

José Arturo Granados Cosme¹, José Manuel Méndez Tapia², Guadalupe Delgado Sánchez³

Gracias a Israel, César, Alberto B, Christian, Pedro, Gerardo, José M, Christian B, Raúl, Erick, Juan J, Francisco, Enver, Christian B, Erick, Daniel e Ismael por sus testimonios y confianza

INTRODUCCIÓN

Los términos vulnerable y vulnerabilidad son frecuentemente utilizados en la investigación sobre salud, aunque existen diversas posturas sobre la definición de estos conceptos, en general, se acepta que tales nociones adquieren particularidades importantes según sea el fenómeno de salud al que se haga referencia; podría decirse que existe una diversidad de vulnerabilidades.

El análisis de la vulnerabilidad ha predominado en ciertos temas como las catástrofes naturales, las hambrunas, el VIH-SIDA y en este caso, en la salud mental. Enfoques reduccionistas y esencialistas consideran a la vulnerabilidad en salud como casos o situaciones de excepción que son consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el individuo y su medio, en donde el primero se ve expuesto a un mayor riesgo (vulnerabilidad *ex post*), también hacen referencia a una condición que aunque normal o fisiológica hace más susceptible al individuo a los daños a la salud.

En el primer caso se proponen como ejemplos a las enfermedades crónico-degenerativas y más recientemente al VIH-SIDA en virtud de que actualmente la biomedicina ha desarrollado terapéuticas que permiten mantener bajo control el padecimiento, pero que sin embargo, estos enfermos muestran mayores riesgos para otros padecimientos (incluyendo las propias consecuencias deletéreas de la cronicidad del padecimiento o de las mismas terapéuticas).

En el segundo caso se hace referencia estados fisiológicos en los que las exigencias nutricionales por ejemplo, o las demandas de mayores cuidados centran la atención en niños en crecimiento y desarrollo (menores de cinco años para el caso de la desnutrición) o en mujeres gestando o lactando (por su impacto en la mortalidad infantil), así como personas de la tercera edad (por su impacto en una serie de discapacidades). También hay una suerte de naturalización de la vulnerabilidad como en el caso de los desastres naturales cuando por efectos ambientales hay ciertos grupos sociales que resienten más sus efectos.

El enfoque anterior se concentra en la observación de los antecedentes más inmediatos de la susceptibilidad, la mayor exposición al riesgo o en las condiciones “inherentes” a una mayor fragilidad sanitaria. Pero en este enfoque se corre el riesgo de perder de vista la inseguridad como una situación estructural que no sólo incrementa los riesgos en salud, sino que además genera condiciones inequitativas de soporte social y disminuye las capacidades de los individuos para enfrentar situaciones de riesgo. Las consecuencias prácticas de los enfoques esencialistas es la minimización de la responsabilidad del conjunto social por ofrecer a sus miembros condiciones iguales para el desarrollo de sus potencialidades así como la minimización del ejercicio público del poder para brindar la seguridad y el soporte social adecuado.

¹ Profesor Investigador de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. Correspondencia: jcosme@correo.xoc.uam.mx

² Licenciado en Psicología. Diplomado en Sujeto del Lenguaje. Cultura y Lazo Social. Universidad Autónoma Metropolitana.

³ Asistente de Investigación, Área Estado y servicios de salud. Universidad Autónoma Metropolitana.

Algunas definiciones más heurísticas (Delor y Hubert, 2003) aluden al proceso por el cual los individuos generan recursos para afrontar los riesgos de la vida cotidiana sobre los cuales no tienen mayor control, en tal caso estaríamos hablando de grados de vulnerabilidad, en esta noción además se reconoce que en su contexto, hay condiciones y procesos sobre los cuales la acción individual requiere además de transformaciones colectivas que modifiquen las condiciones generadoras de situaciones de riesgo. Es vulnerable quien sufre inseguridad, pero ésta es una situación provista por el soporte social y regulada por la acción colectiva.

En el caso que nos ocupa esta ocasión, hablaremos de la vulnerabilidad en el caso de la salud mental de un grupo social que, pese a recientes cambios, ha sido históricamente estigmatizado: los homosexuales. Anteriormente se consideraba que los homosexuales eran enfermos en sí mismos y que, consecuentemente, por la estructura de su personalidad “desadaptada” mostraban una serie de patologías que les eran inherentes o esenciales. Más recientemente, el foco de atención se ha revertido y una vez que se ha dejado de considerar (por lo menos desde la ciencia) a la homosexualidad una enfermedad mental, el interés ahora es hacia el rechazo a la homosexualidad como el hecho que genera el malestar psíquico que pudieran presentar los homosexuales en relación a la orientación de su deseo sexual e incluso, al malestar que genera la existencia de los homosexuales en la sociedad.

El nuevo núcleo de interés se dirige ahora hacia la homofobia y es en esta vertiente que se inscribe el presente trabajo en el que proponemos al rechazo a la homosexualidad como una situación que se desprende de las estructuras de género y sexualidad con las que se relaciona de manera compleja y configuran la vulnerabilidad que, a su vez, estaría explicando la mayor prevalencia de ciertos daños a la salud mental que muestran los homosexuales. En este enfoque, consideramos que los homosexuales se han visto en mayor desventaja frente a los heterosexuales para ciertos trastornos como los depresivos, de ansiedad y para la conducta suicida, daños en los que se profundiza en este estudio.

En ese orden de ideas, los homosexuales experimentan su vida cotidiana en una cultura que los “posiciona”, mediante la discriminación, en condiciones de presentar con mayor frecuencia estos daños que los heterosexuales, por ello consideramos que los homosexuales han sido vulnerados (y no que son vulnerables) en sus potencialidades para construirse como sujetos saludables.

