


**Artículo de revisión**
**Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura** ☆

**Carlos Alejandro Pineda Roa\***

Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Villavicencio, Colombia

**INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**
**Historia del artículo:**

Recibido el 23 de junio de 2013

Aceptado el 23 de julio de 2013

**Palabras clave:**

Homofobia internalizada

Ideación e intento de suicidio

Salud mental

Orientación sexual

**R E S U M E N**

**Introducción:** Se presenta un marco de referencia dentro de la salud sexual y reproductiva para entender los problemas de salud mental de la población de lesbianas, varones gays y bisexuales (LGB). Se han desarrollado diversas formas de entender la naturaleza de la homofobia internalizada. Por otro lado, en los estudios de suicidología se entiende que el riesgo de suicidio está integrado por las etapas de ideación, planeación e intento de suicidio, y que hay más riesgo de suicidio en la población LGB. Se presenta la situación internacional y en Colombia en particular. Numerosos factores se han asociado con riesgo de suicidio en dicha población, y uno de los principales es la homofobia internalizada y otros problemas de salud mental.

**Objetivos:** Primero, establecer dentro de la literatura científica la posible relación entre homofobia internalizada con ideación e intento de suicidio en población LGB. Segundo, identificar los problemas de salud mental asociados a riesgo de suicidio en comunidades sexualmente diversas.

**Método:** Se revisaron los artículos en inglés y español de los últimos 5 años. Se incluyen artículos de revistas revisadas por pares de bases de datos como Google Académico, Redalyc, Byreme, Ovid, ScienceDirect, Taylor and Francis, MEDLINE, Scopus, PsycInfo y Ebsco.

**Resultados:** Se encontró en la literatura disponible que la homofobia internalizada se asocia con ideación e intento de suicidio en población adulta. Un estado de la ciencia de los principales problemas de salud mental asociados con riesgo de suicidio en población LGB joven reporta hallazgos contradictorios. Mientras que en algunos estudios la depresión, la ansiedad y la angustia se asocian con ideación e intento de suicidio, en otros estudios los datos no permiten llegar a tal conclusión. El marco teórico presenta las conceptualizaciones más importantes del riesgo de suicidio, y hace énfasis en las de tipo social. Se señalan asuntos de prevención del suicidio y se enuncian factores protectores que contribuyen a esta, así como elementos de psicoterapia para consultantes LGB.

**Conclusiones:** Se concluye y se discute sobre la importancia de estudiar a la población sexualmente diversa en cuanto a sus determinantes de salud mental en Latinoamérica, dada la escasez de literatura encontrada en idioma castellano y los mitos de mayor

☆ Este artículo hace parte del proyecto de investigación «Análisis comparativo del riesgo de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes escolarizados según orientación sexual».

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: capinedar@unal.edu.co (C.A. Pineda Roa).

enfermedad que aún persisten en muchos segmentos de la población. Esta revisión considera necesario superar tales contradicciones con el fin de ilustrar mejor a la población general y evitar mayor estigmatización.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.  
Todos los derechos reservados.

### **Factors Associated with Suicide in Adolescents and Young People Self-Identified as Lesbian, Gay, and Bisexual: Current State of the Literature**

#### A B S T R A C T

#### Keywords:

Internalized homophobia  
Ideation and suicide attempts  
Mental health  
Sexual orientation

*Introduction:* A framework within sexual and reproductive health is presented to understand the mental health issues of the population of lesbian, gay and bisexual (LGB) adolescents and young people. Different ways of understanding the nature of internalized homophobia were developed. On the other hand, in suicidology studies it is understood that the risk of suicide consists of the steps of ideation, planning and attempted suicide, and that there is an increased risk of suicide in the LGB population. Numerous factors have been associated with suicide risk in this population, one of the main internalized homophobia and other mental health problems.

*Objectives:* By means of a literature review, to establish the possible relationship between internalized homophobia and ideation and attempted suicide in the LGB population, as well as to identify the mental health problems associated to suicide risk in sexually diverse communities.

*Method:* Articles in English and Spanish, mainly within the last five years, were reviewed. They included articles in peer reviewed journals, and databases, such as Google Scholar, Redalyc, Byreme, Ovid, Science Direct, Taylor and Francis, MEDLINE, Scopus, PsycINFO, and Ebsco.

*Results:* It was found in the available literature that internalized homophobia is associated with suicide ideation and attempts in adults. A state of science of the major mental health problems associated with suicide risk in young LGB people reported contradictory findings. While some studies showed an association between depression, anxiety and distress and suicidal ideation and attempts, in others, the data do not allow such a conclusion. The theoretical framework presents the most important conceptualizations of suicide risk and emphasizes the social type. It identifies issues of suicide prevention, protective factors that contribute towards this, as well as elements of psychotherapy for LGB consultants.

*Conclusions:* It concludes and discusses the importance of studying the sexually diverse as regards determining factors of mental health in Latin America, given the limited amount of literature found in the Spanish language, and myths of major disease that persist in many segments of the population. This review considers it necessary to overcome such contradictions, in order to inform the general population and avoid further stigmatization.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.  
All rights reserved.

### **Riesgo de suicidio en el marco de referencia de la salud sexual y reproductiva**

Todos los organismos internacionales definen la salud y en particular la salud sexual y reproductiva (SSR) de manera positiva. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promulga de la definición de salud sexual lo siguiente: «la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad».

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es «un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad»<sup>1</sup>.

Por su parte, la Conferencia Internacional de Desarrollo de Poblaciones (CIPD), llevada a cabo en la ciudad de El Cairo (1994), define la SSR de varios modos: «[...] la SSR entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear y la libertad para hacerlo o no (caso de la homosexualidad), con quién y con qué frecuencia, [...] el acceso a servicios y programas de calidad para

la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital»<sup>2</sup>.

En Colombia, legalmente, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>3</sup> incluye lo dicho por estos estamentos mundiales de la salud. Posteriormente, en 2011 se expidió la ley 1482, que permite avanzar en la lucha contra la discriminación. El proyecto de ley nació inicialmente con el fin de penalizar el racismo, pero terminó incluyendo en su articulado sanciones penales y económicas para cualquier tipo de discriminación, incluidas las expresadas contra la población de lesbianas, varones gays y bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI)<sup>4</sup>.

La conferencia de El Cairo se basa en el compromiso de los países firmantes en pro de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos y la búsqueda de la equidad en las diversas poblaciones vulnerables, legitimando públicamente la importancia y la validez de hablar de SSR para los varones, en lo que es preciso señalar que incluye tanto a personas heterosexuales como a homosexuales.

Hay consenso sobre la necesidad de proteger la salud de los varones<sup>5</sup>. Hay evidencia de que ser varón es un factor de riesgo para su salud, más aun si este pertenece a población considerada vulnerable, como es el caso de los varones homosexuales. Esto es cierto también para el caso de las lesbianas<sup>8,3</sup>. Para el caso de las personas sexualmente diversas e integrantes de grupos minoritarios, como son lesbianas, gays y bisexuales (LGB), el pleno ejercicio de su sexualidad se ve influido negativamente por las acciones legales y estigmatizadoras que violentan y en muchos casos niegan y/u ocultan sus derechos sexuales, lo que afecta a su salud mental<sup>6</sup> y lleva a tales colectivos directamente a padecer problemas de salud mental como ansiedad, angustia psicológica, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, baja autoestima y, por esa vía, a riesgo de suicidio.

Incluso se ha señalado que personas LGB que simplemente presenciaron que algún conocido fue violentado también presentaron más ideación e intento suicida, lo que señala que no solo quienes padecen la violencia directamente sufren los efectos dañinos de esta en sus diversas formas<sup>28</sup>.

## La homofobia social y su interiorización

Uno de los constructos que siempre se encuentra en el contexto de la consulta psicológica con población sexualmente diversa es la homofobia<sup>7</sup>. El término ha tenido varias nociones desde el siglo pasado. Por ejemplo, Botero<sup>8</sup> lo definió como «el rechazo a la feminización del varón, es decir, rechazo de comportamientos feminizados entre varones homosexuales e igualmente entre varones heterosexuales», lo que coloquialmente se suele denominar amaneramiento. Recientemente Sánchez et al<sup>57</sup> probaron que violaciones de los cánones masculinistas se asocian con sentimientos negativos por ser gay y que tales varones homosexuales identificados valoran e idealizan la masculinidad al extremo de querer aparentar más roles de género asociados culturalmente a lo masculino.

Este sentimiento de rechazo ha sido fundamentalmente hacia la homosexualidad masculina o, lo que es equivalente, que los homosexuales varones suelen causar más repudio por los comportamientos sexuales que tienen entre sí (estigma) que las mujeres lesbianas. Siguiendo a Botero, en su obra «Homofobia y homofilia: estudio sobre la homosexualidad, la bisexualidad y la represión de la conducta homosexual», señaló que «la inmensa mayoría de los homosexuales jamás se reconocen como tales y muchísimos llevan su secreto en la clandestinidad hasta su tumba». Para él, «el erotismo en personas homosexuales sigue siendo el amor que no se atreve a decir su nombre. Y no se atreve no por cobardía ni vergüenza, sino porque hacerlo es una especie de suicidio social».

Este panorama de estigma, discriminación y denigración de la propia sexualidad ha llevado a reconceptualizar los modos de ser hombre y a entender la homosexualidad como un proceso histórico que se enmarca dentro de unas sociedades en las cuales se estigmatiza las conductas homosexuales más severamente que otras. Por ejemplo, Kimmel<sup>9</sup> señaló que «la hombría no es ni estática ni atemporal, es histórica, no es la manifestación de una esencia interna, es construida socialmente, la hombría no aflora a la conciencia a partir de nuestra conformación biológica sino que es creada dentro de la cultura, la hombría significa diferentes cosas en distintas épocas, para diversas personas, llegamos a saber lo que significa ser un hombre en nuestra cultura y así establecemos nuestras definiciones en oposición a una serie de otras minorías raciales, minorías sexuales y principalmente mujeres».

El discurso social de denigración acerca de la homosexualidad se interioriza en personas sexualmente diversas, y ha tenido históricamente diversos matices. Ardila encontró cuatro categorías que definían las actitudes sociales a lo largo de la historia respecto de los homosexuales: aceptación de la homosexualidad (Grecia Antigua), la homosexualidad como delito y pecado (siglos correspondientes a la Edad Media y gran parte de la Edad Moderna), la homosexualidad como una enfermedad mental (siglo XIX hasta las tres cuartas partes del siglo XX) y, finalmente, la homosexualidad como una orientación sexual en nuestro días y no en todas las culturas<sup>10</sup>.

El varón homosexual crece en un contexto que le exige la afirmación constante de masculinidad. La construcción que la sociedad hace de la homosexualidad es generalmente como algo deshonesto, se exige a los niños los roles que deben mostrar consigo mismos y ante otros. En general, las exigencias son para los varones más que para las mujeres y en la adultez, la valoración positiva y el ajuste social favorecen la androginia. El estudio de Braza et al<sup>11</sup> con niños y niñas de 5 años registró 54 comportamientos durante el recreo, y obtuvieron un Índice de Amplitud de Comportamientos (IAC) mayor en las niñas que en los niños y que los comportamientos masculinos contribuyen más a dicho índice. Encontraron que las niñas, además de su repertorio conductual, se implican más que los niños en comportamiento andrógino. Los autores discuten que a los niños les es más difícil apartarse de los comportamientos típicamente masculinos sin consecuencias negativas y que en sus estereotipos sexuales hay mayor rigidez que en los de las niñas<sup>11</sup>.

