

INFLUENCIA DE LA OPRESIÓN INTERNALIZADA SOBRE LA SALUD MENTAL DE BISEXUALES, LESBIANAS Y HOMOSEXUALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Luis Ortiz-Hernández*

SUMMARY

Bisexuals, lesbians, and homosexuals (BLH) face diverse forms of social exclusion because their sexual orientation (SO) is viewed negatively in most societies. Studies performed in industrialized countries have shown that prejudices faced by the BLH population may have a deleterious effect in their mental health because, in comparison with heterosexuals, they present a higher prevalence of consumption of alcohol and other drugs, suicide attempts, suicide ideation and mental disorders. Meyer has pointed out in those studies that comparing BLH and heterosexual morbidity may only allow for the documentation of the existence of negative effects of heterosexism and homophobia on BLH health. Although this means a substantial advance, it does not allow for the exploration of mechanisms through which oppression leads to higher morbidity in the BLH population. It must be added that most of these studies are not guided by a conceptual framework which explains in detail the differences in mental morbidity between heterosexuals and BLH.

Despite the fact that in Latin America increasingly more academics and politicians are worried by these problems, knowledge about health and disease conditions in BLH is still incipient. In a literature review it was evinced that almost all the researches performed in Latin America have been centered in the HIV/AIDS infection and other sexually transmissible diseases or traumas derived from certain sexual practices in homosexual and bisexual males. It was concluded that more studies are necessary about mental health in the BLH population in which bisexual and lesbian women are included, because they have been studied with less frequency than homosexual and bisexual males.

Considering the above, the objective of this study was to analyze the effects of internalization of oppression on the risk of presenting mental health damages in the BLH population.

The oppression of BLH is caused by three dominant norms deriving from the gender system: *a)* Heterosexism, which is the ideological system that denies, derides and stigmatizes any form of behavior, identity, relation or community different from the heterosexual ones. *b)* The adherence to gender stereotypes, according to which males must be masculine and women must be feminine. Culturally, homosexuality is equated to the transgression of gender stereotypes (TGS): homosexual males are thought of as feminine and lesbians as masculine, although in reality this does

not always be the case. That is why many BLH have suffered diverse forms of violence because in infancy and adolescence they were feminine males or masculine women. *c)* Androcentrism consists in the subordination or inferiority of feminine before masculine, that is, the features, attitudes and values considered as masculine are evaluated positively and the individuals who have them possess a superior status, while the symbols defined as feminine are scorned. Androcentrism explains why homosexuality is more punished in males than in females.

BLH, just like heterosexuals, grow up and live in a society structured in terms of the dominant norms of the gender system. This causes that BLH internalize the dominant values of the gender system. To understand how BLH incorporate oppression in their subjectivity, one may recover the concept of *habitus* which is defined as a system of categories of perception, thought and action. To be able to evaluate the *habitus* of the oppressed in BLH it is proposed to “deconstruct” it in three concepts: internalized homophobia, perception of the homosexual stigma and hiding. Internalized homophobia occurs when BLH incorporate in their self-esteem the negative meanings, the prejudices and stereotypes accrued to homosexuality and TGS, which causes them to have negative attitude towards their own homosexuality, the homosexuality of others, towards their TGS and that of others. Due to the symbolic link between TGS and homosexuality, it is important to incorporate the negative attitude towards TGS in the definition of internalized homophobia. The perception of the stigma due to homosexuality refers to the expectations of BLH about possible attitudes and reactions that other persons may have due to their SO. By hiding, BLH modify their physical appearance and their behavior with the goal to make invisible their homosexuality or the expressions considered TGS.

An observational, cross-sectional and analytical study was performed. Between September and November of 2001, a questionnaire was applied to 506 BLH attending various organizations and institutions in Mexico City visited by different “sub-groups” of BLH. A part of the population was contacted through personal networks of the author and a list of e-mail addresses of a socialization group. The questionnaire was completed by the subjects themselves. Through the questionnaire, the three forms of internalized oppression were evaluated (internalized homophobia, perception of stigma and hiding) and five risks to health perception of the health status, suicide ideation,

*Profesor Investigador Titular C, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México 04960. Tel.: 5483-7573, Fax: 5483-72-18. E-mail: lortiz@correo.xoc.uam.mx.

Recibido primera versión: 21 de septiembre de 2004; segunda versión: 17 de diciembre de 2004; tercera versión: 26 de abril de 2005; aceptado: 31 de mayo de 2005.

suicide attempts, mental disorders and alcoholism). To study the association of the three forms of internalized oppression with health damages, prevalence ratios were calculated with confidence intervals of 95%.

A minority of the individuals surveyed evaluated their health status as bad and very bad (3%). Almost 40% of the population presented suicide ideation in the last year and 15% answered that at least once in the past year they had attempted suicide; in women the frequency of suicide attempts was higher (21% in women and 12% in men). Almost three out of ten individuals surveyed presented risk of suffering mental disorders, the prevalence being higher in women (33%) than in men (23%). A fifth of the population presented risk of alcoholism. With the AUDIT scale, an alcoholism prevalence of 21% in BL women was obtained; with the same scale in other populations of women in Mexico it has been found that the prevalence of alcoholism oscillates between 3.6% and 7%. It was observed that the frequency of alcoholism in BL women surveyed was up to seven times higher than that reported by other women.

Almost 40% of BLH surveyed suffered guilt due to their homosexual feelings and behaviors, a fifth had negative attitudes toward TGS and four out of ten suffered shame because of TGS. Regarding the indicators of the perception of stigma due to homosexuality, more than half of the individuals surveyed referred that their family, schoolmates or co-workers could react negatively towards a gay or a lesbian and a little more than 40% reported they were afraid of people finding out about their SO. In 40% of the interviewed individuals, their heterosexual friends knew their SO, in 31% most of their co-workers or schoolmates were aware of it and in 45% of the cases most of their relatives were aware of it. Half of the surveyed individuals with a partner avoided showing him/her affection and a little more of 40% hid their SO. Half of the surveyed individuals tried to avoid TGS in front of heterosexuals and five of ten did it only when they were amongst their BLH friends. Concerning the differences by sex in the forms of internalized oppression, in bisexual and homosexual males those related to TGS were more frequent (negative attitude towards TGS, a shamed of it, tried to avoid TGS and only TGS when they were with BLH friends), while in bisexual and lesbian women the higher percentages were those related to SO (scale of perception of stigma due to homosexuality, expectation of negative reaction of family towards BLH, afraid people knew their SO and avoid showing affection to their partner). Likewise, among bisexual and homosexual males internalized homophobia was more frequent than in bisexual and lesbian women.