Diversos estudios dan cuenta de que los homosexuales, cuando son comparados con los heterosexuales, presentan un patrón patológico específico⁴. Los padecimientos que más se han estudiado son los mentales y se destaca que los homosexuales presentan tasas más altas de trastornos depresivos, de la ansiedad (Perkins, 1994; Cochran, 2003) y conducta suicida (Balsam, 2004; Skegg, 2003; Lock, 1999; McAndrew, 2004; Jorm, 2002).

La ansiedad es un trastorno que se caracteriza básicamente por: temor, tensión y aprensión. Aunque el temor es una emoción normal que sirve para sobrevivir ante peligros inmediatos, su presencia constante agregada a la tensión puede generar un estado de ansiedad en donde el ánimo desagradable se presenta con solo prever el peligro generando dificultades futuras y angustia; la evitación del miedo puede obstaculizar las labores cotidianas, particularmente el desempeño laboral (McHugh, 1995).

Por su parte, la depresión es un trastorno que se caracteriza por una disposición de ánimo cuyo componente principal es la tristeza, otro elemento es la ofuscación. Los estados depresivos incluyen una amplia gama de síntomas (disminución de la energía, pensamiento lento y difícil, trastornos del sueño y el apetito, irritabilidad y temor) que pueden obstaculizar el desempeño social y laboral, también debe considerarse como el estado previo

⁴ Una amplia serie de estos estudios se describe en el trabajo: Homofobia y salud (Granados, Delgado y Méndez, 2006).

a la conducta suicida. Al igual que la ansiedad, la depresión es una respuesta normal de aflicción a la pérdida y en ese sentido es una respuesta obligada en el curso de la vida, sin embargo, su duración y gravedad pueden prolongarse y poner en riesgo la vida (McHugh, 1995).

La conducta suicida (ideación e intento suicidas) expresa la intensificación o cronicidad de procesos depresivos. El intento de suicidio es una de las urgencias psiquiátricas más importantes, es más frecuente en la adolescencia y en la adultez temprana donde los factores desencadenantes son atribuidos a conflictos en la identidad ya que en estas etapas se consolidan la personalidad y las vocaciones, se formulan los proyectos para la vida adulta y se asume una orientación sexual relativamente permanente (McHugh, 1995); precisamente, algunos estudios refieren a los problemas de identidad y orientación sexual como factores de riesgo para la conducta suicida, en este caso las denominados minorías sexuales son más vulnerables a la depresión que puede conducir al suicidio (Garland y Zigler, 1993).

Los estudios sobre los daños a la salud mental que más presentan los homosexuales han enfatizado el papel causal del rechazo a la homosexualidad. En el presente trabajo partimos de la premisa que la homofobia es un proceso culturalmente construido en el que se expresan los significados y prácticas predominantes sobre la diferencia sexual y los usos del cuerpo para el placer sexual.

En virtud de que tales significados y prácticas operan en sujetos y contextos culturales, describiremos brevemente cómo se relaciona la dimensión de la cultura con la dimensión subjetiva y cómo la primera, por ser frecuentemente inequitativa o violenta con quienes no observan el orden cultural, se transfigura en síntoma; una categoría clave en esta relación es la de conflicto psíquico.

CULTURA Y CONFLICTO PSÍQUICO

Todos los sujetos obtienen placer mediante la satisfacción de sus necesidades, sin embargo esta premisa frecuentemente entra en contradicción con las exigencias culturales entre las que destacan los ordenamientos sobre la conducta; estas tendencias en desencuentro generan una escisión en el sujeto con diversas consecuencias.

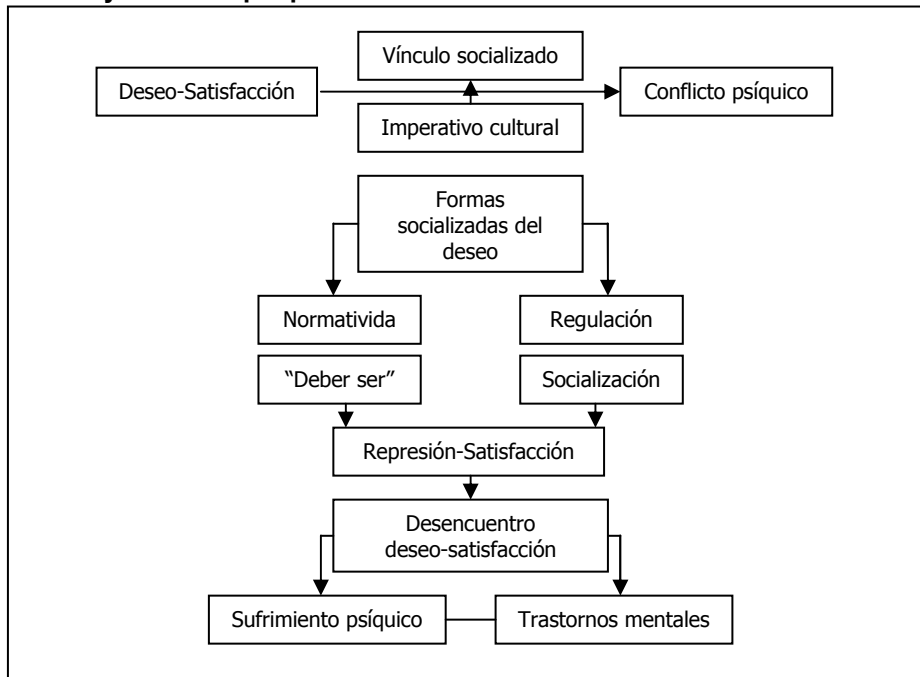
El conflicto entre el deseo y su posibilidad de realización, mediado por la reglamentación social es el suceso que hace arribar al hombre en ser social, abandonando al resto de las especies en la naturaleza y sometándose (junto con sus deseos) al imperio de la cultura. La socialización es la vía para la imposición de los imperativos culturales sobre la satisfacción del deseo para lo cual se crean barreras a manera de una serie de prescripciones (lo que se puede hacer) y de proscripciones (lo que no se puede hacer).