La homofobia, el racismo, el sexismo, la xenofobia han permanecido de la mano como formas de discriminación

que en el fondo pretenden restar valor al individuo como ser humano. Podría catalogarse como el viejo prejuicio en un nuevo siglo. Fone<sup>12</sup> considera que la homofobia es el último prejuicio aceptable, es decir, el último de los prejuicios de los que la sociedad se desprenderá. Textualmente señalan «que en la sociedad occidental moderna, donde el racismo es desaprobado, el antisemitismo es condenado, y la misoginia tiene perdida su legitimidad, la homofobia permanece, es quizá el último prejuicio aceptable».

La homofobia social o externa o institucionalizada es comúnmente entendida como miedo irracional a los homosexuales, rechazo a la homosexualidad, asco, aversión o fobia a los homosexuales<sup>13</sup>. Ahmad et al<sup>53</sup> y Vargas et al<sup>54</sup> la entienden como «sentimientos de ansiedad, disgusto, rabia, incomodidad y miedo que algunos heterosexuales experimentan hacia homosexuales» o, de manera más resumida y precisa, «actitudes negativas hacia personas homosexuales»<sup>53</sup>, recalcando que no se trata de una clásica fobia ni de un miedo irracional, sino de un homoprejuicio o actitud negativa hacia homosexuales, el cual es identificable, medible y modificable<sup>54</sup>.

La homofobia social representa, según Davis y Neal (1996), a quienes toman una postura antihomosexual, como era ya usado en la década de los ochenta. Estos últimos autores expusieron una clasificación de homofobia orientada fundamentalmente al trabajo del psicólogo clínico. Clasificaron el concepto de homofobia en institucionalizada e internalizada. Ellos entienden la homofobia internalizada como «las reacciones adversas para el bienestar psicológico del individuo homosexual tanto presentes como futuras, que son objeto de modificación y/o tratamiento por parte del terapeuta». La describen como algo que no compagina en las vidas de los homosexuales «autodio, insatisfacción, cansancio»<sup>7</sup>.

Davis y Neal (1996) encontraron que en los varones homosexuales siempre hay, en algún nivel, homofobia internalizada. Entienden la homofobia también como vergüenza debida al heterosexismo y derivados de tal vergüenza, sentimientos de ansiedad, ira, aversión, disgusto y repudio consigo mismo por sentirse atraído hacia otros hombres o por otro homosexual. Por ello, Kimmel (1997) argumenta que la homofobia es mucho más que el temor de sentirse cerca de homosexuales y mucho más que el simple miedo irracional hacia los homosexuales, ya que el hombre se debate en una continua afirmación y demostración de su hombría, asunto que no es propio de las mujeres. Como es de esperar, no siempre logra esta expectativa social, y cae del lado del ridículo y los señalamientos de parte de otros hombres, es decir, cae inevitablemente en el autodesprecio, lo que acerca al sujeto a la ideación o, en algunos casos, al intento de suicidio.

El término homofobia internalizada ha tenido diversas discusiones conceptuales y, por consiguiente, problemas en su medición<sup>58</sup>. La versión actual del término la presentó Herek<sup>47</sup>, quien afirma que el término lo usó inicialmente Weinberg (1972; p. 83), pero que involucra necesariamente elementos emocionales como «sentimientos negativos hacia la propia homosexualidad; [...] implica necesariamente un conflicto intrapsíquico entre el querer ser (para sí mismo) y el deber ser (para otros), sobre cómo experimentar su propia sexualidad»<sup>47</sup>.

En síntesis, no hay consenso sobre cómo entender el constructo, pero en la presente revisión se entiende homofobia internalizada, siguiendo a Herek et al<sup>61</sup>, como «estigma sexual internalizado» entendido por estos autores como «la aceptación personal del estigma sexual como parte del propio sistema de valores y del autoconcepto».

---

## Ideación e intento de suicidio: definiciones y generalidades

Suicidio se define como toda muerte intencional autoinfligida, que se realiza con conocimiento de su letalidad, motivada por trastornos emocionales, pérdida de personas allegadas, trabajo o dinero, presión institucional, enfermedad incurable o mandato religioso, entre otras. El estudio del fenómeno suicida se conoce como suicidología. Las personas con ideación, planeación e intento de suicidio suelen catalogarse como en situación de riesgo de suicidio.

La ideación suicida, según Beck (1979), se conceptualiza como los pensamientos e ideas recurrentes de querer quitarse la vida. Existen varios tipos, leve, moderado y grave<sup>45</sup>. Su valoración es importante porque esta puede preceder al intento y el contenido de ella puede ser indicativo de su seriedad y su letalidad<sup>46</sup>. El intento de suicidio es un acto fallido de suicidio. Es el concepto general que sirve para designar todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipuladora, y del cual se sobrevive<sup>45</sup>.

En cuanto a las edades de mayor riesgo de suicidio, la obra de D'Augelli (2008) señala que los adolescentes LGB tienen alto riesgo de suicidio. Este grupo etario era de jóvenes entre los 13 y los 21 años de edad, aunque hay estudios que prolongan el muestreo hasta incluir adultos jóvenes de hasta 25 años.

Por su parte, la orientación sexual se define como la organización específica que las personas hacen de su deseo y el vínculo erótico que establecen, bien sea hacia personas de su mismo sexo (homosexualidad) o del sexo contrario (heterosexualidad) o ambos (bisexualidad)<sup>1</sup>.

Se entiende por factores de riesgo las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño. Burak añade que existen varios tipos de factores de riesgo; para efectos de este trabajo, los concernientes a ideación e intento de suicidio son los que él denomina de amplio espectro, es decir, los factores indicativos de mayor probabilidad de daño o conductas de riesgo de varios daños<sup>38</sup>.

Por su parte, los factores protectores contra el suicidio son los que, aun en presencia de riesgo elevado, reducen la probabilidad de un desenlace fatal o, más precisamente, «características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo»<sup>49</sup>.

Según la OMS (2000), el suicidio es fenómeno multicausal y complejo. Mientras que la depresión es tratable y constituye el principal predictor de suicidio, este es prevenible y no constituye en sí mismo una enfermedad<sup>14</sup> ni es necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio.

Es importante destacar que el patrón de riesgo suicida no es necesariamente lineal, es un proceso en el que la investigación ha señalado que las personas con ideación no necesariamente pasan a planes suicidas y, por esa vía, al intento de suicidio. De igual forma, quienes intentan suicidarse no concretan necesariamente el acto suicida.

## Panorama internacional

En el mundo, cada 5 minutos se produce un suicidio en la adolescencia por problemas inherentes a su SSR<sup>15</sup>. Razones como el inicio temprano de relaciones sexuales, abuso sexual, embarazo no deseado, discriminación y persecución por razones de orientación sexual, inconformidad con la identidad de género, problemas de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, entre otros, pueden ser desencadenantes de ideación, intento de suicidio o suicidio consumado.

El suicidio está considerado un problema de salud pública, ocupa el tercer lugar tanto en el mundo como en Colombia, después de los homicidios y de los accidentes de tránsito<sup>16</sup>. El suicidio es un problema que pone en evidencia la fragilidad de las condiciones de salud, tanto mental como de bienestar del individuo y de su entorno en general. Incluso, Prince (2007) promulgó que «no hay salud sin salud mental»<sup>17</sup>; también podríamos señalar que sin salud sexual tampoco hay salud, debido a que tales condiciones se determinan recíprocamente.

En diversos países, entre el 10 y el 18% de la población reporta haber tenido ideación suicida en algún momento de sus vidas y entre el 3 y el 5% ha tenido un intento suicida. Las mujeres son más propensas a reportar ideas suicidas que los varones, y es hasta 2 o 3 veces más probable que intenten suicidarse. No obstante, los varones tienen mayor probabilidad de completar el suicidio, debido a que escogen medios más efectivos, violentos e irreversibles<sup>18</sup>.

Aunque se ha descrito en la literatura científica que el suicidio es difícilmente predecible, la OMS señala que los trastornos mentales son un fuerte predictor de intento de suicidio y suicidio consumado, por lo que es un elemento que tener en cuenta en su prevención. Textualmente señala que «a escala mundial, muchas de las personas (65-95%) que se suicidan padecían de un trastorno mental»<sup>18</sup>. Entre los trastornos mentales específicos asociados con el suicidio están depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastornos de personalidad. Mientras que los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias son más comunes en los varones, la depresión es más común en las mujeres.

No obstante, las condiciones concurrentes son especialmente comunes en las personas que se suicidan. Por ejemplo, la depresión en combinación con el abuso de alcohol ocurre en aproximadamente dos terceras partes de las personas que se suicidan.

## Ideación e intento de suicidio en Colombia

En las estadísticas en general se encuentra subregistro tanto de suicidios como de intentos de suicidio. El número de sui-

cidios comúnmente está subestimado. El alcance de este subregistro varía de país a país y depende básicamente de las formas en que se determine el suicidio. Otras razones para la subestimación incluyen el estigma, los factores sociales y políticos y los reglamentos de las pólizas de seguros, lo que significa que puede que algunos suicidios se reporten bajo el disfraz de accidentes o muerte por causas indeterminadas. Se cree que el alcance de esta subestimación es de un 20-25% de las personas de edad y un 6-12% en otras<sup>14</sup>.

Una revisión epidemiológica en Bogotá, entre los años 2004 y 2008 mostró un crecimiento de los intentos de suicidios, en población general, pasando del 9,3% en 2004 al 27,3% en 2008, es decir, 3 veces más alta, y mayor en mujeres que en varones<sup>19</sup>. No es descartable que en estas cifras haya personas con orientación sexual diversa.

Sin embargo, no existen en el mundo registros oficiales de comportamiento suicida no fatal (intentos de suicidio), en gran parte porque en promedio solo alrededor del 25% de quienes lo intentan necesitan o buscan atención médica. Por lo tanto, la mayoría de los intentos de suicidio no se informan ni se registran<sup>14</sup>.

Las personas con ideación suicida, pero principalmente con intento suicida, son reincidentes y por lo general requieren hospitalización<sup>20</sup>. Esto implica sobrecostos para el sistema de salud, pero además esto justifica la necesidad de intervenir en los estadios tempranos del fenómeno suicida, como son la ideación y el intento de suicidio.

Es importante señalar que la autopsia psicológica es uno de los métodos aplicados por el personal forense para detectar la causa del suicidio. En dicho método, se indaga a los familiares o allegados por la historia de la persona que se suicidó, cómo era esta persona, su estilo de vida y demás acontecimientos que rodearon sus últimos momentos de existencia<sup>16</sup>.

No obstante, este procedimiento primero no logra ni pretende reconstruirlo todo, en muchos casos los familiares y/o allegados no recuerdan o no conocían detalles de la persona como su orientación sexual. Lo que para muchos individuos constituye algo secreto y no revelado sino hasta el momento en que salen del closet, o como un dato conocido solo por ciertas personas que no son necesariamente la familia.

De los casos de suicidios en 2010 (n = 1.864) según grupo vulnerable, solo uno de ellos fue reportado como de persona con orientación sexual diversa<sup>16</sup>. En Colombia, en general, tanto en las ciudades grandes como en intermedias y pequeñas, se desconoce la situación real de ideación, intento y suicidio consumado en población sexualmente diversa.