The perception of the health status was not associated with any indicator of internalized homophobia. BLH presenting high levels in the scale of internalized homophobia suffered guilt due to their SO or had negative attitudes towards TGS, showed higher risk of presenting suicide ideation, suicide attempts and mental disorders. The scale of internalized homophobia and the negative attitude towards TGS were also associated with alcoholism. Shame due to TGS increased their probability of presenting suicide ideation and mental disorders.

The stigma scale was not related to any of the damages studied. The expectation of negative reactions from their relatives, schoolmates or co-workers was associated with a higher risk of perception of bad or regular health status, suicide ideation and mental disorders.

As the number of friends who knew the SO increased (hiding indicator), the greater the probability was of presenting mental disorders, but less than that of presenting alcoholism. The increase

in the number of schoolmates or co-workers who knew the SO was related with a lower risk of alcoholism. Avoiding showing affection to their partner of the same sex was related with a higher risk or presenting alcoholism. The risks of suicide ideation, suicide attempts and mental disorders were higher in the persons that did all they could to hide their SO. BLH who avoided TGS had a higher probability of presenting suicide ideation, mental disorders and alcoholism.

The results of the study showed that BLH population have important health problems such as suicide ideation and suicide attempts and alcoholism in the case of the LB women. Further, although there are differences between homosexual and bisexual males and lesbian and bisexual females regarding the most frequent type of internalized oppression, the three forms of internalized oppression (internalized homophobia, perception of the stigma due to homosexuality, and hiding) were associated with a higher risk of presenting suicide ideation, suicide attempts, mental disorders and alcoholism. These findings may be recovered to prevent health damages in the BLH population.

The actions directed by governments towards the BLH population have been basically HIV/AIDS research and prevention programs in homosexual and bisexual males. These actions are the result of the magnitude of the problem and not because the existence of these sub-groups is recognized. However, this research has evidenced that besides the HIV/AIDS problem, BLH present other health problems such as suicide ideation and suicide attempts, mental disorders and alcoholism. Therefore, it is required that government institutions broaden the scope of the welfare and health programs directed towards the BLH population. Evidently, long term measures must be taken to eliminate prejudice against homosexuality and TGS, which may only be possible through modifications in the social institutions.

Key words: Homosexuals, lesbians, gays, bisexuals, mental health, internalized homophobia, stigma, oppression.

RESUMEN

Los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales (BLH) se enfrentan a diversas formas de exclusión social debido a que en la mayoría de las sociedades se valora de forma negativa su orientación sexual (OS). Estudios realizados en países industrializados han mostrado que las formas de prejuicio que enfrenta la población BLH pueden tener efectos negativos en su salud mental ya que, en comparación con los heterosexuales, presentan prevalencias más altas de consumo de alcohol y otras drogas, ideación e intento de suicidio y trastornos mentales. Aunque representan un avance sustancial, estos estudios no permiten explorar los mecanismos por los cuales la opresión lleva a una mayor morbilidad en la población BLH. A pesar de que en Latinoamérica cada vez más académicos y políticos se preocupan por esta problemática, aún es incipiente el conocimiento que se tiene sobre las condiciones de salud y enfermedad de los BLH. Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar los efectos que tiene la internalización de la opresión por parte de la población BLH en el riesgo de presentar los daños a la salud mental.

Para comprender de qué forma incorporan los BLH la opresión en su subjetividad, se pueden utilizar tres conceptos: homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento. La homofobia internalizada se presenta cuando los BLH

incorporan en su autoconcepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género (TEG), lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros, su TEG y la de otros. Debido al vínculo simbólico entre TEG y homosexualidad, es importante que en la definición de homofobia internalizada se incorpore la actitud negativa a la TEG. La percepción del estigma por homosexualidad se refiere a las expectativas que tienen los BLH sobre las posibles actitudes y reacciones que pueden tener otras personas debido a su OS. En el ocultamiento, los BLH modifican su apariencia física y sus comportamientos con el fin de invisibilizar su homosexualidad o las expresiones que considera TEG.

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Entre septiembre y noviembre de 2001 se aplicó un cuestionario a 506 BLH que acudieron a organizaciones e instituciones de distinta naturaleza ubicadas en la Ciudad de México, a las cuales acuden diversos "subgrupos" de BLH. Una parte de la población fue contactada por medio de redes personales del autor y una lista de correos electrónicos de un grupo de socialización. El cuestionario fue completado por los mismos sujetos. Por medio del cuestionario se evaluaron las tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma y ocultamiento) y cinco daños a la salud (percepción del estado de salud, ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo). Para estudiar la asociación de las tres formas de opresión internalizada con los daños a la salud, se calcularon razones de prevalencias e intervalos de confianza a 95%.

