenta al tratar de comprender las conductas suicidas. Los suicidas en general perciben de manera más negativa su entorno cercano, incluyendo familiares y amigos, esto es, sienten tener un grupo reducido de gente en quien confiar y de las que esperan apoyo y estima. Lo interesante sería averiguar si esta percepción es genuina, basada en características reales de dicho entorno o si se trata de características más bien propias del individuo en cuestión (Villardón Gallego, 1993).

Importante por considerar en apoyo al párrafo anterior, pero ahora vista desde una perspectiva cognitivo-conductual, está el hecho de que el individuo -al interior del seno familiar- desarrollará ciertas creencias acerca de sí mismo y estas creencias influirán, a través de cierto mecanismo de procesamiento de la información que vaya recibiendo y aprehendiendo, en el cómo se sienta, se piensa y se comporta. Si este sistema de creencias no está bien fundado en la realidad, se constituirá un sistema de creencias irracionales y distorsionadas, que son los pensamientos

automáticos, mismos que pueden representar versiones subjetivas erróneas de lo que en realidad acontece al individuo, haciendo falsas interpretaciones que provocarán comportamientos disfuncionales. Reinecke y Franklin-Scott (2005, en Sandoval González y Solís Lorán 2008), han planteado que las distorsiones cognitivas pueden ser un factor de riesgo para la ideación y conducta suicida, por su relación con la conducta depresiva. Señalando que las personas con tendencia suicida pueden estar bajo una condición de distorsión cognitiva del pasado, del presente y del futuro que les conduzca a vivir en una eterna agonía, que a su consideración sólo podrán acabar con su propia muerte. Por otro lado, indican la importancia del locus de control (percepción de una persona de lo que determina el rumbo de su vida) en el individuo, el cual puede ser interno o externo. Si es externo, el individuo se maneja a sí mismo bajo premisas externas a él mientras que si desarrolla un locus de control interno, éste le guiará idealmente para manejarse con sus propios recursos psicológicos ante las eventualidades cotidianas. Si el individuo atribuye más poderío a los reforzadores externos que a los propios, creará entonces que los resultados de todo aquello que enfrente dependerán de fuerzas fuera de su control personal.

El suicidio, se considera, se presenta entre gente con familiares con antecedentes de suicidio por los conflictos al interior de la familia; esto es por herencia ambiental y no por herencia genética. Aunque se han encontrado factores biológicos (hormonales) que tienen correlación con la ideación suicida y algunos con la depresión, que es la posible antesala de un suicidio (Winnicott, 1984). Cohen Agrest (2007), dice que una historia familiar de suicidio incrementa de tres a cinco veces el riesgo de que un individuo reitere la conducta.

Por otro lado, Baumeister (1990, en Villardón Gallego 1993), en un artículo titulado *“Suicidio como escape del sí mismo”* defiende que las personas con tendencias suicidas tienen un concepto de sí mismo negativo, no acorde con su ideal del yo. Fácilmente puede comprenderse entonces que Baumister entienda el suicidio como un “escape de sí mismo”, en el sentido de que el sujeto pretende escapar de

un conocimiento de sí negativo y de los afectos, también negativos, que dicho conocimiento genera, mediante el suicidio.

Aaron Beck en 1967, desarrolló la terapia cognitiva conductual, propuesta para un amplio espectro de trastornos psiquiátricos, entre otros, las conductas de riesgo suicida. Se trata de un modelo cognitivo conductual, que como su nombre lo indica, examina las creencias con las que el paciente construye y entiende el mundo -sus cogniciones- y conductual, porque trabaja con sus respuestas comportamentales. Entre sus lineamientos terapéuticos, propone una combinación de estrategias y técnicas diseñadas con el propósito de modificar las distorsiones cognitivas y por tanto, permitir a los pacientes enfrentarse mejor a sus problemas psicológicos e interpersonales. Especialmente importante fue su uso de variables psicológicas en la predicción. Beck descubrió que la falta de esperanza es el factor psicológico clave que lleva a la gente a quitarse la vida. Esta carencia, junto con la ideación suicida consiguiente, puede ser cuantificada en pacientes con depresión y reducida a través de la intervención de la terapia cognitiva; pues el individuo con ideaciones suicidas presenta una acentuada rigidez cognitiva y vive aferrado a ciertos esquemas o patrones cognitivos estables que obstaculizan toda capacidad de evaluar soluciones alternativas (Cohen Agrest, 2007).

Granados-Cosme y Delgado-Sánchez (2008), argumentan que la conducta suicida 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 de la vida.

Diversos autores consideran que la presión académica influye en el intento suicida, al padecer los estudiantes fracasos escolares y se considera que el estrés se presenta debido a la percepción de haber fracasado por no cumplir las expectativas propias o más aún las de los demás. Sin embargo Delisle (1986) y Lester (1991), hacen notar que muchos de los sujetos vinculados con conductas suicidas puntúan alto o muy alto en las escalas de medición de la inteligencia (Villardón Gallego, 1993).

Thomas Szasz en su obra *"The Ethics of Suicide"*, escrita en 1971 (Cohen Agrest, 2007), dice que existen gestos suicidas que no se consuman y que no pasan de ser meras tentativas, pues éstos expresan por lo general, los deseos de un individuo de tener un mayor control ya no sobre sí mismo, sino sobre otros individuos (el caso del individuo abandonado que cree que, tentativa de suicidio mediante, va a persuadir a su amante a que regrese, por ejemplo).

En general, los enfoques psicológico y psicoanalítico, como se indicó, sirven de fundamento en la investigación que ha realizado para contextualizar más ampliamente la actuación suicida, dado que brinda el conocimiento acerca de las características mentales, comportamentales y cognoscitivas del individuo; así como el comprender su funcionamiento psíquico, derivado de la relación con su ambiente primario y secundario y su correspondiente y posterior desarrollo.

De manera complementaria, a continuación se profundiza en el enfoque sociológico, *debido a la influencia que el ambiente circundante -la sociedad- ejerce sobre el individuo*, como se sabe. Posterior y finalmente el enfoque filosófico brindará a esta investigación una perspectiva lo más integral posible, al conocer la posición que ha destacado a pensadores, filósofos y teólogos a lo largo del tiempo, iniciando desde la Antigua Grecia, hasta nuestros días.

Enfoque Sociológico (diversas tendencias)

Es un hecho que la sociedad y la familia son el medio nutricional del que emerge gradualmente la identidad de una persona. La identidad del grupo estructura el contenido de la identidad personal. A medida que el individuo madura, logra una identidad que es a la vez individual y social, y ambos aspectos no son claramente separables.

Aristóteles fue un pionero en considerar a la muerte voluntaria como un agravio a la sociedad. Observa que la sola posibilidad de que alguien pueda tratarse a sí mismo injustamente es en sí paradójica: un único y mismo individuo no puede ser, en el mismo acto, verdugo y víctima. Asimismo apelando al ámbito jurisprudencial, Aristóteles se responde que si el suicida sólo faltara a sí mismo, la ley no debería calificar de delito al suicidio, aunque de hecho lo califica de tal. Pero si el suicida no comete una injusticia contra sí mismo, pese a lo cual comete un delito, entonces ¿contra quién lo comete? Su interés fundamental era trascender el plano individual y evaluar el acto suicida en el marco de la comunidad. Nos dice Cohen Agrest (2007), que Aristóteles argumentaba lo siguiente, a favor de evaluar el suicidio en el marco de la comunidad: *“Por eso la ciudad misma lo castiga y una cierta deshonra se ciñe sobre el que ha cometido una injusticia contra la ciudad”*. El argumento social fue defendido de modo semejante por Immanuel Kant en su obra *La Metafísica de las Costumbres* en donde argumentaba que *“quitarse la vida puede considerarse también como una transgresión hacia otros hombres (de uno de los esposos hacia el otro, de los padres hacia los hijos, del súbdito hacia la autoridad o sus conciudadanos)”*. Cabe destacar que Kant va aún más allá indica Cohen Agrest (2007): a su criterio, toda vez que alguien se autoinflinge la muerte, con su acto presuntamente individual, afecta a la humanidad toda pues *destruir al sujeto de la moralidad en su propia persona es tanto como extirpar del mundo la moralidad misma en su existencia, en tanto en cuanto depende de él, moralidad que, sin embargo, es fin en sí misma*. Asimismo, entre las razones de cuño comunitario, la muerte voluntaria no fue vista meramente como un agravio a la

sociedad. En otra de sus vertientes, el suicidio fue señalado críticamente como una privación a la sociedad, de la contribución personal. Esto es, todo individuo, por ser miembro de una determinada comunidad social y hacer uso de los bienes que esa comunidad le ofrece, contrae una suerte de deuda para con la misma. Y dado su carácter de deudor, no tiene el derecho de privarla, quitándose la vida, de su presencia y productividad. D. Hume por su parte, supone que los hombres -a cambio de protección y seguridad- pactan entre sí colaborar con el aporte de aquellos bienes producidos por cada uno a la comunidad de la cual forma parte. Señala que *“todas nuestras obligaciones de hacer bien a la sociedad parecen implicar algún bien recíproco. Yo recibo beneficios de la sociedad y por lo tanto me veo obligado a promover sus intereses”*. Su aporte distintivo consiste en que completa esta verdad que goza de consenso interrogándose: *pero cuando yo me aparto totalmente de ella, ¿podré seguir estando atado a esas obligaciones?* El contrato perdería vigencia una vez que uno de los miembros renunciara a ser partícipe del mismo, en cuyo caso quedaría eximido de toda obligación. Observa que en ciertas circunstancias, el suicida incluso no sólo no hace daño alguno a la sociedad sino que, en todo caso, deja de producirle bien. Por otro lado, Hume argumentaba que si en lugar de promover los intereses sociales, el individuo se convierte en una carga, el acto suicida, no sólo es inmoral sino que puede considerársele hasta obligatorio, pues con él se libera a la comunidad de los costos sociales y de las erogaciones económicas que demandan su manutención y cuidado.

En el siglo XVIII los trabajos empíricos sobre el suicidio podían ser clasificados en dos grandes grupos. Uno de ellos estaba dado por el estudio de casos individuales, en su mayoría escritos por médicos y psiquiatras, donde se presentaban los resultados de varios años de experiencia clínica. El otro grupo estaba formado por lo que se conoció como los “estadísticos morales”, que se preocupaban fundamentalmente por el análisis de la cifra social de suicidios de las distintas sociedades. Para ellos estas cifras constituían un indicador cuantitativo

para analizar el estado de salud o de la fortaleza moral de la sociedad (Casullo, Bonaldi, y Fernández Liporace, 2004).

En el siglo XIX, Enrique Morselli fue el precursor de una tesis retomada años más tarde por Sigmund Freud, al declarar que *el suicidio y el homicidio son dos caras de un fenómeno único, los cuales estadísticamente muestran ser inversamente proporcionales: a mayor tasa de suicidios, menor tasa de homicidios*. Sin embargo, Emile Durkheim, aunque de acuerdo en dicha hipótesis en general, pone en tela de juicio la tesis de la proporcionalidad inversa al declarar que si la tendencia al suicidio fuera una inclinación subvertida al homicidio, los homicidas, una vez impedidos de ejecutar sus acciones asesinas, serían sus propias víctimas y acabarían por suicidarse. Durkheim inaugura la corriente sociológica, la que considera al suicidio como un fenómeno social; sostiene que en lugar de ser explicado a partir de las motivaciones personales, el suicidio habrá de ser visto como un fenómeno comunitario. Su propuesta se condensa en que la incidencia del medio pone en tela de juicio al sujeto patológico, pues si el suicidio es una enfermedad, la cuestión es la siguiente: ¿quién es el enfermo, el hombre suicida o la sociedad suicidógena? (Cohen Agrest. 2007).

Hacia finales del siglo XIX, al publicar su investigación sobre el suicidio, Emile Durkheim dio inicio a una nueva forma de investigar el suicidio, a partir de una perspectiva estrictamente sociológica; aunque vale la pena constatar que los aspectos que analizó en sus investigaciones habían sido ya planteados por otros autores, pero tal vez no de manera sistemática como lo hizo él. Por tanto la labor de Durkheim podría ser considerada como la continuación o el punto de mayor desarrollo dentro de la tradición de los “estadísticos morales”. La aportación de Durkheim consistió en que no se limitó a constatar relaciones particulares sino que desarrolló una teoría sociológica abarcativa que le permitiese dar cuenta de las regularidades existentes y planteó que únicamente los factores sociales son pertinentes para explicar las variaciones en las tasas de suicidios Finalmente los trabajos realizados por Durkheim colocaron al suicidio como una *enfermedad*

social que refleja la extensa enajenación y la anomia al interior de la sociedad (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace. 2004).

Mientras que los estadísticos morales (Pléyades de estudiosos de cuyos trabajos Durkheim obtuvo gran parte de la información que posteriormente le sirviera para sus investigaciones) estudiaban la influencia de los factores del más diverso carácter, Durkheim encontró que las correlaciones empíricas ya establecidas le permitieron demostrar que en las sociedades modernas los grupos sociales con mayor cohesión social son los que presentan las tasas más bajas. Esto es, la integración social resultante de la participación en una sociedad religiosa, doméstica o política y a la regulación moral que conllevan esas actividades, es lo que determina una mayor preservación de la vida. Por tanto, la riqueza de la explicación de Durkheim radica en vincular un hecho en apariencia tan individual como el suicidio con las características propias de los distintos tejidos sociales a los que estos sujetos pertenecen. Según esta explicación, las personas actúan y se relacionan creando vínculos que dan lugar a la constitución de grupos o comunidades mayores. Cuando estos vínculos sociales se repiten y adquieren una cierta estabilidad o permanencia, tienden a desarrollarse en el grupo valores y normas comunes que regulan las conductas de sus miembros, a la vez que generan en ellos el sentimiento de pertenencia a un colectivo mayor. Al participar activamente en la vida social del grupo, los individuos internalizan valores e ideas colectivas y sus deseos y aspiraciones personales se vuelven más coincidentes con los de los demás miembros del grupo, reforzando la solidaridad entre ellos. Al incorporar los valores colectivos el individuo se siente parte de algo mayor que sobrepasa y trasciende a las propias personas que lo conforman. En estas situaciones en las que la vida individual se confunde con la vida social, los problemas personales se empequeñecen y el individuo se encuentra más protegido frente a aquellos acontecimientos que podrían llevarlo al suicidio (Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace. 2004).

Ackerman (1977), por otro lado, dice que la identidad del individuo se refuerza o se debilita en la participación en el grupo. En un sentido positivo, un individuo puede afirmar su fuerza a través de la participación en el grupo. Por otra parte, cuanto más débil es el sentido que una persona tiene de su identidad individual, mayor es la necesidad del apoyo del grupo. Cuanto más profunda es la ansiedad sobre sí mismo, más intensa es la dependencia por la pertenencia al grupo. En este contexto, el rol social significa una función compensatoria defensiva y negativa. Los cambios sociales que se viven en la actualidad dificultan la comunicación y las relaciones sociales, tornando al individuo en un ser aislado. Trout, (1980) dijo que *“se debe concluir que el aislamiento social juega un papel directo en el suicidio... si el aislamiento social es una condición primaria de los actos suicidas, para prevenir estos actos, el individuo tiene que funcionar adecuadamente en sus relaciones interpersonales significativas”* (Villardón Gallego, 1993).

Canetto (1997), informó que *“las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de morir en sus intentos de matarse”*. Lo anterior tal vez se explique debido a que desde su perspectiva, la sociedad occidental ofrece modelos diferentes según el género, relacionados con decidir poner fin a la propia vida; así los suicidios son más inaceptables para las mujeres en la medida que implican un nivel de autodeterminación que se percibe incompatible con el ideal de feminidad. Se toleran más los intentos de suicidio en términos de pedido de ayuda en las mujeres, mientras que para los hombres prevalece el rol de salvador o de sujeto asertivo que realmente pone fin a su vida (White y Stillon, 1988). Villardón Gallego (1993), en su investigación acerca de la diferencia en la ideación suicida en cuanto al género, encontró que aunque las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un menor autoconcepto, presentan más razones importantes para vivir que los varones.

Villardón Gallego (1993), propuso un modelo que involucra los diferentes aspectos de un contexto socio-individual, mediante una visión integradora explicativa de la conducta suicida:

MODELO SOCIOINDIVIDUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

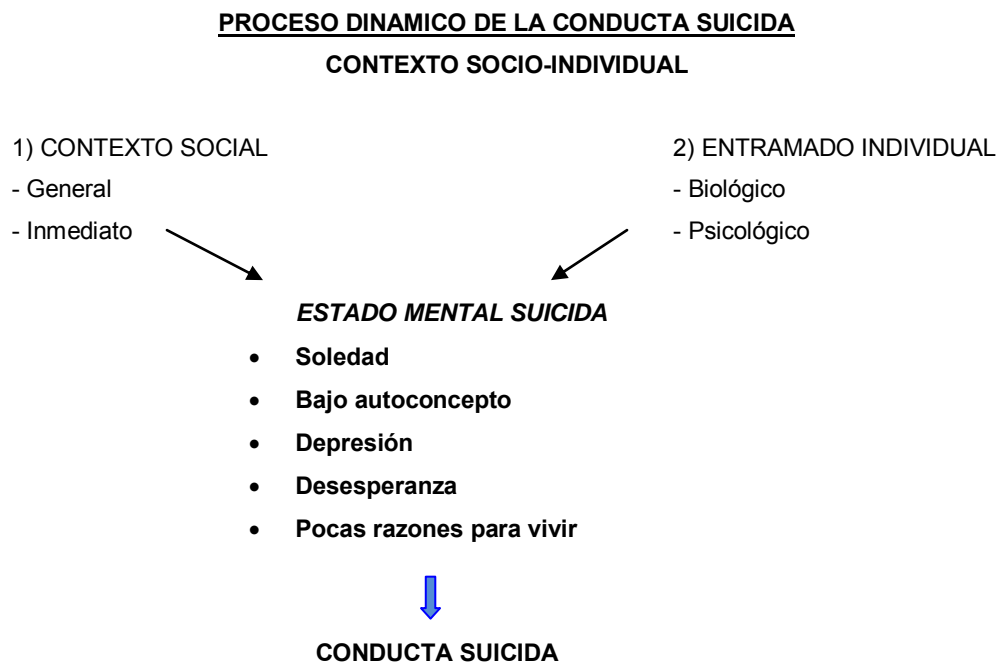
CONTEXTO SOCIOINDIVIDUAL

<u>GENERAL</u>	<u>INMEDIATO</u>	<u>BIOLOGICO</u>	<u>PSICOLOGICO</u>
Normas e integración social	Situaciones estresantes	Enfermedades psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, etc.	Período evolutivo deficiente
Valoración suicidio	Conducta suicida en entorno		Características de personalidad y cognitivas
Imitación	Escaso apoyo social		Débil modo de afrontamiento
Actitudes	Características propias sociodemográficas que influyen		Baja tolerancia al estrés

De acuerdo a este modelo, el contexto socioindividual le influye al individuo para optar por la actuación suicida de acuerdo a estos 4 aspectos. Esto es, la explicación sería que de manera general, como integrante de una sociedad le influyen las normas y el cómo se integra a los grupos sociales, tanto como su evaluación de lo que significa la actuación suicida (la imitación -debido a los medios de comunicación- y las actitudes que aprehende en su entorno cercano primario y secundario). En el aspecto inmediato, se presentan situaciones que le generan distrés; puede estar involucrado cercanamente con individuos con antecedentes suicidas; es factible cuente con escaso apoyo social, lo que le significa aislarse y sus características sociodemográficas lo “marcan” de alguna manera en su comportamiento y en sus decisiones. En el aspecto biológico pueden presentarse trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia o trastornos de personalidad; y finalmente en el aspecto psicológico sus

características propias de personalidad, sus creencias, sus hábitos, su desarrollo evolutivo en general pudo haber sido deficiente mostrando un modo débil de afrontamiento ante las situaciones complejas de la cotidianidad de la vida, llevándolo al conflicto.

Estos 4 aspectos se reducen a dos aspectos: 1) contexto social y 2) contexto individual, como a continuación se describe, para significar el proceso dinámico de la actuación suicida desde su origen hasta su fin, que desemboca en un estado mental suicida que prácticamente de manera consecuente *per se*, genera una conducta suicida:



El modelo propuesto es un modelo progresivo y de vulnerabilidad en el que se parte del supuesto de que las características estresantes del entorno junto con las características individuales y ambientales pueden explicar la conducta suicida y por separado, algunas de estas características podrían predecir dicha conducta. Al aumentar los niveles de algunas o todas las variables psicosociales, se incrementa la letalidad del suicidio en un proceso circular en el que muchas de las variables se influyen recíprocamente; aunque existe la posibilidad de que un

comportamiento suicida tenga lugar sin la presencia de todos estos factores de manera conjunta.

Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace, 2004), observan que los investigadores (aunque no destacan cuáles), pocas veces son conscientes del sesgo cultural que pueden tener muchas de las afirmaciones que expresan. Dicen que éstos se encuentran absolutamente convencidos de que todo lo que responde a una visión judeo-cristiana-occidental y urbana de los hechos y fenómenos humanos es en sí misma incuestionable y válida para todos. La psicología cultural contemporánea ha incorporado en su léxico dos términos que pueden ser muy útiles para una comprensión del tema que se analiza: ético y émico. Con origen en los términos de la lingüística fonético y fonémico, aluden a la universalidad o particularidad que tienen los significados de los conceptos e ideas que utilizamos. Se considera que un constructo o concepto es ético en la medida que pueda garantizarse su existencia y comprensión general; se le denomina émico si sólo sirve para enunciar y comprender ideas y acciones propias de un sistema cultural. En el marco de este contexto es necesario plantear en qué medida lo que se afirma acerca de la muerte, el suicidio, los comportamientos autodestructivos, es universalmente válido o debe ser considerado en términos de propuestas émicas. Con el fin de ejemplificar la propuesta dada por los autores, se recurre a la investigación realizada por Shiang, Blinn y Bongar (1997, en Casullo, bonaldi y Fernández Liporace 2004) quienes investigaron los comportamientos suicidas en las sociedades anglosajona y china. Se considera que las diferencias principales se centran en su distinto modo de estructurar al *self*; esto es, los anglosajones privilegian la independencia y la autonomía, mientras que la sociedad china enfatiza las interrelaciones y la interdependencia entre los miembros de la comunidad. Ante un acto como el suicidio, un occidental se preguntará ¿por qué? Mientras que un asiático se planteará ¿qué ha provocado esta situación? ¿quién es responsable? Por tanto, para ubicar el contexto en el cuál el individuo recurre a la ideación suicida como la opción ante sus problemáticas, es conveniente tener presente que cada cultura construye representaciones acerca de los

comportamientos según sexo, valores, creencias y expectativas vinculadas a ellos. Influyen también, de manera bastante significativa, las creencias religiosas hegemónicas.

Petrzelová, Chávez, Valdés, Elizondo, Carabaza y Ewald (2007), señalan que hoy en día, algunos autores (no puntualizan a quiénes se refieren), observan que los deberes hacia uno mismo proclamados por la moral individual de las sociedades occidentales del siglo XIX, han sido desplazados. Actos como el suicidio, que antes provocaban el rechazo, empiezan a ser vistos de manera comprensiva e indulgente. En la actualidad el suicidio es visto como un signo de desesperación o depresión; como una consecuencia de la incomunicación y la falta de afecto o bien como un gesto de autoliberación. *“El referente psicológico ha eclipsado los mandatos imperativos de la moral individual el deber de conservarnos con vida se ha vaciado de su sustancia, lo hemos reemplazado por el derecho a no sufrir sin que por eso se haya desculpabilizado totalmente el acto suicida”*. La sociedad considera la fragilidad psicológica, exime al suicida de toda culpa y deposita la responsabilidad de ese evento en las personas más cercanas a la víctima, es decir, en aquellos que no pudieron o no supieron impedir el acto de autodestrucción. De ese modo, la cultura fundada en los deberes hacia uno mismo ha sido desplazada por las explicaciones psicológicas y por las exigencias de apoyo efectivo a las personas que nos rodean.

Enfoque Filosófico (diversas tendencias)

Para la filosofía en general (*considerando se ocupa del estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones tales como la existencia, entre otras*), el suicidio eleva una multitud de interrogantes conceptuales, teológicas, morales y psicológicas. Las complicaciones filosóficas emergen cuando se trata de caracterizar al suicidio de manera precisa, presentando resultados intrincados acerca de cómo describir y explicar la conducta humana. En la Enciclopedia

Stanford de Filosofía (2008), se destaca que no es claro y que aún existen desacuerdos conceptuales acerca de la naturaleza del suicidio. Por otro lado, igualmente se reporta en la misma Enciclopedia, no menos relevante por considerar, el hecho de que se presentan casos donde el individuo pretende lograr algún beneficio propio con su actuar, esto es, con el intento suicida. La intención primaria no es morir, sino conseguir su objetivo; sin embargo este individuo sabe que está arriesgándose al grado de poder encontrarse con la muerte y aún así persistir en el intento con tal de lograr lo que se propone.

El estudio del suicidio tiene sus orígenes en tiempos remotos hacia la era de Sócrates, Platón y Aristóteles. Se encuentra que en ciertos pasajes platónicos, donde hace su protoaparición la imagen del puesto de guardia como la sede donde los hombres, cual centinelas y bajo la atenta supervisión de los Dioses, son los responsables de cuidar de sus propias vidas (Cohen Agrest, 2007). Igualmente encontró en sus investigaciones que en la obra "*El Fedón*", Sócrates comienza su discurso refiriéndose a una teoría (logos) que declara que "los hombres estamos en una especie de prisión y que uno no debe liberarse ni evadirse de ella"; esto es, nos dice Cohen Agrest: *la vida sería un estado de cautiverio y el cuerpo, una prisión donde cumplimos nuestra condena existencial*. Aunque Platón consideraba al suicidio deshonroso y un acto cobarde, Cohen Agrest dice que sin embargo en sorprendente contraste, asumía una posición condescendiente hacia el mismo acto. Nos indica textualmente que "*esta ambigüedad se expresa acabadamente en el Fedón, donde se describen los últimos momentos de la vida de Sócrates, quien parece aceptar regocijado la proximidad de su fin*". Lo anterior se explicaría por lo declarado por Platón en uno de los pasajes de su obra: "*el verdadero coraje no reside en ir en busca de la muerte. Lejos de ello, es una aptitud anímica, una ascesis del temor, una práctica encaminada a la liberación del espíritu y al logro de la virtud*". Sócrates, por su parte, observa que "*el filósofo genuino es aquel que se encuentra no sólo preparado, sino hasta deseoso de morir, aunque -adviertese deseo no debería ser realizado, pues pasar del deseo al acto, atentar contra la propia vida es criminal*".

El platón ya anciano, en su obra *Leyes*, Libro IX, se volvió hacia la cobardía en la evaluación moral del suicidio; argumento posteriormente tomado por Aristóteles, Tomás de Aquino y Kant. Aristóteles completó tal argumento, caracterizando a la valentía como el justo medio entre un exceso -la audacia o temeridad- y un defecto: la cobardía. Textualmente decía *“darse muerte por querer escapar a la pobreza, o como consecuencia de desengaños y tristezas amorosas o de cualquier otra aflicción, no es propio de un hombre valiente, sino más bien del cobarde”*. Platón dice igualmente en su obra, que los que mueren por suicidio habrían de ser inhumados en lugar aislado, sin vecindad con alguna otra tumba, situados en lugares desiertos y sin nombres que designasen sus tumbas (Cohen Agrest, 2007). En Roma por ejemplo, eran indulgentes con las personas suicidas de quienes la intención era superar un hecho deshonroso o con una vida aburrida; pero para el caso de los soldados, los esclavos y las personas acusadas de algún delito, el hecho era inadmisibles (Sarró y De la Cruz, 1995).

Los estoicos defendían la idea de que la muerte se ofrece al individuo como una especie de sueño liberador de una breve e infeliz existencia; por lo que vivir la vida si sólo habrá sufrimientos, no vale la pena y lo mejor es ponerle un término. El argumento de la vida como propiedad divina se retoma más tarde por Flavio Josefo (37-100 d.C.), que inaugura dentro de la tradición judeocristiana, uno de los argumentos con mayor peso en contra de la muerte voluntaria. En el juego de intereses entonces vigente, la vida humana pertenecía ineludiblemente a su Creador así como cualquier propiedad pertenece a su dueño y cometer un suicidio equivalía al pecado de robar, pues se privaba a Dios de aquello que legítimamente le pertenecía (Cohen Agrest, 2007).

Aristóteles creía que una piedra cae, no porque es atraída por la gravedad terrestre sino porque es más pesada que el aire y al hacerlo busca su lugar natural que es la tierra. Gracias a este presunto principio de explicación, de modo análogo se describieron muchos fenómenos naturales, como el que sostiene que la muerte

voluntaria es un acto que desafía el orden regido por la ley natural, norma constante e invariable de las cosas, nacida de la causa primera -Dios o de sus cualidades intrínsecas- (Cohen Agrest, 2007).

Tomás de Aquino, en el siglo XIII, aseveraba que mientras quien se somete al castigo no sólo expía su culpa sino que se permite la revisión de su proceder y eventualmente el arrepentimiento, el suicida en cambio, en la medida en que suprime el tiempo propicio para la penitencia, se priva a sí mismo de la posibilidad del sentimiento redentor. Desde el punto de vista sociológico, Tomás de Aquino consideró al suicidio como una injuria del individuo hacia la comunidad que le dio albergue; afirmó que *“todo lo que el hombre es, pertenece a la sociedad”* y sustraerse voluntariamente de ella es un acto por el cual se la daña injustamente. Hacia principios del siglo XVII John Donne denunció el carácter paradójico de la crítica al suicidio en nombre de los moralistas cristianos. Escribió *Biathanatos*, el ensayo más exhaustivo sobre el suicidio, en el cual aunque de manera confusa, expresa la tesis de que el homicidio de “sí mismo” no tiene por qué ser considerado naturalmente un pecado y puede ser concebido de otra manera. La interrogante para Donne era saber si la muerte voluntaria era una violación de la ley natural instituida por la Providencia y si podía ser la respuesta obediente a un llamado divino o si el suicidio acaso contrariaba la ley natural de la autoconservación; pues las interpretaciones seculares eran que el ser humano podría querer sujetarse a la vida incluso cuando se encontrara sumergido en un presente deplorable y a la espera de un futuro aciago. Sin embargo afirmaba que el deseo de quitarse la vida es un rasgo natural de la constitución humana, tan humano que se necesitó de todo el peso de la iglesia y de la ley civil para evitar que la humanidad se autodestruyera (Cohen Agrest 2007).