## Asociación entre orientación sexual, ideación e intento de suicidio en jóvenes de minorías sexuales LGB

La enorme mayoría de los estudios en minorías sexuales agrupan diversos subgrupos como lesbianas, gays y bisexuales (LGB), con el fin de aumentar los tamaños muestrales. Pocos autores los estudian por separado, desconociendo su propia dinámica. Incluso hay quienes engloban en una sola categoría bajo el rótulo de personas no heterosexuales, incluyendo allí todo el colectivo LGB.

En contraste con los datos de muerte por suicidio, en los que aún no hay acuerdo de asociación entre orientación sexual y suicidio consumado<sup>59</sup>, la relación entre orientación sexual y suicidio no fatal se ha observado en todo el mundo. Estudios a lo largo y ancho de Estados Unidos hallaron fuerte evidencia de intentos suicidas en población LGB<sup>26,51</sup>. Hallaron un riesgo de intento de suicidio en adolescentes seleccionados aleatoriamente 2-7 veces más alto en estudiantes que se identificaban como LGB comparados con adolescentes heterosexuales.

A escala internacional, en población LGB joven se reportan mayores tasas de intento de suicidio que en jóvenes heterosexuales<sup>22,26-31</sup>. Un reciente metanálisis de 25 estudios internacionales que midieron intento de suicidio en adolescentes LGB y/o adultos (variadamente definidos) concluyó que la prevalencia de intentos de suicidio en hombres gay/bisexuales fue 4 veces mayor que entre los varones heterosexuales<sup>32</sup>.

Un metanálisis más reciente<sup>34</sup> realizado en Estados Unidos confirmó que el 28% de minorías sexuales jóvenes contra el 12% de jóvenes heterosexuales reportaron historia de riesgo suicida o suicidabilidad (ideación, planes e intentos de suicidio). Para el caso de varones homosexuales, el 28% reportó historia de suicidabilidad, contra el 17% de los varones heterosexuales. Recíprocamente, en mujeres lesbianas, el 37% reportó historia de riesgo suicida, frente al 23% reportado por las mujeres heterosexuales. El estudio destaca riesgo de suicidio moderado entre los subgrupos de gays y lesbianas, pero mayor riesgo de suicidio en bisexuales (*odds ratio* [OR] = 4,92;  $p < 0,0001$ ; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 2,82-8,59) que en no bisexuales (heterosexuales y homosexuales exclusivos) (OR = 1,87;  $p < 0,0001$ ; IC95%, 1,35-2,58).

Más recientemente, el estudio de Hill y Pettit (2012) en un contexto escolar, donde participaron 198 jóvenes con edad promedio de 21,28 años, especificó cómo se da tal relación. Los investigadores establecieron que existe un efecto indirecto de la orientación sexual sobre la ideación suicida en la cual, la opresión percibida (*burdensomeness*) es un elemento mediador. Específicamente los autores señalaron que «el efecto de la orientación sexual sobre la ideación suicida está condicionado por el grado de rechazo percibido o anticipado debido a la orientación sexual»<sup>60</sup>. Es decir, que los estudiantes de colegio que perciben o anticipan rechazo debido a su orientación sexual es más probable que experimenten opresión, la cual se asocia con niveles más altos de ideación suicida. Esto implica que, al parecer, la naturaleza de las ideas e intentos de suicidio en población LGB son de etiología social<sup>75</sup>.

### Asociación entre homofobia internalizada e ideación suicida en población LGB

Rofes (1983), en su libro «Yo pensé en la gente que quiere matarse a sí misma: Lesbianas, hombres homosexuales y el suicidio» (*I thought people like that killed themselves: Lesbians, gay men and suicide*), fue uno de los primeros autores en postular la asociación entre homofobia internalizada e ideación suicida, tal como lo reportó una revisión de Diplacido<sup>63</sup> y Williamson<sup>62</sup>. Este señaló que «un área que ha atraído interés particular es la de los comportamientos autolesivos, inclu-

yendo el abuso de sustancias, los desórdenes del comer, la automutilación y la suicidabilidad», término entendido como riesgo de suicidio.

En su extensa revisión sobre los efectos de la homofobia internalizada en la salud, Williamson (2000) señala textualmente: «[...] una cantidad de estudios han demostrado la vulnerabilidad incrementada de las lesbianas y hombres gays jóvenes al suicidio en forma general (Remafedi et al., 1991), y la investigación de Rofes (Rofes, 1983) entre otros sugiere que la homonegatividad internalizada puede explicar las diferencias dentro de las mismas comunidades gay y lesbiana. Hammelman (Hammelman, 1993) encontró que las lesbianas y los hombres gays jóvenes estaban en mayor riesgo de intento de suicidio si descubrían su preferencia por el mismo sexo tempranamente en la adolescencia, experimentaban reacciones negativas a su “darse a conocer” de parte de otros significativos, experimentaban victimización orientada por la sexualidad, y usaban drogas y alcohol para resistir mejor a los problemas relativos a su identidad gay o lesbiana». Añade que «todos estos resultados son consistentes con la hipótesis de la homofobia internalizada»<sup>62</sup>.

No obstante, se han levantado críticas sobre estos hallazgos, ya que la homofobia internalizada se ha descrito como una fuente de estrés en varones gays y mujeres lesbianas que asistían a psicoterapia, debilitando el grado de generalidad de los hallazgos. Muy pocos estudios se han llevado a cabo en poblaciones no clínicas, Diplacido (1998, p. 142).

Meyer<sup>65</sup>, en una muestra no representativa de 741 varones gays autoidentificados con edades entre 21 y 76 (media,  $38 \pm 8,4$ ) años, residentes en Nueva York, mostró el efecto individual de la homofobia internalizada IHP sobre variables dependientes como la ideación suicida ( $\beta = 0,15$ ;  $p < 0,001$ ), los sentimientos de culpa ( $\beta = 0,31$ ;  $p < 0,001$ ), «desmoralización» (dentro de lo cual se evalúan ansiedad, baja autoestima, desesperanza, tristeza, etc.) ( $\beta = 0,25$ ;  $p < 0,001$ ) y problemas sexuales ( $\beta = 0,012$ ;  $p < 0,01$ ). Meyer (1995) introdujo la ideación suicida como un indicador de angustia, que entendió como una medida que depende de variables como ideación suicida, culpa, prejuicio y problemas sexuales, desmoralización y AIDS-TSR (Respuesta de estrés traumática o crónica relacionada a la pandemia de sida).

Las variables independientes del modelo multivariable de Meyer fueron la IHP, el estigma y el prejuicio, que se introdujeron teóricamente dentro de lo que se denomina estrés minoritario o estrés experimentado por hacer parte de una minoría sexual. Por ejemplo, Meyer (1995) encontró que a mayor estrés minoritario, mayor es el riesgo relativo de ideación suicida. Específicamente, encontró que quienes puntuaron como muy alto (mayor que la media más 1 desviación estándar) en estrés minoritario, tenían puntuaciones muy elevadas de ideación suicida (OR = 2,12; IC95%, 1,08-4,18). En contraste, quienes puntuaron alto (mayor que la media) en estrés minoritario tenían elevadas puntuaciones en ideación suicida (OR = 1,77; IC95%, 1,15-2,72).

Como ya se señaló, el autor encontró que la IHP se asoció significativamente con cada una de las variables dependientes, incluida la ideación suicida, y que en la interacción de todas las variables independientes, la que mejor porcentaje de varianza explicó a cada variable dependiente es la IHP. A pesar

de lo anterior, el mejor modelo de regresión resultante por el efecto combinado de las variables independientes fue moderado (Meyer, 1995; p. 50), ya que no alcanzó a explicar el 50% de la varianza, pues solo explicó el 39% de la varianza total, y la IHP es lo que más varianza aporta al modelo final ( $R^2 = 0,20$ ).

En un estudio transversal realizado en ciudad de México, Ortiz-Hernández (2005) analizó los efectos en la salud mental (ideación suicida, intento de suicidio, percepción del estado de salud, trastornos mentales y alcoholismo) desde tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, la percepción del estigma y el ocultamiento de la orientación sexual). Participaron 506 adultos variadamente definidos como bisexuales, homosexuales y lesbianas (edad promedio, 29 años), la mayoría con nivel educativo de bachillerato y que asistían a diversas instituciones de homosocialización para personas no heterosexuales. Los resultados encontrados señalan que los participantes con mayores niveles de homofobia internalizada experimentaron mayor riesgo de ideación e intento de suicidio, con razones de prevalencia (RP), respectivamente: RP = 1,66 (IC95%, 1,26-2,06) y RP = 1,93 (IC95%, 1,11-3,14).

Una de las investigaciones en mostrar evidencia acerca del impacto combinado de la homofobia, la pobreza y el racismo en población Latina residente en Estados Unidos, autoidentificada como no heterosexual, tenía como objetivo evaluar la relación entre experiencias de discriminación social (racismo, homofobia y privación financiera) y síntomas de angustia, incluyendo ansiedad, depresión e ideación suicida. El estudio tomó a 912 varones gays autoidentificados como tales con edades entre los 20 y los 40 (media, 31,2) años, residentes en las ciudades estadounidenses de Miami, Los Angeles y New York. Encontró altas tasas de prevalencia de síntomas de angustia durante los 6 meses anteriores a la entrevista. El estudio reportó un 17% de prevalencia de ideación suicida, un 14% de ansiedad y un 80% de estado de ánimo deprimido. Concluyó que las dificultades de salud mental de los varones gays latinos residentes en las tres ciudades de Estados Unidos se asocian directamente con el contexto social de opresión y alienación, baja autoestima y síntomas de distrés psicológicos<sup>33</sup>.

En Bucaramanga (Colombia), una investigación que tenía por objeto encontrar diferencias en los niveles de suicidabilidad entre adolescentes y adultos psiquiátricos halló una diferencia no significativa entre dos grupos de pacientes homosexuales/bisexuales que consultaron a una clínica privada en dicha ciudad (el 6% en adolescentes contra el 4,7% en adultos)<sup>20</sup>. Sin embargo, no se reportan datos adicionales de dichos pacientes, como edad, sexo o el número específico de tales consultantes.

En resumen, se ha observado una asociación entre homofobia internalizada e ideación e intento de suicidio en México y varios contextos estadounidenses en población adulta joven de grandes ciudades. No se encuentra suficiente evidencia de que esta asociación se dé en adolescentes; tampoco se ha controlado adecuadamente por sexo, edad, subgrupos de orientación sexual e identidades de género, y niveles de aceptación de la identidad sexual (entendida como la articulación de la orientación sexual y la identidad de género en un mismo individuo<sup>1</sup>). Los factores de riesgo concurrentes parecen ser mejores predictores de ideación e intento de suicidio.

## Problemas de salud mental y otros posibles factores asociados a ideación e intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes LGB

Además de la homofobia internalizada, diversos estudios, principalmente desde el modelo de riesgo versus protección<sup>38</sup>, dan cuenta de cada una de las principales variables que se asocian y modulan la ideación e intento de suicidio por la vía de la exclusión y el rechazo en minorías sexuales como LGB. A continuación se detalla cada una de las investigaciones que han dado cuenta de los factores que se asocian con ideación e intento de suicidio.

### ¿Mayores trastornos mentales o psicopatología en jóvenes LGB?

Diversos constructos dentro del abanico de la salud mental se han estudiado en la población de LGB tales como alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas, estrés y ansiedad percibidos, depresión e ideación e intento de suicidio.