La percepción del estado de salud no se asoció con ningún indicador de homofobia internalizada. Los BLH que tuvieron niveles altos en la escala de homofobia internalizada, experimentaron culpa por su OS o tuvieron una actitud negativa hacia la TEG, presentaron mayor riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales; la escala de homofobia internalizada y la actitud negativa hacia la TEG también se asociaron con el alcoholismo. La vergüenza por TEG incrementó la probabilidad de presentar ideación suicida y trastornos mentales. La escala de estigma no se relacionó con ninguno de los daños estudiados. La expectativa de reacciones negativas de los familiares y de los compañeros de trabajo o escuela se asoció con mayor riesgo de percepción de estado de salud malo o regular, ideación suicida y trastornos mentales. El miedo a que se conozca la OS se relacionó con mayor riesgo de experimentar ideación suicida y trastornos mentales. Conforme aumentaba el número de amigos que conocían la OS (indicador de ocultamiento), mayor fue la probabilidad de presentar trastornos mentales, pero menor la de experimentar alcoholismo. El aumento en el número de compañeros que conocían la OS se relacionó con menor riesgo de alcoholismo. Evitar mostrar afecto a la pareja del mismo sexo se relacionó con mayor riesgo de presentar alcoholismo. Los riesgos de ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales fueron más elevados en las personas que hacían lo posible para ocultar su OS. Los BLH que trataban de no TEG tuvieron mayor probabilidad de presentar ideación suicida, trastornos mentales y alcoholismo. Las personas que sólo TEG cuando estaban con amigos BLH tuvieron mayor riesgo de presentar alcoholismo.

Los resultados del estudio mostraron que la población BLH tiene problemas de salud importantes como la ideación y el intento de suicidio y el alcoholismo en el caso de las mujeres BLH. Además, las tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento) se asociaron con mayor riesgo de presentar ideación

suicida, intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo. Estos hallazgos se pueden aprovechar para prevenir los daños a la salud de la población BLH.

Palabras clave: Homosexuales, lesbianas, bisexuales, salud mental, homofobia internalizada, estigma, opresión.

INTRODUCCIÓN

Los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales (BLH) se enfrentan a diversas formas de exclusión social debido a que en la mayoría de las sociedades se valora de forma negativa su orientación sexual (OS). A causa de ello, los BLH se enfrentan, a lo largo de su vida, a diferentes formas de prejuicio, discriminación y violencia. Las formas más evidentes de violencia van de los insultos verbales y las agresiones físicas a los asesinatos. En una encuesta aplicada a BLH de la Ciudad de México, se observó que, debido a su OS, 58% de ellos había recibido insultos verbales y 16% había sufrido alguna agresión física. Además, 42.3% de los varones bisexuales y homosexuales (BH) había sido detenido, amenazado o extorsionado por policías; para las mujeres bisexuales y lesbianas (BL), la proporción fue de 19% (43). La Comisión Ciudadana Contra los Crímenes de Odio por Homofobia (CCCOH) (5) ha documentado, a partir de una revisión de periódicos, que entre 1995 y 1998 ocurrieron 164 asesinatos contra homosexuales y lesbianas, los cuales se caracterizaron por su brutalidad. La misma CCCOH sugiere que, por cada caso documentado por ella, existen por lo menos otros tres.

En estudios realizados en países industrializados se ha mostrado que las formas de prejuicio que enfrenta la población BLH pueden tener efectos negativos en su salud mental. A partir de las Youth Risk Behavior Surveys realizadas en Estados Unidos de Norteamérica (EU), se mostró que, en comparación con los púberes heterosexuales, los adolescentes BLH consumen con mayor frecuencia alcohol, marihuana, cocaína y otras drogas ilegales (9, 10, 14), fuman más cigarrillos (9, 14), presentan prevalencias más altas de intento e ideación suicida (9, 10, 14) y mayor probabilidad de ser víctimas de violencia en la escuela (9). Otros estudios en que se ha comparado la morbilidad entre homosexuales y heterosexuales han mostrado que los primeros presentan frecuencias más altas de consumo de alcohol y drogas ilegales –en especial de *poppers* y anfetaminas– (11, 34, 57) y mayor prevalencia de trastornos mentales (31), ideación e intento de suicidio (11, 23, 46), depresión, trastorno generalizado de ansiedad, trastornos de la conducta y dependencia a la nicotina (11). Meyer (36) ha señalado que estos estudios en que se compara la morbilidad de los BLH con la de

heterosexuales sólo permiten documentar la existencia de los efectos negativos del heterosexismo y la homofobia sobre la salud de los BLH. Y aunque lo anterior representa un avance sustancial, no permite explorar los mecanismos por los cuales la opresión lleva a mayor morbilidad en la población BLH. Hay que añadir que la mayoría de estos estudios no se guían por un marco conceptual que permita explicar en detalle las diferencias en la morbilidad mental entre heterosexuales y BLH.

A pesar de que en Latinoamérica cada vez más académicos y políticos se preocupan por esta problemática, aún es incipiente el conocimiento que se tiene sobre las condiciones de salud y enfermedad de los BLH. Una revisión bibliográfica (45) evidenció que casi todas las investigaciones realizadas en América Latina se han centrado en la infección por VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual o traumatismos derivados de ciertas prácticas sexuales en varones BH. Se concluyó que son necesarios estudios sobre la salud mental de la población BLH en que se incluyan mujeres BL, ya que han sido estudiadas en mucho menor medida que los varones BH. Aunque deben considerarse los resultados de investigaciones realizadas en países industrializados, es necesario reconocer que las condiciones de Latinoamérica son diferentes por la mayor desigualdad socioeconómica y la mayor rigidez en la asignación de recursos y el contenido de los estereotipos de género (3, 27). Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar los efectos de la internalización de la opresión por parte de la población BLH en el riesgo de presentar daños a su salud mental.

Antecedentes teóricos

Antes de describir las formas de opresión que enfrentan los BLH, es pertinente discutir sobre la noción de orientación sexual que subyace a este trabajo. Al respecto, es posible identificar diferentes términos y conceptualizaciones sobre la homosexualidad y la orientación sexual. En los estudios en que se analizan los factores de riesgo para la infección por VIH y los factores psicosociales relacionados con el uso del condón en varones BH, se ha utilizado el término “hombres que tienen sexo con otros hombres” (HSH), pues se reconoce que esta población es heterogénea. Esta epidemia evidenció, por ejemplo, que no todos los varones que tenían relaciones sexuales con otros hombres se consideraban a sí mismos como homosexuales. De esta forma, la expresión “HSH” sólo alude a prácticas sexuales y no a una identidad. Así, dentro de los HSH se agrupa, por lo menos, a dos tipos de poblaciones: a) hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, pero que se identifican a sí mismos como

heterosexuales, es decir, que tienen prácticas homosexuales, pero cuya identidad es heterosexual; y b) hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que se consideran a sí mismos como homosexuales, o sea, que desarrollaron (o desarrollarán) una identidad homosexual.