Para los filósofos de la época de la Ilustración, el suicidio se concibió diferente; se consideraba la naturaleza psicológica y particulares normas sociales de cada individuo. Baruj Spinoza, en el siglo XVII retoma la idea de la tendencia a la autoconservación y le da un giro original. Cohen Agrest (2007) dice en su obra que

“no sólo no se adhiere a ninguna de las posiciones condenatorias de la muerte voluntaria, sostenidas en nombre de algún tipo de moralidad -ineluctablemente vinculadas a nociones tales como obligaciones, culpas y castigos- sino que va más allá al negar directamente la posibilidad misma del acto suicida”. Spinoza considera que *“ninguna cosa puede ser destruida, sino por una causa externa”* a ella misma. Decía que toda muerte -incluso la muerte natural- resulta de la presión que el medio circundante ejerce sobre el individuo hasta que éste, finalmente, sucumbe a dicha presión y muere. Lo más interesante de lo anterior es que se anticipa a las explicaciones sociogénicas desarrolladas dos siglos más tarde por Durkheim, quien dice que el suicidio es la resultante de la presión ejercida por el medio -en su teoría social- sobre un individuo determinado. Por tanto es lógico pensar que nunca se tiene un genuino deseo de morir, menos aún de destruirse, porque el deseo, piensa Spinoza *“siempre es deseo consciente y el individuo no puede llegar a formarse la idea de su desaparición”.* No obstante, si bien no puede haber un deseo genuino de autodestrucción porque el individuo no puede formarse siquiera dicha idea, el suicida experimenta imaginariamente cierto deseo -por ejemplo sufrir un mal menor o directamente dejar de sufrir- que interpreta como un *deseo de morir*. Por su parte, David Hume consideraba que las actitudes tradicionales respecto al suicidio eran confusas y supersticiosas. Se dispuso a revisar las diferentes interpretaciones del suicidio: una donde se concebía al hombre como centinela de Dios y otra donde se alude a Dios como propietario divino de sus criaturas; con lo que infirió que se contaba con tan sólo dos posibilidades, a saber: que la vida no le pertenece al individuo sino a Dios. Si la vida no le pertenece al individuo, las operaciones llevadas a cabo eran operaciones y forman por tanto, parte de su plan providencial, ante lo cual es tan criminal un acto heroico como un acto suicida. En contrapartida, si la vida pertenece al sujeto, entonces puede disponer libremente de ella (Cohen Agrest, 2007).

El suicidio se considera, desde la perspectiva de un “rol social”, viola la obligación de la persona hacia la sociedad. Así como la sociedad beneficia al individuo para

que tenga una vida digna, el individuo deberá corresponder a esta sociedad, debido al compromiso moral existente. Sin embargo, si el individuo hubiese cumplido cabalmente con estas obligaciones hacia su sociedad, no estará obligado por más tiempo de continuar viviendo si no lo desea así, contando con el permiso moral para dar fin a su propia vida. Más aún, este permiso moral puede extrapolarse a la ayuda a otros a cometer suicidio; siendo que puede ser un riesgo moral debido a que la manipulación, la coerción o la presión pueden ser ejercidas y no tanto por el bienestar del individuo que considerase el suicidio, sino por el bienestar de otras personas o instituciones que estén a su cargo, por ejemplo. Por otro lado, para los existencialistas, el suicidio no era una elección modelada básicamente por los preceptos morales sino por los intereses propios del individuo, como un recurso del alma de “dar significado” a un universo que no lo tenía (Enciclopedia Stanford de Filosofía , 2008).

Desde la perspectiva fenomenológica -que parte del enfoque filosófico- Edwin S. Shneidman (1965, en Cohen Agrest 2007), clasificó al potencial suicida en 4 categorías, a saber: verbales, de comportamiento, situacionales y aquellos que se manifiestan en un conjunto de síntomas como un síndrome. Una suicida verbal es aquél que lo expresa directa o indirectamente, a través de lo que dice claramente o más sutilmente lo que lo hace difícil de detectar. Aquel que muestra indicios de comportamiento también lo hace de manera directa o indirecta, llevando a cabo ciertas autolesiones que no siempre indican necesariamente la intención de matarse y sólo se pretende disminuir la disforia o expresar sentimientos, lo que concretamente se traduce como una llamada de socorro. El potencial suicida de comportamiento: dentro de esta categoría el individuo puede realizar ciertas acciones repentinas como lo son llevar a cabo su testamento, comprar una parcela en el cementerio o un ataúd. El potencial suicida situacional actuará de acuerdo a las circunstancias por las que atraviese el individuo, como lo puede ser una intervención quirúrgica de riesgo, ante la noticia de una enfermedad difícilmente curable, situaciones ante las cuales puede manifestar ansiedad o depresión. El potencial suicida con un síndrome de conjunto de síntomas, presentará

probablemente depresión (cambio en intereses psicológicos que van desde la vida interpersonal hasta aspectos de la vida psíquica en una crisis intrapsíquica), desorientación (presenta alucinaciones o se pierde el contacto con la realidad), desafío (individuos que siempre buscan el control de la situación y del ambiente que les rodea, con un umbral muy bajo de tolerancia a las frustraciones) y dependencia (individuos que dependen de las instituciones de salud debido a sus enfermedades, insatisfechos por el trato que ahí se les brinda, exigentes, alertas y con un grado de tensión alto por lo que tienden a deprimirse y frustrarse).

Asimismo, Shneidman (1976), indica que los componentes psicológicos de la conducta suicida, en su opinión son: hostilidad, perturbación constricción y cese. La hostilidad se ve aumentada en el individuo, previo al suicidio y contra sí mismo; la perturbación está relacionada con estados emocionales negativos, como lo pueden ser el malestar, la pena, la culpa, la amargura; la constricción se refiere a la visión de túnel con que el individuo percibe y hace conscientes los aspectos reales como negativos, tanto como un pensamiento dicotómico; la suma de estos tres factores presentes potencializan en el individuo el deseo de morir. Este autor (1988) conjuga los componentes más propiamente psíquicos, como lo son el dolor y la perturbación, aunados a la presión ejercida por el ambiente y confecciona un modelo teórico representado por el “cubo suicida” en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa. Este enfoque teórico supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica más las orientaciones sociológicas y enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio (Cohen Agrest, 2007).

El suicidio, indica Tamayo Castaño (1969), es una negación del ser y responde cuando no está determinado por una raíz biológica que lo compruebe como patología, a un desorden racional que puede ser reestablecido por medio de una eficaz comprensión de nuestra situación, de nuestra vida, -en términos filosóficos- de nuestra configuración biológico-espiritual y de la unidad indisoluble entre

nuestro cuerpo y alma. *“La raíz del problema está en nuestro pensamiento y en nuestro pensamiento está la solución”* nos dice.

ACTUACION SUICIDA EN EL HOMOSEXUAL

La actuación suicida manifiesta, aunque oculta en apariencia de manera intencional, entre los individuos homosexuales puede explicarse en parte, con el conocimiento del significado del contexto global de la homofobia. El presente trabajo se orienta fundamentalmente hacia ella como uno de los factores detonantes de dicha actuación suicida; empero no menos importante de considerar existen otros factores que pueden conllevar de igual manera a la actuación suicida entre estos individuos. Los factores que se encontraron en común además de la homofobia, en los trabajos revisados y que aquí se reportan, son: adolescencia y/o juventud temprana, baja autoestima, depresión, desórdenes mentales y afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, escasa habilidad de afrontamiento, síntomas de estrés postraumático, orientación sexual, consumo de estupefacientes, consumo de alcohol y desesperanza. La presencia de algunos de ellos puede originar que el individuo homosexual opte por la actuación suicida *-entendiendo ésta desde la ideación, pasando por la intención hasta la consumación del acto-* como vía deseable para evadir la realidad de su condición de vida, adicional a su escasa habilidad de afrontamiento ante las adversidades. Es de hacerse notar que en su mayoría se encontró la presencia de al menos un par de los factores señalados en los individuos homosexuales con actuación suicida, reportados en los trabajos de investigación explorados.

Particularmente se profundiza en este capítulo en los que con su influjo sobresalen para que un individuo opte por la actuación suicida: *fundamentalmente y del interés de esta investigación*, homofobia -social e internalizada-; la adolescencia, la depresión y los trastornos del ánimo y la baja autoestima. Respecto a la homofobia es muy conveniente considerar como partes inherentes a ella *al estigma, la discriminación y la violencia*. El estigma lleva a la discriminación, la que a su vez es una forma de violencia y los homosexuales son violentados

regularmente; por lo que todos estos elementos en su conjunto forman parte de la homofobia.

Los trabajos aquí examinados, desarrollados por diversos autores de diferentes países, fueron publicados en distintas revistas científicas de salud mental, trabajo social, violencia escolar, sexualidad y, juventud y adolescencia. Dichos trabajos fueron seleccionados bajo el criterio básico de que se hubiesen llevado a cabo en un período aproximado de 10 años, esto es de 2000 a 2010 (excepto el de Morrow, de 1993). Lo anterior obedece a que se consideró importante acotar el período por investigar, tanto como que la investigación fuese de aportación reciente, tomando en cuenta se trata de un problema que ha venido emergiendo - de manera pública- debido a la apertura que la homosexualidad está teniendo en distintos ámbitos en el presente siglo. La aportación de estas investigaciones se considera primordial debido a que sustenta la hipótesis del fin último de esta labor documental: *la actuación suicida en individuos homosexuales*.

Por lo que ahondar en la actuación suicida vale la pena al observar que como reporta la ONU, las tasas de suicidio se han incrementado en un 60 por ciento aproximadamente en los últimos 50 años y ese aumento ha sido especialmente significativo en los países en desarrollo. A pesar de que existen tabúes y estigmas en torno al suicidio, cada vez hay más conciencia de que se trata de un grave problema de salud pública (El Excélsior, 2008). Particularmente para el caso de México, el suicidio se ha cuadruplicado en la población de las edades comprendidas entre 15 y 24 años de edad -en el transcurso de quince años- según reporta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). De igual manera el Consejo Nacional de Población (CONAPO) destaca que la tasa de suicidio juvenil se ha incrementado considerablemente entre los 15 y los 25 años, mientras que hace 20 años aproximadamente se presentaba con mayor frecuencia entre los adultos mayores de 65 años de edad. Más grave aún es el hecho de que se han detectado casos de niños que han atentado contra su vida; en los últimos años se han duplicado los casos de suicidio entre los adolescentes de 11 a 19 años.

La depresión, la ansiedad, el estrés, la desesperanza, los sentimientos de culpa y de nuestro particular interés, las exigencias sociales, la soledad y los sentimientos de rechazo, estos últimos derivados de una escasa autoestima, llevan cada año a que entre 4 y 6 mil personas se quiten la vida, señala el Instituto Mexicano del Seguro Social (La Jornada, 2008). La depresión juega un papel relevante como factor clave que podría generar un interés genuino más no sensato, de realizar alguna conducta suicida. La depresión refleja en mucho el miedo que reina entre la población ante adversidades cotidianas y el no saber cómo enfrentarlas; asimismo lleva a que los que la padecen, a enfocar su atención en fracasos, decepciones y sinsabores de la vida, enfatizando con ello los aspectos negativos de toda situación que se les presente, más la desvalorización de sus capacidades y su valía personal.

Las estadísticas encontradas en diversos estudios señalan que los adolescentes que corren mayor riesgo de suicidarse son los que están deprimidos, señala el Dr. Ángel Treviño Labastida (entrevista, El Universal, 2006); lo que se entiende si se toma en cuenta que las personas deprimidas muy a menudo piensan de manera muy limitada, encontrando en muchas ocasiones tan sólo dos salidas para sus problemáticas: la vida o la muerte. Asimismo lo cometen los adolescentes con problemas de alcohol o drogas y los *homosexuales*, ya que éstos últimos enfrentan diversas formas de exclusión social. En la sociedad mexicana se puede apreciar poca tolerancia hacia la homosexualidad, al tratarse de una sociedad con prejuicios de discriminación y de actitudes homofóbicas. Con lo anterior, se puede aseverar que si la homosexualidad es estigmatizada y los homosexuales discriminados, el suicidio entre ellos carecerá del interés necesario como para intentar siquiera la prevención de la actuación suicida en estos individuos. De igual manera no es de asombrarse que no exista información estadística respectiva, pues se trata de un problema que podría asegurarse, impacta y escandaliza a la gente y consecuentemente lo niega; como lo prueba el hecho de que los familiares ante una muerte por esta causa, no lo declaren. Sin embargo, se observa la labor

que algunas instituciones llevan a cabo con el fin de sensibilizar a la población al respecto. Para el caso de México, una labor que se considera loable ha sido la realizada por el CENSIDA, el CONAPRED, el IMSS, el ISSSTE y la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH). Particularmente esta Comisión aporta información sumamente relevante que sirve para sentar las bases del presente capítulo pues señalan que en México no existen cifras oficiales sobre los delitos de que son víctimas los homosexuales y aunque su labor básica es en relación a los crímenes cometidos contra la comunidad y no sobre suicidio, señalan que por cada homicidio denunciado, dos no llegan a oídos de las autoridades; por lo que es de esperarse que exista escasa información con relación al suicidio; lo que por cierto no aplica sólo para el caso de México sino para toda Latinoamérica. Lo anterior puede corroborarse en la ausencia de información concerniente, desde la pública hasta los trabajos de investigación y que como se ha puntualizado, el suicidio se torna en tabú y es estigmatizado. Y como muestra tenemos a McAndrew y Warne (2004), los que observan que la información relativa a los suicidios consumados usualmente procede de estadísticas de mortalidad que en realidad *desvirtúan* la tasa de suicidios entre la población homosexual. Por ejemplo Shaffer y colaboradores en 1995 (en McAndrew y Warne 2004), -señalan los autores- destacan que en general la información estadística sobre los suicidios entre la población homosexual es *sesgada* pues la orientación sexual no figura como parte de la información de mortalidad.

La *Agrupación Proyecto de Concientización Pública Lesbiana y Gay*, mediante entrevista brindada a El Universal (2005) reporta que las investigaciones realizadas por el Dr. Alfred C. Kinsey entre los años 30 a los 50, revelaron que “el 10% de la humanidad es homosexual y que ese porcentaje parece ser el mismo, es decir, constante sin importar el período histórico o la cultura en estudio”. El estigma y la homofobia de las cuales son víctimas aumentan el aislamiento entre ellos, lo que los hace más reacios a dar a conocer su orientación homosexual. Se calcula que dos de cada diez familias mexicanas tienen miembros homosexuales y

que son discriminados (Milenio, 2009). Lo anterior se explicaría si se contempla que aún hoy en día la sociedad es heterosexista y por tanto establece las formas de comportamiento social en base a los individuos heterosexuales, como se ha señalado. El primer lugar en donde la mayoría de los homosexuales recibe violencia es en sus propios hogares; esto es, la violencia nace en casa (Patricia Kelly, El Universal, 2005). Tal violencia intrafamiliar que los vulnera, les disminuye su autoestima y los avergüenza, creándoles muy posiblemente el sentimiento de homofobia internalizada. La violencia física y/o emocional de que pueden ser objeto podría ocasionarles conductas de aislamiento o agresividad que pueden desencadenar severas depresiones que pueden conducir de manera fatalista a la actuación suicida.

Por tanto, los factores relacionados, encontrados en los artículos de investigación, serán revisados a continuación uno a uno, ordenados por su presencia relevante, para la consideración de la actuación suicida entre los homosexuales.

HOMOFOBIA SOCIAL E INTERNALIZADA

El término *Homofobia* bajo su significado corriente es “fobia a la homosexualidad”. Fobia que se encuentra básicamente presente en el individuo heterosexual aunque, ahora sabemos, de igual manera se da en individuos homosexuales. Tomando en cuenta a Green (2005), nuevamente recurrimos a las definiciones que señala:

- a) Aversión (comportamientos y conductas basadas en ella) a la gente gay u homosexual, a su estilo de vida y/o cultura, y
- b) miedo irracional o aversión o discriminación contra la homosexualidad o los homosexuales.

La homofobia es un estigma del rechazo contra la homosexualidad y de acuerdo a Erving Goffman (1963, en Bieber 1967), la estigmatización se utiliza en los casos

de las personas que pertenecen a un grupo considerado “inusual” o moralmente “negativo”.

Del Collado (2000), dice que la homofobia no es el odio a la homosexualidad y los homosexuales, sino el temor, la ansiedad, y el miedo al homoerotismo que pueden presentarse ante el deseo y el placer erótico con personas del mismo sexo. La homofobia, agrega, es la práctica, *socialmente* regulada y avalada, de tener y expresar miedos con violencia; una ansiedad que previamente ha sido creada en un proceso de socialización. “La homofobia es una práctica institucionalizada que consiste en violentar la vida de los demás, en violentar nuestras capacidades y potencialidades humanas. *Tenemos miedo a nuestros semejantes, esa es la raíz más profunda y más personal de la homofobia*”, concluye.

Granados-Cosme (2002), establece que la homofobia masculina es una construcción social derivada del carácter sociohistórico de la sexualidad. Asimismo, al respecto vale la pena considerar a Guasch (2000), quien brinda un juicio que se considera relevante para iniciar con los precedentes de la homofobia: “En nuestra sociedad, el varón ha sido educado para el poder y en el poder. Por ello es difícil que surja un movimiento social amplio e interclasista que pretenda cuestionar su ejercicio. El movimiento gay y la subcultura en que se inserta son el único ámbito donde se ha producido un intento real e interclasista de superar la identidad masculina más clásica. Asimismo se ha estigmatizado y negado lo femenino en el varón, entendiéndolo por femenino cualquier componente emotivo o afectivo, que es valorado negativamente al considerarlo impropio de varones”.

Ardila (1998), apunta que la cultura occidental judeo-cristiana es claramente homofóbica y esto se refleja en la familia, en la escuela, en el mundo del trabajo, en las relaciones interpersonales e incluso en las teorías acerca del ser humano y de su comportamiento. Esa homofobia es tan notable que impregna toda nuestra sociedad; incluso muchos homosexuales la han *internalizado*.

Granados-Cosme (2002), señala asimismo que la estructura cultural define en buena medida a la estructura psíquica, pues cada marco social requiere un modelo de identidad y estructura psíquica que aporten al sistema un individuo útil. La negación de este modelo ideal produce variaciones de la conducta que son consideradas, por la noción predominante de “normalidad”, como “patologías”; al atribuir a un sujeto la categoría de enfermo o desviado se le asigna también cierta condición de incompetencia para que aporte a su sociedad lo que la misma le exige. Vale la pena considerar que la identidad de género se adquiere a través de un complejo proceso individual y social e incluye la transmisión y el aprendizaje de normas sexuales que informan a la persona sobre lo obligado, lo prohibido y lo permitido; no sólo en lo que respecta a la conducta, sino sobre todo en cuanto a la elección del objeto sexual.

Asimismo Granados-Cosme destaca que la adolescencia es la etapa en que se intensifica la homofobia masculina, ya que es la fase de consolidación de la identificación de género, propósito que requiere la exclusión de lo femenino en general y de la homosexualidad, ya que el niño pasa de ser un sujeto cuya sexualidad no existe para la sociedad, a un “*hombre haciéndose*”.

Morrow (1993), establece que los adolescentes homosexuales y lesbianas son un grupo socialmente oprimido y discriminado por una *sociedad heterosexista y homofóbica*. Puntualiza que el uso y costumbre de las sanciones sociales negativas y de las actitudes hacia la homosexualidad contribuyen al sentimiento de ser inapropiado y fuera de sincronía con las normas sociales establecidas. Westefeld, Maples, Buford, y Taylor (2001), consideran que la homofobia y el heterosexismo denotan la suposición de que todo el mundo es heterosexual y la creencia de que las personas heterosexuales son por naturaleza superiores a las personas homosexuales y bisexuales. Lock (2002), apunta que se ha sugerido que la homofobia puede ser una respuesta a ansiedades internas acerca de la masculinidad o la feminidad, a constructos de comportamientos acordes a roles de género muy rígidos o a atracciones homosexuales reprimidas. Por ejemplo en el

ambiente escolar señala Lock, los estudiantes más maltratados son aquellos que no se ajustan a las normas heterosexuales de comportamiento, como lo es la comunidad LGBT. Estas comunidades son el blanco de comportamientos negativos que van desde la sutil exclusión hasta la violencia física y consecuentemente tienen un riesgo elevado de suicidarse.

Morrow (1993), destaca que los niños en general, son a menudo criados con estereotipos negativos acerca de la homosexualidad; lo que se interpreta lleva directamente a que sean homofóbicos; lo que concuerda con Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marin (2001), quienes reportan que entre los factores de opresión social que sufren los homosexuales muy frecuentemente se encuentra la homofobia; reportando que durante la niñez las experiencias más comunes son el escuchar que los homosexuales no son gente normal, que los homosexuales crecen solos y con un gran sentimiento de que su homosexualidad lastima y avergüenza a sus familiares. Por su parte Ehrhardt & Remein (1992, en McAndrew y Warne 2004), sugieren que aunque la mayoría de niños experimenta un período de heterosexualidad, aquellos niños o adolescentes que reconocen su gusto persistente por sus pares masculinos, tienen fantasías o adquieren un comportamiento sexual hacia sus pares y por tanto a menudo comenzarán a cuestionarse acerca de su heterosexualidad. Explican que tales pensamientos, sentimientos y conductas estarán en claro conflicto con su supuesta heterosexualidad creándoles una tensión con su propio *self*; tensión que se exacerbará por el conflicto psíquico que se presenta derivado de la homofobia social; lo que a su vez puede generar conflictos muy grandes que muchas veces no pueden manejar y podrían verse sobrepasados por un distrés emocional que puede llevarles al suicidio.

Ehrhardt & Remein (1992, en McAndrew y Warne 2004), asimismo observan que estas minorías sexuales muy a menudo introyectan dichas actitudes homofóbicas, tornándose entonces en homofobia internalizada; aspecto con el que concuerda Lock (2002), aseverando que estas actitudes homofóbicas son más graves pues

como consecuencia de la violencia sufrida externamente en la mayoría de los casos, quien la sufre llega a odiarse a sí mismo. Y respecto a la homofobia internalizada, por su parte Aube & Koestner (1992, en McAndrew y Warne 2004) señalan que repitiendo ideas de profecías autocumplidas, se sugiere que los chicos con rasgos femeninos podrían llegar a percibirse a sí mismos como son percibidos por los demás y este *autoconcepto negativo* podría a su vez desencadenar un escaso acoplamiento en su vida futura, posiblemente manifestándose como homofobia internalizada.

Por su parte Westefeld, Maples, Buford, y Taylor (2001), aseguran que los adolescentes GLB tienden a sufrir más de depresión, soledad y con menos razones para vivir que los heterosexuales y explican que ello no se debe a su distinta orientación sexual sino debido a factores asociados y recurrentes, tales como el aislamiento, los prejuicios, la discriminación y la soledad. Reportan que estos adolescentes revelan fuertes sentimientos de soledad y aislamiento y riesgo suicida potencial. Paul, Catania, Pollack, Moskowitz, Canchola, Mills, Binson y Stall (2002), a través de una encuesta realizada a individuos homosexuales, reportan que existen dos aspectos de vida que se consideran de transición: el “salir del clóset” y el adoptar una identidad personal y social en base a la propia orientación sexual y por otro lado a los factores psico-socio-culturales como lo son la estigmatización, la discriminación y la hostilidad anti-homosexual.

Por otro lado igualmente relevante, debido al rechazo y al aislamiento que padecen los homosexuales por su orientación sexual, se contempla al *Parasuicidio*; mismo que trata del acto en el que una persona podría intentar contra sí mismo deliberadamente pero que no contempla la muerte como fin último, sino al que se recurre como una manera de propiciar cambios deseados en la conciencia y/o condición social. Harry en 1983 (citado por McAndrew y Warne 2004), mediante un estudio retrospectivo, informa que aquellos que se descubrieron homosexuales experimentaron aislamiento y rechazo de parte de sus pares. Puntualiza que si durante la niñez, sus comportamientos van contrarios

a los esperados de acuerdo a su género, cuando llegan a la adolescencia se tornan en solitarios, aislados e infelices, lo que encuentra fuertemente vinculado al suicidio. Reinher y colaboradores (1995, en McAndrew y Warne 2004), reportan un vínculo entre inconformidad de género en edades tempranas y la ideación suicida. De igual manera Remafedi (1999, en Kitts 2005), encontró consistentemente que la intención suicida está significativamente asociada con factores estresantes psicosociales incluyendo la inconformidad de género, el descubrimiento temprano de la orientación homosexual, la estigmatización, la falta de apoyo, problemas familiares y varios intentos de suicidio.

Scourfield, Roen, & Mc Dermott (2008), quienes llevaron a cabo una investigación con el fin de evaluar el contexto cultural de la actuación suicida juvenil y más específicamente la relación posible entre la identidad sexual y el comportamiento autodestructivo entre la comunidad LGBT, señalan que son víctimas de la homofobia social y de las presiones sociales normativas acordes a su género. Destacan que estos jóvenes experimentan altos niveles de intimidación y discriminación de parte de sus pares heterosexuales. Gibson (1989, en McAndrew y Warne 2004), dice que la discriminación y la estigmatización de la homosexualidad son el origen del comportamiento suicida entre la población juvenil gay y Hershberger & D'Augelli (1995, en Savin-Williams & Ream 2003), señalan que a pesar de no poder dilucidar estadísticamente los mecanismos por los cuales la estigmatización puede degenerar en suicidio, indican que “la asociación existe y no debería ser negada”. La estigmatización, como se ha señalado consistentemente, es parte de la homofobia y se manifiesta en el individuo homosexual de diversas maneras. Tal manifestación por ejemplo puede ser a través de un desorden afectivo, como lo muestra la investigación que llevaron a cabo Gilman, Cochran, Mays, Hughes, Ostrow, y Kessler (2001). Reportan que existen altos riesgos de padecer de algún trastorno psiquiátrico debido al comportamiento homosexual y que este comportamiento en suma con otros factores magnifica el problema. Una de los más comunes es el estrés debido

a la estigmatización y discriminación que origina altos niveles de desórdenes mentales.

Paul, Catania, Pollack, Moskowitz, Canchola, Mills, Binson y Stall (2002), encontraron como resultado de su labor que el 21% de la población entrevistada había ideado suicidarse y el 12% lo había intentado. De este porcentaje al menos la mitad lo había intentado más de una ocasión. Los autores hipotetizan -debido a que la mayoría de intentos de suicidio por primera vez se presenta antes de los 25 años de edad- que tales intentos podrían estar asociados con el descubrimiento relacionado con el reconocimiento de su propia homosexualidad y el lidiar con la consecuente estigmatización social. Aquellos que habían intentado suicidarse dentro de los 5 años siguientes a su primera experiencia sexual, estaban en una posición más vulnerable con relación al estigma de que eran objeto y además sin apoyo social. “No es la atracción sexual por el mismo género lo que causa en sí el suicidio, pero sí lo son las reacciones ambientales como la estigmatización, la discriminación y el maltrato a aquellos a quienes poseen una identidad homosexual” establecen Savin-Williams & Ream (2003). Acorde con lo anterior se encuentra la investigación realizada por McAndrew y Warne (2004), quienes recalcan que hay estudios epidemiológicos internacionales que demuestran que los hombres homosexuales y bisexuales intentan suicidarse cuatro veces más que su contraparte heterosexual. Los autores reportan un estudio llevado a cabo en 1995, en el que se encontró que la discriminación contra los jóvenes homosexuales, lesbianas y bisexuales tiene correlación con la actuación suicida. Citan por ejemplo a Garofalo y colaboradores, quienes en 1999, encontraron que la orientación sexual puntúa como el segundo predictor de la intención suicida.

Y finalmente, para intentar comprender el origen de la homofobia social, vale la pena considerar la labor realizada por Stulhofer & Rimac, quienes en 2009, se avocaron a analizar los macro determinantes de las actitudes negativas hacia la homosexualidad en 31 sociedades europeas; probando los efectos de la tradición, modernización y posmodernización sobre la *homonegatividad* (término propuesto

por Hudson & Ricketts en 1980, para describir las actitudes negativas hacia los homosexuales o la homosexualidad, en lugar del término homofobia; pues el término homonegatividad según destacan, sirve para describir cualquier actitud negativa hacia la homosexualidad, sea ésta desaprobación emocional, moral o intelectual). En 2006, el Parlamento Europeo turnó una resolución condenando la homofobia en la Unión Europea. La oposición hacia los derechos de estas comunidades fue sustancialmente mayor entre las sociedades de los países del este, sureste y en una porción pequeña de Europa central que en los del oeste. Se encontró que cuando sólo pertenecían a la Unión Europea 15 países (antes de mayo de 2004), la desaprobación hacia la homosexualidad era menor que actualmente. En la mayoría de las sociedades europeas, aumentó la hostilidad y la represión legal hasta el siglo XX. Sin embargo ya hacia finales de siglo, las morales sexuales del oeste se relajaron gradualmente debido a la secularización y la disminución del control social en las grandes urbes. Estas fueron las consecuencias del influjo de valores liberales generados por un sistema educativo expansivo, aumentando el estándar de vida y la cultura emergente del individualismo. La posmodernización caracterizada por una expansión aún mayor dio pie a la globalización de la cultura de la permisividad. En el proceso, la libertad de la elección sexual, incluyendo las no heterosexuales, la autonomía personal y la aceptación de la diversidad, llegaron a ser valores indisputables de la contemporaneidad del mundo occidental. Bajo un contexto de modernización la homonegatividad debería disminuir debido a los procesos consecuentes de dicha modernización, a la educación de masas, la urbanización y el desarrollo económico en particular.