Desde esta mirada, se han encontrado de manera consistente, en países anglosajones como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, entre otros del «primer mundo», que jóvenes que se identifican como LGB presentan mayor riesgo de trastornos mentales (principalmente angustia, ansiedad, depresión, abuso de sustancias psicoactivas y abuso de alcohol, entre otros) que sus pares heterosexuales<sup>25,32,68</sup>.

El estudio de King et al (2008) consistió en una revisión sistemática entre los años 1966 y 2005 en cuanto a artículos que evaluaran trastornos mentales, suicidio y daño autodeteriorado en LGB. La muestra se compuso de 11.971 personas no heterosexuales sin restricción de edad. Los hallazgos del metanálisis permitieron concluir que hay mayor riesgo de intento de suicidio en LGB. Igualmente se encontró mayor riesgo de depresión y trastorno de ansiedad, mayor uso de alcohol y dependencia al uso de sustancias psicoactivas en los 12 meses previos. Los autores reportan que los resultados son similares en ambos sexos y que las mujeres lesbianas y bisexuales fueron particularmente más propensas al uso de alcohol y trastornos relativos a la dependencia del uso de sustancias psicoactivas, mientras que en varones gays y bisexuales se halló mayor prevalencia de intento de suicidio.

Resultados similares halló el estudio de Bolton et al (2011), en una muestra nacional representativa en Canadá. Comparadas las mujeres lesbianas y bisexuales con sus contrapartes heterosexuales, se encontró 3 veces más riesgo de abuso de sustancias psicoactivas, mientras que los varones gays y bisexuales reportaron 2 veces más trastornos de ansiedad y esquizofrenia. Los autores señalan que los intentos de suicidio se asociaron independientemente a personas bisexuales 3 veces más alto que en heterosexuales.

En 2010, Mustanski et al, usando una metodología de entrevista estructurada, en la que participaron 246 jóvenes LGB residentes en Chicago, con edades entre los 16 y los 20 años, encontraron que una tercera parte clasificó por algún criterio de trastorno mental, el 17% trastornos de conducta, el 15% depresión mayor y el 9% trastorno de estrés postraumático. Anorexia y bulimia fueron raras. Los intentos de suicidio a lo

largo de la vida fueron frecuentes (31%), pero mucho menos en los pasados 12 meses (7%).

Espada et al (2012), en un contexto similar al nuestro como España<sup>70</sup>, evaluaron a 40 adolescentes de 14-18 años de edad que se identificaban como homosexuales. Se aplicaron cuestionarios para la medición de la ansiedad social, el autoconcepto y el estado de ánimo. Reportaron que en esta muestra española son consistentes los hallazgos con investigaciones internacionales que muestran un mayor riesgo de depresión entre los adolescentes homosexuales respecto a los jóvenes heterosexuales. Según ellos, «entre las principales causas de tristeza entre adolescentes homosexuales destaca la devaluación personal, miedo a hacer sufrir a seres queridos, sentimientos de culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor ante un posible rechazo social». No obstante, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los jóvenes homosexuales y los heterosexuales e igualmente en autoconcepto tampoco hubo diferencias significativas.

De manera similar a lo encontrado en España, Ardila (2008) estudió una muestra de 100 varones homosexuales autoidentificados como tales según la escala de Kinsey (puntuación de 5 a 6), de 18-52 (media, 23) años y residentes en Bogotá; realizó un estudio sobre el nivel de adaptación y ajuste personal, y encontró: «no es correcto el estereotipo adjudicado a los homosexuales que considera que son depresivos, afeminados, con grandes dificultades interpersonales, angustiados ante el secreto de su homosexualidad, con tendencias suicidas y con una angustia permanente derivada de su homosexualidad».

En contraste con los datos de mayor enfermedad mental, Herek et al (2007), citando a Cochran y Mays (2006), señalan que «independientemente de su orientación sexual, la mayoría de los encuestados en estudios epidemiológicos a gran escala no reportan mayor riesgo de psicopatología, tendencias suicidas, uso de sustancias o trastornos psicológicos». Esto es consecuente con lo encontrado por Juster et al, que se resume a continuación.

Desde una perspectiva psicobiológica, un estudio interdisciplinario de Juster et al con 87 participantes LGB y heterosexuales (media de edad, 24 años) comparó en estos dos grupos las concentraciones de cortisol, hormona que se asocia con el estrés. También compararon los niveles de ansiedad, depresión y *burnout*. Además, se propuso determinar si en el grupo que había revelado su orientación sexual a sus amigos o familiares, las cifras de cortisol eran inferiores a las de quienes no habían revelado su orientación sexual. El estudio concluyó que los LGB no reportan mayores problemas relacionados con estrés que los heterosexuales. No se encontraron diferencias significativas en ansiedad ni en *burnout*. Sorprendentemente, hallaron que en varones gays y bisexuales había menores niveles de síntomas depresivos y concluyeron que las transiciones de la vida de los LGB, como revelar su orientación sexual a amigos y familiares, puede funcionar como un factor protector contra psicopatología al reactivar las respuestas de cortisol del organismo. En otras palabras, el papel del proceso de *coming out* tiene un efecto positivo en el bienestar y la salud para las minorías sexuales. Sin embargo, persisten preguntas como a qué edad se debería revelar la orientación sexual, ante quiénes y cuáles serían las consecuencias, tanto positivas como negativas, de tal decisión.

En resumen, no hay evidencia concluyente acerca de mayores niveles de psicopatología en población LGB. A pesar de que hay más estudios que así lo refieren, la mayor parte de las personas que se identifican como LGB llevan estilos de vida saludables, no reportan depresión<sup>10</sup>, ideación e intento de suicidio, desajustes emocionales y desadaptación social, problemas de personalidad, ansiedad o preocupación extrema debida a su orientación sexual. Se requieren más investigaciones que superen las contradicciones presentes en la literatura actual, en cuanto a trastornos mentales.

Desde que la homosexualidad desapareció como enfermedad mental, el modelo de estrés minoritario se ha convertido en el marco de referencia más comúnmente usado para conceptualizar y comprender la salud mental<sup>69</sup> de los LGB tanto varones como mujeres (Herek et al, 2007; p. 359). Persisten bastantes contradicciones sobre si los adolescentes sufren de mayores problemas de salud mental o no, como angustia, ansiedad y depresión, en particular depresión mayor. En el contexto latinoamericano el conocimiento al respecto es incipiente.

#### **Abuso de sustancias y mayor dependencia de alcohol**

De manera coincidente en jóvenes heterosexuales y homosexuales, con proporciones más altas en este último grupo, se reporta el uso de alcohol y el abuso de sustancias psicoactivas horas previas al intento de suicidio; la revisión de Saewyc (2007) recoge abundante bibliografía de este hecho, en la que se reporta asociación directa entre riesgo de suicidio en jóvenes LGB y consumo de alcohol. La principal explicación que hasta ahora se conoce es que el alcohol y las diversas sustancias psicoactivas generan desinhibición en las personas, lo que las acerca al intento de suicidio. Según Santacruz (2011), «cuando alguien ingiere alcohol, es mucho más probable que, si está deprimido, tenga la desinhibición suficiente para acabar con su vida»<sup>6</sup>.

El estudio de Hughes et al<sup>56</sup> realizado en Chicago (Estados Unidos) con mujeres lesbianas (media de edad, 39 años), apoyaron los hallazgos de estudios previos, entre los que destaca que las mujeres lesbianas están en mayor riesgo de abuso de alcohol e ideación suicida. Controlando por nivel educativo, se encontró mayor propensión a dependencia de alcohol en las lesbianas de más bajo nivel educativo.

De manera semejante, Hughes et al (2004) encontraron que las lesbianas de minorías raciales y étnicas con menor nivel educativo parecían estar en mayor riesgo de fumar. Tal hallazgo no se pudo corroborar por el escaso tamaño muestral, que impedía realizar comparaciones generalizables a toda la población<sup>23</sup>.

#### **¿Edad cronológica o edad de revelación de la orientación sexual diversa como riesgo de suicidio en la adolescencia?**

Investigaciones internacionales previas han llegado a la conclusión de que la edad de mayor intento suicida en población LGB podría estar cercana a los años en que se reconoce y se revela su orientación sexual, más que a la edad cronológica<sup>26</sup>.

En Colombia, varios estudios han mencionado ya que la edad crítica de ideación e intento de suicidio se encuentra entre los 18 y los 29 años en población general<sup>16</sup>. Es decir, en momentos en que las personas inician sus vínculos laborales, su adultez y en varios casos su relación de pareja. Paralelo a la información de Medicina Legal, el estudio de la Universidad CES (2010) es más conciso en su reporte para población juvenil heterosexual: «Al observar el comportamiento de la edad en que se informan los planes para suicidarse es más claramente el comportamiento para el sexo masculino, mostrando que a los 11 años se presentan más del 45% de los planes para consumir el suicidio, lo cual ubica a este grupo de edad como de mayor riesgo, recordando que en el caso del sexo masculino se presenta mayor tendencia de suicidio consumado. Para las adolescentes, la edad de mayor riesgo no está muy clara; sin embargo, entre los 13 y 14 años de edad se reporta la mayor frecuencia de planes»<sup>35</sup>.

En resumen, hay similitudes en que la edad puede ser un factor de riesgo de ideación e intento de suicidio entre jóvenes heterosexuales y homosexuales. Sin embargo las razones podrían ser explicadas de modo distinto, principalmente debido a que estos últimos atraviesan por etapas exclusivas de ellos como el salir del closet y allí, la revelación de la identidad sexual.

#### **Salir del closet en el contexto familiar y social: ¿factor protector o de riesgo de ideación y/o de intento de suicidio?**

Investigaciones previas indican que cuanto más temprano se realice la revelación de la orientación sexual, mayor es el riesgo de suicidio<sup>31</sup>.

La identidad sexual diversa se desarrolla al margen de la familia, por lo que las personas LGB no disfrutaban de modo directo del apoyo familiar cuando les agreden<sup>28</sup>. En población LGB, las reacciones negativas y de rechazo, principalmente del padre, ante la revelación de la orientación sexual por parte del hijo gay y las reacciones adversas de otros miembros de la familia son difíciles de manejar, en general, entre minorías sexuales LGB, debido a que el proceso de salir del closet es emocionalmente complejo para ellos<sup>22</sup>.

La teoría del apego es crucial a la hora de explicar el vínculo emocional de los niños y sus cuidadores a una edad temprana. Jóvenes con apego y relaciones negativas con sus padres, es menos probable que desarrollen vínculos familiares fuertes en el hogar durante su adolescencia. Por el contrario, es más probable que desarrollen problemas psicosociales, lo cual puede inducir conducta suicida<sup>22</sup>.

En el contexto mexicano, desde una perspectiva cuantitativa y social, estudiaron la posible relación de la violencia y la discriminación con la salud mental, en particular la percepción del estado de salud, ideación e intento de suicidio, trastornos mentales comunes y alcoholismo en una muestra de 506 jóvenes residentes en ciudad de México. Encontraron niveles inferiores de homofobia internalizada e ideación suicida en una población LGB que asistía a grupos de apoyo frente a los que no concurrían a estos grupos (el 36,6 frente al 39,5%;  $p < 0,01$ ). El mismo estudio halló diferencias en los niveles de ideación e intento de suicidio en la adolescencia de

personas LGB comparadas con adolescentes heterosexuales (el 60,3 frente al 26,1%; en la adultez, fueron del 35,7 y el 13,7% respectivamente)<sup>28</sup>.