Al usar dicho término, los autores de estos estudios se salvaguardan de ser criticados por ignorar la diversidad de grupos implicados en prácticas homosexuales. Sin embargo, un cuestionamiento que se puede hacer es que, si se reconoce que la denominación “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” incluye distintos grupos sociales, por qué se siguen haciendo los estudios como si se tratara de uno solo. Por otro lado, en el estudio de la orientación sexual, una de las clasificaciones más importantes en esta área es la de Kinsey. Este propuso una escala bipolar en que en un extremo se encuentran los individuos que se consideran a sí mismos como exclusivamente homosexuales y en el otro los que se consideran exclusivamente heterosexuales (53). A su vez, Klein (25) considera que se deben abandonar las clasificaciones que conciben sólo tres orientaciones (homosexual, bisexual y heterosexual), ya que son insuficientes para dar cuenta de las discrepancias que ocurren entre las prácticas sexuales y la identidad sexual. En su lugar, propone ver la orientación sexual como un proceso dinámico, fluido y cambiante que involucra ocho dimensiones (atracción, conducta, fantasías, preferencia emocional, preferencia social, preferencia en el estilo de vida, identidad sexual e identidad política). También plantea que en un individuo cada una de estas dimensiones puede ser distinta (una persona puede sentirse atraída por personas de su mismo sexo, tener conductas heterosexuales, experimentar fantasías bisexuales y considerarse a sí misma como heterosexual). Esta forma de aproximarse a la orientación sexual enfrenta dificultades metodológicas, pues puede existir un gran número de combinaciones y, más importante aún, el concepto de orientación sexual comienza a ser sumamente difuso.

Por su parte, Núñez (39) considera que la orientación sexual es una forma de opresión ya que, de acuerdo con el psicoanálisis, al nacer el deseo humano es indiferenciado (“polimorfo y perverso”). Por ello, cualquier orientación sexual sería una forma de opresión en tanto que limita las potencialidades eróticas de los humanos. Para este autor, la identidad homosexual surge en el siglo XVIII, cuando la ciencia médica construye el concepto de homosexualidad. Ignora con ello que la identidad homosexual existía con anterioridad, pero con otros nombres. Está documentado que siempre han existido individuos que reconocen que su deseo se encamina exclusivamente hacia personas de su mismo

sexo, y para referirse a ellos se han utilizado términos distintos a los de homosexual, tales como “uranismo”, “desviados” e “invertidos” (37).

Considero que las propuestas de los tres autores mencionados (25, 37, 39) entrañan una imprecisión que consiste en confundir la descripción de la realidad con un ideal. En sus planteamientos, estos autores dan a entender que “idealmente” los individuos son potencialmente bisexuales y de ahí que la orientación sexual -de acuerdo con ellos- sea “fluida” y “cambiante”, o lo que es lo mismo, el deseo humano es indiferenciado y por tanto es arbitrario hablar de orientación e identidad sexual. Pero la realidad es otra. Aunque potencialmente todos los humanos son bisexuales, la sociedad se estructura actualmente según esquemas polarizados que construyen las subjetividades de la misma forma. Es decir, la orientación sexual existe, aunque esté socialmente construida.

Por lo anterior, en este estudio se retomó la postura de Lamas (26), quien considera que la identidad sexual (u orientación sexual): “no cambia: históricamente siempre ha habido personas homo y heterosexuales, pues dicha identidad es resultado del posicionamiento imaginario ante la castración simbólica y de la resolución personal del drama edípico. [...] La identidad sexual se conforma mediante la reacción individual ante la diferencia sexual”. A partir de esta definición se pueden distinguir las prácticas sexuales de la orientación sexual; de ésta última, a su vez, se puede diferenciar el deseo de la identidad. La orientación sexual está definida básicamente por la “dirección” del deseo sexual, esto es, si la capacidad erótico-afectiva se dirige a un individuo del mismo sexo, del otro sexo o de ambos sexos.

A partir de este deseo sexual, los individuos pueden desarrollar potencialmente una identidad, es decir, la experiencia subjetiva de pertenencia a un grupo y por tanto organizar algunos elementos de su vida cotidiana en torno a ella. Sin embargo, en el caso de los homosexuales y bisexuales, cuya orientación sexual está fuertemente sancionada, el desarrollo de una identidad no está garantizada pues enfrenta una serie de obstáculos, principalmente la homofobia y el heterosexismo. Las prácticas sexuales, por su parte, se limitan al uso que se le da al cuerpo, en especial a los genitales. Por lo regular, en las prácticas sexuales intervienen respuestas fisiológicas al estímulo de los genitales. Las prácticas sexuales tenderán a corresponder a la orientación sexual. Así, los individuos homosexuales tenderán a sostener prácticas homosexuales, los heterosexuales tenderán a tener prácticas sexuales con individuos del sexo contrario y los bisexuales tendrán prácticas con individuos de los dos sexos. Sin embargo, los individuos homosexuales podrán tener prácticas heterosexuales como una forma de ocultar su orien-

tación sexual, llegando incluso a formalizar las relaciones heterosexuales mediante el matrimonio. A su vez, los individuos heterosexuales pueden llegar a tener prácticas sexuales con individuos de su mismo sexo como actividad placentera.