Empero todos los resultados encontrados mediante las investigaciones mostradas y a pesar de que es un hecho de que la homofobia es un factor incidente en la actuación suicida, existen trabajos realizados que, a pesar de los resultados que descubren, sostienen que evaluar el suicidio entre los homosexuales debido al estigma y discriminación por su homosexualidad, no es del todo aún claro. Por ejemplo Hillier & Harrison (2004), determinan que el 60% de los entrevistados en

su estudio, se siente muy bien y a gusto con su sexualidad y un 30% señala sentirse simplemente bien a pesar del aislamiento, la discriminación y el abuso evidente en sus vidas. Por su parte Russell y Joyner (2001) puntualizan que a pesar de que el análisis de su investigación refleja que los adolescentes homosexuales y/o lesbianas están en riesgo de intento de suicidio dos veces más que los heterosexuales, la mayoría de estas minorías sexuales -el 84.6% de hombres y el 71.7% de mujeres con distinta orientación sexual a la heterosexual- no reportan actuación suicida. Sin embargo puntualizan que esperan que su investigación lleve a que se preste mayor interés al tema del suicidio para que se logre prevenir debido al riesgo en que se encuentran los adolescentes en general y en particular los de orientación sexual distinta a la heterosexual.

Se estableció en un principio que se destacarían en este capítulo los factores preponderantes de la consideración suicida aunada a la homofobia; así entonces se continúa con las investigaciones encontradas en torno a la adolescencia, previa fundamentación teórica. Lo anterior obedece certeramente en que como hasta el momento se ha visto los suicidios entre individuos homosexuales se presenta muy frecuentemente durante la adolescencia.

ADOLESCENCIA

La adolescencia puntualiza Ackerman (1977), es una fase crítica del crecimiento. Durante ella, la personalidad sufre una profunda transformación. Hay un cambio fundamental en el equilibrio, caracterizado por tendencias simultáneas hacia una desorganización emocional y su reorganización. Emerge de estos procesos, la estructura final de la personalidad adulta. Surgen conflictos en todos los niveles de la experiencia emocional. Se reactivan fases tempranas de angustia psíquica, se hacen visibles debilidades latentes. En aquellos que tienen cierta predisposición puede surgir una enfermedad mental más importante. Las manifestaciones típicas del cambio del adolescente son conocidas: inseguridad, inestabilidad del humor y

de la actividad, egocentrismo, impulsos sexuales, exhibicionismo, imágenes cambiantes de sí mismo, desorientación emocional, falta de desenvoltura, preocupación por el físico y la salud, inseguridad y temor de ponerse en evidencia, sensación de diferencia, conflicto con la autoridad, rebeldía, lucha por la independencia, culto a los héroes, sugestionabilidad, temor al ridículo y al fracaso, aspiración a ser importante en algún campo de la actividad humana. Su compleja adaptación es el producto de dos grupos de fuerzas: cambios físicos asociados al rápido crecimiento y desarrollo sexual y presión del grupo familiar y cultural. Esta doble presión fuerza inexorablemente un profundo cambio en el equilibrio de la personalidad. Por lo tanto, es de esperar la aparición de una mezcla desequilibrada de rasgos infantiles y adultos. El adolescente no madura en forma continua; en cambio, la angustia induce una irregularidad alternativamente progresiva y regresiva. El adolescente pierde la protección de la infancia pero no tiene aún la fuerza y privilegios del adulto.

El concepto de identidad, en este caso de identidad “psicológica” es relevante, debido a su importante búsqueda consciente durante la adolescencia. La identidad no es una configuración estática, puntualiza Ackerman (1977), pues ésta evoluciona y cambia a través del tiempo. Aunque la evolución de la identidad psicológica continuará siempre, se consolida básicamente en la adolescencia y se trata de cierto modo de la repetición continua del momento crítico de la infancia, cuando el niño adquiere conciencia de sí mismo como entidad separada. Es una amalgama de elementos de experiencia viejos y nuevos, profundos y superficiales. Está moldeada por la interacción del individuo con su ambiente interpersonal; deja su huella en ese ambiente. La identidad psicológica se refiere a un concepto de sí expresado en los esfuerzos, metas, expectativas y valores de una persona o grupo de personas. Califica a una clase particular de persona o personas, que representan a dónde van, su propósito y significación en la vida. La identidad psicológica es el centro psíquico de gravedad del individuo, de una familia o de un grupo. En cada estadio del desarrollo la identidad personal está ligada y diferenciada de la identidad de los padres y de la familia en una forma especial.

Esta relación comienza con la simbiosis de la pareja madre-hijo; está moldeada por los procesos de identificación primaria del niño y sus padres; y sufre cambios posteriores a medida que el niño diferencia gradualmente su yo y prolonga su identificación para abarcar otros miembros de la familia.

En su primera fase la estabilidad compendia la capacidad para mantener la uniformidad o continuidad a través del tiempo de una persona o de un grupo de personas. Es el mantenimiento de la integridad y continuidad de la identidad bajo la presión de cambiantes condiciones de vida. Ackerman (1977), asegura que se espera que la conducta personal se mantenga intacta e íntegra ante los peligros de la experiencia nueva. Este es el aspecto conservador de las funciones de estabilidad. Su aspecto interno está representado por la regulación del equilibrio de fuerzas intrapsíquicas. Este equilibrio está preservado por las funciones coordinadas de múltiples procesos mentales -percepción, memoria, asociación, juicio y control de la emoción, ansiedad y conflicto- a través de la utilización de técnicas y defensas específicas de control. Por lo que considerar que la cultura modela al adolescente es importante, tanto como él mismo modela a la cultura; el proceso es circular. La interacción del adolescente con su medio modela su tendencia hacia la emancipación de la autoridad, éxito sexual y realizaciones en las esferas intelectual, social y económica. Aún en circunstancias favorables, esta lucha está caracterizada por conflictos, confusión e inseguridad. De ella surge finalmente la pauta adulta, la más estable, de relaciones interpersonales. Algunos jóvenes rechazan enfrentar los problemas de la vida; otros se sumergen precipitadamente en ellos. Tal arrojó, en ocasiones, no significa más que una aterrorizada huida de la realidad.

Y ante el rechazo o el arrojó ante las problemáticas de la vida, Kitts (2005), por ejemplo, puntualiza que más de 15 estudios realizados en los últimos 20 años, han mostrado constantemente las altas y significativas cifras de intento de suicidio, entre el 20 y el 40% de adolescentes homosexuales. Por ejemplo, Van Heeringen y Vincke (2000), encontraron como resultado de su investigación realizada con

una muestra estudiantil homosexual y bisexual, que con diferencia significativa estos individuos reportaron mayor ideación suicida (37.7% vs. 17.2%) que los heterosexuales. Argumentan que el sentimiento de desesperanza que conlleva a la actuación suicida es comúnmente inducido por factores psicosociales. Igualmente Russell y Joyner (2001), señalan como resultado de la investigación que llevaron a cabo con hombres y mujeres adolescentes, que los jóvenes que habían reportado orientación sexual homosexual podrían ser más propensos a la actuación suicida que sus pares heterosexuales. Informan adicionalmente que desde la década de los ochentas en algunos reportes de investigación se sugirió que los jóvenes homosexuales y lesbianas eran entre dos y tres veces más propensos a intentar suicidio que los heterosexuales; así como algunos estudios sobre esta juventud que indican que entre el 48 y el 76% han ideado suicidarse, mientras que entre 29 y 42% lo han intentado; lo que es ciertamente más alto que entre la población adolescente en general. Estudios recientes según señalan los autores, reportan que entre el 19 y el 29% de los adolescentes han ideado suicidarse en algún momento de su vida y que entre un 7 y un 13% lo han intentado alguna vez. Se ha encontrado que la intención suicida es más alta aproximadamente 3 veces entre los adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales, según estudios llevados a cabo en escuelas preparatorias. Alexander y colaboradores (2002), destacan la prevalencia de riesgo de actuación suicida entre adolescentes homosexuales, destacando la orientación homosexual. Puntualizan asimismo que los adolescentes homosexuales luchan fuertemente con el hecho de poseer una orientación distinta a la convencional norma heterosexista y consideran dos veces más el suicidio que sus pares heterosexuales. Hillier & Harrison (2004), por su cuenta, realizaron una investigación con jóvenes de entre 14 y 21 años de edad, con edad promedio de 18 años. Reportan que existe un claro vínculo entre la orientación homosexual y el suicidio en los EUA. Informan asimismo que de los 5000 suicidios anuales que se presentan en ese país entre jóvenes de las edades entre 15 y 24 años de edad, arriba del 30% de ellos se les atribuye al conflicto emocional que el ser poseedor

de una orientación sexual distinta a la heterosexual les ocasiona aunado a los prejuicios en torno a ello que devienen de la sociedad.

Por otro lado, Cochran y Mays llevaron a cabo un estudio en los EUA en el que evaluaron la relación entre orientación sexual y desórdenes afectivos; mediante una muestra de hombres de entre 17 y 39 años de edad. Encontraron que aproximadamente la mitad de los hombres que indicaron tener experiencias homosexuales, señalaron al menos un síntoma de actuación suicida en su vida. Los resultados reportan evidencia de que en un estimado de 5 veces más, los homosexuales están en un riesgo mayor de llevar a cabo actuación suicida que los heterosexuales. Asimismo, en búsqueda de problemas del orden psicológico y/o psiquiátrico, Paul, Catania, Pollack, Moskowitz, Canchola, Mills, Binson y Stall (2002), indagaron sobre el riesgo de padecer de desórdenes psiquiátricos entre homosexuales, encontrando que aquellos que habían intentado suicidarse, hicieron su primer intento antes de los 25 años de edad. Asimismo reportan que la intención suicida entre lesbianas, homosexuales y bisexuales califica entre un 20 y un 40% con cifras particularmente especiales en esta juventud que vive en las calles y que ha sido víctima de ataques violentos. Señalan que la evidencia sugiere un mayor riesgo de llevar a cabo intentos serios de suicidio entre homosexuales y bisexuales, tanto como el riesgo de tener problemas de salud mental, discriminación y maltrato. Reportan que el 21% había planeado suicidarse, el 12% reportó intención suicida, con el 70% de ellos que lo intentó antes de los 25 años de edad; además 45% de ellos lo había intentado más de una ocasión.

Por otro lado, Molloy, McLaren, & McLachlan (2003), llevaron a cabo un estudio en Australia y reportan que el suicidio de un adolescente homosexual es visto significativamente más justificado, aceptable, necesario y psicológicamente saludable que el suicidio de un adolescente heterosexual. Adicionalmente ambos, heterosexuales y homosexuales, mostraron una mayor empatía hacia las víctimas suicidas homosexuales que hacia las heterosexuales; más aún los mismos homosexuales mostraron mayor empatía. Destacan que sería muy conveniente

evaluar las actitudes hacia tal fenómeno, tanto en las comunidades heterosexuales como en las homosexuales; pues las evidencias sugieren que existe una creencia entre ambas comunidades de que el suicidio es una de las opciones reconocidas y aceptadas para una persona joven que descubre su orientación homosexual. En apoyo a lo anterior, se encuentra que Savin-Williams & Ream (2003), consideran que lo que es relevante no son en sí las cifras de la actuación suicida (las que pueden ser manipuladas) sino más bien el contexto único resultante en parte debido a la orientación sexual, sus niveles de aumento y su vulnerabilidad a los factores estresantes. Observan asimismo que la prevalencia y las causas del suicidio han sido temas de más importancia entre los psicólogos de adolescentes durante los últimos cincuenta años. Señalan que Holinger, Offer, Barter y Bell en 1994 manifestaban que a pesar de que la tasa de suicidio entre adolescentes no era más alta que entre adultos, el suicidio entre los adolescentes ha recibido un considerable aumento de atención debido al trágico “desperdicio” de vidas jóvenes y que ha capturado el interés de investigadores, educadores y profesionales de la salud mental. Los autores encontraron finalmente que la prevalencia de las tasas de intención suicida entre tal juventud se encuentra entre un 30 y un 40%.

McAndrew Y Warne (2004), reportan que los homosexuales y bisexuales, en las edades comprendidas entre los 17 y los 29 años de edad, tienen mayor posibilidad de intentar suicidarse que aquellos que no se han declarado como homosexuales o bisexuales. En su trabajo citan a D’Augelli y colaboradores, quienes en 1996 encontraron que “salir del clóset” ante la familia estaba asociado con una alta incidencia de actuación suicida. Hallaron asimismo que 41% de la muestra de su investigación había llevado a cabo un intento de suicidio en comparación con un 12% de aquellos que no habían declarado su orientación sexual. Igualmente citan a D’Augelli y colaboradores quienes encontraron que aquellos varones adolescentes que no se ajustaban a las expectativas estereotípicas de su género, experimentaban abuso, lo que a su vez podría vincularse con problemas de salud mental, incluyendo la actuación suicida. Kitts (2005), observa que para explicar la

tasa elevada de la actuación suicida entre los adolescentes habrá de tomarse en cuenta como característica universal la falta de estrategias para sobrellevar los factores estresantes inmediatos que se les presentan, así como una estrecha visión de las opciones disponibles para sobrellevar problemas familiares; mismos que asumen como rechazo y éste consecuentemente contribuye para decidir cometer suicidio. Para los homosexuales adolescentes esta razón es aún más poderosa. El proceso de descubrimiento de la propia homosexualidad y su subsecuente aceptación no es sólo un factor estresante inmediato sino que les puede ocasionar conflictos posteriores; lo anterior aunado a sus escasos recursos para sobrellevar la problemática ante la familia y con sus amistades. Un adolescente homosexual que decide “salir del clóset” puede experimentar discordia familiar y un rechazo casi inminente. Algunos de estos mismos factores estresantes también se presentan entre los adolescentes heterosexuales, sin embargo parecen prevalecer más aún entre los adolescentes homosexuales. Por su parte Rosario, Schrimshaw & Hunter (2005), establecen que hay estudios que han empleado muestras representativas en los que se ha encontrado una prevalencia más alta de intentos suicidas entre jóvenes LGB que entre jóvenes heterosexuales; esto es, entre el 21 y el 35% de homosexuales y entre el 4 y el 14% de heterosexuales y para el caso de ideación suicida, de entre el 31 y el 68% para los jóvenes LGB y entre el 20 y el 29% para los heterosexuales. Los autores destacan que estos jóvenes viven en una sociedad que estigmatiza y condena la homosexualidad. Por lo que no es de sorprenderse que muchos de estos jóvenes, dada su edad y las escasas estrategias de enfrentamiento que poseen, hayan considerado o intentado suicidarse como respuesta a tal estigmatización. Asimismo encontraron que los jóvenes que intentaron suicidarse subsecuentemente reportaron escasos recursos psicosociales y más relaciones negativas que los jóvenes que lo idearon solamente; lo que significa que estos jóvenes son más vulnerables y más sensibles a las interacciones sociales que podrían ser negativas o que pueden ellos percibir de tal manera, que aquellos que ni lo intentaron ni lo idearon.

Y sin embargo, el tema del suicidio entre adolescentes homosexuales permanece invisible apunta Kitts (2005): “ser adolescente homosexual es un factor de riesgo significativo para la actuación suicida”. Cita a D’Augelli y colaboradores (2001), debido a que encontraron que entre adolescentes homosexuales de entre 14 y 21 años de edad, el 54% había llevado a cabo su primer intento de suicidio antes de “salir del clóset”, el 27% lo había intentado durante el mismo año que dio a conocer su orientación homosexual y que el 19% lo había intentado después de ello. Ser y mostrarse como homosexual no es en sí la causa del aumento en la actuación suicida. El alto riesgo viene del distrés psicológico asociado con ser homosexual. Adicionalmente es considerable el hecho de que los adolescentes homosexuales tienen una mayor incidencia de ser arrojados de su hogar o ellos mismos optan por abandonarlo a causa del rechazo por su propia orientación homosexual. Igualmente en un estudio realizado con adolescentes homosexuales, D’Augelli y colaboradores (1998), reportaron que el 26% de los padres, el 10% de las madres y el 15% de los hermanos, rechazaron a sus hijos y hermanos cuando reconocieron su orientación homosexual. Goldfried en 2001 reportó, que de los que decidían “salir del clóset”, uno de cada 3 era abusado verbalmente por los familiares, uno de cada diez era atacado físicamente por algún integrante de la familia y uno de cada cuatro había experimentado abuso físico en la escuela. Silenzio, Pena, Duberstein, Cerel & Knox (2007), señalan que la orientación sexual hacia el mismo género ha sido repetidamente señalada como algo que ejerce de manera independiente influencia sobre la ideación y la intención suicida entre los adolescentes. Reportan de su investigación, misma que contempló a hombres de entre 18 y 27 años de edad, que se presentan niveles más altos para ideación e intención suicida entre adolescentes y adultos jóvenes homosexuales que entre sus pares heterosexuales.

La adolescencia, como ha podido claramente observarse es una etapa compleja en general, que como advierte Casullo (2005): la presencia de una historia familiar con suicidios es siete veces mayor entre adolescentes que intentaron suicidarse que entre aquellos que no lo hicieron.

Se ha señalado que el descubrimiento de la orientación homosexual, según algunos teóricos, se presenta en la niñez y/o adolescencia; momento en el cual el individuo puede confrontarse con un problema de depresión, derivado del impacto propio de dicho descubrimiento y de la probable escasez de habilidades de afrontamiento ante los problemas que pueden derivarse de ello, tanto como de la ansiedad que puede generarle la decisión de salir del clóset; por lo que el factor en el que a continuación se trabaja básicamente es la depresión, previa explicación teórica del concepto. Cabe recordar que la depresión, es uno de los factores importantes en la actuación suicida en general; más no se descartarán otros trastornos del ánimo encontrados igualmente.

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DEL ÁNIMO

La depresión es un término con un significado que varía -desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante, marcadamente distintos a la normalidad-. La depresión presenta ciertos signos que son claros, como: un estado de ánimo muy bajo, pérdida de interés en actividades de la vida diaria, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, sentimientos de minusvalía, culpa, fatiga fácil, dificultades para concentrarse. Por supuesto que la depresión tiene niveles en su intensidad, siendo que la más leve podría manifestarse como una reacción a partir de un disgusto o una desilusión por ejemplo. En un trastorno depresivo mayor, el paciente grave muestra ya signos de tristeza y desesperación en el rostro, con actividad psicomotriz lenta o agitada y expresa ideas suicidas. En el caso de una depresión crónica o trastorno distímico, el paciente presenta pocos o ninguno de los síntomas típicos de la depresión pero manifiesta estar deprimido; esto es, el cuadro predominante es el de una insatisfacción crónica de la vida. Vale la pena destacar que este tipo de cuadros suele ser de mayor gravedad y con posibilidad de complicaciones, como lo es la consideración de un suicidio.

De acuerdo a González Corteza (2008), la depresión “es sustancialmente peligrosa en relación con el suicidio pues al tornarse crónica, potencializa que el individuo tenga en primera instancia pensamientos de muerte, en una segunda etapa comienza a pensar en las formas de suicidarse, después lo intenta en una tercera etapa y en una cuarta lo consuma”. Asimismo Villardón Gallego (1993), sugiere que la interacción del estrés ambiental más las distorsiones y rigidez cognitiva del individuo pueden dar lugar a la depresión. Y la depresión aunada al escaso apoyo social que percibe el individuo más la probabilidad de desarrollar desesperanza, potencializa la ideación y conducta suicidas.

Rehm (1988), por su parte, dice que los depresivos no perciben el mundo objetivo de un modo distinto, sino que distorsionan las inferencias e interpretaciones de los hechos objetivos; la percepción y juicio que hacen de sí mismos es realista mientras que el sesgo de optimismo está distorsionado respecto a los juicios de los demás. Asimismo no presentan sesgos en sus percepciones inmediatas pero sí en sus recuerdos.

Polaino-Lorente (1985, en Villardón Gallego 1993), definió las características principales de la melancolía o depresión freudiana y que se pueden resumir en: extraordinaria disminución del amor propio; egotización en la reacción ante la pérdida del objeto; autocrítica pública de su yo sin ningún pudor; pérdida de la autoestima; la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto; transformación de la pérdida de objeto en pérdida del yo; disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación; rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral, la rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva; tendencia al suicidio como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.

Y esa hostilidad que puede dirigirse contra sí, se observa en lo que reporta Casullo (2005), quien asevera que en investigaciones en las que se comparó a adolescentes que se suicidaron contra aquéllos que sólo lo intentaron, aproximadamente el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que lo intentaron, habían sido diagnosticados con presencia de trastornos afectivos primarios. A este respecto Hunter & Schaecher (1987, en Morrow 1993), sugirieron que el aislamiento en los homosexuales y lesbianas a menudo puede llevarlos a un alto riesgo de suicidio, como consecuencia del distrés psicológico que se desencadena ante la pérdida de familiares y amigos más la escasa o nula aceptación social. Aspecto que concuerda con la labor realizada por Hillier y Harrison (2004), los que observan que como resultado de la falta de apoyo familiar debido a su distinta orientación sexual, estos jóvenes se quedan marginados y sin hogar y que por tanto no es de sorprenderse que al vivir en estos ambientes tan hostiles, se encuentren en un alto riesgo de padecer de depresión, consumo de drogas y suicidio.

Van Heeringen y Vincke (2000), llevaron a cabo una investigación con una muestra estudiantil homosexual y bisexual; encontrando que la depresión y la desesperanza pueden ser consideradas como características nucleares en la patogénesis del comportamiento suicida. Encontraron que con significativa diferencia, los homosexuales y bisexuales reportaron mayor ideación suicida (37.7% vs. 17.2%) que los heterosexuales. Deducen que poseer orientación homosexual o bisexual se encuentra asociada con un riesgo dos veces mayor de ideación suicida y con un riesgo cuatro veces mayor de intención suicida. Russell y Joyner (2001), por su parte, destacan que a partir de 1989, momento en que un estudio nacional sugirió que los jóvenes homosexuales y lesbianas eran entre dos y tres veces más propensos a intentar suicidio que los heterosexuales, la orientación sexual ha sobresalido en debate como un factor de riesgo para cometer suicidio entre los adolescentes en años recientes, debido a que el estigma de la homosexualidad y el lesbianismo puede llevar a los jóvenes a la depresión y a cierta actuación suicida. Observan que los jóvenes que reportaron

ideación o intención suicida, igualmente padecen de depresión, desesperanza, abuso de alcohol y haber experimentado de cerca el intento de suicidio en algún familiar o amigo cercano. Meyer, Dietrich, & Schwartz (2008), encontraron que los intentos de suicidio reportados en su investigación, ocurrieron en promedio en la edad de 17.5 años. Asimismo encontraron que los desórdenes mentales –aunque no puntualizan cuáles- fungen como factor de riesgo suicida. Adicionalmente informan que lesbianas, homosexuales y bisexuales negros y latinos, reportaron un mayor número de intentos serios de suicidio que los individuos blancos. Por cierto que el hecho de señalar las diferencias raciales obedece a que los grupos de latinos y negros aparentemente padecen de un mayor estrés psicológico debido a la discriminación y el estigma de que son objeto tan sólo por su etnia. Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marin (2001), reportaron haber encontrado en una muestra de homosexuales y bisexuales latinos en los EUA, que los síntomas más frecuentemente reportados fueron los estados depresivos y las dificultades para dormir. Un estimado del 80% de estos hombres experimentaron tristeza y depresión al menos en un par de ocasiones durante 6 meses previos a la investigación; con un 22% que experimentó depresión en varias ocasiones. El síntoma más grave de distrés psicológico medido -el considerar quitarse la vida- lo experimentó el 17% de los hombres al menos en una ocasión en esos meses y un 6% reportó haber tenido ideación suicida algunas veces o más. Westefeld, Maples, Buford, y Taylor (2001), señalan que la relación entre orientación sexual y una serie de variables de salud mental (soledad, aislamiento y depresión) ha recibido atención de pocos investigadores, a pesar de que es claro que se requiere de mucho trabajo al respecto. Los autores llevaron a cabo un estudio comparativo entre estudiantes de entre 18 y 29 años de edad. Encontraron que dichos estudiantes se encontraban deprimidos y consecuentemente más solos, aislados y con pocas razones para vivir que la muestra de heterosexuales del grupo control. Complementariamente citan a Fifield (1975) y a Saghir & Robing (1984), debido a que de igual manera encontraron que tales componentes eran aún más altos entre la muestra de homosexuales y lesbianas que entre la muestra de heterosexuales, examinados en relación al riesgo suicida. Gilman, Cochran,

Mays, Hughes, Ostrow y Kessler (2001), aseguran lo mismo, descubriendo que existen altos riesgos de padecer de algún trastorno psiquiátrico debido al comportamiento homosexual y que este comportamiento en suma con otros factores magnifica el problema. A través de su labor encontraron que los homosexuales puntuaron más alto en trastornos por ansiedad, cambios de humor, pensamientos y planes suicidas que los entrevistados que reportaron tener sólo experiencias heterosexuales. Aseguran que los descubrimientos realizados subrayan la creciente preocupación acerca del riesgo de morbilidad psiquiátrica en los individuos homosexuales activos. Uno de los más comunes es el distrés psicológico debido a la estigmatización y discriminación que origina altos niveles de desórdenes mentales. Y es que tal estrés derivado del proceso de autorreconocimiento, puede estar relacionado con el suicidio, al igual que otros eventos traumáticos, por ejemplo el escaso apoyo familiar. Paul, Catania, Pollack, Moskowitz, Canchola, Mills, Binson y Stall (2002), parece están de acuerdo al establecer que dicho distrés puede ser suficiente como para causar en la juventud el deseo de suicidarse, además de estar relacionado con la depresión, la esquizofrenia, los trastornos maníaco-depresivos, al igual que otros factores y que podrían aumentar la vulnerabilidad al suicidio. Señalan que los jóvenes LGB experimentan una gran estigmatización y persecución, ambos factores fuertemente ligados a un distrés psicológico grave. Las consecuencias de tal discriminación pueden ser severas, incluyendo las depresiones, un marcado sentido de vulnerabilidad y desamparo, enojo, ansiedad y síntomas de estrés postraumático. Acorde con lo anterior, Lock (2005), distingue que las cifras en homicidio, abuso físico y sexual, depresión, pensamiento y actuación suicidas son más comunes entre las minorías homosexuales juveniles que entre las heterosexuales. El distrés psicológico se presenta como resultado de haber internalizado ciertas actitudes negativas y consecuentemente una disminución para adaptarse dentro del grupo de minorías sexuales, con lo que aumenta la posibilidad de riesgo de tener problemas de salud física y emocional. Sin embargo dice que a pesar del hecho de que aún está en debate hablar de cifras exactas, es evidente que un comportamiento suicida es más elevado entre estas minorías,

reportando cifras de entre 3 y 5 veces mayores que entre sus pares. Conductas imprudentes y de autolesión son probablemente una segunda causa de la actuación suicida, concluye. A lo que Skegg en 2005 apunta que dichas conductas de autolesión contemplan un amplio rango de intentos de ahorcamiento, de envenenamiento y de cortes superficiales en el cuerpo, en respuesta a una presión intolerable. Despunta que al igual que en el suicidio, las cifras de autolesión varían enormemente entre los diferentes países. Por ejemplo entre el 5 y el 9% de los adolescentes en los países occidentales reportaron haberse lesionado el año previo a esta investigación. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran las enfermedades psiquiátricas y de manera particular la depresión y los desórdenes de ansiedad; tanto como realizar intentos de suicidio de alta letalidad, el cuidarse de no ser descubierto, todos ellos indicadores de un muy alto riesgo de cometer suicidio. Más del 5% de la gente que ha estado internada en un nosocomio por haber realizado alguna conducta de autolesión, cometerá suicidio dentro de los siguientes 9 años. Lo anterior es corroborado con la investigación de Alexander y colaboradores (2002), los que aseveran que la orientación homosexual puede ser un factor de riesgo para los desórdenes psiquiátricos para algunos hombres y mujeres. Los autores identificaron que el alto estrés generalizado asociado con el estigma y la exposición a comportamientos discriminadores pueden llevar a niveles más elevados de desórdenes mentales. Los autores aseveran que ser homosexual o lesbiana presenta ciertos factores de riesgo, particularmente en ideación suicida en la adolescencia debido a los altos niveles de depresión. Scourfield, Roen & Mc Dermott (2008), muestran que existe certeza de las consecuencias que existen en la salud mental debido a la discriminación hacia los homosexuales, mismas que han sido investigadas en el Reino unido, con detalle por Rivers en 2000; el que encontró en una muestra de la comunidad LGBT, que el 19% había tenido alguna conducta autodestructiva alguna vez y que un 8% lo había intentado más de una ocasión; todos ellos debido a problemas originados por su orientación sexual, que les ocasiona distrés psicológico. Misma situación que se presenta en el ambiente escolar, donde informa que un 30% reportó haberse visto involucrado en varios intentos de

conductas autodestructivas. En otra investigación, llevada a cabo en 2001, el mismo Rivers reportó, señalan, que un 53% de los LGBT entrevistados había considerado autolesionarse mediante el suicidio como resultado de la discriminación de que eran objeto en el ambiente escolar, 40% había intentado suicidarse o autolesionarse y un 30% había hecho más de un intento.