En esta normatividad, la cultura censura aquellos actos y pensamientos no acordes a la “normalidad” socialmente construida y en esa dirección, la sociedad orienta prácticas represoras a los comportamientos que están “fuera de orden”. La represión como mecanismo general resulta formativa y primordial en la constitución del sujeto, pero en su sentido de homogeneidad y hegemonía cultural es susceptible de generar exclusión al establecer relaciones de dominación y subordinación cultural.

El conflicto psíquico es entonces parte de la naturaleza social del sujeto, sin embargo, en el caso del deseo homosexual, el conflicto psíquico genera malestar en la cultura; sufrimiento psíquico al momento en que el sujeto se halla frente al dilema de dar cauce a sus pulsiones y la imposibilidad de satisfacerlas bajo el ordenamiento cultural prevaleciente, entre el “deber ser” y “no deber ser” de la normatividad social. En el hecho de no dar salida “resolutiva” al deseo homosexual, el conflicto se transforma en síntoma (Freud, 2001) que puede ir desde el *distress* psíquico hasta la constitución, a través de la conjunción de varios síntomas, de trastornos mentales (ver esquema 1).

Esquema 1

Cultura y conflicto psíquico



Elaboración propia

En el enfoque sociomédico (ver esquema 2) se parte de la premisa que las desigualdades en salud que muestran los grupos humanos son consecuencia de complejos procesos de determinación social ya sean económicos, políticos y culturales (Donangelo, 1976). En forma concreta, las desigualdades sociales en salud las podemos observar en la realidad a través de tres fenómenos: la vulnerabilidad, los daños a la salud y las posibilidades de resolver los problemas de salud; para el primer caso tiene importancia el mayor riesgo relativo, para el segundo la mayor prevalencia o incidencia y para el tercero, el soporte social.

En el caso que nos ocupa, se ha identificado una desigualdad en las enfermedades mentales en función de la orientación sexual que en la realidad podemos observar en mayor *distress* psicológico, mayores tasas de depresión, ansiedad y conducta suicida (Perkins, 1994) (Cochran, 2003) (Balsam, 2005) (Skegg, 2003) (Lock, 1999) (McAndrew, 2004) (Jorm, 2002), así como menor soporte social en homosexuales que en heterosexuales (Jorm, 2002) (Lackner, 1993).

En nuestro trabajo exploramos estas diferencias a partir de su determinación cultural, para ello proponemos como categorías explicativas al género y a la sexualidad. El género lo podemos abordar mediante la oposición binaria entre lo masculino y lo femenino, mientras consideraremos que la sexualidad es una construcción social (Foucault, 1999) cuyos significados y prácticas, en sus versiones dominantes, se basan en la heterosexualidad como norma y en la reproducción como fin.

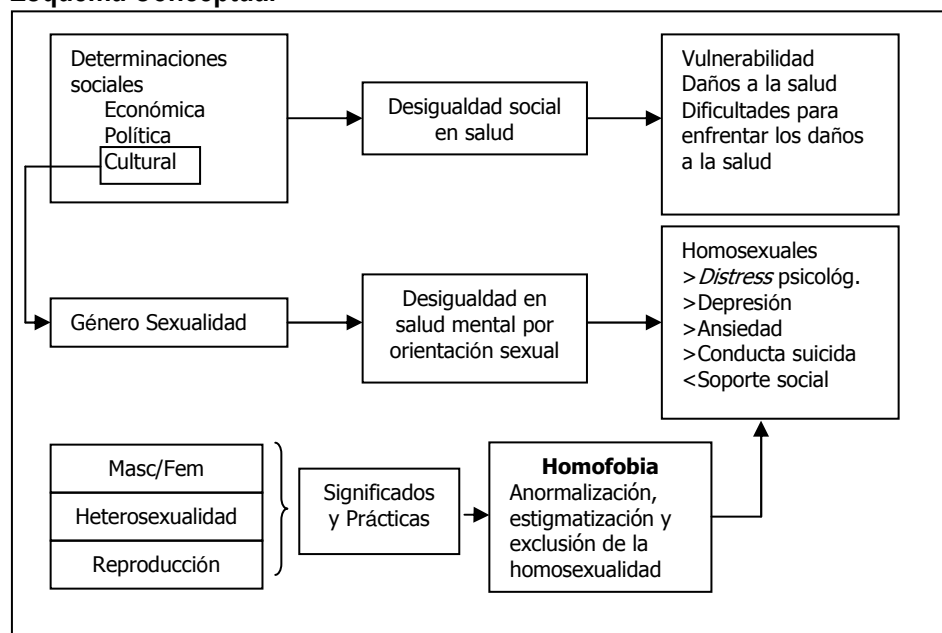
Alrededor de estas nociones del género y la sexualidad se elaboran significados y prácticas para construir sujetos acordes al orden sexual dominante. Uno de los mecanismos de socialización mediante el que se transmiten estas nociones es la homofobia (Granados, 2002) que es una construcción cultural (Kaufman, 1989) (Granados, 1991) que pasa primero por un proceso de anormalización de la homosexualidad (Granados, 2006a) al que le sigue uno de estigmatización que se traduce en prácticas de discriminación (rechazo y exclusión) (Blumenfeld, 1992) con efectos nocivos en la salud mental de los homosexuales, para explorar esta serie de relaciones en la vida cotidiana de los homosexuales se desarrolló la siguiente estrategia.