Según el esquema propuesto, lo que puede cambiar a lo largo de la vida son las prácticas sexuales, mientras que la orientación sexual se establece en los primeros años de la vida y después se mantiene estable. La irrelevancia de las prácticas sexuales en la definición de la orientación sexual es que un individuo tiene -en la mayoría de los casos- clara su orientación sexual desde la etapa infantil y adolescente, independientemente de que haya tenido o no relaciones sexuales. De igual forma que un heterosexual no tuvo que tener relaciones sexuales con personas del sexo opuesto para considerar que era heterosexual, un homosexual no tuvo que tener relaciones sexuales con los individuos de su propio sexo para definirse como tal. ¿Qué implicaciones tiene distinguir las prácticas sexuales de la orientación sexual? La distinción básica es la forma en que se representan las unas y la otra. Los heterosexuales que tienen prácticas homosexuales perciben que dichas prácticas no los convierten en homosexuales. Esto implicará que, aunque la homosexualidad se signifique de forma negativa, ellos no internalizarán el prejuicio. Incluso los varones que mantienen prácticas homosexuales pueden reproducir la opresión sobre los homosexuales y de otras formas de poder relacionadas con el sistema de géneros, ya que en dichas prácticas en ocasiones se reafirma el vínculo entre homosexualidad-pasividad-feminidad, especialmente cuando el homosexual es penetrado y el heterosexual penetra. En el caso de los homosexuales, es a partir del deseo y la identidad que desarrollan las prácticas sexuales. Más importante aún, los homosexuales sí internalizan el prejuicio ya que su identidad se construye en función de algo que está fuertemente sancionado: la homosexualidad. En otras palabras, los individuos homosexuales internalizarán el prejuicio en tanto que la homosexualidad es vivida en primera persona (*el homosexual soy yo*), mientras que los heterosexuales no lo harán ya que sus prácticas las representan de forma impersonal (*los homosexuales son ellos*).

En este trabajo se parte de la premisa de que la opresión hacia los BLH se origina en el sistema de géneros (SGs), que es la forma en que las sociedades simbolizan el cuerpo sexuado y sus usos para articular y ordenar las relaciones sociales. El sistema de géneros tiene dos dimensiones: la dimensión simbólica, que hace referencia al conjunto de significados socialmente construidos atribuidos en función del sexo, y la dimensión normativa, derivada del hecho de que tal conjunto de significados articula y ordena las relaciones entre los

sexos y al interior de éstos al determinar los límites de los comportamientos que se consideran válidos (51).

La opresión de los BLH se debe a tres normas dominantes que derivan del sistema de géneros (42, 44): a) El *heterosexismo* es el sistema ideológico que niega, denigra y estigmatiza cualquier forma de conducta, identidad, relación o comunidad que difiera de las heterosexuales. b) El *apego a los estereotipos de género*, de acuerdo con el cual los varones deben ser masculinos y las mujeres, femeninas. Culturalmente, se equipara la homosexualidad con la transgresión de los estereotipos de género (TEG): los varones homosexuales son pensados como varones femeninos y las lesbianas son concebidas como mujeres masculinas, si bien en la realidad esto no sucede siempre. Es por eso que muchos BLH han sufrido diversas formas de violencia debido a que en la infancia y la adolescencia fueron varones femeninos o mujeres masculinas. c) El *androcentrismo* consiste en la subordinación o inferioridad de lo femenino ante lo masculino, es decir, las características, las actitudes y los valores considerados masculinos se evalúan de forma positiva y los individuos que los poseen ocupan una posición superior, mientras que los símbolos definidos como femeninos se devalúan o al menos se vinculan con la ambigüedad. La noción de androcentrismo explica por qué se sanciona más la homosexualidad en los varones que en las mujeres, lo que a su vez se expresa en que los primeros tienen tasas más altas de algunos daños a la salud (como el suicidio) que las segundas (44). La noción de androcentrismo también puede ayudar a aclarar el hecho de que, mientras que los varones femeninos sufren más violencia que los varones masculinos, estas diferencias no se observan entre mujeres masculinas y femeninas (43).

Los BLH, al igual que los heterosexuales, crecen y viven en una sociedad estructurada en función de las normas dominantes del sistema de géneros. Esto propicia que los BLH internalicen los valores dominantes del sistema de géneros y a partir de ellos se perciben a sí mismos y a su entorno (a otras personas, las relaciones que entablan, los objetos, etc.). El principal problema que entaña esto es que la identidad sexual y, en ocasiones, la identidad y el rol de género de los BLH entran en contradicción con los valores dominantes que han aprendido (42, 44). Para comprender el modo en que los BLH incorporan la opresión en su subjetividad, se puede recuperar el concepto de *habitus*, que se define como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción, como una estructura estructurada y estructurante. Está estructurada porque es producto de la socialización de los valores dominantes y es estructurante porque define las formas en que los individuos perciben, piensan y actúan en función de esos

valores (2). Para poder evaluar el *habitus* del oprimido en BLH, se propone “descomponerlo” en tres conceptos: homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento. Según el concepto de *habitus*, la homofobia internalizada y la percepción del estigma por homosexualidad son formas de percepción y pensamiento, mientras que el ocultamiento es una forma de pensamiento y acción. Los tres tienen en común que derivan de la internalización de la opresión.

Homofobia internalizada

En los individuos que portan algún estigma existen dos etapas importantes en su socialización. La primera es cuando incorporan el punto de vista dominante, con lo que adquieren las creencias sobre el estigma y una idea general de lo que significa portarlo. En la otra fase aprenden que portan un estigma y qué consecuencias les puede acarrear (16). En su niñez, los BLH aprenderán los significados negativos asociados con la homosexualidad y la TEG, para posteriormente aplicarlos a sus propias personas. Los niños que a la larga serán BLH desarrollarán frecuentemente una conciencia de ser diferentes en un momento temprano de sus vidas. Aunque no puedan entender el significado preciso de su diferencia, rápidamente aprenderán que se evalúa de forma negativa. Conforme maduren alcanzarán a comprender completamente la naturaleza de su diferencia y la reacción social negativa hacia ella (19). De esta forma, los BLH incorporan en su autoconcepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la TEG. Lo anterior provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros, su TEG y la de otros; esta situación se ha definido como homofobia internalizada (19, 54, 56).