Por su parte King & Bartlett (1999, en McAndrew y Warne 2004), identifican a la estigmatización no sólo por ser homosexual sino también por ser diagnosticado como enfermo mental. Sin embargo, no se puede suponer que aquellos que cometieron suicidio sin un diagnóstico mental, no sufrieran en realidad de alguna enfermedad mental y/o algún trastorno psicológico. Reseñan que en un estudio longitudinal de 21 años, llevado a cabo por Fergusson y colaboradores (1999), se encontró que los homosexuales, las lesbianas y los bisexuales se encontraban en un riesgo aún mayor que sus pares heterosexuales, de llevar a cabo actuación suicida, padecer depresión, padecer de algún desorden de ansiedad generalizada y problemas de conducta, entre otros. Como complemento a dicho estudio longitudinal, la investigación llevada a cabo por Rosario, Schrimshaw & Hunter (2005), se califica relevante pues señalan su labor es la primera en examinar la relación entre la actuación suicida en el pasado y los cambios subsecuentes en el estrés, como seguimiento entre los jóvenes LGB. Los autores indican que la literatura relativa al suicidio se ha enfocado básicamente en la etiología del estrés psicológico relativo pero que prácticamente no hay investigación sobre el esperado ajuste posterior de los que intentaron suicidarse. El estudio que llevaron a cabo contempló jóvenes LGB en las edades de entre 14 y 21 años de edad, con una edad promedio de 18.3 años. Encontraron que personas que intentaron o idearon suicidarse en el pasado tenían niveles más altos de síntomas depresivos y/o de ansiedad posterior a dicha actuación que aquellas que ni lo intentaron ni lo idearon. Asimismo subrayan que el suicidio es un problema crítico de salud pública entre la juventud LGB. Informan de igual manera que existe información estadística sobre jóvenes heterosexuales que apoya esta hipótesis: jóvenes que reportaron intento de suicida en el pasado o previo a la edad de 14 años, eran

diagnosticados 17 veces más con algún desorden de ánimo, 5 veces más con algún trastorno de ansiedad y 13 veces más con algún desorden de conducta. Se encontró que los jóvenes que intentaron suicidarse, reportaron más síntomas depresivos inmediatamente después, más síntomas de ansiedad inmediatamente después y persistían 6 meses después, y más problemas conductuales aún persistentes al año posterior al intento; mientras que no fue el caso para los jóvenes que nunca lo intentaron o lo idearon. Específicamente encontraron altos niveles de falta de apoyo y/o el tener relaciones destructivas; las que se encontraron predictivas de un distrés psicológico entre aquellos con historias previas de suicidio.

Los trastornos encontrados, como pudo apreciarse lamentablemente tienen relación directa con la actuación suicida. La autoestima funge de alguna manera como protección para que el impacto de los eventos externos al individuo sea menor; por lo que profundizar sobre ésta sirve para entender el influjo que causa en el individuo potencialmente suicida y de igual manera reportar la investigación relacionada con este factor.

AUTOESTIMA

La autoestima es la relación que cada persona tiene consigo misma: lo que piensa de ella, siente por ella, la imagen que tiene de ella misma, el grado de bienestar que siente consigo misma. Por tanto, la autoestima es una realidad emocional, lo que significa que una persona puede ser en verdad perfectamente válida y eficaz, *pero no sentirse así.*

La autoestima se desarrolla desde el nacimiento mismo y será una herramienta en el proceso de aprendizaje que determinará la capacidad del individuo en diferentes aspectos. La autoestima propia de los padres será transmitida a los hijos. Así que si poseen una autoestima saludable -saben aceptar, respetar y confiar en sí

mismos- los hijos la heredarán y ésta se construirá con la identificación de los propios deseos, capacidades y sentimientos.

De acuerdo a Ackerman (1977), entre los integrantes de la familia los sentimientos que se mueven entre ellos son diversos y de distintos grados de intensidad. Bajo condiciones alteradas, cada una de estas corrientes emocionales puede hacer surgir su antagonista. El tono emocional que gobierna las relaciones entre dos miembros cualesquiera de una familia, tiene un desarrollo peculiar propio, pero este desarrollo está continuamente influenciado por el clima emocional que caracteriza a toda la familia. Lo que define la atmósfera interpersonal única de la familia es la cambiante multiplicidad de las corrientes y contracorrientes emocionales. Es contra el fondo de esta atmósfera familiar, en constante flujo, que se desarrolla la personalidad y reacciones sociales del niño.

Asimismo Ackerman destaca que el grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental. Aquellos procesos por los que el niño absorbe o rechaza total o parcialmente su atmósfera familiar, determinan su carácter. Esto es, las perturbaciones emocionales de las personas pueden converger en las experiencias de la vida familiar cotidiana. Para el adulto, la experiencia cotidiana de la vida familiar representa un factor central en la estabilización y acrecentamiento de su salud mental, mejora la satisfacción personal, promueve el éxito en la integración social y estimula un nuevo desarrollo de su personalidad. La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales adversas. El hogar es como el campo de entrenamiento donde la persona adquiere práctica y cada vez mayor destreza para cumplir con una amplia variedad de roles sociales. En el curso habitual de los acontecimientos de la vida en familia todos están destinados a experimentar alguna desilusión; a consecuencia de esto, se suscita en alguna medida enojo y temor. Un exceso de frustración, dolor y odio pueden provocar un serio perjuicio para un desarrollo saludable. Sin embargo, es esencial para el desarrollo

emocional experimentar cierta desilusión, desarrollar tolerancia a la frustración y aceptar resultados que no colmen completamente lo esperado. Sin esto habrá un estímulo insuficiente para nuevas experiencias y nuevas conquistas.

El aspecto más abierto, más aventurero de la adaptación a la vida es la receptividad a la experiencia nueva, la capacidad de aprender y crecer. Este aspecto implica riesgo, pero sin riesgo se pierde el poder de adaptarse al cambio y crecer. Por consiguiente una adaptación eficaz requiere un equilibrio propicio entre la necesidad de proteger la uniformidad y continuidad y la necesidad de acomodarse al cambio. La evaluación de las relaciones del individuo y la familia requiere la determinación de ambos aspectos, estabilidad en su aspecto conservador relativamente estático y estabilidad en su aspecto más abierto, flexible, aventurero, que hace posible la adaptación a la experiencia nueva, el aprendizaje y el desarrollo posterior de la personalidad (Ackerman, 1977).

Un área notoria de conflicto gira alrededor de daños reales o fantaseados en la autoestima. El adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con su concepto de sí mismo. Reacciona con respuestas inmediatas a lo que piensa de sí mismo o a lo que otros piensan de él. Dado que su imagen de sí se halla en estado de fluctuación, es especialmente vulnerable a los juicios de otros. El hecho de ser aprobado o rechazado por otros asume una importancia crucial, concluye Ackerman (1977).

Morrow (1993), señala que la interacción con los pares y su aceptación, es crucial en la formación de la identidad, lo que influye en el descubrimiento del autoconcepto y la autonomía. Morrow puntualiza que Sullivan & Schneider en 1987 establecieron que bajo el esquema general de la búsqueda del sí mismo incluye el descubrimiento de la autoestima, un sentido de identidad y habilidades sociales. Lo que ya de por sí es difícil en un adolescente, más aún puede serlo para los homosexuales al darse cuenta que son “diferentes” a sus contrapartes heterosexuales. Lo anterior se complica adicionalmente pues se presenta en un

período de descubrimiento en el que la presión de los pares para conformar su identidad es la norma y ser diferente puede ser estresante. Van Heeringen y Vincke (2000), observan que existe un riesgo considerable de cometer actuación suicida, asociado con la orientación homosexual y bisexual y que se ha descubierto que el comportamiento suicida puede ser la consecuencia de la interacción entre una vulnerabilidad persistente originada en baja autoestima y los factores que inducen al estrés. Por su parte Cochran y Mays (2000), dicen que es contundente que el estrés psicosocial al que son sometidos los homosexuales les perjudica tanto como el poseer un umbral bajo para translucir los síntomas psicológicos negativos y que tanto les afectan debido a su escasa autoestima. Aube & Koestner (citados en McAndrew y Warne 2004), encontraron que ante estereotipos rígidos de género más una reacción social negativa, los individuos que salen del estereotipo, como es el caso de los homosexuales, se confrontan con la posibilidad de padecer de un pobre autoconcepto, una escasa adaptación y una mayor insatisfacción ante la vida. Díaz, Ayala, Bein, Henne y Marin (2001), encontraron que los problemas en la salud mental que experimentan muchos homosexuales y bisexuales latinos están directamente relacionados con un contexto social de opresión que conlleva un estado de aislamiento social, baja autoestima y síntomas de distrés psicológico. Y Kitts (2005), concuerda lo anteriormente dicho, haciendo alusión a seis estudios realizados por Remafedi (1999), donde se reporta que la intención suicida está significativamente asociada con factores estresantes psicosociales incluyendo la inconformidad de género, el descubrimiento temprano de la orientación homosexual, la discriminación, la falta de apoyo, problemas familiares, varios intentos de suicidio, abuso de sustancias, no poseer un hogar para vivir y desórdenes psiquiátricos. Algunos de estos mismos factores estresantes también se presentan entre los adolescentes heterosexuales, sin embargo parecen prevalecer más aún entre los adolescentes homosexuales; siendo que tales experiencias negativas pueden resultar en trastornos del ánimo, en una baja autoestima, síntomas de estrés postraumático y suicidio (según han reportado diversos autores: Gould et al., 2003; Paul et al., 2002; Nelson, 1997; Russell et al., 2001; Savin-Williams, 1994). Kitts puntualiza

que el temor que tienen los homosexuales de destapar su orientación sexual ante los demás puede ser un factor estresante tremendo. Cita a Nelson, quien en 1974 señaló que un adolescente homosexual que reporta una historia de suicidio, califica significativamente bajo en apoyo familiar, autopercepción, autoestima y apoyo social, comparado con adolescentes sin historial de actuación suicida. Señala que de igual manera la intolerancia cultural y la religiosa hacia la homosexualidad, pueden agravar la estigmatización de que son víctimas. Y para finalizar, se encuentra que los jóvenes que reportaron intentos suicidas en el pasado, comparados con jóvenes no suicidas, consistentemente reportaron escasos recursos psicosociales como lo son la autoestima, el escaso apoyo familiar y de las amistades, recalcan Rosario, Schrimshaw & Hunter (2005).

Como ha podido contemplarse la homofobia, la adolescencia, la depresión y trastornos del ánimo y la autoestima fungen como predictores y fuertes detonantes de la actuación suicida en los individuos homosexuales. Como pudo apreciarse no se presenta uno solo de los factores, sino que la adición de algunos de ellos se presenta en casi todas las investigaciones reportadas. Se concluye al observar los resultados, que la actuación suicida no es un aspecto nimio que deba desdeñarse en general y particularmente en lo que nos atañe el que la lleve a cabo un individuo homosexual, se debe desafortunadamente a la ignorancia, a la discriminación manifiesta, al estigma, al heterosexismo, etc. que viven cotidianamente, lo que la convierte en un aspecto urgente por atender. Es muy criticable que estos acontecimientos que suceden cotidianamente no son vistos por las sociedades; como puede aseverarse al no existir programas preventivos, campañas itinerantes de prevención, medios informativos que aludan a que se prevenga, talleres de prevención para las familias y en las escuelas y el que aún hoy, la legislación de los derechos de los homosexuales se convierta en una pugna social.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta labor documental se encontró que la homosexualidad es *per se* una condición de vida o una cualidad sexual (*orientación*) que es discriminada y violentada y que debido a la homofobia, incidentemente podría generar un deseo suicida. Es relevante puntualizar que dicho deseo se presenta, debido a la incorporación del orden social -normal vs. *desviado*- misma que adquiere tal fuerza, que muy difícilmente los individuos con orientación homosexual llegarán a reconocerse como “normales”, generando tal condición de castigo superyoico hacia sí mismos. Se considera oportuno hacer énfasis en que la labor sustancial de esta investigación fue hacer notar que la actuación suicida acontece entre los homosexuales, en mucho debido a la homofobia; más no por ello y de ninguna manera, intentó denigrarse lo que significa ser heterosexual ni ser peyorativo al respecto. Simplemente se pretendió dar a conocer que la actuación suicida acontece en parte a los cánones rígidos y obsoletos al día de hoy, acerca del significado social de la sexualidad más el significado propio que cada individuo se atribuye, dependiendo también de lo que aprendió fundamentalmente respecto a sí mismo, en base al discurso social introyectado.

Es conveniente iniciar con el concepto de heterosexualidad, que aunque se considera la “norma sexual”; como puede observarse en la figura 1, puede tener dos vertientes diferentes. Esto es, una donde se trata de una sexualidad orientada hacia individuos del género contrario, por elección y convicción propias, lo que significa se trata realmente de una heterosexualidad genuina; mientras que por el otro lado, como también puede observarse en la misma figura, la heterosexualidad puede conceptualizarse como una rígida norma *monosexual* impuesta por la sociedad en general; a la que Mieli (1977) calificó como “represión” que se transmite de generación en generación sobre el individuo. Lo anterior obedece a que en su momento se convirtió en una norma social y religiosa con fines meramente reproductivos y que han fungido y siguen fungiendo, como procesos

de control social de carácter histórico, como observan Guasch (2000) y Fone (2000). Mieli deposita la responsabilidad en la “*educastración*”, como él señala a la educación; lo que significa que se obedece a la influencia de la sociedad en el individuo. Adicionalmente Guasch puntualiza que dicho control social pretende deslegitimar la expresividad afectiva entre varones y reducirla a pura expresión sexual. Así que al negarse lo “femenino” en el varón por considerarlo impropio, la homosexualidad no se acepta completamente al equipararse con lo que significa la feminidad; más bien se tolera, especulándose que en mucho obedece al desconocimiento del significado de la homosexualidad y sus causas. La labor realizada por Badinter, 1992; Herek, 1986; Scott, 1996; Mieli, 1979; Lock y Kleis 1998 (en Ortíz-Hernández 2003) contempla tres negaciones relevantes a considerar dentro del modelo monosexual de la heterosexualidad y que el individuo tendrá que estar probando de manera constante, a saber: 1) no se es infante, 2) no se es mujer y 3) no se es homosexual. Finalmente como en esta investigación destacan Hamer *et al.* (1993), Mondimore (1998), Ardila (1998), Francis (2008) y Fernández Guasti (2009), parecen existir ciertos factores biológicos que determinan dicha condición sexual, contra los cuales nada se puede hacer, apreciándose entonces que la homosexualidad no es elegible; aún cuando puedan existir conductas sexuales transitorias y elegibles.

Desafortunadamente, en el pasado la información relativa a la homosexualidad, por demás conocida entonces como Sodomía, era nula; siendo entonces, tanto como ahora, de alguna manera, una realidad que ha sido estigmatizada y por ende violentada y discriminada desde tiempos remotos -particularmente para el caso de los homosexuales pasivos-. Aunque vista con cierto desdén, a decir verdad entre los Egipcios, los Mesopotámicos, los Griegos y los Romanos antiguos no se conceptualizaba con dicho término. Entre los Griegos y los Romanos el repudio se dirigía a aquellos hombres que con sus actos sexuales atentaban contra el concepto de virilidad, esto es, era extraño el que dos adultos mantuviesen una “relación romántica”, más era normal que un adulto mantuviese relaciones sexuales con un joven, de quien se encargaba en todo ámbito

relacionado con su educación. La Sodomía, término propiamente aplicable a hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres, era reprobable si se asumía una posición de pasividad ante el acto pues el serlo denotaba inferioridad intelectual; además de la importancia que la virilidad, cualidad inherente al ser masculino venía dándosele desde entonces y consecuentemente como se advierte en la figura 1, la discriminación y violencia se han mantenido vigentes desde aquellos tiempos hasta la actualidad, dando pie a la homofobia.

Como se ha establecido en base a fundamentos teóricos, la homosexualidad ha sido conceptualizada como antinatural pues no sirve para la reproducción. Asimismo se le ha equiparado con la debilidad, la pasividad y la expresión de la afectividad, supuestos sinónimos de lo que significa la femineidad, que atenta con los estereotipos de género; aspecto social que se ha erigido desde hace mucho tiempo ya, y que muy probablemente al presente sea ya obsoleto y poco funcional, tomando en cuenta que la homosexualidad sólo denota actividad sexual distinta y que no atenta de manera alguna contra los individuos heterosexuales. Por otro lado, se le ha evaluado como un acto depravado y ha sido duramente juzgado y sancionado por la religión. Bajo todos estos supuestos la homosexualidad genera prácticamente de manera lógica que surja la homofobia.

La homofobia por su parte, de acuerdo a la figura 2, siendo un acto de temor y aversión, de repudio y evitación, es un hecho real con base social, que se ha negado y sigue negándose en el presente a pesar del costo que le representa a las sociedades, no tomando en cuenta que los individuos homosexuales tan sólo tienen una orientación sexual diferente. La homofobia sirve entonces para reafirmar la masculinidad, al no tolerar actos considerados femeninos y por otro lado representa una contención ante los posibles deseos homoeróticos por alguien del mismo sexo. Inevitablemente con todo ello surgen la opresión, la estigmatización, la desaprobación y el rechazo social, al no ser como se debe ser, un individuo con orientación heterosexual, esto es, lo que es natural para llevar a cabo el fin último de la sexualidad: la reproducción y conservación de la especie. Y

tan importante ha sido esta conceptualización de la sexualidad, que primero la religión, después la medicina junto con el derecho y finalmente la sexología, han tomado el control de este objetivo. Lejos de intentar abolirla por el bien común a toda sociedad, se le fomenta mediante diversos medios, desde el interior de la familia hasta en los grupos sociales, manteniéndola al acecho del individuo homosexual y promoviendo circunstancialmente la violencia y la discriminación de que son objeto. Nuevamente en este punto habrá de tomarse en cuenta lo observado por Mieli (1977), el que asevera que “el ambiente en que vivimos es heterosexual; como tal obliga al niño, culpabilizándole, a renunciar a la satisfacción de los propios deseos auto y homoeróticos y le lleva a identificarse con un modelo monosexual de tipo heterosexual mutilado”.

Es destacable el rol que juega la enseñanza dada por el entorno primario acerca de la denigración de la sexualidad en general y de manera específica en la homosexualidad, mediante el lenguaje verbal y el corporal. En algunos individuos homosexuales logra hacerles mella nutriéndoles negativamente y terminarán internalizando los prejuicios derivados de ella, viviendo con culpa y vergüenza por no ser como los demás, “un individuo normal” que cumple con el estereotipo de género que le corresponde. Además como bien observa López Sánchez (2006), pueden autocondenarse y luchar contra sí mismos, teniendo muy probablemente fracasos en cualquier ámbito de su vida, sea familiar, escolar, laboral, etc. y sus relaciones interpersonales pueden ser pobres como causa del aislamiento al que se puede autosujetar. La violencia y la discriminación se harán entonces presentes creando con ello problemas de autoestima, trastornos de personalidad y trastornos psiquiátricos (Cochran y Mays 2000, Van Heeringen y Vincke 2000, Gilman et al. 2001, Westefeld et al. 2001, Diaz et al. 2001, Moskowitz et al. 2002, Paul et al. 2002 y Casullo 2005, entre otros), que de no controlarse podrán generar el deseo de llevar a cabo cierta actuación suicida. Complementariamente habría de tomarse en cuenta que los adolescentes, en los que en esta investigación se encontró con más probabilidades de actuación suicida (Van Heeringen y Vincke 2000, Russell y Joyner 2001, Alexander et al. 2002, Savin-Williams y Ream 2003, Hillier y Harrison

2004, Mc. Andrew y Warne 2004, Rosario et al. 2005 y Kitts 2005) son más sugestionables debido al trance por el que atraviesan, entre dejar de ser niños y convertirse en adultos; aunado a la demanda social juvenil del debut sexual y de las relaciones de pareja.

Por su parte, el suicidio ha aumentado de manera alarmante (ver fig. 3A) según destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), particularmente entre la gente joven; y sin embargo es un hecho que se niega y se estigmatiza fundamentalmente por los familiares, quienes reportan dichas muertes como accidentes o muertes violentas. Para el caso de los individuos homosexuales simplemente parece ser un hecho no visto, mucho menos documentado. La misma OMS refiere que la actuación suicida, la que contempla desde la ideación suicida, la intención suicida hasta el suicidio (ver fig. 3B), se debe a distintos factores. Estos factores que influyen fuertemente en su ejecución, van desde la complejidad del paso por la etapa adolescente, adicciones, enfermedades físicas, trastornos psiquiátricos, nivel socioeconómico hasta las diferencias de género. Se aprecia que se pretende restarle importancia, no tomando en cuenta que siendo un problema de tal magnitud sería oportuno arremeter contra él ante su inminente presencia o de lo contrario, las sociedades en breve se verán rebasadas con un problema que se acrecienta rápidamente. En primera instancia sería muy oportuno evidenciarlo mediante la incursión en materia social, para tomar las medidas necesarias y lograr su prevención a grandes escalas. Adicionalmente sería oportuno que a su vez se incursione en materia familiar con el fin de enseñar, promover y fomentar en los integrantes de las familias, una sana, sólida y consistente autoestima, un autoconocimiento profundo y el aprendizaje de maneras de confrontación ante las situaciones complejas y adversas que se presentan en el transcurso de la vida; complementario al *re-aprendizaje* de lo que significa tener simple y llanamente una orientación sexual distinta a las normas establecidas culturalmente, que para fines prácticos sólo representa la “*elección*” de con quién se lleva a cabo la relación sexual indistintamente del género.

Asimismo, como puede apreciarse en la figura 3A, existen ciertas características psicológicas, aparentemente vinculadas a los individuos con actuación suicida.

Por otro lado, la figura 3B nos muestra, según se señaló en un principio, el enfoque conceptual que las disciplinas de la psicología y el psicoanálisis, la sociología y por último la filosofía dan al fenómeno de la actuación suicida. Dependiendo del enfoque con que se haya valorado, la actuación suicida puede obedecer al influjo de las características propias y aprendidas del individuo, que van desde problemas de la infancia y de la adolescencia hasta la identificación con otros individuos suicidas; al influjo de la sociedad debido al compromiso que el individuo adquiere al ser miembro de ella y a la identidad reforzada o debilitada del individuo al interior de tal sociedad; el establecer hasta qué punto la vida le pertenece al hombre o si se trata de una propiedad divina o si se trata de un recurso del alma para dar significado a un universo que en vida no se tenía. La integración de estos criterios son los que nos permiten en gran medida conocer el origen de dicha actuación, misma que podrá prevenirse como se detalla en las figuras 6 y 7. Y sin embargo, se concluye que hablando de los individuos homosexuales, la actuación suicida acontece debido a la gran presión que sufren por su condición sexual desde el aspecto religioso, por demás relevante para muchos integrantes de la sociedad, hasta el rechazo de los grupos ya no sólo sociales sino familiares; más las escasas habilidades y el pobre desarrollo de capacidades para manejarse óptimamente en su situación vivencial.

Bajo esta situación vivencial como *homosexual*, según ha podido observarse, el individuo podría optar por “salir del clóset o no”; debido al impacto que este acto puede tener en todo entorno de su vida. Es deseable por tanto, hacer hincapié en que si el individuo homosexual opta por “salir del clóset”, entonces estará tornándose en un individuo *gay*. Acorde con Avalos Paniagua (2007), se encuentra que *gay* no es sinónimo de *homosexual*. Se presume que un individuo homosexual es aquel que tiene un comportamiento sexual orientado hacia el mismo género, aunque claro está que en algunos casos tan sólo obedece a

conductas sexuales por el placer mismo de la genitalidad con individuos del mismo sexo y que puede ser de manera transitoria y sobre todo elegible; mientras que en muchos otros casos se debe a la orientación sexual que no se elige. El término *gay* por su parte, abarca infinitamente más que un comportamiento sexual. Cabe subrayar que el término *gay*, como se advirtió en su oportunidad, se utilizaba para describir a alguien como alegre, despreocupado y hasta ostentoso o cursi, hasta que en el siglo XVII se le dio cierta connotación de inmoralidad y hacia el siglo XIX comenzó a utilizarse para referirse a la homosexualidad y a finales del siglo XX el término *gay* comenzó a utilizarse para describir a la gente que se siente atraída hacia miembros de su mismo sexo, a las prácticas homosexuales y a la cultura asociada con la homosexualidad. Sin embargo, aún cuando el uso del término se ha generalizado para esta atracción por miembros del mismo sexo, vale la pena insistir en que ser *gay* en realidad implica haber reestructurado, en base a la orientación homosexual, la vida en todo ámbito, desde lo personal hasta lo social; significa haberse declarado abierta y francamente homosexual y construir una identidad acorde con dicha orientación. Esto último es muy importante para el trabajo realizado, pues al tomar en cuenta que un individuo *gay* es aquel que se abre completa y totalmente desde lo personal hasta lo social y que construye una identidad propia acorde a su orientación sexual distinta, significa que su grado de satisfacción y plenitud propias son altas. Lo anterior redundaría en una autoestima sana, contando adicionalmente con el apoyo familiar y hasta cierto punto social, necesarios para confrontarse en dado caso, con las adversidades inherentes a la homofobia, como lo son la estigmatización y la discriminación de los grupos sociales; por lo que recurrir a la actuación suicida se percibe en estos casos ciertamente lejana o poco probable (ver figura 4).

Una vez que se han asentado lo más cabalmente posible, las bases del conocimiento del acontecer suicida en el individuo homosexual derivado de la homofobia, se puntualiza sobre la consideración relevante de los tres temas de impacto actual que en su interrelación han hecho mella a la sociedad en general y en particular a la subcultura *gay*. El suicidio, particularmente hablando de los

individuos homosexuales, es tal vez más grave aún debido a que se le encubre. Pocos suicidios son reportados por los medios de comunicación, al menos en lo que respecta a México. Desafortunadamente se reseña que mueren debido a “crímenes pasionales”, lo que significa textualmente que mueren por homicidio, debido a la perturbación o trastorno del ánimo que padece quien les mata; no tomando en cuenta la relevancia de la connotación que posee el suicidio, independientemente de la orientación sexual del individuo que muere. En la revisión realizada en algunos medios de comunicación escrita que se señalaron previamente en el capítulo sobre contexto situacional, básicamente se encontraron artículos relacionados con el suicidio en general, pero en dirección de los lugares con mayores índices, las explicaciones dadas del origen de tales decesos, las edades aproximadas entre los suicidas y/o porcentajes calculados de gente que lo comete, etc. Por su parte, explícitamente sobre el suicidio entre los individuos homosexuales, tan sólo se encontraron dos artículos aparecidos en *La Jornada* y en *El Universal*, en la revisión que contempló las dos últimas décadas. Cuestión que no sorprende de manera alguna al recordar que como asegura la Comisión Ciudadana contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH), de que por cada homicidio denunciado, dos no llegan a oídos de las autoridades, así que encontrar reportes sobre el suicidio es casi una quimera.

Aunque la labor de esta investigación fue documentar el vínculo entre homosexualidad, homofobia y actuación suicida, se encontró que en los artículos de investigación revisados, un gran porcentaje de los individuos homosexuales reportaban estar satisfechos y plenos con su orientación sexual, gozando de una autoestima sana, apoyo familiar y de su entorno social. Encontrando acorde con Avalos Paniagua (2007), que no siendo lo mismo ser homosexual que gay, es esperable que estos individuos, con características individuales y sociales consistentes y sólidas, tuviesen un mínimo de consideración suicida. Empero entre aquellos que recurrieron a la actuación suicida se encontró una clara interrelación entre la homosexualidad, el suicidio, la homofobia y/o algunos otros factores, como lo ya reportado en su oportunidad: el consumo de drogas, el que se

presenta frecuentemente entre los adolescentes, problemas de autoestima, depresión y otros (ver figura 4).

La actuación suicida no es un hecho que pueda evaluarse como deleznable; por lo que a este punto, bajo una perspectiva meramente filosófica se desea considerar una interrogante reveladora: ***¿bajo qué condiciones puede alguien buscar la muerte de preferencia a la vida?*** Sumándonos al adagio de Epicuro *“la muerte no nos afecta vivencialmente pues cuando la muerte es, yo no soy, y cuando yo soy, es porque todavía ella no es. ¿Cómo juzgar entonces acerca de un acontecimiento no vivido?”*. Empero algunos individuos asumen al suicidio como una promesa de liberación pero, ¿liberación de qué? Esta supuesta liberación podría interpretarse como una ilusión de arreglar lo que acontece, de liberarse del sufrimiento, de liberarse de la presión social, de liberarse de la posible hostilidad en el entorno.

Y sin embargo, aunque podría resultar paradójico, el ser humano, aún sumergido en un presente deplorable y a la espera de un futuro aciago, bien puede querer sujetarse a la vida; por lo que la interrogación consecuente sería: ¿qué es lo que podría hacer que el hombre persistiera en seguir viviendo, aún en circunstancias que podrían rechazarse en absoluto? Cicerón declaraba que *“desde que nace, el animal queda librado a sí mismo y tiene una tendencia a conservarse, a amar su naturaleza y todo lo que puede conservarla; se aleja por tanto de la destrucción y de todo lo que podría conducir a ella”*. Lo que se interpreta como que vivir significa vivir auténticamente, interrogándose a sí mismo siquiera una vez, si acaso la vida misma tiene sentido, pues la pérdida de dicho sentido puede arrastrar consigo la pérdida de la propia existencia. Albert Camus (1942) significó al suicidio como la vida derrotada, la vida que no puede soportar la ausencia de sentido. Concepto de la vida compartido por Viktor Frankl (1945), quien puntualizó que aún en las condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento, el hombre debe ser capaz de encontrar una razón para vivir, basada en su dimensión espiritual (Vidal García 2000). Aún cuando se está de acuerdo con Frankl en esta aseveración,

adicionalmente se presume valdría la pena tomar en cuenta que dado que el encuentro de tal dimensión espiritual es un asunto un tanto complejo, tal vez primeramente se deba ir en búsqueda de vivir auténticamente, asentado en poseer una autoestima sana y una identidad psicológica fuertemente consolidada, siendo el ámbito familiar precursor de ello, seguido del entorno social.