METODOLOGÍA

Para explicar la configuración de la vulnerabilidad en homosexuales, realizamos una exploración cualitativa mediante entrevistas a profundidad a diecisiete jóvenes autodefinidos como *gays* y que fueron reclutados mediante la técnica de la bola de nieve y que tuvo el siguiente abordaje metodológico. El abordaje de nuestro estudio se basa en una adaptación a la propuesta teórico metodológica utilizada por Delor y Hubert (2003) en sus estudios sobre la vulnerabilidad y el VIH-SIDA realizadas en Bélgica entre 1995 y 1996; en ellos se plantean tres niveles de comprensión de la vulnerabilidad social: a) las trayectorias sociales, b) las interacciones entre las trayectorias sociales y c) el contexto en el que operan las dos primeros niveles. Los autores enfatizan que los tres niveles están “cruzados” por dos dimensiones una objetiva y otra subjetiva.

Esquema 2

Esquema Conceptual



Elaboración propia

La trayectoria social se refiere al tránsito de las diferentes etapas que conforman la vida de un individuo, es social porque se transita por un mundo simbólico construido previamente y además porque las fases son compartidas por varios individuos, en este caso por ejemplo, “salir del clóset” es una fase por la que pasan muchos homosexuales, pero es facilitada u obstaculizada dependiendo de su contexto lo cual implicaría una determinada fragilidad ante el *distress* psicológico para asumirse como homosexual y consolidar su identidad social.

En el nivel de la interacción se pretende observar los efectos que tiene la sexualidad de los homosexuales en relación a otros homosexuales y heterosexuales (otras trayectorias sociales), por ejemplo, para que un homosexual sea discriminado requiere de alguien que lo discrimine o para que el homosexual sienta temor ante la posibilidad de una agresión requiere de la existencia de la trayectoria social de otro homosexual que haya sido agredido.

En el tercer nivel se asume que las interacciones entre trayectorias están modeladas por los imperativos culturales que entrañan ciertas actitudes frente a la homosexualidad, en este caso el desprecio hacia el homosexual es una actitud que puede contribuir a la vulnerabilización (que no vulnerabilidad). Para nuestro estudio y de acuerdo al modelo sociomédico, buscamos enfatizar el contexto como la serie de estructuras que posibilitan la configuración de situaciones de vulnerabilidad. Para tal propósito, consideramos a las trayectorias

individuales relacionándose simultáneamente en dos espacios contextuales (entornos de socialización): los primarios (familia, unidad doméstica) y los secundarios (escuela, trabajo).

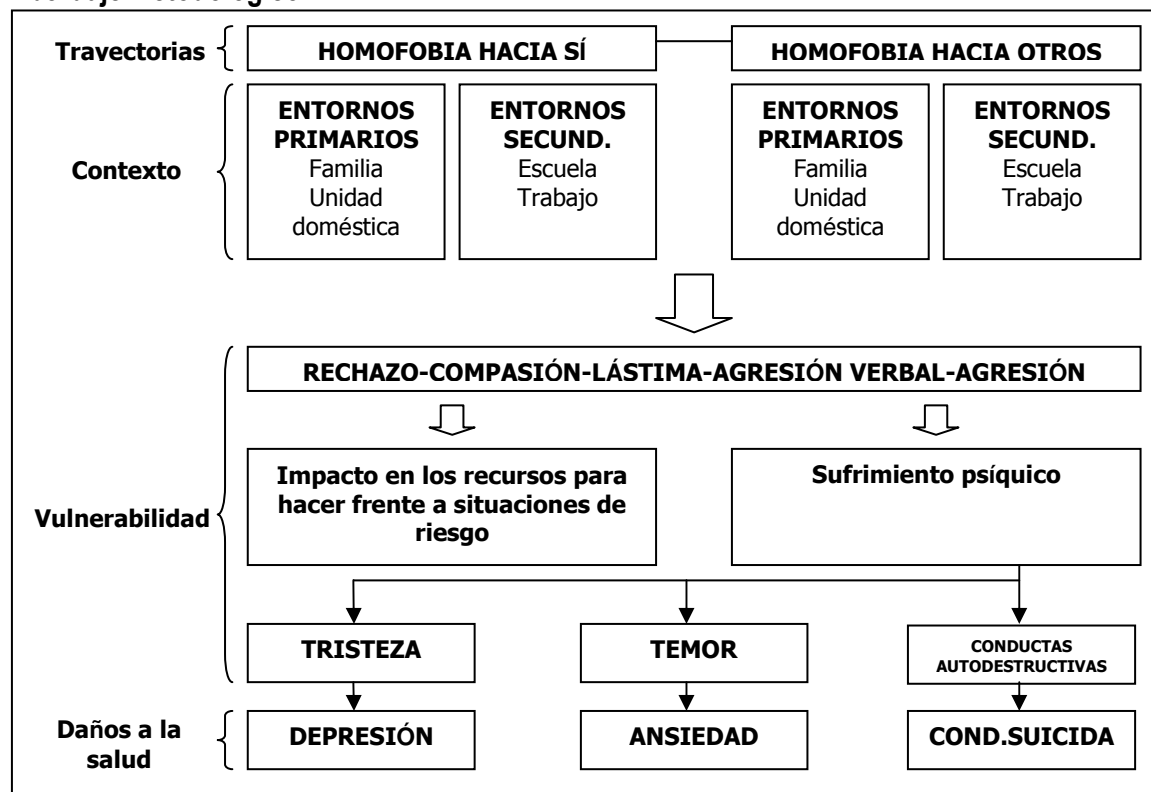
La línea que dirige nuestro acercamiento a la trayectoria individual del entrevistado es la identificación de su homosexualidad, las interacciones con otras trayectorias está enfocada mediante la relación que estableció el entrevistado con personas significativas en su vida (no necesariamente las figuras parentales), el eje con que articulamos las trayectorias individuales y las interacciones es la experiencia de la homofobia en el transcurso de la vida, especialmente en el proceso de aceptación de la homosexualidad en cada entrevistado.