Tradicionalmente, la homofobia internalizada sólo ha sido conceptualizada como actitud negativa de los BLH hacia su homosexualidad (19, 22, 54, 56). Sin embargo, es importante incorporar la actitud a la TEG ya que culturalmente se le ha vinculado con la homosexualidad. Debido al vínculo simbólico entre TEG y homosexualidad, el prejuicio hacia la homosexualidad está estrechamente relacionado con el prejuicio contra la TEG. De este modo, los individuos internalizan los prejuicios contra la homosexualidad junto con los prejuicios contra la TEG y los conciben como uno solo (13, 30). La actitud negativa a la TEG puede evidenciar un mecanismo psicológico mediante el cual se marca un límite que separa simbólicamente al individuo del grupo estigmatizado. Un individuo sin homofobia internalizada critica los valores dominantes impuestos por el sistema de géneros y construye

nuevos valores a partir de los cuales se valora a sí mismo y a los demás. Los BLH con actitudes negativas hacia la TEG siguen aceptando o compartiendo, en alguna medida, el sistema de valores que condena a la homosexualidad. Se trata de una solución parcial del conflicto entre la identidad del individuo y el sistema de valores establecido por el sistema de géneros (16). Los BLH con actitudes negativas hacia la TEG podrían racionalizar de la siguiente forma: “soy homosexual (lesbiana), pero por lo menos no soy femenino (masculina)”. Así, ser homosexual sin TEG es menos denigrante (aunque sigue siendo algo negativo) que ser homosexual y transgresor de esos estereotipos.

Percepción del estigma por homosexualidad

Por medio de la socialización, los individuos incorporan estereotipos que utilizan al interactuar con los demás, aun cuando la mayoría de las veces los individuos no están conscientes de ello. Los estereotipos tienen dos elementos: se refieren a una categoría construida socialmente y a esa categoría se le asignan determinados atributos. Un individuo aplica los estereotipos que ha aprendido a las personas con las que interactúa y al aplicárselos tendrá determinadas actitudes y acciones hacia ellas, y esperará que actúen de acuerdo con el contenido de sus estereotipos. A su vez, el individuo sabe que los demás esperan que él actúe y tendrán ciertas actitudes y expectativas hacia él de acuerdo con el estereotipo en que lo ubiquen (16).

Prácticamente todos los individuos han aprendido estereotipos sobre los BLH en que se considera que son una categoría homogénea de personas y que los individuos que se ubican dentro de este grupo tienen determinados atributos negativos (son enfermos, delincuentes, pecadores y carentes de moral). En los BLH esta situación generará la conciencia de ser personas estigmatizadas mediante los siguientes procesos: a) saben que las personas con que interactúan conocen los estereotipos negativos sobre los BLH, b) están conscientes de que las personas les pueden aplicar los estereotipos sobre los BLH, con lo cual les exigirán que actúen de acuerdo con ellos, y c) las reacciones y las actitudes de las demás personas hacia ellos pueden depender de los estereotipos que tengan sobre los BLH.

La percepción del estigma por homosexualidad se refiere a las expectativas que tienen los BLH sobre las posibles actitudes y reacciones que pueden tener otras personas debido a su OS (36). La relevancia de la percepción del estigma radica en que en la evaluación que hace un sujeto sobre sí mismo es más importante su percepción de las actitudes de las personas hacia él, que las actitudes que en realidad puedan tener los demás (50, 55). Por ello, la percepción del estigma tam-

bién puede incidir en el autoconcepto (55). Por lo regular, los BLH con estigma esperan que las otras personas reaccionen negativamente al conocer su OS. Por este motivo se autovigilan permanentemente para no realizar ninguna acción que pueda evidenciar su OS, situación que puede generar tensión y angustia.

Ocultamiento

En el ocultamiento, los BLH modifican su apariencia física y sus comportamientos con el fin de invisibilizar su homosexualidad o las expresiones que considera TEG.

El ocultamiento se puede originar por tres factores que pueden o no ocurrir simultáneamente:

- a) La homofobia internalizada puede conducir a que un individuo oculte los rasgos vinculados con la homosexualidad y la TEG, ya que considera que son denigrantes.
- b) Debido a que la persona que percibe el estigma considera que otros la valoran negativamente y que pueden reaccionar negativamente hacia ella, tratará de modificar, reducir o eliminar aquellos rasgos o comportamientos asociados o que evidencian su homosexualidad o la TEG. Cuando es producto de la homofobia internalizada o el estigma, el ocultamiento se puede experimentar como una forma de corregir una deficiencia (16). Por lo anterior, el ocultamiento reafirma en estos casos la concepción de que la homosexualidad y la TEG son condiciones inferiores o denigrantes que se deben mantener en secreto.
- c) El ocultamiento puede ser utilizado como una estrategia para evitar posibles agresiones cuando el individuo interactúa con personas que tienen expresiones de homofobia. En este caso, el ocultamiento no es producto de los prejuicios internalizados de los BLH, sino una estrategia para afrontar la homofobia de otras personas. Las siguientes se encuentran entre las estrategias que utilizan los individuos BLH para mantener en secreto su OS: no demostrar afecto o atracción por individuos del mismo sexo; minimizar o eliminar ciertos rasgos de la apariencia física o del comportamiento (vestimenta, tono de voz, caminar y ademanes) que puedan implicar TEG (los varones evitan las cualidades femeninas y las mujeres las masculinas), evitar relacionarse o ser visto en público con personas que TEG o que se sabe o sospecha son BLH y hacerse pasar por heterosexuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Es difícil obtener una muestra representativa de la población de BLH debido a que no se cuenta con

un marco muestral y a que su OS está estigmatizada, lo que impide que muchos BLH la reporten con veracidad. Por ello se recomienda seleccionar a los sujetos de tal forma que se obtenga un muestra heterogénea respecto a características demográficas y socioeconómicas (21, 32). Por lo anterior, entre septiembre y noviembre de 2001 se aplicó un cuestionario a 506 BLH que acudieron a organizaciones e instituciones de distinta naturaleza ubicadas en la Ciudad de México. A ellas acuden diversos "subgrupos" de BLH incluidos un grupo de activismo, nueve grupos de socialización, dos instituciones religiosas, una clínica de VIH/SIDA, un café, un centro de atención psicológica y una escuela de artes de nivel bachillerato (véase Agradecimiento). Sin embargo, aplicar las encuestas en los centros mencionados tiene el inconveniente de que por lo regular asisten individuos pertenecientes a estratos socioeconómicos medios y altos y con un grado avanzado de autoaceptación de su OS. Por ello, una parte de la población fue contactada por medio de redes personales del autor y una lista de correos electrónicos de un grupo de socialización.