#### **¿El abuso sexual es un factor de riesgo de suicidio?**

«Es poco probable que personas LGB en su niñez aprendan estrategias para afrontar las diversas formas que adopta el prejuicio contra la homosexualidad»<sup>28</sup>. En consecuencia, los jóvenes LGB son vulnerables a sufrir abuso físico y sexual de sus cuidadores durante su infancia, más que los heterosexuales jóvenes. Por lo tanto, los jóvenes con experiencia previa de abuso físico o sexual durante su niñez pueden sufrir baja autoestima y problemas emocionales, que pueden contribuir a comportamiento suicida<sup>22</sup>.

#### **¿El VIH-sida es una enfermedad crónica que predispone a riesgo de suicidio?**

El estado de seropositivo es otro de los factores de riesgo a una edad focalizada y en una etapa después del diagnóstico que aumenta el riesgo de conducta suicida<sup>26,36</sup>. Aunque se ha dicho que el diagnóstico *per se* no es un riesgo de suicidio ni de intento necesariamente, revisiones sistemáticas corroboran que el conjunto de episodios depresivos y otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias psicoactivas y previos intentos de suicidio pueden ser mejores predictores de comportamiento suicida consumado en individuos con positividad para el VIH<sup>26</sup>.

#### **¿Contextos educativos y sociales homofóbicos se asocian con ideación e intento de suicidio?**

Investigaciones previas indican que es más probable que los jóvenes LGB inmersos en un contexto educativo homofóbico experimenten problemas de persecución, victimización entre compañeros de clase<sup>76,80</sup>, discriminación y, en consecuencia, pobre desempeño escolar que los lleven a riesgo de suicidio<sup>22</sup>.

En un estudio bastante específico por las respuestas dadas a los entrevistadores, desde una perspectiva cualitativa, bajo el marco de la teoría fundamentada, entrevistaron a 10 jóvenes homosexuales de 20-26 años residentes en la ciudad de México, con el objeto de explorar el posible riesgo de daños a la salud mental percibido en razón de haber experimentado homofobia en contextos primarios y secundarios de socialización. Encontraron respuestas en los jóvenes que se clasificaron en tres categorías: «proceso de identificación, experiencia de homofobia y riesgo de daños a la salud»<sup>37</sup>. En cuanto al proceso de identificación, los jóvenes verbalizaron frases como: «estaba muy confundido, me sentía mal y trataba de pensar en que me iba a casar, no me aceptaba, porque no se debe ser así, traté de ocultarlo». En cuanto a la experiencia de homofobia se evidenció la siguiente frase ejemplarizante de homofobia: «[Me decían] que: parecía maricón, "hablas como niña", era como un shock para mí que niños de mi edad me molestaran por esa situación, yo trataba de ocul-

tarla o de fingir una cosa que no era, cosas que no sentía, pero que me hacían sentir menos culpable, hubiera preferido no ser homosexual». Finalmente, en cuanto a riesgos de daños para la salud, una verbalización muy característica en la que se evidencia claramente la ideación suicida: «[Darme cuenta de que era distinto me generaba sentimientos] de culpa, de odio hacia mí mismo, de decepción; cuando me empecé a dar cuenta de la diferencia, fue un holocausto, ¡me sentí muy mal!, ¡me deprimí años!, de mis 14 a mis 17 años, ¡fue una depresión increíble! Yo pienso que fue una depresión continua que tenía niveles distintos, cualquier problema se te hace enorme, agrégale el descubrimiento de tu sexualidad. Hubo momentos en los que pensé: ¡sería más fácil si todo se acabará!». La autora concluyó que hay una relación que los entrevistados asignan entre el rechazo social debido a su sexualidad, así como síntomas depresivos como tristeza y ansiedad constante que desencadenó en ideación y en algunos casos intentos claros de suicidio.

Una reciente investigación llevada a cabo en Estados Unidos reportó el uso de un «índice de soporte ambiental». El estudio de Hatzbuehler (2011) creó tal índice, el cual estaba compuesto por cinco medidas objetivas que no dependían de la declaración espontánea. El autor aisló previamente los factores individuales como síntomas depresivos, abuso de alcohol, victimización de los pares o compañeros, abuso sexual por parte de un adulto, con el fin de poder probar si el medio social medido a través del índice de soporte social puede explicar la asociación entre ser LGB e intento de suicidio. El índice se compuso de a) proporción de parejas del mismo sexo que residen en el condado; b) proporción de demócratas que viven en el condado; c) proporción de alianzas entre homosexuales y heterosexuales en la escuela; d) proporción de escuelas con políticas contra la persecución, específicamente que protegieran a estudiantes LGB, y e) la proporción de escuelas con políticas contra la discriminación, incluida la orientación sexual. Es un índice completamente cuantitativo en el que interactúan varios elementos del microsistema.

Hatzenbuehler tomó una muestra de 32.852 estudiantes que cursaban entre 8.º y 11.º de Bachillerato, de los que 30.439 se autodescribieron como heterosexuales, 301 como homosexuales o lesbianas, 1.112 como bisexuales y 653 no estaban seguros de su orientación sexual; a estos se los excluyó del estudio. Los datos se recolectaron a través de un muestreo probabilístico en 34 poblados del Estado de Oregón entre 2006 y 2008, con el fin de ampliar la muestra de población LGB. El autor encontró que, tras controlar por los factores de riesgo individuales, bien establecidos según él, como síntomas depresivos, ansiedad, uso de alcohol, abuso de drogas, abuso sexual, persecución por pares, en los adolescentes LGB viviendo en un ámbito desprotegido, tienen un 20% de más riesgo de suicidio que quienes viven en un área de mayor soporte. Dicho en otras palabras, las características del ambiente social incrementan el riesgo de intento de suicidio entre los jóvenes LGB. Por ejemplo, en un ambiente social como es la familia, «muchos padres de jóvenes de minorías sexuales comúnmente expresan sentimientos de culpa (porque creen que ellos causaron la homosexualidad de sus hijos) y un sentimiento de fracaso, el cual necesita de soporte social de sus redes de apoyo»<sup>22</sup>.

En la misma dirección de la relación padres e hijos LGB, en un estudio de revisión<sup>72</sup> cuyo objetivo fue revisar la literatura empírica sobre los factores de riesgo concernientes a variables empíricas para suicidio en adolescentes, los factores de riesgo asociados fueron los problemas familiares, el aislamiento social, el bajo soporte social, victimización de pares y abuso físico y sexual. Los autores concluyen que la victimización física y verbal de pares hacia jóvenes LGB basada en la orientación sexual y la violencia psicológica de los padres predicen intento de suicidio como «relacionados con ser gay». Algo similar hallaron Swearer et al<sup>74</sup> en Estados Unidos, en tanto que reportaron que jóvenes que habían sido intimidados por ser gays, sufrieron mayores niveles de angustia, intimidación física y verbal y más percepciones negativas en su colegio que los jóvenes intimidados por otras razones. Sin embargo, el estudio de Collier et al en Países Bajos<sup>73</sup> no encontró evidencia para concluir que la victimización de pares y los insultos verbales homofóbicos estuvieran asociados con angustia. Lo que hace pensar que, si esta asociación no existe, tampoco la angustia podría estar asociada con ideas o intento de suicidio.

No obstante, más literatura encuentra evidencia a favor de que la angustia se asocia con ideación e intento de suicidio. Autores como Madge et al, en un ambicioso estudio realizado en varios países europeos con adolescentes entre 15 y 16 años principalmente, hallaron evidencia no solo de mayores niveles de eventos estresantes, sino de baja autoestima, ansiedad, depresión e impulsividad asociada con conductas autolesivas.

No obstante, estas manifestaciones de psicopatología podrían no ser la causa, sino la consecuencia, de la ideación e intento de suicidio. Aunque los estudios de asociación no permiten establecer causalidad, sí se ha encontrado que el soporte social bajo es un importante predictor de angustia. Jóvenes con historia de intento de suicidio, relaciones sociales negativas y bajo soporte social (familiar y amistades) se asociaron con más altos niveles de angustia y posteriores cambios hasta 6 meses después. Recíprocamente, en jóvenes que no tenían historia de riesgo de suicidio, el soporte social no logró predecir mayor nivel de angustia<sup>78</sup>.

#### *Discriminación: factor de riesgo de suicidio*

En un contexto internacional, hay evidencia de que las personas LGB frecuentemente sufren mayor rechazo, hostilidad, violencia física e intimidación que se asocia con mayor riesgo de intento suicida<sup>26,72,80</sup>. En particular, la intimidación por orientación sexual es más alta para el caso de los varones gays que para las lesbianas<sup>79</sup>. En un estudio comprehensivo de más de 100 estudios sobre la relación entre orientación sexual y suicidio, se reportaron tasas más altas de comportamiento suicida entre las minorías sexuales jóvenes que no se atribuían a su identidad sexual *per se*, sino a haber sufrido discriminación y alienación en su comunidad<sup>22</sup>. Esto es más cierto en la adolescencia que en cualquier otra etapa del desarrollo<sup>21</sup>.

En resumen, las personas LGB pueden evaluar que las agresiones (físicas o verbales) recibidas se debieron a su orientación sexual, con lo cual se refuerza en ellos la idea de que la homo-

sexualidad es una condición denigrante, que merece ser castigada<sup>28</sup>, es decir, aumenta la autculpa, lo que probablemente conduzca a formas de violencia contra sí mismos. Del mismo modo, ellos son particularmente vulnerables a los crímenes de odio debido a que: a) varias instituciones, incluso las del orden gubernamental, mantienen una actitud negativa hacia ellos, y b) jóvenes LGB que aceptan como negativa su orientación sexual, manejan homofobia internalizada, lo que les hace desarrollar mayor angustia luego de ser víctimas de una agresión.

### *¿La religiosidad, y no la pertenencia a una religión per se es un factor de riesgo o protector contra el suicidio?*

Es una de las variables de las que no se sabe qué papel cumple en personas LGB. Un número importante de estudios han hallado que las creencias cristianas se asocian con más baja probabilidad de tener problemas emocionales en la juventud y de tener bajo riesgo de suicidio<sup>22</sup>. Tanto en adolescentes como en población en general, se ha encontrado que las creencias cristianas son un disipador de ideación e intento de suicidio y de abuso de sustancias.

Por el contrario, para minorías sexuales, las creencias cristianas pueden incrementar la probabilidad de pensamiento y comportamiento suicida. Algunos investigadores argumentaron que «la falta de afiliación religiosa puede ser atribuida a creencias cristianas, más que a no estar suscrito a una comunidad de fe en particular». Tradicionalmente, señalan, «la fe cristiana puede reforzar sentimientos de culpa, angustia, daño a sí mismo, seguido de comportamiento autodestructivo, como es el suicidio en estos jóvenes»<sup>22</sup>. No obstante, los autores no encontraron estudios empíricos acerca de la relación entre creencias no cristianas (p. ej., Islam) y riesgo suicida en minorías sexuales jóvenes.

### **Estrato socioeconómico**

Entre adultos, se han reportado tasas de intento de suicidio más elevadas entre los varones gays y bisexuales de estrato socioeconómico más bajo<sup>26</sup>. En población general, tales resultados coinciden con el estudio de Forero et al<sup>19</sup> en Bogotá; entre 2004 y 2008 encontraron un crecimiento de los intentos de suicidios, pasando de 9,3 en 2004 a 27,3 en 2008, es decir, 3 veces más alta, en las localidades más pobres de la ciudad<sup>19</sup>.