Como observa Ackerman (1977) la identidad del individuo al interior de los grupos sociales a los que pertenezca o se refuerza o se debilita. Desafortunadamente como el mismo Ackerman observa, los cambios sociales actuales dificultan la comunicación y peor aún las relaciones sociales, por lo que el individuo prácticamente de manera invariable se tornará en un individuo aislado. Y si se trata de un individuo aislado, Trout (1980) dice que el aislamiento social ejerce su influjo directamente en la actuación suicida; es pues conveniente para el individuo funcionar adecuadamente en sus relaciones interpersonales significativas y de ninguna manera aislarse.

Es destacable tomar en cuenta el punto de vista que ofrecen Casullo, Bonaldi y Fernández Liporace (2004) con relación al suicidio, porque su atención se orienta al *self*. El *self* como lo denota Donald Winnicott, es el “corazón instintivo” de la personalidad, esto es, la capacidad que logra el individuo, desde su tierna infancia para reconocer y representar sus necesidades genuinas con expresión propia. Y como observan Casullo y colaboradores, el *self* se construye en base a lo que se potencializa y fomenta en el individuo dentro de sus grupos sociales; esto es, existen sociedades que enseñan y promueven la independencia y la autonomía personal, mientras que hay otras que enseñan que las relaciones interpersonales son de suma importancia y por tanto su interdependencia. Así, calificar el suicidio será distinto -dependiendo los distintos contextos culturales- pues el *self* del individuo será diferente de acuerdo a la sociedad en la que se desarrolló, que a su vez tiene su base en la cultura a la que pertenece y que marca las pautas del desempeño del rol de género y del rol sexual, enseña las creencias y normas y por

tanto las expectativas vinculadas a ellas, además de señalar las creencias religiosas hegemónicas de tal sociedad, como se ha enfatizado previamente.

Es interesante resaltar el concepto del *self*, ahora desde la perspectiva de Carl G. Jung que brinda Farberow (1969). Jung conceptualiza al suicidio ubicando al sujeto suicida en un contexto distinto, donde para este individuo el hecho de suicidarse no contempla en absoluto al *ego* de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, sino al *self*, porque refiere el hecho del suicidio para el paciente mismo como un acto de renacimiento, no en un sentido metafísico sino como se ha mencionado, un renacimiento del *self*; lo que podría ser el tomar las riendas de sus propias acciones, siendo en realidad un anhelo que se aprecia inconsciente. Y este posible renacimiento del *self* podría entenderse si tomamos en cuenta a Viktor Frankl, para quien la vida posee sentido de responsabilidad para el individuo, de la cual no debe sustraerse; más no sólo eso sino vivir la vida significa enfrentarla con todo aquel problema, limitación o conflicto que se le presente, para lo cual es conveniente poseer los elementos necesarios para llevarlo a cabo; cuestión que importa sobremanera y que se adquiere mediante las bases de su propia formación, desarrollo y educación. Frankl, como señala Camacho (1999), destaca que un individuo suicida adolece de vacío existencial; lo que aquí se interpreta que denota su ausencia o falta de autoestima, escasa motivación intrínseca, objetivos y metas definidos, carácter pobre, ausencia de autonomía, etc.

Vale la pena por lo anteriormente señalado, mencionar a Matus (1990) el que señala que los individuos suicidas presentan problemas previos a tal actuación, originados muchas veces desde la infancia o la adolescencia, básicamente en sus relaciones interpersonales. Es claro que tocar aquí el punto de la identidad, la que básicamente se consolida en la adolescencia, explicaría mucho del origen de dichos conflictos. La adolescencia es una etapa en la vida de todo individuo, donde se presenta una transición bio-psico-social, momento en que se presenta una serie de cambios puberales tanto como que se presenta cierta confusión en

su percepción del mundo; además para el resto de la sociedad se trata de alguien que está dejando de ser un niño pero que a su vez no es aún un adulto. Adicionalmente el adolescente podrá presentar en esta etapa fantasías, atracción y conductas hacia gente de su mismo sexo lo que no es otra cosa que la manifestación de su sexualidad. Cada individuo cuenta con un determinado umbral de control y la vulnerabilidad disminuye ese nivel. Existen factores que pueden incidir en la aparición de tal vulnerabilidad, como lo pueden ser una enfermedad crónica o aguda, la soledad o la percepción de soledad, circunstancias novedosas difíciles de procesar, abusos físicos psicológicos o sexuales e incluso el padecer de hambre. Cuando circunstancias estresantes provocan que se supere ese umbral, el organismo comienza a operar con la modalidad automática, invalidando el control voluntario que procede en aras de sobrevivir. Y como señala Orbach (1990), los sujetos suicidas poseen menor versatilidad en soluciones, menor afecto positivo y menor orientación hacia el futuro.

Cabe observar que particularmente en adultos inmaduros y emocionalmente perturbados, el concepto de sí mismos o identidad tiende a ser conflictivo, fragmentario y confuso. El individuo se vive a sí mismo como teniendo partes no integradas, es incapaz de unir sus partes para constituir una persona entera. A su vez, esta fragmentación refleja una división de su imagen de la identidad familiar. Cuanto más perturbada está la personalidad, son menos sanos los fundamentos básicos de la identidad unida a la de la familia y es más profundo el fracaso para diferenciar un yo separado e íntegro (Ackerman 1977).

Como ha podido advertirse en esta labor, la actuación suicida en el homosexual se hace a un lado de manera constante y reiterada, quitándole la importancia que amerita. Este actuar suicida podría prevenirse si se manifiesta que ocurre. Finalmente los individuos homosexuales solamente poseen una orientación sexual que se encauza hacia los individuos de su propio sexo, lo que no contraviene de manera alguna a los heterosexuales; por lo que lo que requieren fundamental y

urgentemente es ser reconocidos, respetados y aceptados y con el derecho genuino de tener un lugar como tal dentro de la sociedad; tanto como lo son los individuos heterosexuales.

En suma como podrá observarse en la figura 5A, se concluye que una conformación del modelo socio-individual bajo el cual nos regimos, prevendría idealmente la consideración del acto suicida en general y de manera muy particular en los individuos homosexuales. Como se aprecia en dicha figura, dicha conformación se divide en dos ámbitos: el social, que a su vez se subdivide en familia y sociedad y el individual, que se subdivide en preventivo y reconstructivo. Concretamente, sería muy recomendable en primer lugar llevar a cabo un cambio socio-cultural en la visión de la sociedad actualmente androcentrista y heterosexista, seguido del desarrollo potencial de una sana autoestima, entre otros elementos, de manera primaria mediante el ambiente familiar y posteriormente a nivel individual, teniendo orientación heterosexual u homosexual indistintamente (ver figura 5B). Cabe destacar que a nivel individual adicionalmente, como se observa en la figura, existe la posibilidad de conformar la personalidad del individuo de manera reconstructiva.

Bajo un panorama sociológico se requiere de llevar a cabo los cambios necesarios en una sociedad, que como se ha observado ha sido rígida y al día de hoy obsoletamente estructurada, en cuanto a la sexualidad. Finalmente la homosexualidad, se insiste una vez más, tan sólo significa tener una orientación sexual diferente. Asimismo mediante una perspectiva psicológica, la labor a realizar en el ámbito familiar e individual, requiere de cambios significativos en la psique del individuo, se trate de los padres o los hijos.

De manera afortunada particularmente para los homosexuales, como observa Guasch (2000), la sociedad en su conjunto está redefiniendo la identidad masculina y de manera progresiva está dejando de organizarse a partir de familias y está pasando a estructurarse en torno a individuos. Existe entonces una fuerte

necesidad de llevar a cabo cambios sociales y no es desdeñable tomar en cuenta para dar inicio en este arduo quehacer, que individuos homofóbicos afirman que puesto que la homosexualidad siempre ha sido un objeto de condena religiosa, de represión y castigo por parte del estado y de aversión social en términos generales, *la homofobia*, antes de ser una forma de fanatismo o intolerancia, sirve para ratificar los valores de la sociedad y de las instituciones que la constituyen. Esta apelación a las Sagradas escrituras, a la ley y a siglos de costumbres, reinterpreta la historia de persecución como una historia de la aplicación apropiada de justicia y el mantenimiento de la moralidad, la virtud y el orden cívico contra una forma subversiva de conducta sexual y de una *especie sexual* igualmente peligrosa. Mientras que la sociedad, la religión y la política la legitimen, la homofobia esparcirá odio, desprecio y violencia y continuará siendo nuestro último prejuicio aceptable (Nelligan 1982, Fone 2000, Guasch 2000, Mott 2006, Del Collado 2007).

Asimismo como también observan Guasch (2000) y Granados-Cosme (2002), la heterosexualidad está en crisis, tanto como la identidad masculina. Sin embargo las consecuencias de esas crisis son distintas en función de la orientación sexual de los varones. Los heterosexuales definen su identidad masculina a partir de un modelo unívoco, simplificador y excluyente. El varón o es macho o no lo es y para conseguirlo debe negar su propia feminidad. La identidad masculina heterosexual se articula en torno al arquetipo de héroe. Y el héroe no puede ser frágil, débil, compasivo o cobarde. A veces ni siquiera puede ser solidario. El héroe debe triunfar a cualquier precio y vencer las dificultades porque está en juego su honor de varón. Sin embargo la sociología apuntaría a que el proceso de redefinición del género masculino ya no es patrimonio exclusivo de los gays pues la sociedad en su conjunto está redefiniendo la identidad masculina. Finalmente se aprecia que como destaca Guasch (2000), la sociedad global de manera progresiva, deja de organizarse a partir de familias y pasa a estructurarse en torno a individuos, y ese es precisamente, el sistema de organización social de la subcultura gay. Como consecuencia de esos procesos, la cultura madre diluye la subcultura gay al reproducir muchos de los rasgos que le daban especificidad. Por lo que superar la

homofobia, permitir y difundir el homoerotismo como instrumento de redefinición social de la identidad masculina, terminará con la rigidez estricta de la heterosexualidad como norma sexual, tanto como con la subcultura gay. Se estima que en un futuro utópico las relaciones interpersonales ya no se basarán en el dominio, ni en la sumisión, ni en la opresión, sino en el interés entre humanos por conocerse más, independientemente de sus preferencias sexuales. Si esto último se logra en un futuro, a través de dicho re-aprendizaje, la reformulación de estereotipos de género, la reelaboración de normas culturales, la equidad en derechos legales y sociales se darán fácilmente y redundarán en beneficio de todos los integrantes de la sociedad (ver figuras 6A y 6B).

Empero, aún cuando se realizaran estos cambios por demás sustantivos, habrá de tomarse en cuenta que no se consideran suficientes para evitar la actuación suicida en la población homosexual. Sabemos ahora que es fundamental de igual manera llevar a cabo cambios en lo individual y primeramente deberá tomarse en cuenta la importancia que tiene el realizar, de manera sistemática, una evaluación psicopatológica en el individuo. Lo anterior con el fin de evaluar la condición psicológica y descartar algún factor psicopatológico -considerados de grave riesgo- que pudiese derivar en la actuación suicida (figura 7). Una vez descartada una descompensación psiquiátrica, la semiología de la tentativa de suicidio puede comprenderse a través de la propuesta de Shneidman (1976) sobre los aspectos más frecuentes de la conducta suicida: el objetivo principal del suicidio es buscar una solución, el fin común es dejar de sentir o pensar, el estímulo común es un sufrimiento psicológico intolerable, el factor estresante es la frustración de las necesidades emocionales, el sentimiento más frecuente es de desesperanza y abandono, la ambivalencia es una actitud subjetiva común, el estado cognitivo está representado por una constricción psicológica, el acto común es la huida, el aspecto interpersonal es la comunicación previa de la intención suicida y la lógica del suicida es una forma personal de reaccionar frente a los problemas de la vida. A este respecto, los psicólogos pueden fungir como fuertes fuentes de prevención si es que acaso logran aislar los eventos y circunstancias que conducen al suicidio

e identificar las características de las víctimas potenciales según puntualizan Azpiroz et al. (2005), Cisneros (2005) y Petrzelová et al. (2007).

Vale la pena considerar en este punto que la sintomatología depresiva y la ideación suicida se consideran parte del fenómeno cognitivo mientras que la autoestima y la intención suicida son consideradas instancias comportamentales. A pesar de que esta distinción podría no ser lo suficientemente clara, existe una obvia necesidad de considerar todo el rango de estos problemas para su prevención. Lo anterior, valdría la pena sopesarse en cuanto a los estereotipos de géneros, indagar en las diferencias entre hombres y mujeres con el fin de conocer si estas diferencias se presentan debido a características intrínsecas bajo un sustrato biológico-genético a cada género, o bien si se determinan en una trama cultural debido a patrones educativos existentes en cada contexto social. La tarea implicaría consecuentemente, en caso dado, examinar los patrones actuales de educación -familiares y escolares- basándose en propuestas y programas derivados de las necesidades y experiencias de los individuos.

La psicología sienta en mucho sus bases en la importancia de la institución familiar, la que representa la unidad de residencia primaria y que tiene un papel crucial para asegurar el equilibrio psicológico de sus miembros. El ámbito familiar se carga de afectividad y se repliega sobre sí mismo para proteger a sus miembros de la deshumanización del exterior. Hoy más que nunca la familia es un refugio, donde se concentra toda la afectividad y también la base de la identidad. Por la historia familiar uno sabe quién es y de dónde se viene; la red familiar proporciona el sentimiento de estabilidad, de pertenencia, de identificación. Dicho ámbito tiene un influjo nodal para que la personalidad del individuo se constituya; lo que se reflejará en su comportamiento a lo largo de su vida. Si en el ambiente familiar se crean y fomentan características disfuncionales en el individuo, éste se enfrentará ante las adversidades que se le presenten en su vida con elementos muy precarios para sus resoluciones. La familia, de manera primaria los padres, enseñan al individuo a gozar o no de una sana autoestima, a conformar su

carácter, a formar un locus de control interno consistente y fuerte y a desarrollar autonomía; por lo que el individuo aprenderá desde su primera infancia, a comportarse de acuerdo al respeto, reconocimientos de sus potencialidades, valoración y aceptación que reciba de parte de su entorno primario -familia- y posteriormente el secundario -sociedad- (ver figura 7). Si el niño es querido, aceptado y reconocido, se tornará en un individuo seguro y confiado; si por otro lado el niño no es apreciado, podría tornarse en una persona insegura, desconfiada y aislada y ello repercutirá en su interrelación con el mundo. Por tanto, la familia contribuirá a que el individuo desarrolle autonomía, un carácter fuerte y sólido y una sana autoestima; esta última se considera la base para prevenir un suicidio en alguien que atraviese por una situación adversa, pues la autoestima, en consonancia con Carré, Schmit y Valls-Llobet (1996), influye en todos los aspectos de la experiencia humana: *comportamiento en casa y en trabajo; relaciones afectivas, sexualidad y sobretodo en las decisiones significativas, por lo que se considera que la autoestima “moldea la vida que el individuo se crea”*.

La autoestima se desarrolla desde el nacimiento mismo y será una herramienta en el proceso de aprendizaje que determinará de alguna manera, la capacidad del individuo en diferentes aspectos. La autoestima propia de los padres será transmitida a los hijos. Si los padres poseen una autoestima saludable -saben aceptar, respetar y confiar en sí mismos- los hijos la heredarán y esta se construirá con la identificación de los propios deseos, capacidades y sentimientos. Conforme a Carré, Schmit y Valls-Llobet (1996), se aprecia que el bebé recibe los cuidados físicos envueltos siempre de emociones y aprende a verse según le ven sus padres: es pasivo, es sensible, es alegre, etc. y se verá reflejado en estas imágenes como en trozos de un espejo que se irán definiendo hasta formar uno entero. Bien puede acabar por definirse cómodo, seguro, valorado, etc. o bien “luciendo un traje que no ha elegido”, forzado a ser lo que otros le han dicho que es. La Teoría del Apego, propuesta por John Bolbwy en la década de los sesentas en el siglo pasado, es interesante dado que sirve para explicar el que el individuo se comportará en muchas ocasiones de acuerdo a lo que le fue transmitido por su

familia y posteriormente lo reafirmará a través de la participación en sus grupos sociales. La autoestima es por tanto esencial en el desarrollo psicosocial del individuo a lo largo de su infancia, niñez y adolescencia, y necesaria para la consolidación de la personalidad en la adultez y su consecuente buen desempeño. Por lo que preservarla, mejorarla e incluso restaurarla si fuese necesario, es vital para un óptimo funcionamiento del individuo en su vida cotidiana. La autoestima es la relación que el individuo tiene “consigo mismo”, lo que significa que es aquello que piensa y siente acerca de sí mismo, cómo se percibe y el grado de bienestar que busca para sí. La autoestima por tanto es una realidad emocional, lo que implica que si el individuo no se siente cómodo con quién es él, con su validez y eficacia, se encuentra en un conflicto de origen psicológico. Una sana autoestima nos indica que en el individuo existen claras características que la fomentan y la mantienen: autonomía, conjunción de independencia y dependencia emocional, asertividad, expresión adecuada de la rabia, carácter funcional y voluntad (ver figura 7).

Ackerman (1977), observa que la relación del individuo con sus padres inicia en la simbiosis de la pareja madre-hijo; la identidad psicológica está moldeada por los procesos de identificación primaria niño-padres y sufre cambios a medida que el niño gradualmente diferencia su yo. Esta diferenciación es una fragmentación de la familia que a su vez refleja una fragmentación de la propia imagen respecto a la identidad familiar; si esta identidad es insana, sus fundamentos son igualmente insanos y la personalidad se tornará en perturbada, creando un fracaso en la diferenciación de un yo separado e íntegro y como consecuencia los individuos además de perturbados se convertirán en inmaduros y su identidad será conflictiva, fragmentaria y confusa.

Adicionalmente una baja autoestima predispone a sentimientos depresivos y como se sabe, la depresión puede ser un detonante para la consideración de un suicidio. Esta baja autoestima puede ser evidente o esconderse detrás de una alta autoestima artificial basada en una imagen distorsionada y que al derrumbarse alberga la posibilidad de la depresión. Cuando ciertas cualidades que se poseen

no hacen que se sienta uno válido, la autoestima es precaria o frágil y la depresión sobreviene cuando se abre el abismo entre la realidad y este “ideal del ser”. Se trata entonces de una pérdida de autoestima, ya sea un derrumbe total de ella o una pérdida parcial, destinada a servir de advertencia sobre la posibilidad de una pérdida total. Si la autoestima está fundamentada en conceptos imaginarios, habrá grandes posibilidades de que el individuo se deprima cuando la realidad no responda a sus fantasías. Una autoestima sana consiste en tener la total seguridad de que lo que se siente y se desea pertenece al individuo, de que forma parte de lo que se es. El individuo sabrá no sólo lo que no quiere sino también lo que quiere y puede expresarlo, sin que le importe ser amado u odiado por ello. Por otro lado, el reconocer las limitaciones propias de bondad, de inteligencia o de saber hacer, hace al individuo reconciliarse consigo mismo y quitarse de encima el terrible peso de tener que hacerlo siempre todo bien. Aunada a una sana autoestima y a la fortaleza de carácter que el individuo logra, la autonomía juega asimismo un rol fundamental para asumir la responsabilidad de sus decisiones propias; sin embargo, existen individuos que no lo son lo suficiente como es el caso de ciertos individuos que recurren al suicidio ante sus problemáticas personales y a los cuales idealmente habría que cuidar para que no decidan equivocadamente, llegando al suicidio. Una cierta intervención que se considera “paternalista” es justificable en los casos donde el individuo habrá de ser protegido de sí mismo; afirmando que continuar con vida sería la opción elegida por cualquier persona completamente racional. Lo anterior es cuestionable cuando se trata de delimitar en los casos en los cuales uno puede decir de una persona que no está actuando razonablemente. Porque ¿cuándo se dan las condiciones necesarias de razonabilidad? ¿cuál es el criterio que nos permite distinguir conductas racionales de no racionales, dando por descontado que dicho criterio no se encuentre sesgado por nuestros propios prejuicios o preconceptos? ¿a qué edad se comienza a ser autónomo? Ejemplificando, Thomas Szasz (1971 en Cohen Agrest 2007) parte de la hipótesis de que un suicidio consumado es casi siempre la expresión del deseo de un individuo de lograr una mayor autonomía de la que posee, en particular, por tomar las riendas o tener el control sobre su propia

muerte. Tal vez esto último explicaría porqué un adolescente o un adulto joven elige suicidarse cuando no logra afrontar situaciones complejas y adversas que se le presentan en la vida o simplemente motivado por el deseo implícito de ganar ante sí y ante los demás integrantes de su grupo social, el reconocimiento al derecho de tomar las riendas de su propia vida.

Kaplan y Sadock (2003) por ejemplo, establecen que como característica universal del suicidio entre los adolescentes se encuentra la falta de estrategias para sobrellevar los factores estresantes inmediatos que se les presentan, así como una estrecha visión de las opciones disponibles para sobrellevar problemas familiares y el rechazo consecuente (ver figura 7). Para los homosexuales adolescentes esta razón es aún más poderosa. El proceso de descubrimiento de la propia homosexualidad y su subsecuente aceptación no es sólo un factor estresante inmediato sino que les puede ocasionar conflictos posteriores; lo anterior aunado a sus escasos recursos para sobrellevar la problemática ante la familia y con sus amistades. Un adolescente homosexual que decide “*salir del clóset*” puede experimentar discordia familiar y un rechazo casi inminente, y como puede observarse en la figura 7, esto podría disminuirse para el individuo mismo mediante un trabajo psicoterapéutico. Graber y Brooks-Gunn (1995, en Casullo, Bonaldi y Fernández-Liporace 2004) aseguran que los adolescentes homosexuales enfrentarán dificultades importantes en la construcción de su identidad debido a que los valores hegemónicos de la sociedad muestran a la heterosexualidad como lo sano; señalando que en el peor escenario la actuación suicida está relacionada con los sentimientos de marginación y rechazo que tienen aún ante las dudas e inseguridades en la definición de sus intereses y de la orientación sexual. Otro escenario delicado para la actuación suicida es el descrito por Zepeda (2007), quien puntualiza que al percibir la discriminación, los homosexuales experimentan mayores índices de problemas emocionales y conductuales que debilitan la fortaleza de la persona y aumentan la vulnerabilidad ante problemas, ocasionando el aislamiento y como consecuencia grave la falta de atención y apoyo que se requieren. Si en la identidad psicológica se presentan

constantemente cambios y ajustes, aún cuando se haya constituido básicamente en la niñez y reforzada o reconstituida en la adolescencia, doble esfuerzo será para que los homosexuales formen su identidad homosexual al vivir una subjetividad distinta pues están acostumbrados a ocultar una parte de sus sentimientos, deseos, pensamientos y necesidades; por lo que esta autoidentificación se presentará paulatinamente hasta que en el mejor de los casos la asuman plena y abiertamente; por lo que un homosexual no asume su homosexualidad de la misma forma en que un heterosexual asume su heterosexualidad. El homosexual deberá adaptarse de alguna manera al contexto mayoritario y desafortunadamente no posee modelos a seguir, además de pertenecer a un grupo minoritario al que no pertenece voluntariamente.

La prevención de un suicidio en particular entre adolescentes requiere de conocer los factores de riesgo de su consideración para promover, iniciando desde la persona misma un autoconocimiento y la valía por su persona, lo que a la larga los llevará al encuentro de su propia identidad y consolidación de su estructura psíquica y consecuentemente a la adaptación a su entorno y circunstancias. Esta valía, como puede advertirse en la figura 7, se logra si como se ha señalado ya, se fomenta una sana autoestima en el individuo. El lograr la autoaceptación, un manejo adecuado del locus de control interno y las habilidades para confrontarse con todo aquello que pueda presentársele; hará del adolescente un individuo con una real sana autoestima, elemento fundamental para de manera individual, prevenir la actuación suicida a pesar de la homofobia de que pueda ser objeto. Claro está que todo esto último requiere de apoyo por parte de los padres para que los adolescentes desarrollen adicionalmente comportamientos responsables y todo ello se conseguirá si se respetan sus derechos a la información, a la adquisición de aptitudes, a los servicios y a los consejos sobre comportamientos sexuales; además de la concesión de responsabilidad de toma de decisiones y el apoyo para su emancipación. Consecuentemente se verán beneficiados no sólo los adolescentes, sino las familias y el conjunto de la sociedad en sí. En el plano familiar será conveniente conocer la dinámica al interior de la familia para que ésta brinde el apoyo que requiere una persona que podría estar en riesgo de tal

consideración. Institucionalmente habrá de evaluarse la forma en que a la población le son presentados los eventos de la vida cotidiana y que determinan ciertos estereotipos de comportamiento o del ser en sí. Social y culturalmente habrán de evaluarse las costumbres y los comportamientos que son parte de la idiosincrasia de nuestra población y crear una interconciencia entre la gente para promover los cambios que pudieran requerirse y que la gente logre una mayor adaptación en estos contextos. Todo lo anterior deberá considerarse primordial pues habrá de tomarse en cuenta que un adolescente siempre estará en búsqueda de su propia identidad y requiere de su entorno cercano para lograrlo. El adolescente concretamente, se encuentra en una etapa donde vive la contradicción entre las pulsiones instintivas de su niñez y las restricciones morales de la adultez.

Además de los elementos previos recién señalados, que se consideran preventivos, también habrá de tomarse en cuenta que existe la posibilidad de que se lleve a cabo cierta reestructuración psicológica en caso dado de que no hayan sido internalizados en su oportunidad. Es relevante considerar que la función del psicólogo en este punto es fundamental. La figura 7 muestra cómo, mediante un proceso conformativo, que contemplaría claramente el apoyo brindado por un psicólogo con el fin de promover en el individuo el autoconocimiento, la valía personal, el encuentro de su propia identidad, el desarrollo de habilidades personales en búsqueda de su propio sentido de vida, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y autocontrol, el desarrollo del locus de control interno y externo, la enseñanza de habilidades sociales, el re-aprendizaje del significado de la homosexualidad lejos de todo prejuicio, el manejo para “salir del clóset” en caso deseado y la enseñanza de vida de acuerdo a su propia orientación homosexual.

Lo anterior se considera deseable al tomar en cuenta que lamentablemente para estas comunidades se ha insistido en calificarlos como individuos inmaduros, narcisistas, seductores y manipuladores, lo que los ha estereotipado. Para otros, son individuos enfermos que deberían *tratarse* mediante rehabilitación física,

psicológica, psiquiátrica y hasta espiritual, para solucionar su presunto problema. Sin embargo en un aspecto más sustancial, habría de considerarse que el suicidio en cualquier individuo, más aún entre los individuos homosexuales, constituye un aviso de que algo falla en nuestras sociedades, es una alarma para revisar nuestras forma de vida y la manera en que nos relacionamos unos con otros, las conformaciones de los estereotipos y los roles de género.

Dar salida a la homosexualidad es sumamente complejo debido a que la sociedad establece y determina una forma patriarcal y heterosexual como pauta a seguir; por lo que permitirse “salir del clóset” significaría enfrentarse con este modelo determinado desde el nacimiento mismo del individuo hasta su inserción de lo familiar a lo social; de lo contrario el individuo será considerado un desviado; y la sociedad consecuentemente identifica este fenómeno y por tanto aísla y estigmatiza al individuo; cuestión que puede ser modificable si se confronta a la sociedad básicamente heterosexista, de realizar cambios sustantivos por el bien común a todos sus integrantes, estimando el significado real de la homosexualidad; esto es, que el individuo homosexual sólo vive una realidad sexual distinta y que no quebranta en nada a la heterosexualidad. Y con relación a la modificación y reestructuración cognitiva y a la mejora de la autoestima, se cuenta con el apoyo de las psicoterapias como las de corte psicoanalítico por ejemplo, las que como observa Mirabet (1985), tienen como intención central para el tratamiento de un paciente homosexual, cambiar la forma en que vive su vida, al margen de su tendencia y orientación sexual y que no trata de modificar dicha orientación de ninguna manera; esto es, las **psicoterapias** trabajan con procedimientos afirmativos en relación con la homosexualidad, en lugar de tratar de convertir a los homosexuales en heterosexuales. Finalmente se concluye que al día de hoy la psicología considera que las preferencias por el mismo sexo son una variación aceptable de la sexualidad humana. La psicoterapia (ver Figura 7) con homosexuales se centra en asuntos diferentes al cambio de orientación sexual, como son la autoestima, el desarrollo evolutivo, los problemas de relación con los heterosexuales, la búsqueda de pareja, la relación con los hijos cuando los hay, el concepto de familia biológica vs. familia de elección, el problema de “salir

del clóset” o no hacerlo, el apoyo jurídico y el apoyo comunitario y otros temas similares.

Es necesario que se tome en cuenta la dimensión social y la personal de este problema, pues un suicidio afecta no sólo a la familia sino a toda la comunidad; por lo que también toda la comunidad deberá ser responsable de evitar este mal. Se considera indispensable aportar elementos para construir una cultura de respeto a las personas no importando su diversidad sexual y eliminar el desprecio que se ha tornado poderoso en la población, esto es, en el ámbito escolar y social y sobretodo en el entorno familiar que es donde se origina la homofobia. Desgraciadamente la mayoría de individuos homosexuales evita denunciar la discriminación de que son objeto por el temor a que sus familias conozcan sus preferencias sexuales y así se perpetúa la homofobia dentro de las comunidades. Todavía existe una fuerte creencia a conceptualizar la sexualidad como un fin meramente reproductivo y es necesario que en las familias se reconozca que la homofobia existe y que se puede abolir con fines de crecimiento individual, grupal y como sociedad.