Mientras que en el contexto se estructura y “emite” la homofobia, ésta opera de forma concreta en los otros dos niveles, de ahí que exploramos la experiencia de la homofobia hacia sí (trayectoria individual) y la homofobia hacia otros homosexuales (interacciones) en dos ámbitos contextuales (los entornos primarios y los entornos secundarios). Las expresiones que se averiguaron fueron las distintas formas prácticas de homofobia que van desde el rechazo hasta la agresión física.

En la configuración de la vulnerabilidad exploramos el impacto que las formas prácticas de homofobia tuvieron en los recursos de los entrevistados para enfrentar situaciones estresantes (como el asumir una identidad sexual fuera del “orden”), así como el sufrimiento psíquico o la sintomatología relacionada con depresión, ansiedad y conducta suicida, es decir, tristeza, temor y conductas autodestructivas respectivamente (ver esquema 3).

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de dos horas, en algunos casos se requirió de dos sesiones; los testimonios fueron grabados, transcritos y procesados en el programa atlas.ti. El análisis de los datos se hizo desde la perspectiva de la etnografía del discurso.

Esquema 3
Abordaje Metodológico



Elaboración propia.

RESULTADOS

Los diecisiete entrevistados se denominaron a sí mismos como *gays*, lo cual implica una toma de posición, relativamente consciente y consolidada, frente a las estructuras de dominación del orden sexual vigente. La edad promedio de los entrevistados fue de 23 años de edad, todos contaban con una escolaridad de por lo menos dos años de nivel licenciatura, en su mayoría se trató de estudiantes aunque seis de ellos trabajaban eventualmente en áreas de la producción terciaria, la mayoría de ellos provenía de familias cuyos padres laboraban o laboraron en la producción secundaria y terciaria, todos radicaban en la Ciudad de México. De los discursos de los entrevistados y por razones de espacio, sólo se muestran fragmentos pequeños y se resaltan en negritas aquellos términos o frases clave.

Homofobia hacia sí en los entornos primarios

En cuanto a la homofobia hacia sí encontramos en los discursos de los entrevistados diversas formas de rechazo a la homosexualidad, en los entornos primarios se encontró principalmente agresión verbal, pero incluyó agresión física.

*“mi papá unas dos veces que me llegó a ver jugando con las niñas... **gritaba y se enojaba**... él es una persona muy severa, muy conservadora ... siempre ha estado como muy marcado por lo que debe de ser y cómo tienes que ser ¿no? ...”*
[Entrevistado 9]

*“...me salgo a buscar a alguien que me ayudará a comprender mi homosexualidad... se me hizo de noche y... **recibí una golpiza**... Desde niño siempre ha habido agresiones, me pegaban, ‘quítate mariquita’, ‘quítate puto’, ‘quítate homosexual’...”*
[Entrevistado 7]

Homofobia hacia sí en los entornos secundarios

En los entornos secundarios se observó una mayor referencia a las agresiones físicas, aunque también se identificaron las agresiones verbales y los castigos. En algunos casos se documentó abuso sexual y violación.

*“...[los niños me decían] que parecía maricón... que: ‘hablas como niña’... **me hacían comentarios muy agresivos**... que no me agradaban...”* [Entrevistado 10]

*“...cuando estaba en la escuela ahí solito, **me molestaban** hasta el punto de decir: ‘¡oh Dios!, ¿a qué hora me voy de aquí?’... [no faltaba el que me hiciera] ...el empujón, el que me ponía el pie... una ocasión me rompieron mis lentes...”* [Entrevistado 15]

*“...desde chico... me lo marcaron: ‘¡pareces niña!’... y ese tipo de cosas cuando niño, ahora que ya crecí, una vez me aventaron un limonazo... yo conocí lo que significaba la autoestima hasta que ya era adolescente... jamás me defendí. **Me decían algo y yo no decía nada, destrozaban mis cosas**... Estábamos mi pareja y yo en el metro... y de repente, nos abrazamos y nos dimos un beso... se nos acerca **un policía** y **nos dice: ‘moderen su comportamiento’** ...”* [Entrevistado 1]

*“... en la escuela **era siempre al que molestaban por afeminado**... en la secundaria fui el chico que toda la escuela conocía como el afeminado, **en la calle** me decían que era ‘mujer’, ‘lesbiano’ o cosas por el estilo. No podía estar solo ni un momento porque*

me empezaban a chiflar ...un vecino me quiso, según él, matar porque le contesté cuando me aventó el carro...” [Entrevistado 16]

“...a **finales de primaria** o principios de secundaria... [yo]... prefería platicar con las niñas... y sí **llegaron a regañarme los maestros**... el coordinador una vez que me vio platicando con ellas me regañó... y otra vez **me castigó**, me paró enfrente... ahí me dejó parado como una o dos horas... [¿tus compañeros te fastidiaban?] Ah sí por supuesto... **Me ofendían, ¿Me golpeaban?** Mmmh... no, alguna vez, alguna vez **sí, una o dos veces** ¿no?, **empujones, sí... Golpes, ajá...** sí, sí, fue una época muy difícil.” [Entrevistado 9]

[¿Te llegaron a golpear alguna vez?] “Ah, sí... había muchos compañeros que me empezaban a tocar o quererme tocar, o quererme abrazar... eso no me agradaba... **Me querían tocar el trasero**... también me querían besar... me decían que parecía niña... (En la escuela) **me decían ‘puto barato’** y antes **era muy ofensivo** para mí...” [Entrevistado 4]

“...un vecino con sus amigos **me ataca**... en la calle, me llevan a un baldío... me... **me violaron**... fueron... cuatro...” [Entrevistado 7]

Homofobia hacia otros en los entornos primarios

En cuanto a la homofobia hacia otros, los entrevistados refieren frecuentemente de sus familiares adjetivos peyorativos hacia los homosexuales. Las ofensas y nociones de anormalidad son comunes en sus discursos.