Para el caso de la población de adolescentes (homosexuales y heterosexuales inclusive) posiblemente dependientes de sus padres en su mayoría, se esperaría encontrar tal relación entre estrato e ideación e intento de suicidio, lo que supone que las precarias relaciones económicas de los padres generan ansiedad en sus hijos y mayor incertidumbre y desesperanza que los lleven a depresión y, por esa vía, a manifestar ideación e intento suicida.

### **Factores protectores como barreras a la homofobia y la ideación e intento de suicidio**

Se han hallado factores de protección contra la ideación y el intento de suicidio, entre ellos: familia con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elabo-

borado, locus de control interno, permanencia formal en el sistema educativo, alto nivel de resiliencia y sentido de vida elaborado<sup>38</sup>.

Hay pocos estudios que indaguen sobre factores en población LGB protectores contra la conducta suicida<sup>26</sup>. Se han hallado los siguientes factores protectores contra la conducta suicida en investigaciones previas sobre población homosexual: familia unida, cuidado percibido de otros adultos, seguridad escolar y estabilidad en la relación de pareja, alianzas entre jóvenes heterosexuales y homosexuales<sup>80</sup> y alta autoestima<sup>26,27</sup>.

Es importante reiterar que tales factores, tanto de riesgo como protectores, están asociados con ideación e intento de suicidio pero no son sus causas. Primeramente, ser gay o lesbiana o pertenecer a una minoría sexual no son causa de la ideación e intento de suicidio, no es causa necesaria ni suficiente, toda vez que también adolescentes heterosexuales presentan ideación e intento suicida.

Segundo, si la investigación sobre el suicidio de los jóvenes LGB incluye solo a los adolescentes de unidades muestrales de homosexuales hospitalizados o con problemas psiquiátricos, o grupos de activistas que han «salido del closet», los resultados serían válidos para el pequeño porcentaje de adolescentes que usan esos servicios. Los estudios que reclutan adolescentes de las organizaciones LGB solo incluyen a los jóvenes que están públicamente autoidentificados, y dejan fuera a quienes no han dado a conocer todavía su orientación sexual. Ninguna de estas fuentes puede ser «típica» de la mayoría de los adolescentes LGB.

Tercero, antes de analizar las posibles causas de ideación e intento de suicidio de la población LGB, se debe buscar las causas en población general, ya que podría haber causas compartidas. Igualmente, no hay «causas suficientes», ni siquiera depresión, a pesar de que es uno de los predictores más fuertes: no todos los adolescentes que están deprimidos intentan suicidarse<sup>39</sup>. Algunas de estas causas están también relacionadas entre sí, es decir, el abuso sexual durante la niñez o la adolescencia puede conducir a la depresión, la ansiedad y los problemas de abuso de sustancias<sup>27</sup>. En consecuencia, puede haber comorbilidad que genere ideación y/o intento de suicidio.

Para el caso colombiano, la investigación más completa en cuanto a factores protectores, realizada en el 2010 por la Universidad CES de Medellín con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Ministerio de la Protección Social, analizó de modo especial los indicadores de depresión y suicidio en niños y adolescentes en general, y en estos encontró como factores protectores: supervisión (reduce el riesgo de intento de suicidio en un 34%), padre estricto (reduce el riesgo de intento de suicidio en un 45%), espiritualidad (lo reduce en un 56%), comunicación con el padre (lo reduce en un 70%) y comunicación con la madre (reduce el riesgo de intento de suicidio en un 84%)<sup>35</sup>. Estas cifras son mucho más puntuales acerca del factor comunicación interpersonal, el cual es común a las investigaciones con jóvenes LGB y heterosexuales.

Es importante tener en cuenta que los factores que determinan la ideación y la conducta suicida se han estudiado en Colombia, pero no en grupos sexuales minoritarios como

población LGB. En nuestra búsqueda de literatura especializada no se hallaron estudios en Colombia sobre el particular. La mayoría de los estudios se han realizado en países industrializados.

En países similares al nuestro en Latinoamérica, hay muy pocos estudios sobre salud mental y en particular sobre suicidio en los que se haya incluido población LGB. Se ha supuesto que en esta región hay mayor rigidez en cuanto a contenido y asignación de estereotipos de género en población LGB. Además, las condiciones socioeconómicas son diferentes que en los países industrializados. Los pocos estudios existentes se han centrado en el tema del VIH/sida; además de lo anterior, los estudios sobre factores que determinan la ideación y el intento suicida en personas LGB existentes en países similares a Colombia, como México<sup>28</sup> y Costa Rica<sup>37</sup>, se centran en los factores de riesgo más que en los de protección.

Además, pocos estudios hasta ahora han tenido en cuenta variables que desde la psicología positiva han iniciado a considerarse como pertinentes en el abordaje de los problemas de salud, como: autoeficacia hacia la homofobia, apoyo social, capacidad intelectual y resiliencia, entre otros. Ardila (2008) señaló que hay que tener en cuenta factores que contribuyen en la aceptación de una identidad sexual como el nivel educativo, la pertenencia o no a una religión, la ideología política y la existencia de una comunidad de apoyo gay<sup>10</sup>.

### Algunas explicaciones teóricas

Diversas teorías convergen en tratar de explicar el fenómeno suicida. Aún no se tiene una explicación teórica total o más abarcadora de por qué ocurre el suicidio. Las actitudes son tanto a favor como en contra del suicidio, es decir, mientras unos consideran el suicidio como una solución, otros lo ven como un problema. Los adolescentes de hoy se mueven entre «acto de cobardía» ante la vida y «acto de valentía» ante la muerte<sup>40</sup>.

Se han formulado teorías desde la teología, la filosofía, la biología, la psicología y la sociología, entre otras disciplinas.

La teología es la disciplina que tiene por objeto investigar el sentido. La ausencia de este genera depresión y por esa vía se llega al suicidio<sup>41</sup>. El autor propone tres tipos de suicidio. Primero, suicidio corporal, que consiste en quitarse la vida por dejar de consumir alimentos, envenenamiento, homicidio contra sí mismo, entre otros. Segundo, suicidio en vida: «se tienen funciones vitales, pero al mismo tiempo se está muerto», refiriéndose a las sociedades basadas en el dinero, el poder y la ausencia de conciencia por el otro, en la que desaparece la conducta prosocial, hay predominio de la soledad y aniquilamiento de los valores y vínculos familiares; el suicidio social, el cual se da en una sociedad suicida, una sociedad necrófila, en la que se ha perdido el valor de la vida y se ha habituado a las continuas muertes.

La perspectiva filosófica exalta el suicidio como un acto humano por excelencia. El suicidio entre los filósofos ha sido siempre un asunto primordial, en particular entre los existencialistas. «El suicidio es la expresión máxima de la dignidad humana, y en última instancia, la forma de expresión más elaborada de libertad de la que dispone el hombre»<sup>42</sup>.

Está claro que se concibe aquí el suicidio como una salida posible para quien cree en la autodeterminación. Esta perspectiva es indeterminista, en razón de que la determinación del acto suicida la da cada individuo como dueño de su vida frente a una sociedad<sup>42</sup>. Así, el acto suicida constituye un acto de libertad plena del individuo antes que las imposiciones sociales sobre este. En contraste, se tiene la noción religiosa cristiana del suicidio: «la vida del ser humano pertenece a Dios y solo él puede determinar su fin».

### Perspectivas deterministas del suicidio

La mayor parte de las teorías explicativas del suicidio son de corte determinístico, es decir, todas las teorías que intentan explicar el suicidio como producto de ciertos factores, uno o varios, que influyen en el individuo y lo determinan casi de modo inevitable<sup>42</sup>. En este tipo de explicaciones se encuentran la psicología/psiquiatría, la biología y la sociología, entre otras. Tales disciplinas explican el fenómeno con mayor o menor énfasis en el «mundo interno» frente al «entorno del individuo». Se revisa brevemente cada una de ellas a continuación, restringiendo la presentación específicamente a sujetos humanos.

### Perspectiva biológica

Hay consenso en que las bajas concentraciones de serotonina y, de modo menos claro, las altas de dopamina y noradrenalina o el funcionamiento desequilibrado en el eje corticotrópico se asocian con estados depresivos, con los que se asocian el intento de suicidio y el suicidio consumado<sup>42</sup>. Es decir, la conducta suicida puede desencadenarse por fallas en la inhibición corticoprefrontal ventral producida por un déficit serotoninérgico.

Además, se suman trastornos neuropsicológicos, anormalidades específicas en los receptores de la corteza prefrontal inferior, lo que conlleva déficit neuropsicológico y disfunción cortical, que se traduce en «pobres fluidez del lenguaje, razonamiento lógico y aprendizaje verbal».

Una tesis desde la genética señala que el riesgo suicida podría estar determinado por la herencia. Componentes de los determinantes genéticos son la vulnerabilidad a trastornos mentales y rasgos de personalidad determinados genéticamente con riesgo de suicidio, como agresión e impulsividad. No obstante, esta tesis solo explica el 17% de los casos. También, se ha hallado historia familiar de suicidio en el 13% de los casos. Tales hallazgos constituyen solo las primeras aproximaciones a la explicación genética del suicidio<sup>43</sup>.

### Perspectiva psicológica/psiquiátrica

Los factores psicológicos asociados a suicidio se agrupan alrededor de la categoría trastornos mentales, en particular los del estado de ánimo o afectivos y los trastornos de la personalidad<sup>42</sup>, cada uno de ellos descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos (2004) y otros tex-

tos de psicopatología. Desde esta mirada, se han encontrado de manera consistente en países anglosajones como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, entre otros del primer mundo, que las personas LGB presentan mayor riesgo de trastornos mentales (principalmente estrés, ansiedad y depresión grave) que sus pares heterosexuales<sup>32</sup>.

La experiencia prolongada de estrés contribuye a otros trastornos mentales como ansiedad y depresión; a su vez, se ha podido establecer que estas terminan en intento de suicidio. Específicamente, la experiencia prolongada de estrés se refiere a acontecimientos estresantes. La mayoría de los que cometen suicidio han sufrido acontecimientos estresantes en los 3 meses previos al suicidio, como «problemas interpersonales, por ejemplo: peleas entre cónyuges, familia, amigos, amantes; rechazo, por ejemplo: separación de la familia y amigos; pérdidas, por ejemplo: financieras, seres queridos; problemas laborales y financieros, por ejemplo: pérdida del trabajo, retiro, dificultades financieras; cambios en la sociedad, por ejemplo: rápidos cambios políticos y económicos; otros acontecimientos estresantes tales como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable»<sup>14</sup>.

Es importante señalar que, tras estos hallazgos centrados en lo biológico de corte individualista, algunos estudios se han acercado hacia una etiología social de la enfermedad mental más que biológica; ejemplo de ello se tienen en campos como la psicología social/comunitaria, la cual centra su explicación del suicidio en la interacción del individuo con su entorno y no solamente en uno de ellos. Un ejemplo de teoría psicosocial sobre la que se ha investigado el tema del suicidio en Colombia, en la pubertad y la adolescencia es la teoría del interaccionismo simbólico<sup>42</sup>. Esta parte de las tesis sociológicas que hacen especial énfasis en la génesis social del suicidio, en el cual se identifican elementos del contexto que influyen en el sujeto, que elabora o construye experiencias que le permiten de manera activa determinar sus actos de ideación, planeación y suicidio en una continua negociación entre los elementos disponibles en el ambiente y sus recursos comportamentales que construye. Esta mirada interaccionista no es determinista, explica Carmona, y evita caer en la visión indeterminista que suele primar en muchas definiciones del suicidio, en las cuales el individuo es dueño de sus actos, dada su autodeterminación, con lo que se niegan los elementos sociales que influyen en él. Del mismo modo, no le confiere total poder al medio que el sujeto habita, con lo que se evita caer en la visión del suicidio como algo predestinado y en lo que el sujeto no tendría control ni voluntad de detener o acoger lo que le ofrece el medio.