Como pudo apreciarse a lo largo de la presente investigación, el suicidio en individuos homosexuales acontece derivado de diversos factores aunque fundamentalmente se encontró que la homofobia, *como se estableció en nuestra hipótesis de trabajo*, es un detonante poderoso de la consideración suicida -sea ideación, intención o el suicidio consumado-. Asimismo se encontró que la presencia de dicha actuación es mayor aún entre los homosexuales adolescentes. Lo que como se ha fundamentado, acontece debido al conflicto que ya de por sí cualquier adolescente atraviesa en la búsqueda de su propia identidad yoica, más el descubrimiento de su propia homosexualidad y la escasez aparente de elementos de manejo y afrontamiento. Se considera que con la labor realizada, esencialmente se consiguió dar sustento al objetivo central que era conocer si en efecto la homofobia fungía como un fuerte detonante de dicha actuación. Adicionalmente se encontró, como de igual manera se vinculó con la homofobia,

que existe la presencia de consumo de alcohol, estupefacientes, depresión o algún otro trastorno mental o de personalidad. Las circunstancias ante las cuales el individuo homosexual consideraría la actuación suicida se explican, como en todo individuo hetero u homosexual, ante la presencia de problemas y su escasa habilidad de afrontamiento, de un adecuado locus de control, de una autoestima sana y autoaceptación, de presencia de violencia y de aislamiento; aunque claro que para los homosexuales el conflicto es más grave aún, debido a su orientación sexual distinta y lo que ello les representa a ellos y lo que les significa a los demás. Con lo anterior es lo suficientemente claro que nuestra labor común como sociedad entonces deberá ser modificar los preceptos familiares y sociales en calidad de urgente para apoyar a que los individuos con orientación homosexual “salgan del clóset” y encuentren un lugar en sus grupos sociales; previa fortaleza de carácter y constitución de su identidad psicológica homosexual y en su caso incluso de la conformación de una identidad de género acorde con su orientación sexual recién descubierta ante su ambiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N.W. (1977). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Horme, S.A.E.
2. Alexander, C.J. & Associates (2002). Homosexuality and Risk for Psychiatric Disorders. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 14{3}.
3. Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y Psicología*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Ed. El Manual Moderno.
4. Avalos Paniagua, N.H. (2007). *Proceso de Construcción de la Identidad Gay*. (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
5. Azpiroz, M. del C., De los Santos, L. y Romani, M. (2005). *Depresión y suicidio en la esquizofrenia*. Universidad de la República de Uruguay. *Revista Itinerario*. Año 1, {3}.
6. Bieber, I. (1967). *Homosexualidad: Un Estudio Psicoanalítico*. México: Edit. Pax-México.
7. Boletín UNAM-DGCS-069, (2009) E.N.T.S. Recuperado de:

8. Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2009). Distribución y Determinantes Sociodemográficos de la Conducta Suicida en México. *Salud Mental*, 32 {5}.
9. Camacho, J.L. (1999). *Prevención del Suicidio*. (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
10. Carré R., Schmit, R., Valls-Llobet, C. (1996). *En busca del equilibrio: potenciar la autoestima; evitar el estrés, la depresión y la ansiedad*. Barcelona, España: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores.
11. Castañeda, M. (1999). *La experiencia Homosexual*. México: Editorial Paidós.
12. Casullo, M., Bonaldi, P.D. y Fernández Liporace, M. (2004). *Comportamientos Suicidas en la Adolescencia: morir antes de la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, S.A.
13. Casullo, M.M. (2005). Ideaciones y Comportamientos Suicidas en Adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, vol. 12, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, versión online ISSN 1851-1686.

14. CENSIDA (2009). Memoria de la XVII Conferencia 2008. Recuperado de: www.censida.salud.gob.mx
15. 124 Reunión del Consejo Ejecutivo, punto 4.3 O.D., EB124/6. (2008). VIH/SIDA y Salud Mental. Recuperado de: www.who.int
16. Cisneros C. (2005). Depresión, Suicidio y Esquizofrenia. *Avances en Psiquiatría Biológica*, vol. 6 (118-125).
17. Clatts, M.C., Goldsamt, L.A. y Yi, H. (2005). Club Drug Use Among Young Men Who Have Sex with Men in NYC: a Preliminary Epidemiological Profile. *Subst Use Misuse*, 40 {9-10} (1317-1330), doi: 10.1081/JA-200066898. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
18. Cochran, S.D. & Mays, V.M. (2000). Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health*. 90 {4}.
19. Cohen Agrest, D. (2007). *Por mano propia, Estudio sobre las prácticas*

suicidas. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.

20. CONAPRED (2008). Aproximación a una Masculinidad Estigmatizada:

Hombres que tienen sexo con otros Hombres. *docto. trabajo e-13-2008*. Recuperado de: www.conapred.org.mx

21. Craig, Grace J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson

Educación de México, S.A. de C.V.

22. Cruz Campos, F. y Roa Flores, V. (2005). *Intento Suicida en Niños y*

Adolescentes: criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo. (Tesis de Licenciatura).

Universidad de Chile, Santiago, Chile.

23. Del Collado, F. (2007). *Homofobia: odio, crimen y justicia 1995-2005*.

México: Tusquets Editores México, S.A. de C.V.

24. Díaz, R.M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J. & Marin, B.V. (2001). The

Impact of Homophobia, Poverty and Racism on the Mental Health of Gay and Bisexual Latino Men: Findings from 3 US Cities. *American Journal of Public Health*, 91 {6}.

25. Enciclopedia Stanford de Filosofía (2008). Suicidio. Recuperado de:
<http://plato.stanford.edu/entries/suicide>
26. Eisenberg, M.E. & Resnick, M.D. (2006). Suicidality Among Gay, Lesbian & Bisexual Youth: the Role of Protective Factors. *J. Adolescent Health* Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov
27. Farberow, N. (1969). *Necesito ayuda: un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Medica Mexicana.
28. Fernández- Guasti, A. (2009). Bases Biológicas de la Preferencia Sexual. *Revista Ciencia, A.M.C.*, México.
29. Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Beautrais, A.L., (1999). Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems & Suicidality in Young People? *Arch. Gen. Psychiatry* Recuperado de:
www.ncbi.nlm.nih.gov
30. Flores Martínez, C.M. (2004). *Discriminación por Orientación Sexual*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Chile, Chile.

31. Fone, B. (2000). *Homofobia, una historia*. México: Editorial Océano de México, S.A. de C.V.
32. Francis, AM. (2008). Family and Sexual Orientation: The Family-Demographic Correlates of Homosexuality in Men and Women. *Journal of Sex Research*, 45(4), 372-377.
33. García Pohlenz, J.C. (2008). *El Suicidio en México: 25 años de Estudio*. (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
34. Gilman, S.E., Cochran, S.D., Mays, V.M., Hughes, M., Ostrow, D. and Kessler, C. (2001). Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 {6}.
35. González de Alba, L. (1985). *Bases Biológicas De la Bisexualidad*. México: Editorial Katún, S.A.
36. González Forteza C., (2008) Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz en el “Primer Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio”, Universidad de Guanajuato, 18 de agosto de 2006., *Revista “Proceso”*. Recuperado de: www.proceso.com.mx
37. González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza,

C. y González Núñez, J.J. (2000). Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23 {2}, México. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>

38. Granados-Cosme, J.A. (2002). Orden Sexual y Alteridad: la Homofobia Masculina en el Espejo. *Nueva Antropología*, XVIII {61}, México.

39. Granados-Cosme J.A. y Delgado Sánchez, G. (2008). Identidad y Riesgos para la Salud Mental de Jóvenes Gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cuadernos de Saúde Pública*, 24 {5}, (1042-1050). ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2008000500011. Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de: <http://www.scielo.br>

40. Green Beatrice C. (2005). Homosexual signification: a moral construct in social contexts. *Journal of Homosexuality*, 49 {2}(119-34). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

41. Guasch, O. (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona, España: Laertes, S.A. de Ediciones.

42. Gutiérrez-García, A.G., Contreras, C.M. y Orozco-Rodríguez, R.Ch.

- (2006). El Suicidio, Conceptos Actuales. *Salud Mental*, 29 {5}(66-74)
México. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>
43. Gutiérrez-García, A.G. y Contreras, C.M. (2008) “El Suicidio y Algunos
de sus Correlatos Neurobiológicos” *Salud Mental*, 31 {4}. México.
Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx>
44. Hamer, D.H., Hu, S., Magnuson, V.L., Hu, N., Pattatucci, A.M. (1993). A
Linkage Between DNA Markers on the X Chromosome and Male
Sexual Orientation. *Science* 1993, (261:321-7).
45. Hillier, L. & Harrison, L. (2004). Homophobia and the Production of
shame: young people and same sex attraction. *Culture, Health &
Sexuality: An International Journal for Research, Intervention & Care*,
6 {1} (79-94). Recuperado de: <http://www.informaworld.com>
46. Hughes, J.R. (2006). A General Review of Recent Reports on
Homosexuality and Lesbianism. *Sex & Disability*, 26 {2}. Recuperado
de: <http://www.springerlink.com>
47. Jiménez Tapia, A., Mondragón Barrios, L. y González Forteza, C. (2007).
Self-esteem, Depressive Symptomatology and Suicidal Ideation in
Adolescents: Results of Three Studies. *Salud Mental*, 30 {5}.
Recuperado de: <http://www.inprf-cd.org.mx>

48. Kaplan, H. y Sadock, B. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría*. México: Ed. Médica Panamericana, A.
49. Kimmel, M.S. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. *ISIS-FLACSO: Ediciones de las Mujeres*, {24}(49-62).
50. Kitts, R.L. (2005). Gay Adolescents & Suicide: understanding the association. *Adolescence*, 40 {159}. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
51. Lacadena, J.R., Gimeno-Bayón A., Domínguez, C., Trechera, J.L. y Gafo, J. (1997). La homosexualidad: un debate abierto. *Editorial Desclée de Brouwer, S.A.*, Bilbao, España.
52. Lester, D. (2006). Sexual Orientation & Suicidal Behaviour. *Psychol. Rep.* 99(3):923-4. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
53. Lock, J. (2002). Violence & Sexual Minority Youth. *Journal of School Violence*, vol. 1{3}, (77-89).
54. López Sánchez F. (2006). *Homosexualidad y Familia*. Barcelona, España: Ed. GRAO de IRIF, S.L.

55. McAndrew, S. & Warne, T. (2004). Ignoring the Evidence Dictating the Practice: Sexual Orientation, Suicidality & the Dichotomy of the Mental Health Nurse. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11 {4}, (428-434).
56. Mackinnon, R.A. & Michels, R. (1988). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México: Nueva Editorial Interamericana.
57. Marshall Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid, España: *Mc Graw Hill*.
58. Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
59. Meyer, I.H., Dietrich, J. & Schwartz, S. (2008). Lifetime Prevalence of Mental Disorders & Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay & Bisexual Populations. *American Journal of Public Health*, 98 {6}. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
60. Mieli, M. (1977). *Elementos de Crítica Homosexual*. Barcelona, España: Editorial ANAGRAMA.
61. Mirabet i Mullaol, A. (1985). *Homosexualidad Hoy*. Barcelona, España: Editorial Herder.

62. Molloy, M., McLaren, S. & McLachlan, A.J. (2003). Young, Gay & Suicidal: Who cares? *Combined Abstracts of Psychology Conferences*, Gay & Lesbian Health Victoria (GLHV). Recuperado de: <http://www.glhv.org.au>
63. Mondimore, F.M. (1998). *Una Historia Natural de la Homosexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Contextos.
64. Morrow, D.F. (1993). Social Work with Gay & Lesbian Adolescents. *Social Work*, 38, {6}. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
65. Mott, L. (2006). Homofobia en América Latina: etnohistoria del heterosexismo contra los disidentes sexuales. *CONAPRED*. Recuperado de: www.conapred.gob.mx
66. Nelligan, M. (1982). *La Otra Cara del Machismo*. México: Editores Asociados M., S.A. (EDAMEX)
67. OMS (2002). Defining sexual health. *Report of a technical consultation on sexual Health*. Recuperado de: www.who.int
68. OMS (2004). Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Recuperado de: www.who.int

69. OMS (2004). Alcohol más Violencia. Recuperado de: www.who.int
70. OMS (2005). Comunicado de prensa. Recuperado de: www.paho.org
71. OMS (2005) Diez Principales Causas de Muerte en América Latina.
Recuperado de: www.paho.org
72. OMS (2006). Comunicado de prensa en “Día Mundial de la Salud 2006”.
Washington, D.C., EUA. Recuperado de: www.paho.org
73. OMS (2007). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Recuperado
de: www.who.int
74. OMS SUPRE (2009). Recuperado de: www.who.int
75. OPS (2005). Comunicado de Prensa, Washington, D.C., EUA. Revista
Panamericana de Salud Pública. Recuperado de: www.paho.org
76. OPS (2006). Estadísticas de la Salud en las Américas 2006 “Las Diez
Principales Causas de Muerte en Países de las Américas” -tema
especial-. Recuperado de: www.paho.org

77. OPS (2008). Boletín de Prensa. Salud Mental. Recuperado de:

www.paho.org

78. Ortíz Hernández, L., (2003). *La Relación entre Opresión y Enfermedad en Bisexuales, Lesbianas y Homosexuales de la Ciudad de México.* (Tesis de Maestría), UAM Xochimilco, México.

79. Ortíz Hernández, L., (2005). Influencia de la Opresión Internalizada sobre la Salud Mental de Bisexuales, Lesbianas y Homosexuales de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28 {4}, (49-65), México. Recuperado de: www.imbiomed.com.mx

80. Ortíz-Hernández y García Torres (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cuadernos de Saúde Pública*, 21 {3} (913-925), ISSN0102-311X, doi: 101590/D0102-311X2005000300026, Río de Janeiro, Brasil.

81. Ortíz Hernández, L., Gómez Tello, B.L. y Valdés, J. (2009). The Association of Sexual Orientation with Self-rated Health and Cigarette and Alcohol Use in Mexican Adolescents and Youths. *Soc. Sci.Med.* 69 {1}(85-93).

82. Pardo A. (1995). Aspectos Médicos de la Homosexualidad. *Cuadernos*

de *Bioética*, Revista Nuestro Tiempo (82-89), Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, España.

83. Patel et al. (1999), O.M.S. 2008, Recuperado de : www.who.int
84. Paul, J.P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., Binsonh, D. & Stall, R. (2002). Suicide Attempts Among Gay & Bisexual Men: Lifetime Prevalence & Antecedents. *American Journal of Public Health*, 92 {8} (1338-1345).
85. Petzelová, J., Chávez, M.A., Valdés, A.V., Elizondo, M.D., Carabaza, J.I. y Ewald, I. (2007). *¿Porqué y cómo se llega a la desesperanza?: tres miradas sobre el suicidio*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
86. Rado, S. (1967). *Homosexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Horme.
87. Reeve, J.M. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
88. Rivera Sánchez, M. y Herrera Cruz, L. (2002). *Perfil Psicológico de personas con Intento Suicida*, México: Publicación del I.P.N.
89. Rojas, B.D. (2008). *Perfil de Personalidad en Pacientes Psiquiátricos con Intento Suicida*. (Tesis de Licenciatura), UNAM, México.

90. Rosario, M., Schrimshaw, E.W. & Hunter, J. (2005). Psychological Distress Following Suicidality Among Gay, Lesbian & Bisexual Youths: Role of Social Relationships. *Journal of Youth & Adolescence*, 34 {2} (149-161), doi: 10.1007/s10964-005-3213-y. Recuperado de: www.springerlink.com
91. Russell, S.T. & Joyner, K. (2001). Adolescent Sexual Orientation & Suicide Risk: Evidence from a National Study. *American Journal of Public Health*. 91 {8}.
92. Sandoval Glz., M. y Solís Lorán, R. (2008). *Ideación Suicida y su Relación con Algunas Características Psicológicas: actitud disfuncional, locus de control, estado emocional, intentos previos de suicidio y problemas familiares*. (Tesis de Licenciatura), UNAM, México.
93. Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
94. Savin-Williams, R.C. & Ream, G.L. (2003). Suicide Attempts Among Sexual-Minority Male Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*", 32 {4} (509-522). Recuperado de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

95. Selekman, J. (2007). Homosexuality in children and/or their Parents.
Pediatric Nursing, 33 {5}. Recuperado de:
[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
96. Scourfield, J., Roen, K. & Mc Dermott, L. (2008). Lesbian, Gay, Bisexual
& Transgender Young People's Experiences of Distress: Resilience,
Ambivalence & Self-Destructive Behaviour. *Health & Social Care in
the Community*, 16 {3} (329-336). Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
97. Skegg, K. (2005) Self-harm. *Seminar*, 366. Recuperado de:
www.thelancet.com
98. Stulhofer, A & Rimac, I. (2009). Determinants of Homonegativity in
Europe. *Journal of Sex Research*, 46{1} (24-32), doi:
10.1080/00224490802398373. Recuperado de:
www.informaworld.com
99. Tamayo Castaño, E. (1969). Fenomenología del Suicidio (una
aproximación al aporte de Gabriel Marcel en Diario Metafísico), *Ed.
Guadarrama, S.A., Madrid, España.* Recuperado de:
www.monografias.com
100. Van Heeringen, C. & Vincke, J. (2000). Suicidal Acts & Ideation in

Homosexual & Bisexual Young People: a Study of Prevalence & Risk Factors. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 35 {11} (494-499).

101. Van Heeringen, C. (2001). Suicide, Serotonin and the Brain. *Crisis*, 22 {2} (66-70). Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov
102. Van Praag, H.M. (2004). Stress and suicide are we well-equipped to study this issue? *Crisis*, 25 {2}. Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
103. Vidal García, R., (2000). *La Noción de Suicidio en la Obra de Víctor Frankl (Análisis Existencial o Logoterapia)*. (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
104. Vincent, M.B., Silenzio, M.D., Pena, J.B., Duberstein, P.R., Cerel J. & Knox, K.L. (2007). Sexual Orientation & Risk Factors for Suicidal Ideation & Suicide Attempts Among Adolescents & Young Adults. *Am. J. Public Health*, 97 {11}. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
105. Villardón Gallego, L. (1993). *El Pensamiento de Suicidio en la Adolescencia*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
106. Westefeld, J.S., Maples, M.R., Buford, B. & Taylor, S. (2001). Gay,

Lesbian and Bisexual College Students: the relationship between sexual orientation & depression, loneliness and suicide. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15 {3}, The Haworth Press.

107. Winnicott, D.W. (1984). *La Familia y el Desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Argentina: *Ediciones Horme, S.A.E.*

108. Zepeda, J. (2007). Qué es la discriminación y cómo combatirla?, *CONAPRED Cuadernos de la Igualdad*, p. 19 Recuperado de: www.conapred.org.mx

REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

Con relación a la homosexualidad, se encontraron los siguientes reportes:

- 1) La Jornada (1998). “Cronología Mínima, 20 años de un Movimiento”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 2) La Jornada (1998). “Una Asamblea de Diversidades”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 3) El Universal (2005). “Medios de por medio”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 4) Milenio (2009). “Logran estudiantes gays del ITAM realizar II Semana de Diversidad Sexual”. Recuperado de www.milenio.com
- 5) Milenio (2009). “Profesor de Ecatepec sufre discriminación y amenazas de muerte”. Recuperado de: www.milenio.com
- 6) Milenio (2009). “Imparten en el Congreso del Estado, conferencia sobre el VIH/SIDA” (dentro de la celebración del Día Mundial de la Lucha Contra el Sida). Recuperado de: www.milenio.com
- 7) Milenio (2009). “Es rara la especie sin homosexualidad”. Recuperado de: www.milenio.com
- 8) Milenio (2009). “Aún discriminan a los homosexuales”. Recuperado de: www.milenio.com
- 9) La Jornada (2009). “Angustia, ansiedad y aislamiento agravan epidemia de VIH entre homosexuales”. Entrevista al Dr. Alex Carballo, especialista en estudios clínicos y de comportamiento del *HIV Center* en la U. de Columbia. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 10) Milenio (2009). “Minimizan autoridades agresiones contra gays”, entrevista a Emilio Alvarez Icaza, Presidente de la CDHDF. Recuperado de: www.milenio.com

- 11) Milenio (2009). "Promete UNAM analizar existencia de espacios de encuentro sexual gay". Recuperado de: www.milenio.com
- 12) Milenio (2009). "Padres de hijos que salen del clóset, se unen". Recuperado de: www.milenio.com
- 13) Milenio (2009) "Hijos necesitan orientación y apoyo de parte de familias". Entrevista al sexólogo Silvestre Faya sobre el respeto de los padres hacia la orientación sexual de sus hijos. Recuperado de: www.milenio.com
- 14) Milenio (2009). "Gays poblanos: de lo clandestino al orgullo total". Recuperado de: www.milenio.com
- 15) Milenio (2009). "Urge una Federación Mexicana LGBT con una agenda nacional: activista gay". Recuperado de: www.milenio.com
- 16) El Sol de Toluca (2010). "Serían expuestos al escarnio". Entrevista a David Miranda, Subdirector de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)". Recuperado de: www.oem.com.mx/esoldetoluca
- 17) Gaceta UNAM, (2010). "Las prácticas lésbicas no son cosa nueva". Entrevista a la antropóloga Jules Falquet, de la Universidad Paris Diderot. Edición núm. 4,225, pág. 11, 22/02/10.

Con relación a la homofobia, se encontraron los siguientes reportes:

- 18) El Universal (2001) "Nuevas ejecuciones en Juárez; ayer, 2 víctimas". Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 19) El Universal (2003), "Detienen a presunto homicida homofóbico". Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 20) Notiese, Agencia Especializada de noticias sobre salud, sexualidad y sida (2004). "Inicia campaña contra la homofobia en México". Recuperado de: www.notiese.org.

- 21)El Universal (2005). “La Iglesia Católica declaró al mundo que en sus Seminarios no entrarían personas homosexuales”, reporte de Patricia Kelly. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 22)El Universal (2005). “Lidera D.F. muertes homofóbicas”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 23)Catholic.net (2005). “La homosexualidad y la campaña contra la homofobia”. Recuperado de: www.catholic.net
- 24)UNIVERSIA (2005) “Descarta CONAPRED suspender campaña contra la homofobia”. Recuperado de: www.universia.net.mx
- 25)UNIVERSIA (2005). “Demandarán a dirigente de la UNPF y a miembro de Provida por discriminación”. Recuperado de: www.universia.net.mx
- 26)El Universal, sección Sexualidad (2005). “Educación sexual, vital herramienta”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 27)Anodis. Agencia de Noticias sobre Diversidad Sexual (2005). Recuperado de: www.anodis.com
- 28)Enkidu Magazine, publicación cultural y social de la comunidad gay mexicana. (2005). “Campaña Nacional contra la Homofobia”. Recuperado de: www.enkidumagazine.com
- 29)El Universal, sección Sexualidad (2006). “Lo apodaban el Sádico”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 30)La Jornada (2007) “México, segundo lugar en número de crímenes contra homosexuales”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 31)CENSIDA (2008). “Campaña *Por un México incluyente, tolerante y plural, México*”. Recuperado de: www.censida.salud.gob.mx
- 32)Universo Gay (2008). “Campaña contra la homofobia en el Metro de México”. Recuperado de: www.universogay.com

- 33)Universo Gay (2008). “México se prepara la Día Internacional contra la Homofobia”. Recuperado de: www.universogay.com
- 34)ONUSIDA (2009). “Una campaña contra la homofobia para acabar con la discriminación en América Latina”. Recuperado de: www.unaids.org
- 35)Milenio (2009). “Dos de cada diez familias mexicanas tienen miembros homosexuales y son discriminados”. Recuperado de: www.milenio.com
- 36)SDP Noticias (2009) “Iniciarán campaña contra la homofobia, habrá festival en mayo: CUCSH (Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara)”. Recuperado de: www.sdpnoticias.com
- 37)Milenio (2009, 2010). “*La homofobia no se denuncia por temor*”. Recuperados de: www.milenio.com
- 38)Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2010). “El crimen de odio: la cara más brutal de la discriminación”. Recuperado de: www.cd hdf@org.mx
- 39)Milenio (2010). “Bodas incompatibles con gays, alega la PGR”. Recuperado de: www.milenio.com

Con relación a la actuación suicida, se encontraron los siguientes reportes:

- 40)El Universal (2006) “Jóvenes Suicidas, tendencia en aumento”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 41)La Jornada (2007) “En 15 años se cuadruplicaron los suicidios entre jóvenes: INEGI”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 42)El Occidental (2007). “El suicidio como problema social”. Recuperado de: www.oem.com.mx/eloccidental

- 43)La Jornada (2008). Entrevista con el titular de la Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio (IASP) Brian Mishara. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 44)ESTO (2008). “El 40% de los “emos” son suicidas en potencia, afirma especialista”. Recuperado de: www.oem.com.mx/esto
- 45)La Jornada (2008). “En México cada año se suicidan hasta unas 6 mil personas: IMSS”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 46)El Sol de México (2008). “Más de 400 jóvenes tabasqueños han intentado quitarse la vida en lo que va del presente año”. Recuperado de: www.oem.com.mx/elsoldemexico
- 47)La Jornada (2008). “El suicidio, la tercera causa de muerte entre los jóvenes: IMJ (Instituto Mexicano de la Juventud)”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 48)El Occidental (2008). “Suicidios en Jalisco, cifras alarmantes”. Recuperado de: www.oem.com.mx/eloccidental
- 49)El Excelsior (2008). “La ONU afirma que una persona se suicida cada 40 segundos alrededor del mundo”. Recuperado de: www.excelsior.com.mx
- 50)El Sol del Bajío (2008) “Marcha contra el suicidio”. Recuperado de: www.oem.com.mx/elsoldelbajio
- 51)La Jornada (2008). “Aumentó 20% índice de suicidios en la ciudad de México”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 52)El Sol de León (2009), “Es Guanajuato tercer lugar en suicidios”. Recuperado de: www.oem.com.mx/elsoldeleon
- 53)La Jornada (2009). “La depresión, las adicciones y el alcoholismo: causas principales del aumento (20%) en el índice de suicidios en el Distrito Federal”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

- 54)El Sol de Cuautla (2009). “Niños de 10 años intentan suicidarse: ISEM (Instituto de Salud del Estado de México)”. Recuperado de: www.oem.com.mx/elsoldecuautla
- 55)ESTO (2009), “Encabezan en suicidios Veracruz, Distrito Federal y Guanajuato”. Recuperado de: www.oem.com.mx/esto
- 56)La Prensa (2009). “México, 4º lugar en suicidios”. Entrevista al Dr. Alejandro Acosta, del IMSS. Recuperado de: www.oem.com.mx/laprensa
- 57)La Jornada (2009). “En 30 años casi se triplicó tasa de suicidios”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 58)El Sol de Durango (2009). “La depresión, factor principal para el suicidio: Palencia”. Entrevista a Martha Palencia, Directora del Instituto de Salud Mental del Estado de Durango. Recuperado de: www.oem.com.mx/elsoldedurango
- 59)Noticias de El Sol de La Laguna (2010). “Hay avances significativos sobre instalación del Comité contra el Suicidio”. Recuperado de: www.oem.com.mx/noticiasdelsoldelalaguna

Respecto a la actuación suicida en el homosexual, se encontraron las siguientes notas periodísticas, claramente sobresalientes para comprender la relevancia de esta investigación documental y que a continuación se incluyen:

- 60)La Jornada (1999). “¿Mi Vida en Rosa?”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx
- 61)El Universal (2001). “Discriminación”. Recuperado de: www.eluniversal.com.mx
- 62)La Jornada (2002). “Las nuevas generaciones del orgullo lésbico”. Entrevista a Paulina Millán, del colectivo Nueva Generación de Jóvenes

Lesbianas, quien habla sobre *el riesgo de suicidio entre las jóvenes lesbianas y los jóvenes gay*. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

63)La Jornada (2003). “Reina por conveniencia”. Entrevista a Jesús Cuitláhuac Portillo Vázquez, homosexual que recibió en diciembre de 2002 un reconocimiento por su trabajo en la lucha contra el sida. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

64)La Jornada, sección Sociedad y Justicia (2003). “Seropositivos Mayas enfrentan grave discriminación familiar y de autoridades”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

65)La Jornada (2007). “México, segundo lugar en número de crímenes contra homosexuales”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