“...**mi madre** una vez que sacó el tema de que alguien tenía un hijo gay y **nos dijo** a todos: ‘no, **yo no sé que haría si tuviera un hijo homosexual me moriría**’ y yo pensé: ‘pues mátame o muérete ahorita porque... aquí estoy yo’” [Entrevistado 12]

“Fredy Mercury, que había muerto en el 92... en mi familia... **lo tachaban de ‘puto’** y que quién sabe qué, pero les maravillaba su música... bien contrastante ¿no?”. [Entrevistado 5]

“...**mi mamá**... **piensa que es como una enfermedad**... **mi papá es más de rechazo, rayando en el desprecio y el asco**... (en) la reunión familiar tíos, primos, sale el tema y todos: ‘¡guacala qué asco! y ¡pinches putos!’... un amigo... me contó que andaba con un chavo en CU agarrados de la mano y en el faje... **hubo mucha gente que empezó a gritarles cosas**...” [Entrevistado 9]

Homofobia hacia otros en entornos secundarios

En los entornos secundarios se relatan agresiones más graves que incluyen los adjetivos peyorativos, los insultos pero también las agresiones físicas que van desde los golpes hasta el homicidio.

“...yo veía que **los insultaban** [a otros homosexuales] y yo dije: ‘yo no, yo **no quiero ser insultado ni quiero que me anden apedreando**’...” [Entrevistado 15]

“...un compañero en la secundaria que era afeminado, lo empezaron a molestar tanto, tanto, pero cañón... lo maltrataban, le decían una sarta de babosadas, mis

compañeros eran demasiado agresivos y dije: **‘¡en la torre! si llegan a darse cuenta de que yo también soy homosexual, me van a atacar peor o igual...’** [Entrevistado 5]

“...cuando íbamos a la calle (mi papá y yo), y veíamos a unos gays, él decía: ‘¡ay, pinches putos!’... **mi papá** los pisoteaba y **los discriminaba**... y yo me sentía mal porque decía: ‘ay, si supieras’”. [Entrevistado 3]

“...**la actitud** de compañeros o de maestros hacia los niños afeminados **era de lástima**... algunos compañeros **hacían burlas**: ‘¡ajá, eres maricón!’ o ‘¡ay pareces niña con calzones...!’” [Entrevistado 2]

“...por mi casa vivía una pareja, eran ya grandes los señores, siempre que pasaban **les empezaban a decir de cosas**, les decían putos, maricones, mis vecinas **les aventaban agua**... Veían un gay en los bailes... **les pegaban o los golpeaban**...” [Entrevistado 4]

“...A él **lo mataron**... lo habían matado, porque él quería con un muchacho...” [Entrevistado 7]

Impacto en los recursos para hacer frente a situaciones de distress o riesgo

Estas experiencias de la homofobia impactaron de manera negativa en los recursos psíquicos, los discursos de los entrevistados aluden al autorechazo, el aislamiento, los sentimientos de culpa, confusión, frustración y autovaloración negativa. Aquí se encuentra ya configurada la mayor vulnerabilidad de los homosexuales para presentar daños a la salud mental.

“...**no me aceptaba, no me aceptaba, no me aceptaba** y menos que lo supiera la demás gente, porque no se debe ser así pues ¿qué onda?, decía: ‘¿qué me sucede?’ ...y entonces traté de ocultarlo...” [Entrevistado 3]

“...sentí **culpa**... sabía que hacía algo que iba en contra de lo que me habían impuesto... no sabía si era bueno o malo, pero sí **era una confusión**...” [Entrevistado 2]

“...hubo una, etapa en la que me empecé a sentir presionado... y en cuanto se presentaba alguna situación que hiciera mención de... de mi situación, trataba de ocultarla o de fingir una cosa que no era... cosas que no sentía, pero que **me hacían sentir menos culpable**... sí, **hubiera preferido no ser homosexual**”. [Entrevistado 10]

“...el hecho de que me sentía diferente **me aislaba** de los niños... Me dije a mí mismo: ‘¿será que yo seré yo solito en este mundo?, **¡¿por qué yo?!...**’ [Entrevistado 15]

“...yo decía: ‘¿por qué?... ¿por qué soy así?, ¿por qué me gustan los hombres?... **¡yo no quería ser homosexual!**’” [Entrevistado 6]

“...yo no podía decirlo... **¡no podía reconocer que era homosexual!**...” [Entrevistado 12]

“...(El darme cuenta que era distinto me generaba sentimientos) de **culpa**, de **odio hacia mí mismo**, de **decepción...**” [Entrevistado 1]

“...cuando empecé a sentir mi sexualidad, yo decía: ...**¡me odio!**, **¡me repudio!**, **¡no me quería!** **¡odiaba mi imagen personal!**...” [Entrevistado 5]

Sufrimiento psíquico. Tristeza/Depresión.

Los discursos de los entrevistados nos hablan de frecuentes sentimientos de tristeza, incluso los mismos entrevistados utilizan la denominación de depresión y se observa cómo en dichos discursos, los entrevistados mismos asocian estos síntomas con su propia sexualidad. La tristeza es el síntoma clave en los trastornos depresivos.

“...**¡me sentí muy mal!**, **¡me deprimí** años!... **¡fue una depresión increíble!**... pienso que fue una depresión continua...” [Entrevistado 1]

“**Sí (me siento triste con frecuencia)**... puedo ir a la escuela pero a veces no entro a clase o el trabajo lo hago mecánicamente... me aílo, dejo de salir...” [Entrevistado 6]

“**(me deprime)**... saber que no voy a tener hijos tal vez, que nunca voy a poder entrar de la mano de mi pareja a una comida familiar...” [Entrevistado 11]

“...**me deprimía** mucho por las noches. Mucho, mucho...” [Entrevistado 10]

“...dije: **¡nadie me quiere!**... **¡ya mejor, hasta aquí!**... **toda mi vida he estado deprimido...**” [Entrevistado 5]

Sufrimiento psíquico. Conducta suicida (ideación e intento suicidas).