Finalmente está la teoría del estrés minoritario. Meyer insiste en que el modelo de estrés minoritario es apropiado para explicar los mayores problemas de salud mental presentes en población LGB asociados a ideación suicida. Reitera que la homofobia internalizada «es una forma de estrés que es interna e insidiosa». Meyer<sup>67</sup>, citando a Morris et al (2001), señaló que «la homofobia internalizada implica un obstáculo para el proceso de salir del closet», por lo que, a pesar de la identificación con la orientación sexual LGB, las personas sexualmente diversas mantienen niveles de actitudes negativas provenientes de su contexto que las involucran dentro de su autoconcepto, generando problemas de salud mental como

ideación suicida, entre otros. Esto significa, según Meyer, un fracaso para el proceso de «salir del closet». Gonsiorek (1988) nombró a este tipo de homofobia «homofobia internalizada residual» o «encubierta». Añade que «las formas encubiertas de homofobia internalizada son muy comunes y los individuos parecen aceptarse a sí mismos, pero terminan transgrediendo sus propios esfuerzos por ocultar su verdadera realidad»<sup>66</sup>.

En consecuencia, los sujetos LGB sucumben a los problemas de salud mental como ansiedad, depresión, abuso de sustancias psicoactivas e ideación suicida (DiPlacido, 1998; Meyer et al, 1998; Williamson, 2000), trastornos alimentarios (Williamson, 2000), comportamientos de riesgo ante la infección por el VIH y dificultades con relaciones íntimas o funcionamiento sexual (Meyer et al, 1998)<sup>65</sup>, entre otros.

### *Perspectiva sociológica*

Durkheim (2006) postuló una tesis bastante original, la cual ha resistido el paso de los tiempos. Señala que «cada sociedad está predispuesta a aportar un cierto número de muertes voluntarias»<sup>44</sup>, y añade: «no hay sociedades en que no haya casos de suicidio, a pesar de que las tasas difieran de un país a otro». Para él, las causas del suicidio trascienden las fuerzas individuales en las que han estado por mucho tiempo dominadas las explicaciones en torno al suicidio. El suicidio es un problema social que tiene relación con fenómenos macro como las guerras, los divorcios y las crisis sociales, entre otros.

Según Durkheim, existen tres tipos de suicidio: «anómico, egoísta y altruista». Se suicidan más las personas anómicas, es decir, las que no tienen quien las ame pero también aquellas que no aman a nadie, la anomía es vacío, es ausencia, es fragilidad. En tal falta de sentido y de autoconcepto, se produce el suicidio. El suicidio egoísta es resultado del retraimiento del individuo de su nicho social, es el individualismo extremo en el que otros no tienen cabida. Finalmente, el suicidio altruista es la visión opuesta del suicida egoísta, la sociedad pesa tanto en el sujeto que esta lo lleva a suicidarse, él no es gran cosa como para merecer seguir en ella y esta le impone circunstancias que hacen del suicidio un imperativo.

---

### **Asuntos de psicoterapia en prevención del suicidio**

Diversos sistemas terapéuticos han intentado atender a las necesidades propias de las minorías sexualmente diversas, como el psicoanálisis, la modificación conductual, la terapia cognitiva comportamental y enfoques terapéuticos sistémicos, existenciales y humanistas.

Pocos consultantes van al psicólogo con el fin de cambiar su orientación sexual<sup>10</sup>; en consecuencia, se ha propuesto la terapia afirmativa para homosexuales<sup>51</sup>, que considera la homosexualidad como una opción de vida válida, que no busca cambiar la orientación sexual del consultante gay o lesbiana, sino ayudarlo a identificar los pros y contras de

este estilo de vida, basado en pilares como identificación, la autoaceptación, la posibilidad de vivir con una pareja estable de su mismo sexo, la historia personal y el momento actual dentro de su desarrollo personal, familiar y dentro de un contexto sociocultural claramente heterosexista.

La estrategia SUPRE (*Suicide Prevention*), publicada por la OMS<sup>52</sup> a través de una serie de documentos de ayuda en la prevención de la conducta suicida dirigida a diversos profesionales y no solo a consejeros, constituye una buena apuesta de reducción del riesgo suicida, puesto que se trata de un problema complejo y de múltiples causas. Para el caso de los colectivos LGTB, tales estrategias constituyen un valor importante de soporte que ayuda a afrontar el heterosexismo y el rechazo social que implica la vivencia de un mundo que no fue pensado para las personas homosexuales.

Generar autoeficacia contra la homofobia social y la superación del ostracismo, proveer información sobre redes de apoyo social hacia la comunidad LGTB y adelantar una agenda informativa que supere los mitos del suicidio y de la orientación sexual podrían ser una tarea conjunta para terapeutas de diversos enfoques.

---

## Conclusiones y discusiones

En estudios previos, la homofobia internalizada se ha encontrado fuertemente asociada con problemas de salud mental, principalmente en adultos y jóvenes. No obstante, no está claro cómo es la asociación en la adolescencia. Se hace necesario hacer un examen en profundidad a la hora de interpretar cuáles son las condiciones de tales hallazgos en cuanto a variables asociadas con la sexualidad como orientación sexual e identidad de género, identidad sexual, abuso sexual, edad cronológica y edad de inicio de relaciones sexuales, entre otras.

Hay que trabajar fuertemente en reducir la homofobia institucionalizada en sus diversas formas, ya que esta puede ser la causa real de que las minorías sexuales LGTB continúen en el anonimato (*closet*) sin tener la posibilidad del anhelado ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, que les conceda la posibilidad de ejercer libremente su sexualidad sin discriminación, con la posibilidad de la libre asociación, que los acerque al anhelo de bienestar y satisfacción, plasmado en las definiciones de salud de los organismos internacionales (OMS, OPS, CIDP).

A pesar de que las principales organizaciones de salud mental en el mundo hace ya varias décadas excluyeron la homosexualidad del listado de enfermedades mentales, la discriminación en sus diversas formas ha persistido. Proliferan las investigaciones con hallazgos de mayores niveles de psicopatología como ansiedad, depresión y angustia que los heterosexuales; sin embargo, persisten contradicciones en la literatura disponible, y la evidencia al respecto no es concluyente.

Los hallazgos de mayores niveles de propensión a psicopatología en minorías sexuales pueden devolver la página hacia considerarlos como más proclives a enfermedad y trastorno que los heterosexuales, principalmente por el lector desprevenido. Hace más de 30 años que la homosexualidad

fue excluida de los manuales de trastornos mentales. Esta discusión en torno a si los homosexuales son o no más patológicos que los heterosexuales es en gran parte similar a las posturas sociales y políticas en pro y en contra de la despenalización del aborto en Colombia en tres casos (violación, malformación del feto y peligro inminente para la vida de la madre). En otras palabras, ¿quién es el «enfermo», la población no heterosexual o su contexto? Como señalaran Zachar et al<sup>55</sup> comparando la remoción de la homosexualidad del DSM con la exclusión de Plutón de la lista de planetas: «tales discusiones hacen parte del avance natural de la ciencia». Añaden ellos que «en ambos casos hay una compleja relación entre constructos abstractos y la evidencia aportada por las clasificaciones».

Basados en el número de estudios revisados, la presente revisión, aunque no es exhaustiva, permite apoyar la idea de que hay mayor riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGTB que en sus contrapartes heterosexuales, y que esto se da cada vez más a una edad menor. La enfermedad mental y la conducta suicida pueden afectar más a varones homosexuales, mujeres lesbianas y bisexuales de ambos sexos. Se requieren estudios en contextos de países latinos. Además, es más probable que se afecte la salud mental de los adolescentes y adultos jóvenes en quienes convergen varios comportamientos, factores o situaciones asociados a riesgo de suicidio que el efecto de una sola variable por sí sola.

---

## Recomendaciones para futuras investigaciones y para profesionales de la salud mental

La Asociación Psicológica Americana (APA) aún no se ha pronunciado concretamente con respecto a la salud mental de la población transexual; en cambio, sí lo ha hecho en relación con la población LGTB<sup>82</sup>, sobre la cual la literatura científica es mucho más consistente. Esto no quiere decir que los transexuales no sufran altos niveles de riesgo de suicidio. Se proponen estudios futuros sobre riesgo de suicidio en esta población.

Aunque la literatura previa indica que el fenómeno del *bullying* o matoneo escolar (prefiero el término *intimidación en la escuela*) no es exclusivo de una orientación sexual, no es objetivo del artículo responder a una posible relación entre *bullying* y orientación sexual diversa. No obstante, es un tema importante para profundizar en futuras investigaciones en el contexto escolar, ya que las conductas propias de las orientaciones sexuales no normativas se han encontrado como más susceptibles de intimidación y persecución; por otro lado, el *bullying* parece estar en la base de cierto nivel de riesgo de suicidio.

Se requieren más estudios que incluyan variables del entorno sociocultural, sociodemográfico y psicológico. Las variables del entorno sociocultural —como apoyo social, apoyo familiar, religiosidad, historia suicida en la familia— pueden regular variables como la autoestima. Las variables sociodemográficas que se han usado más en estudios previos son raza, edad y estrato socioeconómico. Hay demasiado énfasis en población de grandes ciudades. Las variables psicológicas que podrían determinar riesgo de suicidio encontradas

en la revisión fueron intentos de suicidio previos, depresión, ansiedad, angustia, discriminación, uso de sustancias psicoactivas, abuso de alcohol, baja autoestima, homofobia internalizada, desesperanza, etc. Hay mucho énfasis en factores de riesgo y muy pocos estudios incluyen factores protectores. Futuras investigaciones deberán tener en cuenta esta situación, así como estudiar por separado las poblaciones LGB, ya que sus dinámicas son diferentes.

En particular, los profesionales de la salud mental no pueden seguir reforzando varios discursos anacrónicos de rechazo, siempre que en ellos se ha encontrado también altos niveles de homofobia que se enmascaran en sus prácticas. La tergiversación de lo que es la diversidad sexual pasa inevitablemente por el filtro de la Academia y a ella corresponde parte de la responsabilidad de hacer una adecuada apropiación social de los hallazgos sobre las minorías sexuales. En efecto, es el momento de estudiar a los colectivos sexualmente diversos de frente y no a sus espaldas, sin ánimo de mostrar cifras que los pongan en desventaja frente a otros grupos por motivo de su orientación sexual.

La presente revisión hace un llamado a no seguir confundiendo correlación con causa y efecto y a interpretar cuidadosamente el alcance de los hallazgos de los reportes de investigación, conscientes de las limitaciones propias de la metodología científica. Además, se requiere que los investigadores de minorías sexuales LGB realicen una debida retroalimentación a quienes investigan para que logren situar los hallazgos adecuadamente a tales poblaciones en su contexto social e histórico.