66)La Jornada (2009) “Familias Homofóbicas”. Recuperado de: www.jornada.unam.mx

FIGURA 1

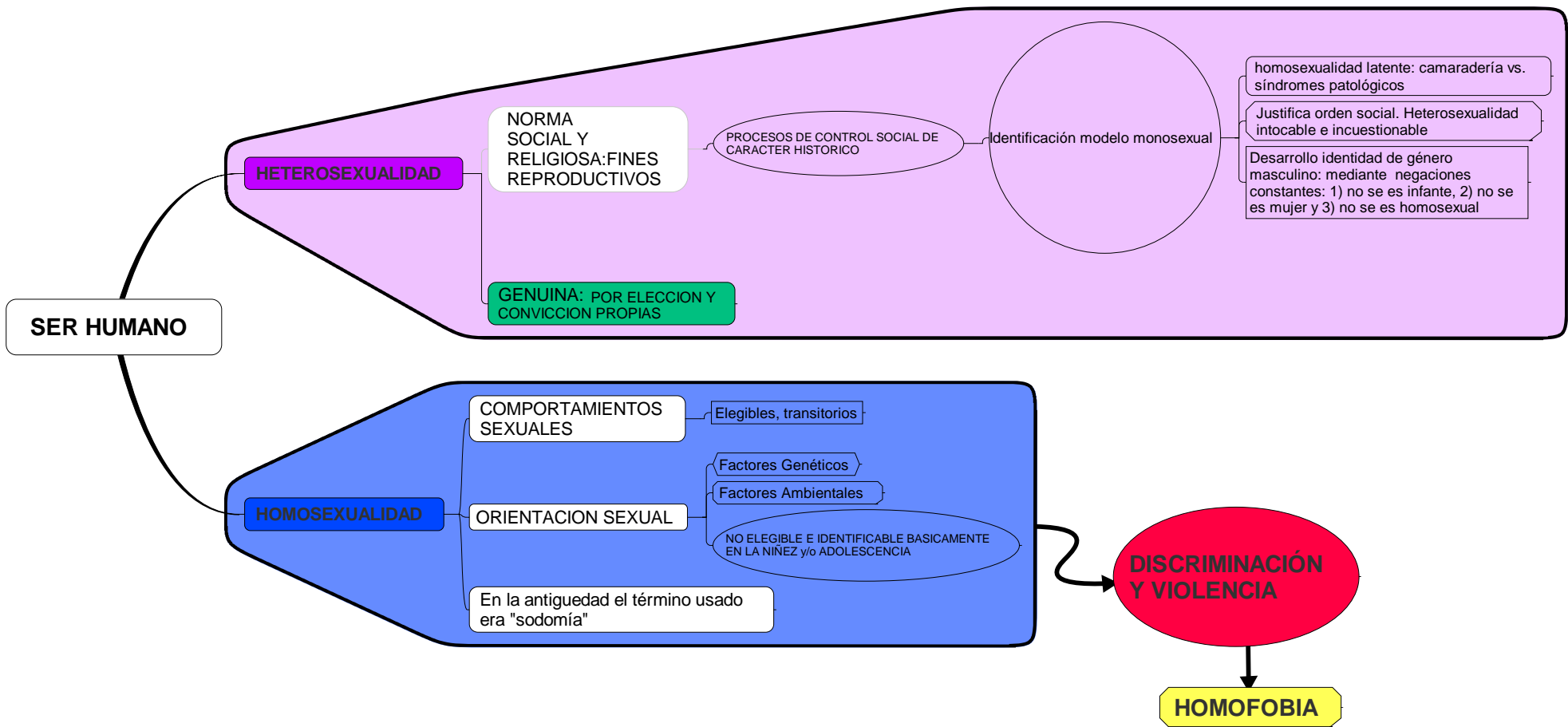


FIGURA 2

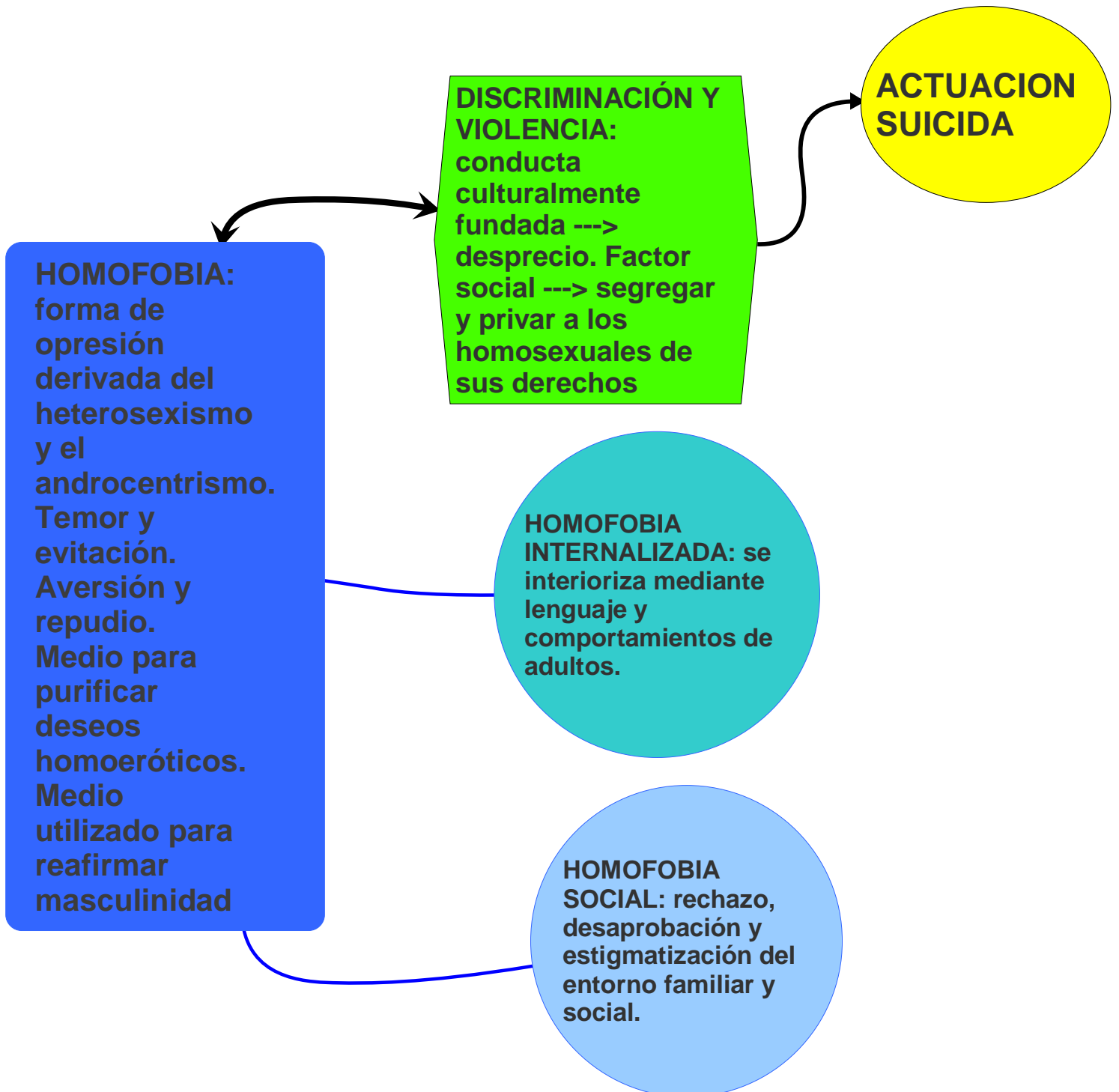


FIGURA 3A

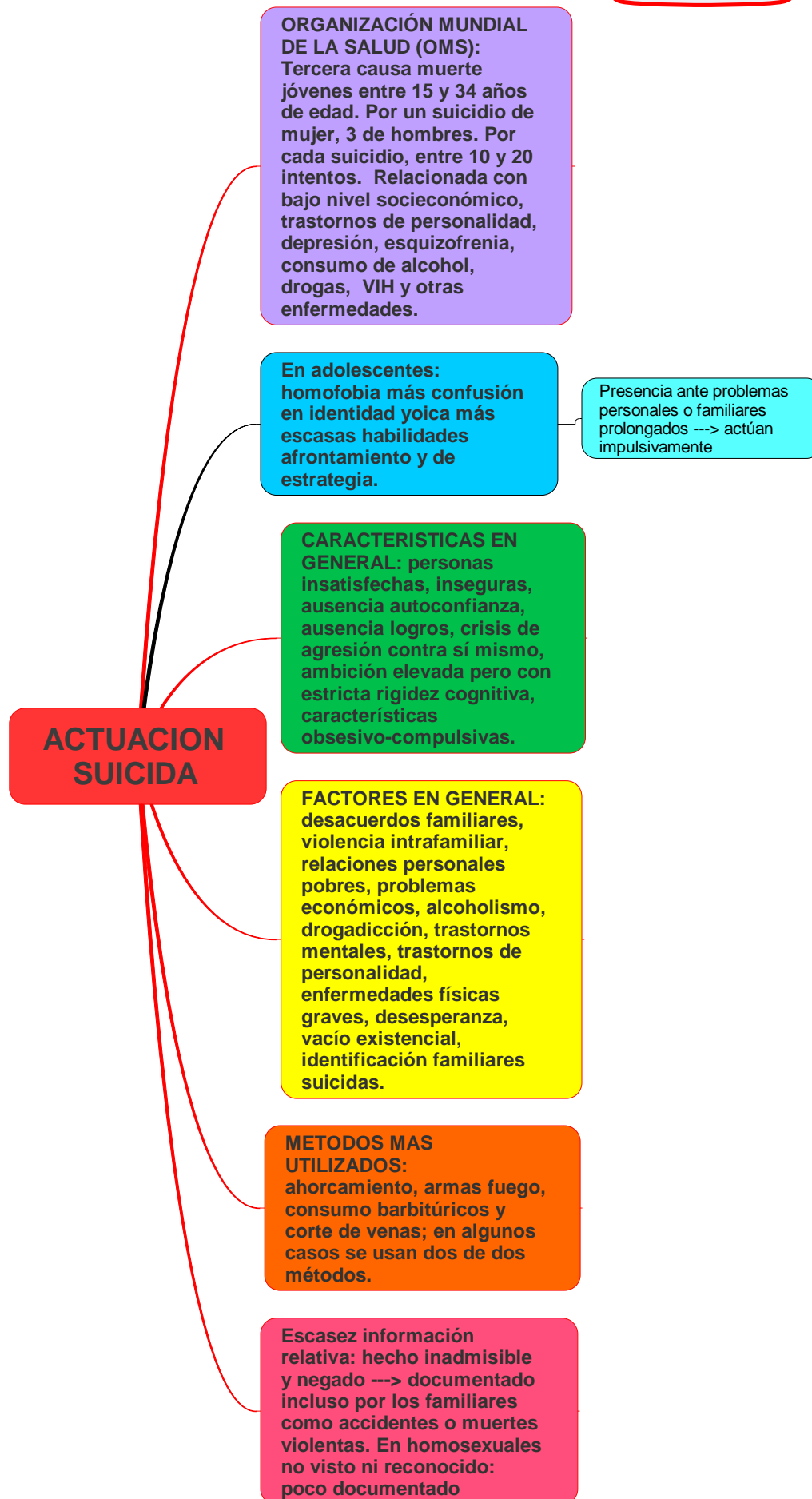


FIGURA 3B

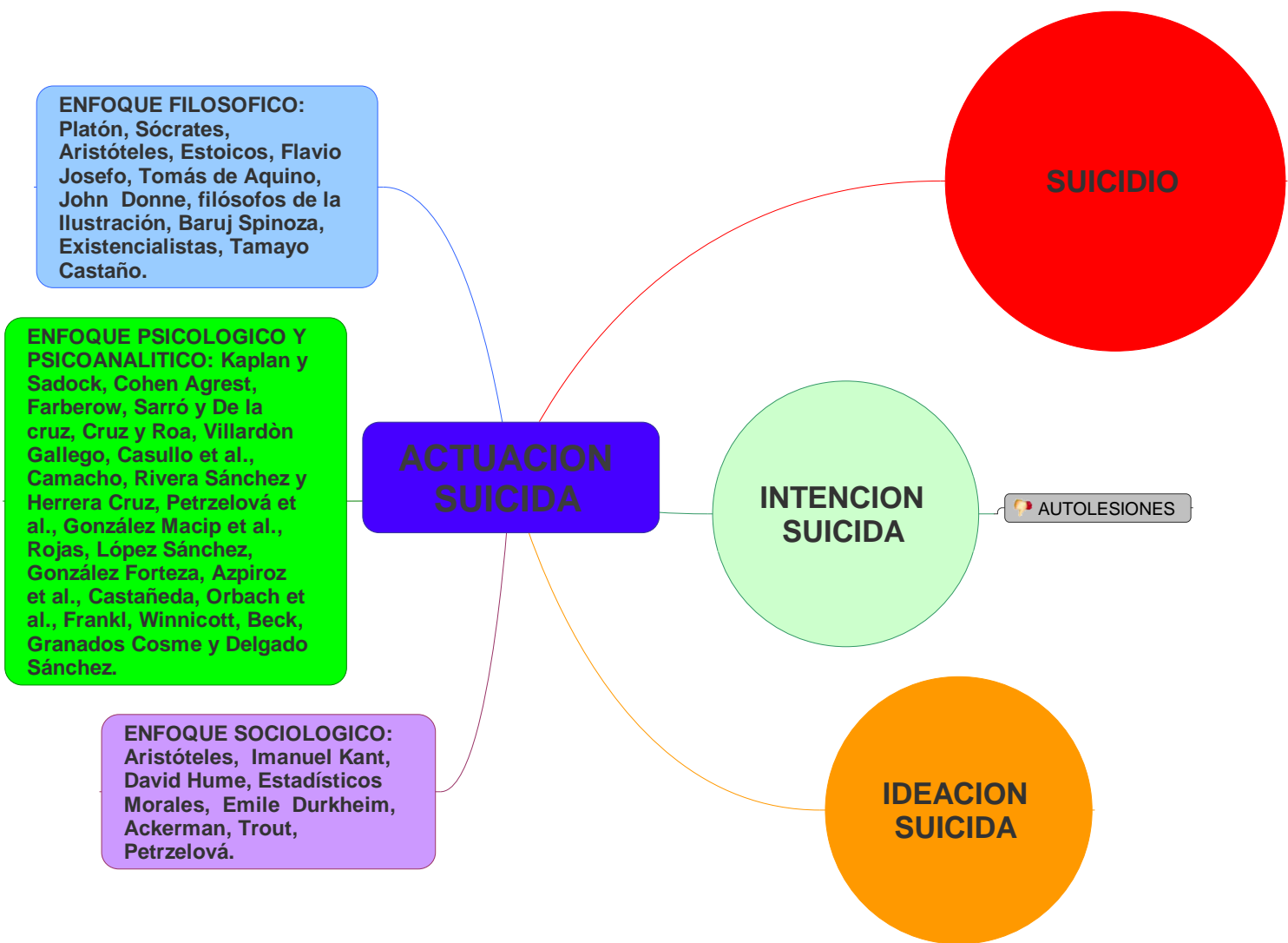


FIGURA 4

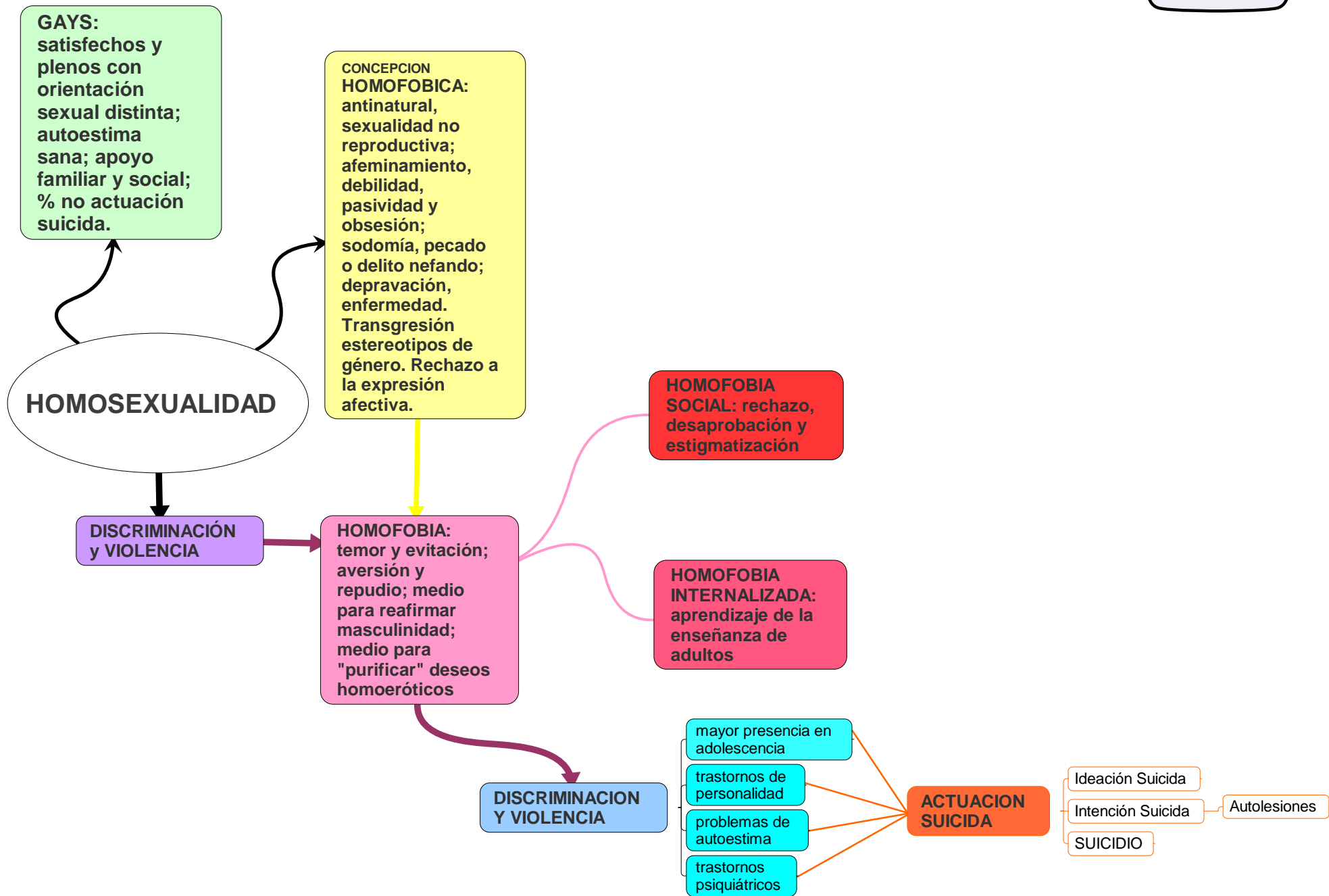


FIGURA 5A

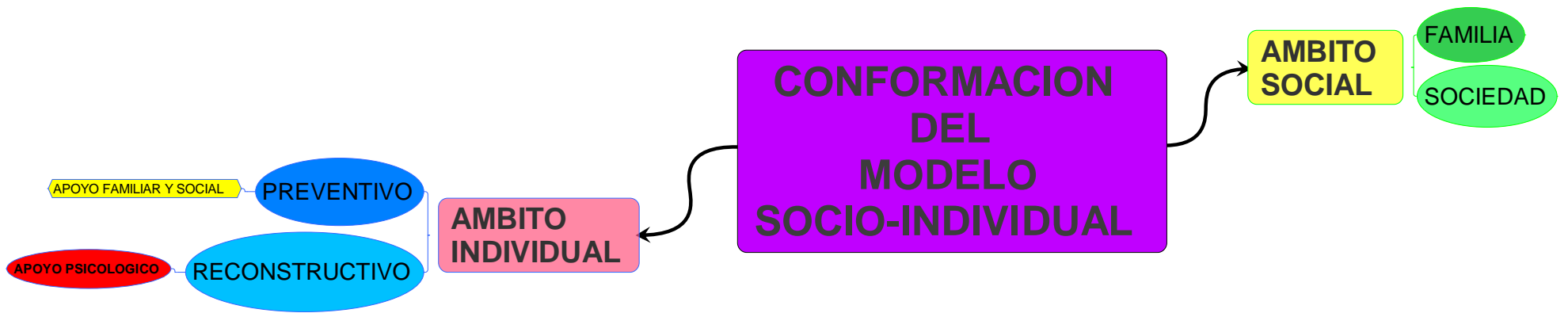


FIGURA 5B

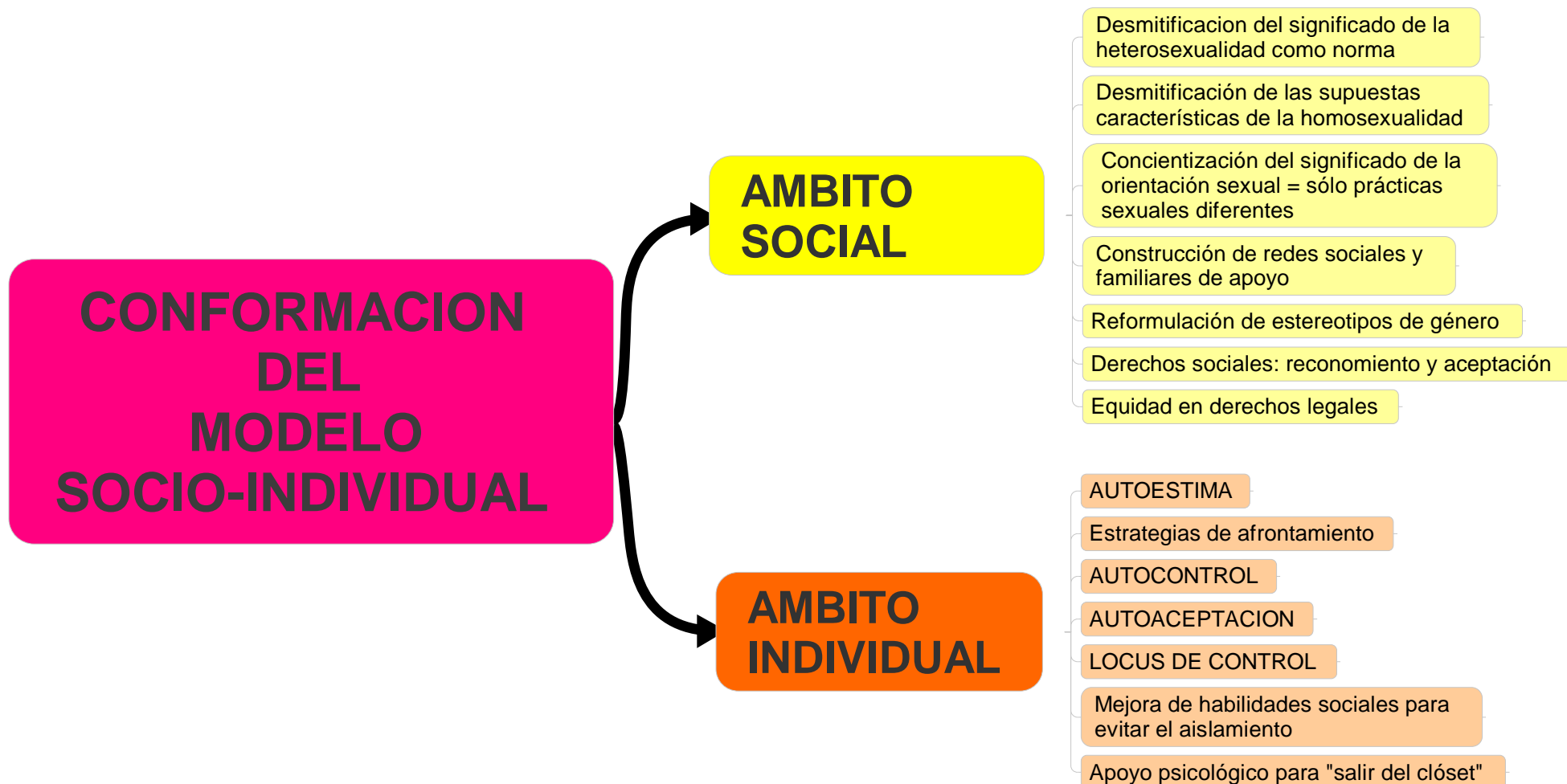


FIGURA 4

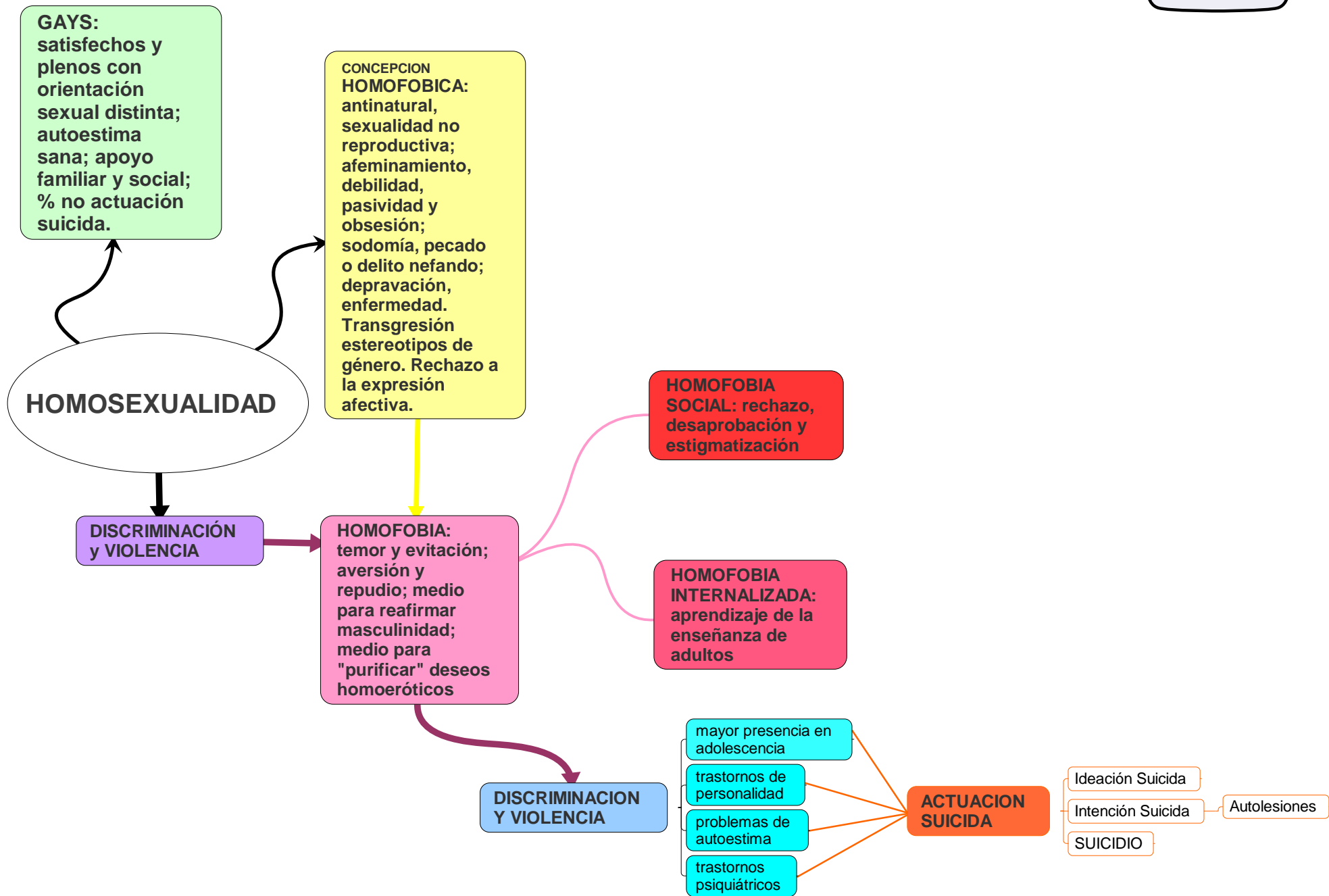


FIGURA 5A

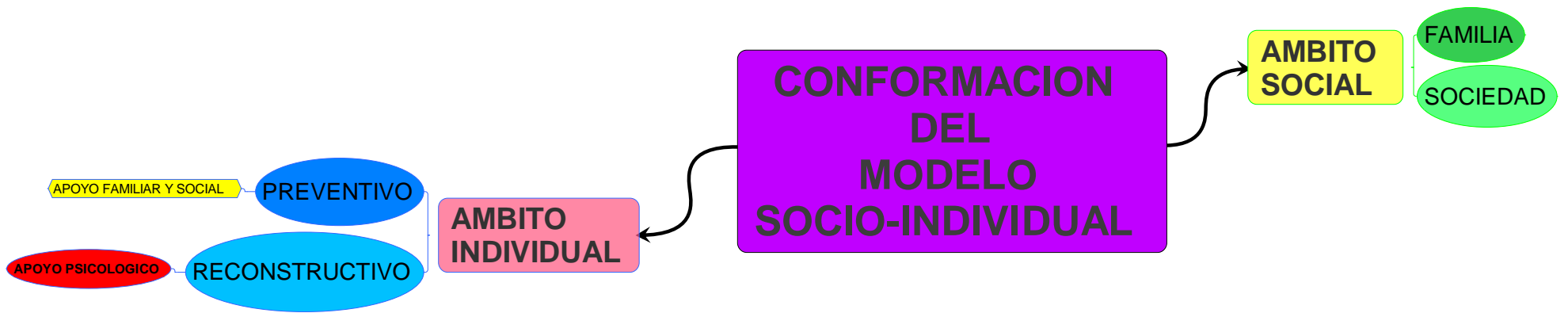