La distribución del cuestionario la realizaron cuatro pasantes de la licenciatura en psicología social y el coordinador del proyecto. El cuestionario fue completado por los mismos sujetos. Debido a que muchos BLH tienen conflictos con su OS, existía el riesgo de que al llenar el cuestionario proporcionarían información falsa, por lo cual fue necesario asegurar a los encuestados que la información se mantendría en estricta confidencialidad. Para propiciar que los encuestados proporcionarían información veraz antes de llenar el cuestionario, se les explicaban las dos formas en que se mantendría en anonimato su identidad: a) en el formato del cuestionario no se solicitó ningún dato que permitiera identificar al encuestado (nombre, domicilio, teléfono, etc.), y b) una vez que terminaban de responder el cuestionario lo introducían en una caja donde se revolvía con el resto de los cuestionarios. A los pasantes de psicología social se les explicó en dos sesiones de trabajo la forma en que se deberían aplicar los cuestionarios y se les sensibilizó sobre la problemática de la población en estudio.

Por medio del cuestionario se evaluaron tres de las ocho dimensiones propuestas por Klein (25): atracción sexual (la pregunta fue: "¿Usted por quién se siente sexualmente atraído?"), prácticas sexuales ("¿Durante el último año con quién tuvo relaciones sexuales?") e identidad sexual ("¿Usted piensa que usted es ...?"), y las respuestas abarcaron desde "heterosexual solamente" hasta "homosexual solamente".

Como ya se mencionó, en este estudio la orientación sexual se definió como la atracción erótica y afectiva por individuos del mismo o del sexo contra-

rio, o de ambos sexos, por lo que el "orden de importancia" para definir la orientación sexual fue el siguiente: a) atracción sexual, b) identidad sexual, y c) prácticas sexuales. Es decir, los individuos fueron considerados homosexuales, bisexuales o heterosexuales con base en los dos primeros aspectos, ya que no implican haber mantenido relaciones sexuales (como en el caso de los adolescentes). Sin embargo, la identidad sexual no se puede utilizar de forma aislada como un indicador de la orientación sexual, ya que algunos homosexuales y bisexuales no se autoetiquetan como tales debido a la homofobia internalizada (4). A partir de la variable atracción sexual se formaron cuatro grupos: a) homosexuales y lesbianas: atraídos sólo por individuos del mismo sexo, b) bisexuales: atraídos, en distinto grado, por individuos del mismo sexo y del otro, y c) no está seguro. Un esquema similar se utilizó para las prácticas sexuales. Para la identidad sexual se utilizó la siguiente clasificación: a) homosexual o lesbiana: solamente se considera homosexual o lesbiana, b) bisexual-homosexual: se incluyeron las opciones bisexual, pero más homosexual/lesbiana y homosexual/lesbiana principalmente, c) bisexual-heterosexual: bisexual; bisexual, pero más heterosexual; heterosexual principalmente, d) no está seguro. Cabe señalar que se excluyó a algunos sujetos que en la pregunta sobre atracción sexual respondieron que sólo se sentían atraídos por personas del otro sexo.

Se utilizó una escala para valorar homofobia internalizada que se enfoca en la existencia de insatisfacción con ser homosexual y el deseo de convertirse en heterosexual (22, 36). La escala consta de nueve preguntas y cada una tiene cinco opciones de respuesta, a las cuales se les dio un valor de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), de tal forma que puntuaciones más altas indican mayor homofobia internalizada. En la población estudiada esta escala tuvo una consistencia interna alta (alfa de Cronbach=0.91), lo cual concuerda con lo reportado en estudios previos (22, 36). Para agrupar a la población se utilizaron terciles de la puntuación obtenida al sumar el valor de cada una de las preguntas a fin de formar tres categorías de homofobia internalizada: a) baja: 1 a 9, b) media: 10 a 14, y c) alta: 15 o más. Además, se formularon preguntas para indagar la existencia de culpa por sentimientos, pensamientos o conductas homosexuales. En la encuesta se incluyó una pregunta para indagar la existencia de vergüenza por no apegarse a los estereotipos de género y otra para valorar la actitud de los entrevistados hacia la TEG. Para analizar la última pregunta, las opciones de respuesta se clasificaron en dos grupos: a) actitud positiva a la TEG, incluidas la opción "son dignos de respeto" y las respuestas a "otra opinión" que no reflejaran prejuicio, y b) actitud nega-

tiva hacia la TEG, abarcando las opciones: "son una mala imagen de la comunidad homosexual", "le desagradan y/o le molestan", "no los quiere tener como amigos", "ellos(as) deberían tratar de ser más masculinos (femeninas)" y "lo incomodan".

Para evaluar la percepción del estigma por homosexualidad, se adaptaron las preguntas que Link (29) desarrolló para valorar el estigma por enfermedad mental en pacientes psiquiátricos, procedimiento utilizado por Meyer (36). La escala consiste en 11 preguntas en que se valora la percepción del entrevistado sobre las reacciones que espera que las demás personas tengan hacia los homosexuales o lesbianas. En los BLH de la Ciudad de México, esta escala tuvo un alfa de Cronbach de 0.82, lo que indica una consistencia interna moderada. A las opciones de respuesta se les otorgó una puntuación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Posteriormente se sumaron los valores de cada pregunta y se formaron tres grupos a partir de terciles: a) baja estigma: 1 a 32, b) media: 33 a 40, y c) alta: 41 y más. También se averiguó si tenían miedo de que se conociera su OS. Mediante dos preguntas se indagaron las expectativas de los entrevistados sobre cómo reaccionarían sus familiares y sus compañeros de escuela y trabajo hacia un homosexual o una lesbiana. Se consideró que los entrevistados presentaban estigma cuando respondían que las personas con que interactuaban podrían reaccionar con tolerancia o agresión hacia un homosexual o una lesbiana.*