Más allá de los reportes sobre índices elevados de suicidabilidad encontrados en población sexualmente diversa en países del primer mundo, se encuentra la discriminación que subestima lo ajeno a la cultura dominante a partir del sexismo y el heterosexismo. Así, la homofobia social se ha interiorizado en algunos de quienes consideran sentirse sexualmente diversos, distintos de los cánones de la heterosexualidad, lo que genera síntomas de adversidad y autodesprecio.

Los hallazgos motivan una investigación que defina la relación entre homofobia internalizada y riesgo de suicidio en países de Latinoamérica, donde no se ha investigado el tema de modo directo y con un adecuado control de variables. Los estudios actuales no son concluyentes de la generalidad de la población LGB; se requieren más estudios controlados por edad, sexo, orientación sexual e identidad de género, entre otras variables propias de tales grupos. En particular, el *coming out* («salir del closet») parece ser un buen indicador de factor protector, así como el apoyo social, los vínculos de pareja y las variables del contexto familiar, como la buena comunicación y el afrontamiento activo de la adversidad.

Sin embargo, se requieren estudios controlados que ayuden a dilucidar tanto los determinantes como las consecuencias en salud mental. La mayor parte de los estudios indican que la discriminación es un antecedente de la ideación y el intento de suicidio. Cuando se reúnan las negritudes, los grupos étnicos desfavorecidos, las mujeres lesbianas y heterosexuales en condiciones de inequidad, las personas en situación de discapacidad, aprenderemos que la discriminación no es un problema solo de los colectivos homosexuales sino, que involucra a la sociedad en su conjunto.

## Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Antigua: OPS; 2000.
2. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)
3. Ministerio de la Protección Social [Internet]. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003 [citado 23 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf)
4. Ley 1482 de Antidiscriminación. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2011.
5. García CI, Gómez FH. La masculinidad como campo de estudio y de acción social. En: Entre los límites y las rupturas. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 57-69.
6. Santacruz H. Reflexiones acerca del suicidio en niños y adolescentes. En: Barbosa LC. Suicidio: un reto para las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011. p. 39-44.
7. Davis D, Neal C. The pink therapy. New York: Open University Press; 1996.
8. Botero E. Homofobia y homofilia: estudio sobre la homosexualidad, bisexualidad y la represión de la conducta homosexual. Medellín: Lealón; 1980.
9. Kimmel M. Masculinity as homophobia: fear, shame, and silence in the construction of gender identity. En: Toward a new psychology of gender. New York: Routledge; 1997. p. 13-7.
10. Ardila R. Homosexualidad y psicología. 2.ª ed. Bogotá: Manual moderno; 2008.
11. Braza P, Cabrerías R, Braza F, Muñoz JM. Androginia, amplitud de comportamiento y ajuste social en niños y niñas de educación infantil. Avances en Psicología Latinoamericana. 2002;20:101-10.
12. Fone B. Homophobia: a history. New York: Metropolitan Book; 2000.
13. Bordillo F. Homofobia. Barcelona: Bellaterra; 2001.
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas [citado 4 Oct 2012]. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)
15. Moreno N. Ministerio de Salud de Perú. MINSA [Internet]. Guías Nacionales de Salud Reproductiva [citado 3 Nov 2011]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/20576906/Salud-Sexual-y-Reproductiva>
16. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Colombia. Datos oficiales sobre la violencia en Colombia en el 2010 [citado 5 Ago 2011]. Forensis. 2010. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/forensis/457-forensis-2010>
17. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370:859-77.

18. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Ginebra: OMS; 2000.
19. Forero LJ, Cardona G. Epidemiología de la conducta suicida en Bogotá. En: Barbosa LC. Suicidio: un reto para las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
20. Castro V, Rangel A, Camacho P, Rueda G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:705-15.
21. Wang J, Häusermann M, Wydler H, Mohler-Kuo M, Weiss MG. Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: findings from 3 probability surveys. *J Psychiatr Res.* 2012;46:980-6.
22. Hong JS, Espelage DL, Kral MJ. Understanding suicide among sexual minority youth in America: An ecological systems analysis. *J Adolesc.* 2011;34:885-94.
23. Hughes TL, Johnson TP, Matthews A. Sexual orientation and smoking: Results from a multi-site women's health study. En: Omoto A, Kurtzman HS. Orientación sexual y salud mental (Trad.). México: Manual Moderno; 2008. p. 35-49.
24. D'Augelli AR. Factores del desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales. En: Omoto A, Kurtzman HS. Orientación sexual y salud mental (Trad.). México: Manual Moderno; 2008. p. 35-49.
25. Bolton SL, Sareen J. Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: Findings from a nationally representative sample. *Can J Psychiatry.* 2011;56:35-43.
26. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, bisexual and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58:10-51.
27. Saewyc E. Contested conclusions: Claims that can (and cannot) be made from the current research on gay, lesbian, and bisexual teen suicide attempts. *J LGBT Health Res.* 2007;3:79-87.
28. Ortiz-Hernández L, García-Torres MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad. Saude Pública.* 2005;21:913-25.
29. Joe S, Canetto S, Romero D. Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide Life Threat Behavior.* 2008;38:354-62.
30. Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *Am Psychol.* 1993;48:169-82.
31. Hatzenbuehler ML. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay and bisexual youth. *Pediatrics.* 2011;127:896-903.
32. King M, Semlyen J, Tai S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:1-17.
33. Díaz R, Ayala G, Bein E, Henne MA, Marin BV. The impact of homophobia, poverty and racism on the mental health of gay and bisexual latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health.* 2001;91:927-31.
34. Marshall M, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health.* 2011;49:115-23.
35. Situación de salud mental del adolescente en Colombia. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio. Bogotá: Universidad CES y Ministerio de la Protección Social; 2010.
36. Schneider S, Taylor S, Hammen C, Kemeny M, Dudley J. Factors influencing suicide intent in gay and bisexual suicide ideators: differing models for men with and without human immunodeficiency virus. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61:776-88.
37. Granados-Cosme JA, Delgado-Sánchez G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad Saude Pública.* 2008;24:1042-50.
38. Burak, SD. Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana.* 1999;1:222-30.
39. Ferguson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med.* 2003;33:61-73.
40. Barbosa LC. Suicidio: un reto para las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
41. Novoa CJ. Perspectiva teológica del suicidio. En: Barbosa LC. Suicidio: un reto para las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2011. p. 47-55.
42. Carmona JA, Tobón F, Jaramillo JC, Areiza YA. El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Un abordaje desde la Psicología Social. Medellín: FUNLAM & Colciencias; 2010.
43. Mittendorfer E, Rassmusen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2008;43:28-36.
44. Durkheim E. El suicidio. Libro II. Buenos Aires: Libertador; 2006.
45. Beck A, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47:343-52.
46. Carvajal G, Caro C. Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres variables asociadas en Bogotá. *Colombia Médica.* 2009;42 Supl 1:45-56.
47. Herek G. Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy.* 2004;1:6-23.
48. Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics.* 2007;120:669-76.
49. Nock MK, Borges G, Bromet E, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behaviors. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
50. Zhao Y, Montoro R, Igartua KJ, Brett DT. Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:104-13
51. Ardila R. Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36:67-77.
52. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Recurso para consejeros. 2006. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)
53. Ahmad S, Bhugra D. Homophobia: an updated review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy.* 2010;25:447-55.
54. Vargas E, Ripoll K, Carrillo S, Rueda M, Castro JA. Experiencias familiares de madres y padres con orientaciones sexuales diversas: Aportes a la investigación. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2011.
55. Zachar P, Kendler K. The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.* 2012;7:4.
56. Hughes TL, Wilsnack SC, Johnson TP. Investigación sobre salud mental y abuso de alcohol en mujeres lesbianas: ¿cuál sería un grupo de comparación apropiado?

- En: Omoto A, Kurtzman HS. Orientación sexual y salud mental (Trad.). México: Manual Moderno; 2008. p. 151-67.
57. Sánchez FJ, Westefeld JS, Ming-Liu W, Vilain E. Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Prof Psychol Res Pr.* 2010;41:104-11.
  58. Shidlo A. Internalized homophobia. Conceptual and empirical issues in measurement. En: Greene B, Herek GM, editores. *Lesbians and gays psychology: Theory, research and clinical applications.* Thousand Oaks: Sage. p. 176-205.
  59. Ploderl M, Wagenmakers EJ, Tremblay P, Ramsay R, Kralovec K, Fartacek C. Suicide risk and sexual orientation: a critical review. *Arch Sex Behav.* 2013. DOI 10.1007/s10508-012-0056-y
  60. Hill RM, Pettit JW. Suicidal ideation and sexual orientation in college students: the roles of perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and perceived rejection due to sexual orientation. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2012;42:567-79.
  61. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Internalized stigma among sexual minority adults: insights from a social psychological perspective. *J Counsel Psychol.* 2009;56:32-43.
  62. Williamson IR. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Educ Res.* 2000;15:97-107.
  63. DiPlacido J. Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. En: Herek GM, editor. *Stigma and sexual orientation: Vol. 4. Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals.* Thousand Oaks: Sage; 1998. p. 138-59.
  64. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995;36:38-56.
  65. Meyer IH, Dean L.. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. En: Herek GM, editor. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals.* Thousand Oaks: Sage; 1998. p. 160-86.
  66. Gonsiorek JC. Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1988;9:114-22.
  67. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129:674-97.
  68. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorder, psychological distress and suicidality in a diverse sample of lesbians, gay, bisexual and transgender youths. *Am Public Health.* 2010;100:2426-32.
  69. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Ann Rev Clin Psychol.* 2007;3:357-75.
  70. Espada JP, Morales A, Orgilés A, Ballester R. Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés.* 2012;18:31-41.
  71. Juster RP, Smith NG, Ouellet E, Sindi S, Lupien, SJ. Sexual orientation and disclosure in relation to psychiatric symptoms, diurnal cortisol, and allostatic load. *Psychosom Med.* 2013;13:75-99.
  72. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2008;12:181-96.
  73. Collier KL, Henny MW, Sandfort GM. Homophobic name-calling among secondary school students and its implications for mental health. *J Youth Adolesc.* 2013;42:363-75.
  74. Swearer SM, Turner RK, Givens JE, Pollack WS. "You're so gay": Do different form of bullying matter for adolescent males? *School Psychol Rev.* 2008;37:160-73.
  75. Pineda-Roa CA. Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gays y bisexuales: una revisión. *Rev Psicogente.* 2013 [en prensa].
  76. Shields JP, Whitaker K, Glassman J, Franks HM, Howard K. Impact of victimization on risk of suicide among lesbian, gay, and bisexual high school students in San Francisco. *J Adolesc Health.* 2012;50:418-20.
  77. Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, De Wilde, et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20:499-508.
  78. Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw, Joyce Hunter. Psychological Distress Following Suicidality Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Role of Social Relationships. *J Youth Adolesc.* 2005;34:149-61.
  79. Pacey, MS, Flynn K. Media representations of bullying toward queer youth: gender, race, and age discrepancies. *J LGBT Youth.* 2012;9:340-56.
  80. Walls NE, Freedenthal S, Wisneski H. Suicidal ideation and attempts among sexual minority youths receiving social services. *Soc Work.* 2008;53:21-9.
  81. International Lesbians and Gays Association. La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: Cuestiones locales, preocupaciones comunes. 2007. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/525/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/196/filename/2007-ilga-la-salud-de-lesbianas-y-bisexuales.pdf>
  82. American Psychological Association. Orientación sexual y salud mental. *Rev Latinoam Psicol.* 2004;36:359-60.