La conducta suicida fue el daño a la salud mental que más se observó en los entrevistados, ésta iba desde la simple ideación hasta el intento. En el caso de la ideación es recurrente la planeación, los sentimientos de minusvalía y la falta de expectativas por vivir. En el caso del intento se identificaron como medidas la intoxicación y las hemorragias. También en este caso, los entrevistados asociaron esta sintomatología con su sexualidad, particularmente con su proceso de identificación.

“...**pensé en suicidarme**... hace unos dos años e inclusive recientemente... lo he llegado a pensar varias veces...” [Entrevistado 6]

“...y **pensé lo que los suicidas** llegan a pensar...” [Entrevistado 12]

“...**intenté cortarme las venas**, luego **lo intenté tomando pastillas**... había pastillas y cuando recordé el ‘cállate pinche puto’, dije: ‘bueno, va, ¿por qué no?, es la última’... ese día yo me hubiera muerto, **ya tenía todo planeado**”. [Entrevistado 11]

“...fueron muchas ocasiones en las que **llegué a pensar en un suicidio**...” [Entrevistado 10]

“...**pensé en hacerlo** con una aguja, diez mililitros de aire y **¡vámonos ya!**... **incluso**

ahora cuando me he sentido deprimido, digo: ‘es muy fácil conseguirse insulina, inyectarse y gracias ¿no?, ya, fácilmente’ ...” [Entrevistado 5]

*“...a veces **aventarme de un puente, al metro...** era constante... todo fue por mi **homosexualidad**... Dije, ‘para que no sientas tanto dolor, te tomas primero unas pastillas y después te avientas al metro...’ me quedaba en el metro y veía cuánto tiempo tardaba, qué tan rápido pasaba, dónde iba disminuyendo la velocidad...” [Entrevistado 4]*

*“...tres o cuatro veces **pensé en el suicidio**... no existía, no valía... la primera quería cortarme las venas, la segunda, aventarme de un edificio, la tercera, no sé, salir y olvidarme, cruzar la calle esperar que pase un carro...” [Entrevistado 7]*

Sufrimiento psíquico. Temor/Ansiedad.

El temor es el síntoma clave de los trastornos de la ansiedad. El temor, aunque frecuente, fue el menos mencionado en los discursos de los entrevistados. Éste se asoció a la experiencia de la homofobia a través de los regaños y las agresiones físicas, pero también a la confusión y la inestabilidad a causa de sentirse diferentes.

*“**Me causaba temor** sí... me iba a esconder... para que no me vieran, digo el temor seguramente viene desde mi papá ¿no? cuando me encontraba jugando con mis hermanas y sus amigas... no recuerdo o no me quiero acordar si me haya pegado... desde entonces **agarré miedo**... había veces que ni siquiera quería ir a la escuela... **Me daba mucho miedo** enfrentarme a eso (a mi homosexualidad)... y ni siquiera te lo explican ¿no?” [Entrevistado 9]*

*“(sentía) ...confusión, **miedo**... era ir en contra de lo impuesto...” [Entrevistado 2]*

*“...me causaba sentimientos de extrañeza, de inestabilidad, **temor** y tristeza...” [Entrevistado 6]*

*“...Me generaba **miedo**... era **mucho miedo**, yo no salía de mi casa... pensaba ¿por qué nací así?, mejor no hubiera nacido o me hubiera muerto...” [Entrevistado 3]*

DISCUSIÓN

En el caso de los homosexuales los elementos que motivan la tristeza son la devaluación personal a causa del rechazo percibido por su orientación sexual, así como la sensación de que su homosexualidad generaría sufrimiento y culpa en sus familias; la frustración y ofuscación fue relacionada por los entrevistados con la incapacidad de revertir las pulsiones homosexuales, modificar la conducta o no comprender los motivos del rechazo (en las edades más tempranas). La tristeza fue uno de los síntomas que más reportaron los entrevistados, algunos expresaron incluso, conducta suicida (ideación e intento) al momento de la entrevista.

Es necesario precisar que la intención de reorientar el deseo homosexual estuvo motivado por la experiencia de la homofobia y en este sentido, por la percepción de la homosexualidad como anormalidad, la frustración por no conseguir lo anterior retroalimentó la angustia y la ansiedad. La devaluación que sintetizó los sentimientos de anormalidad, culpabilidad y frustración intensificó los estados depresivos y en algunos casos condujo a la ideación suicida en algunas etapas de la vida.

Todos los seres humanos transitan por procesos de pérdida, de definición de vocaciones y de integración de referentes identitarios, así como situaciones de *distress* psicológico y de riesgo para la salud mental, sin embargo, en el caso de los homosexuales tales procesos ven obstaculizado su afrontamiento por un entorno que penaliza las orientaciones no heterosexuales, se entiende que los jóvenes *gays* enfrentan mayores dificultades para resolver las pérdidas obligadas en la vida pero además en el mismo proceso de su identidad social, éstas dos vertientes se transforman en factores desencadenantes de depresión que conllevan un mayor riesgo de conducta suicida.

La ansiedad puede presentarse como respuesta afectiva a circunstancias de amenaza o peligro, en este caso el miedo se presenta como respuesta a la experiencia de expresiones homofóbicas en los entornos primarios y secundarios, el homosexual transita permanentemente con el temor a ser descubierto y agredido emocional o físicamente ya que ha presenciado o tiene conocimiento de este tipo de agresiones ocurridas en otras trayectorias individuales en su propio contexto cultural; la ansiedad produce angustia y como estrategia de evitación el homosexual se aísla y limita su participación social obstaculizando el desarrollo de sus potencialidades.