FIGURA 5B

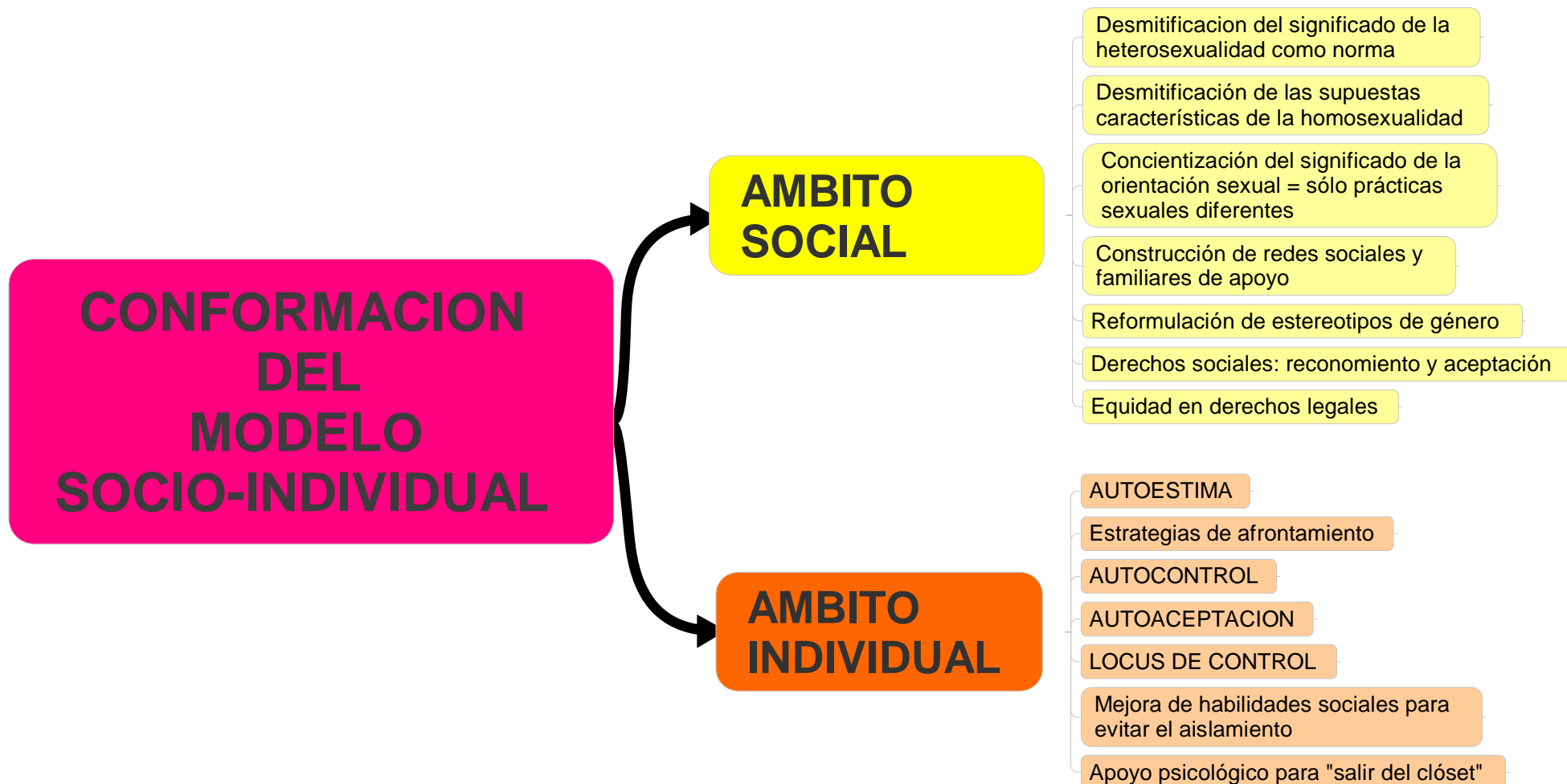


FIGURA 6A

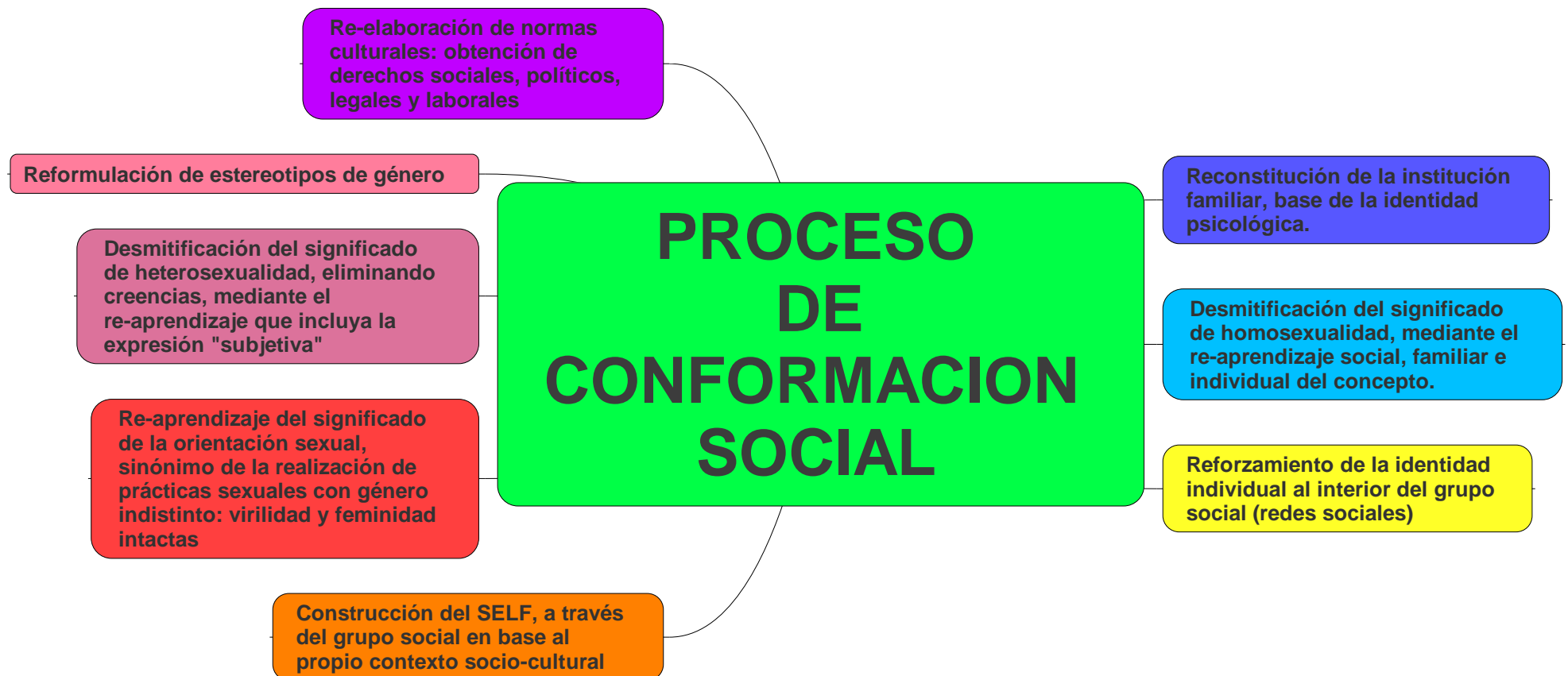


FIGURA 6A

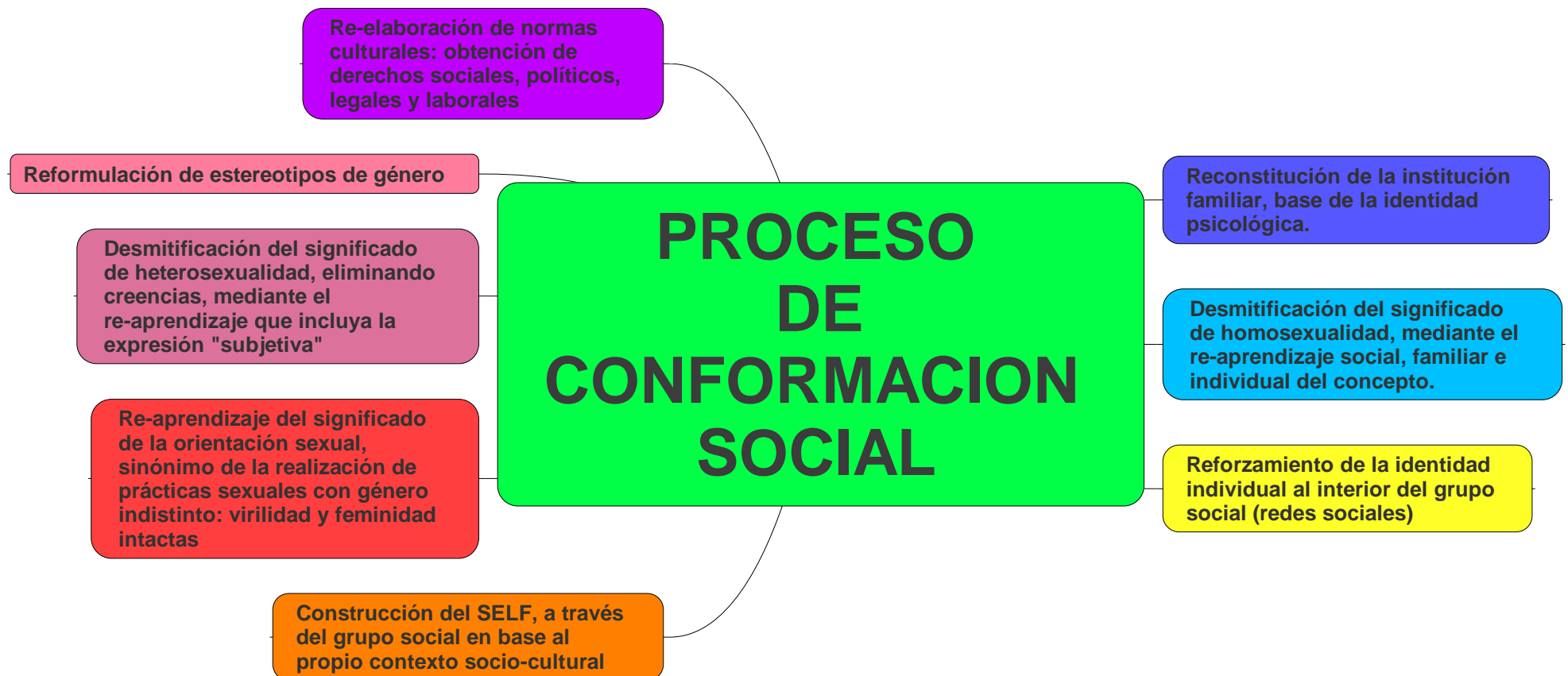


FIGURA 6B

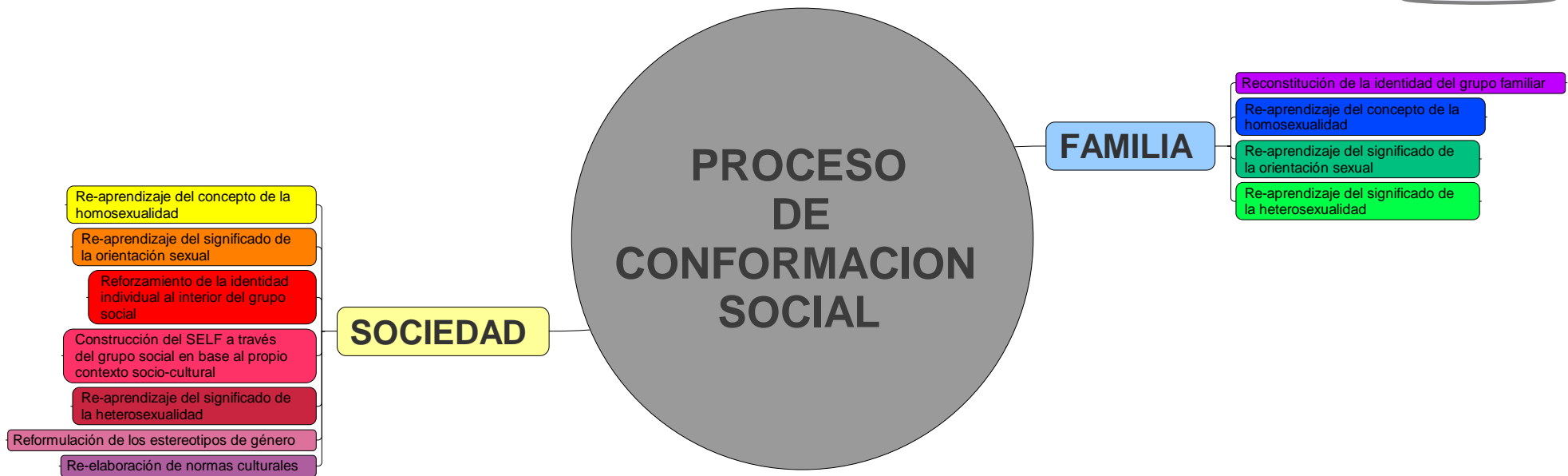


FIGURA 4

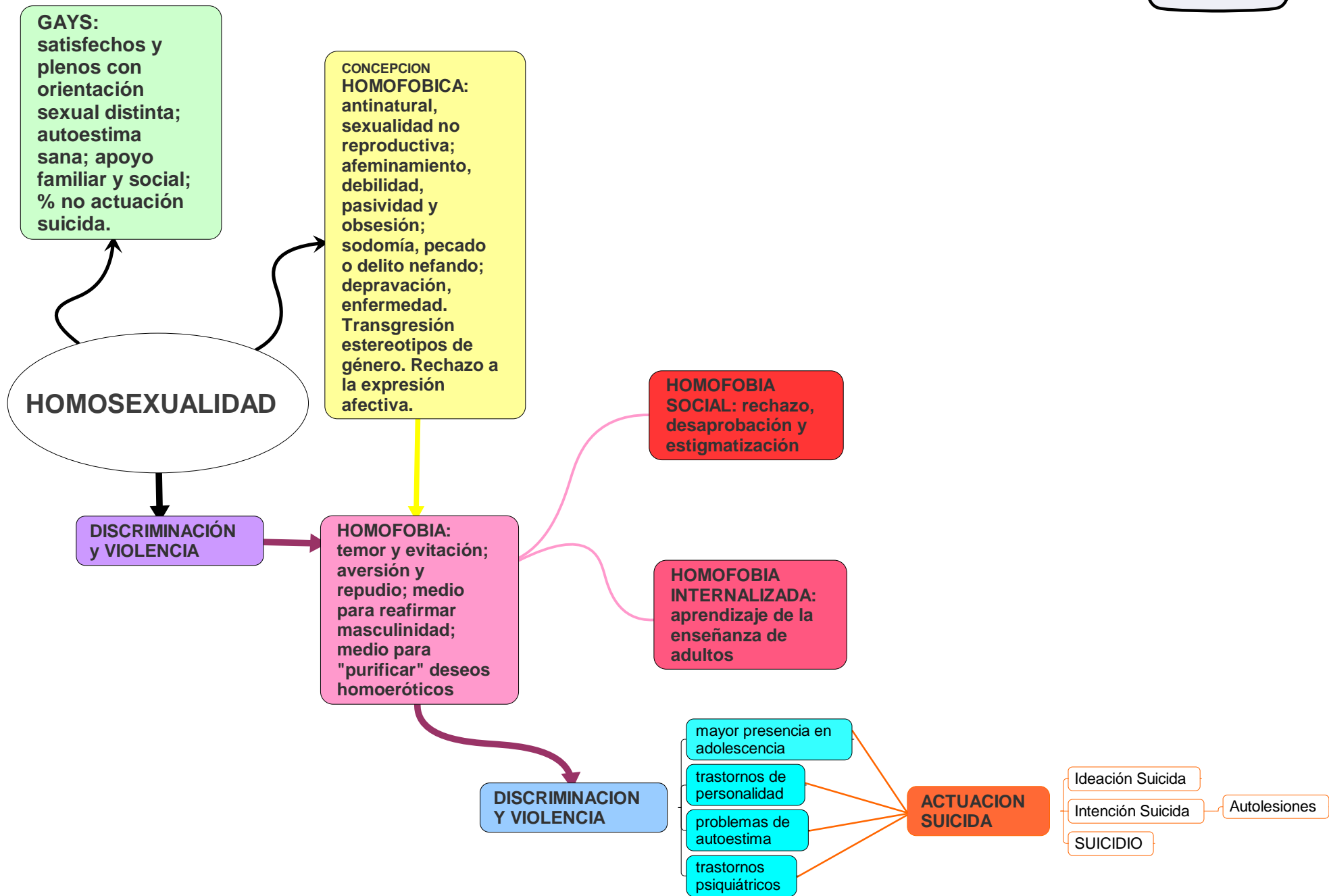


FIGURA 5A

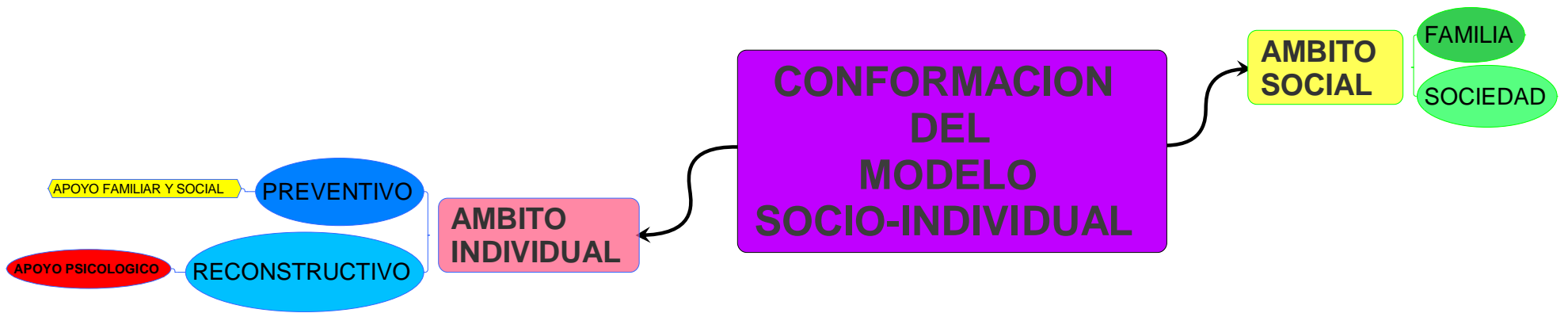


FIGURA 5B

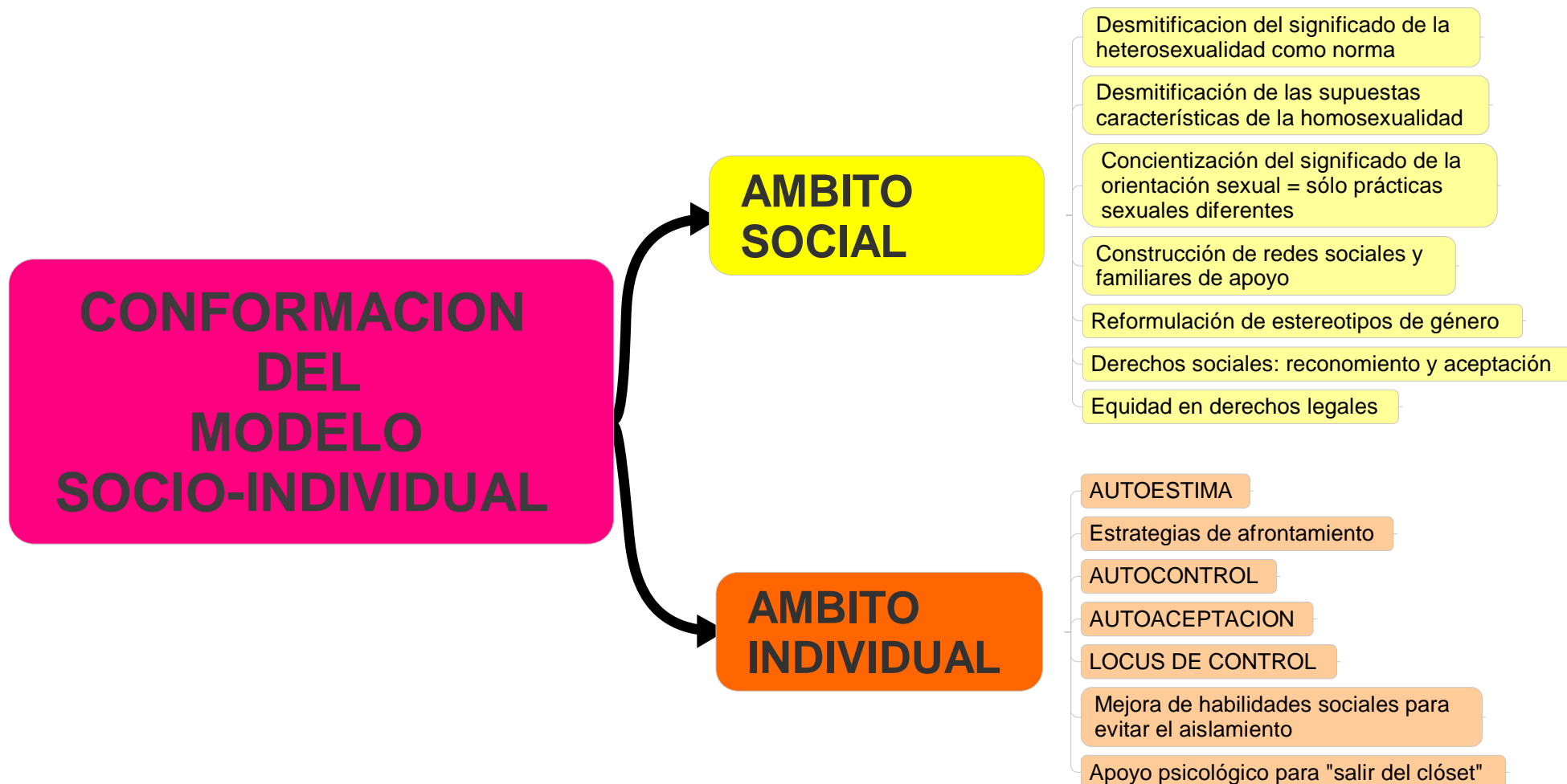


FIGURA 6A

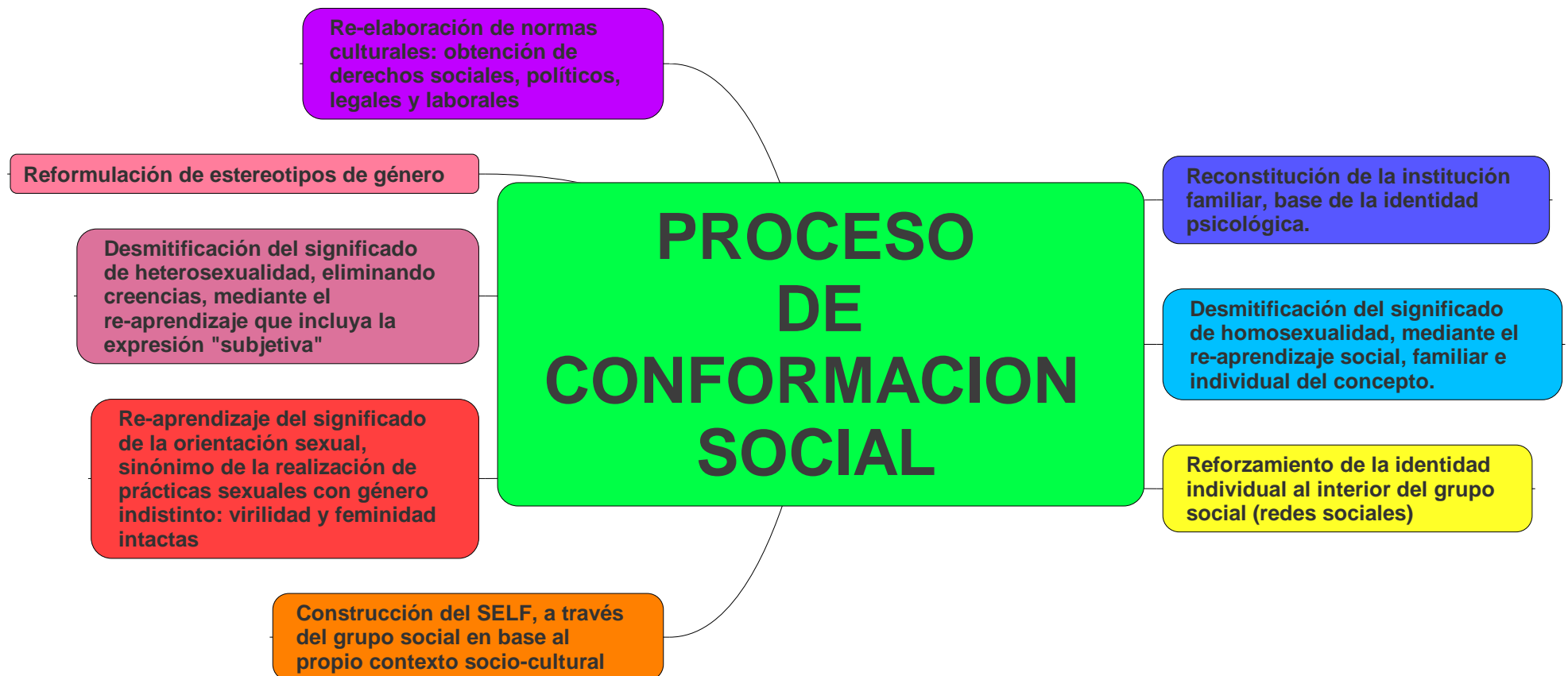


FIGURA 6A

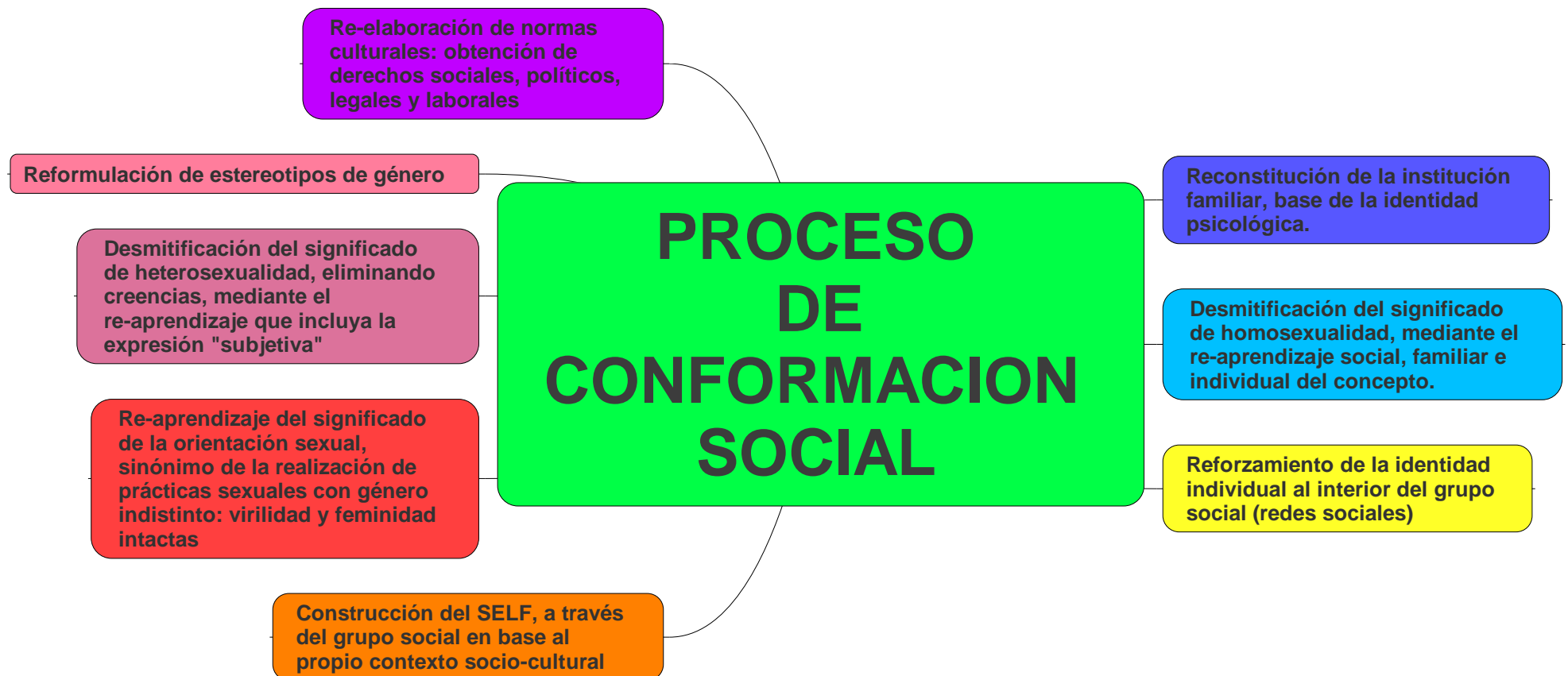


FIGURA 6B

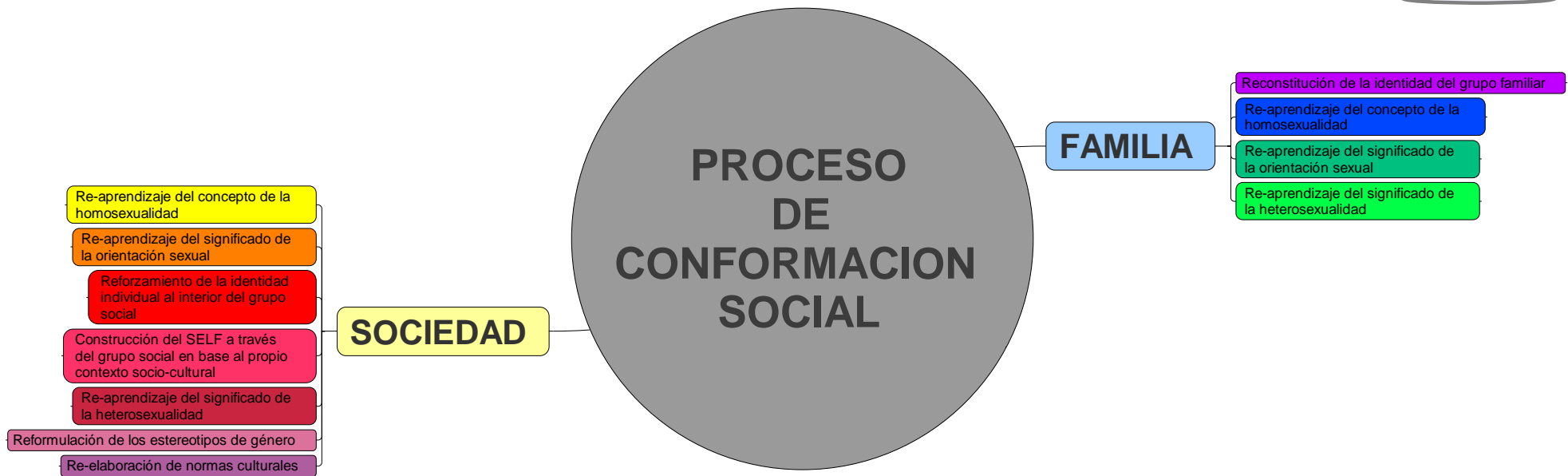


FIGURA 7