Los discursos de los informantes recrean el conflicto psíquico y su traducción en síntoma, varios entrevistados hablan del rechazo y penalización de su conducta considerada fuera de norma y al recrear su experiencia nos hablan del “no me aceptan” como expresión de la percepción del rechazo; se distingue también que atribuyen el rechazo percibido a la normatividad cultural: “*no se debe ser así*” y describen cómo el mecanismo de represión les sirvió para evitar la violencia simbólica y física: “*trataba de ocultarlo*”, estas expresiones reflejan el saberse “*anormal*” en su contexto social. El desconcierto que genera la percepción de la anormalidad conduce a la angustia que moviliza una búsqueda del homosexual por disuadir u ocultar sus deseos, los discursos nos hablan de los sentimientos de “*confusión*” y autodesprecio o rechazo de sí mismos al hacer consciente la diferencia.

Otras expresiones del desconcierto que lleva a la angustia son por ejemplo: “*¿qué me pasa?*”, “*...sentirme diferente me causaba... extrañeza*”, la búsqueda de respuestas lleva a la decepción por no cubrir con las expectativas impuestas en función de su género o por transgredir el orden social: “*al ver que yo no era así*” (como los demás), “*fue enfrentarme a lo que yo tenía impuesto*”. El conflicto psíquico convertido en síntomas: tristeza, temor, autodesprecio, rechazo de sí mismo, se constituye en estado de sufrimiento psíquico que caracteriza la vida de los homosexuales en la infancia y que se agudiza en la adolescencia; estos procesos configuran un estado de vulnerabilidad que hace a los homosexuales más susceptibles a manifestar trastornos depresivos, de la ansiedad y conducta suicida. Esta mayor vulnerabilidad se traduce, finalmente, en mayores tasas de depresión, ansiedad, ideación e intento de suicidio en los homosexuales. Este proceso de vulnerabilidad a los trastornos mentales tiene en la homofobia a su determinación cultural; ésta se identificó a través de la experiencia del rechazo a la homosexualidad y a los homosexuales en los ámbitos primarios y secundarios.

La mayor presencia de estos trastornos en los jóvenes *gays* resulta a su vez, un estadio intermedio que debilita las capacidades individuales para hacer frente a otras situaciones de riesgo como lo es la infección por VIH-SIDA, se ha documentado que la homofobia es un contexto que promueve situaciones desventajosas para los homosexuales (Thèry, 1996) en donde éstos ven disminuidas la capacidad de negociación del uso del condón o mantienen expectativas para dejar de usarlo al idealizar a la pareja en el mismo sentido que los heterosexuales (la pareja definitiva y exclusiva) (Granados, 2006b). Sin duda, la vulnerabilidad de los homosexuales a los trastornos mentales y su asociación con las prácticas sexuales de riesgo plantea una vertiente interesante a profundizar en el campo de la determinación social de la enfermedad.

Bibliografía

1. Balsam KF, Huang B, Fieland KC, Simoni JM, Walters KL. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay bisexual, and two-spirit native Americans. *Cultur Divers Minor Psychol* 2004;10(3):278-301.
2. Blumenfeld W. *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press, 1992.
3. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian gay and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(1):53-61.
4. Delor F, Hubert M. Un ré-examen du concept de 'vulnérabilité' pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA. Bruxelles: Centre de 'études sociologiques-Facultés universitaires Saint Louis, 2003.
5. Donangelo MC. La medicina en la sociedad de clases. En: Donnangelo, MC (coord.) *Salud y sociedad*. Sao Paulo: Librería Dos Ciudades, 1976.
6. Foucault M. *Historia de la sexualidad*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1999.
7. Freud S. Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
8. Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist* 1993, 48(2):169-182.
9. Granados JA, Delgado G, Méndez JM. Homofobia y salud. *Salud Problema* 2006;11(20); (en prensa).
10. Granados JA. Homosexualidad y medicina. *Prácticas sociales en tensión*. Cuicuilco 2006a; (en prensa).
11. Granados JA. Identidad homosexual y riesgo de VIH-SIDA. Masculinidades y salud en juego. Ponencia presentada en la Jornada Académica: Masculinidades, varones y salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Especialización y Maestría en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana. México, 26 de junio, 2006b.
12. Granados JA. La construcción social de la homofobia. Repercusiones y alternativas para la democracia. En: Camacho D. (comp.) *Memorias del Primer Foro sobre Diversidad Sexual y Derechos Humanos*. México: Nueva Generación Editores, 1999, págs. 62-68.
13. Granados JA. Orden sexual y alteridad. La homofobia masculina en el espejo. *Nueva Antropología* 2002;18(61):79-98
14. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002;180:423-7.
15. Kaufman, M. *Hombres: placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF, 1989.
16. Lackner JB, Joseph JG, Ostrow DG, Kessler RC, Eshleman S, Wortmar CB, O'Brien K, Phair JP, Chmiel J. A longitudinal study of psychological distress in a cohort of gay men. Effects of social support and coping strategies. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(1):4-12.
17. Lock J, Steiner H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(3):297-304.
18. McAndrew S, Warne T. Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(4):428-34.
19. McHugh PR. Trastornos psicológicos en la práctica médica. En: Wyngaarden JB y Lloyd H. (dirs.) *Tratado de medicina interna*, vol. II. Madrid: 1995, págs. 2073-2088.
20. Perkins DO, Stern RA, Golden RN, Murphy C, Naftolowitz D, Evans DI. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonpioneer center of the AIDS epidemic. *Am J Psychiatry* 1994;151(2):233-236.
21. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160(3):541-546.
22. Thèry I, Tasserit S. Sida et exclusion, in *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, 1996.