Para evaluar el ocultamiento, se averiguó por medio de tres preguntas en qué medida otras personas conocían la OS de los entrevistados, incluidos amigos y conocidos heterosexuales, compañeros de trabajo y escuela y familiares. Al entrevistado se le pedía que marcara un número en una escala con diez valores, en que el cero significaba que nadie conocía su OS y el nueve que todos la conocían. Para las tres variables, los individuos fueron agrupados en tres categorías: a) pocas personas conocen su OS: puntuación de cero a dos, b) la mitad de las personas conocen su OS: tres a seis, y c) la mayoría de las personas conocen su OS: siete a nueve. Con otros reactivos se averiguó si evitaban mostrar afecto a su pareja del mismo sexo frente a personas heterosexuales y si ocultaban su OS. Se redactaron dos preguntas para averiguar si evitaban TEG.

Los daños a la salud investigados se seleccionaron porque en investigaciones anteriores se ha observado que son frecuentes en BLH (6, 15). Mediante una pregunta se valoró la percepción que tenían los entrevistados sobre su estado general de salud y para el análisis se

*La tolerancia es respeto y consideración hacia las opiniones o acciones de los demás, aunque repugnen a las nuestras; de esta forma, cuando un individuo sabe que otras personas lo toleran, aunque no reciba agresiones de ellas, está consciente de que lo evalúan de forma negativa por alguna característica que tiene.

formaron dos grupos: a) bueno y muy bueno, y b) muy malo, malo y regular. Para evaluar la existencia de ideación e intento de suicidio, en el cuestionario se incluyeron las preguntas utilizadas en la versión A del cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones (15). En el caso de la pregunta de intento de suicidio, las respuestas se dicotomizaron a no (nunca) y sí (una vez, dos o tres veces, cuatro o cinco veces y seis o más veces). Para identificar los trastornos mentales, se utilizó la versión de 28 preguntas del Cuestionario General de Salud (CGS), validada en estudiantes universitarios (47). La sensibilidad de esta versión corta del CGS, validada contra la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, fue de 71.49%; la especificidad de 71.61% y la tasa de clasificación errónea de 28% (47). En los BLH de la Ciudad de México, esta escala tuvo una consistencia interna alta (alfa de Cronbach=0.94). Las dos primeras opciones de respuesta del CGS recibieron un valor de 0 (ausencia de síntoma) y las dos últimas recibieron un puntaje de 1 (presencia de síntoma) (17). Posteriormente se sumaron los puntajes de las 28 preguntas y se consideró como caso probable de trastorno mental a los que alcanzaron una puntuación de seis o más (47). El alcoholismo fue identificado mediante el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (1). En las primeras ocho preguntas de la escala a las opciones de respuesta se les asignó un valor de 0 (opción a) a 4 (opción e), mientras que en las dos últimas preguntas a las opciones de respuesta se asignó valores de 0, 2 y 4, respectivamente. Más adelante se obtuvo la puntuación total de la escala, y las personas que tuvieron una puntuación de 8 o más fueron consideradas como casos probables de alcoholismo (1). En los BLH de la Ciudad de México, la escala AUDIT tuvo una consistencia interna moderada (alfa de Cronbach=0.87), mientras que en estudios de validación se ha reportado que tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 93% (1).

Se estimaron las frecuencias relativas de los indicadores de homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento, y las prevalencias de daños a la salud. Para conocer si existían diferencias entre varones BH y mujeres BL se estimó la estadística chi cuadrada. Para estudiar la asociación de las tres formas de opresión internalizada respecto de los daños a la salud, se calcularon razones de prevalencias e intervalos de confianza a 95%. Para ello primero se estimaron, mediante regresiones logísticas, razones de momios (RM) con sus respectivos intervalos de confianza a 95%. En los modelos de regresión se incorporaron las variables edad, sexo y escolaridad, ya que podían actuar como confusores. Debido a que se realizó una encuesta transversal, se transformaron las (RM) en razones de prevalencias (RP) mediante la siguiente fórmula: $RP = RM / [(1 - P_0) + (P_0 \bullet RM)]$, donde

P_0 es la prevalencia ajustada en el grupo de referencia. Con la misma ecuación se estimaron los intervalos de confianza para las RP (59).

RESULTADOS

En el cuadro 1 se muestran las características sociodemográficas de la población estudiada y las prevalencias de los daños a la salud. Se encuestó a 318 varones BH y a 188 mujeres BL. El promedio de edad de la población fue de 29 años, y la mayoría contaba con una escolaridad de bachillerato (37%) o licenciatura y posgrado (41%). La proporción de sujetos solteros y que no tenían una pareja del mismo sexo fue más alta en los varones BH (74%) que en las mujeres BL (55%), pero entre ellos fue más bajo el porcentaje que contaba con pareja del mismo sexo (23% y 37%, respectivamente,

$p < 0.000$). La mayoría de la población se sentía atraída sexualmente por individuos de su mismo sexo (63%), en el año previo al que respondieron el cuestionario tuvieron relaciones sexuales solamente con personas de su mismo sexo (74%) y se consideraban a sí mismos como homosexuales o lesbianas (57%). Respecto a las diferencias por sexo, en comparación con los varones, fueron más altos los porcentajes de mujeres que se sentían atraídas sexualmente por mujeres y hombres, que tuvieron relaciones sexuales con personas del otro sexo y que se consideraban a sí mismas como bisexuales.

Siete de cada diez entrevistados consideraron que su estado de salud era bueno o muy bueno, y una minoría evaluó su estado de salud como malo y muy malo (3%). Casi 40% de la población presentó ideación suicida en el último año y 15% respondió que por lo menos una vez en el último año intentó suicidarse; en las mujeres fue más alta la frecuencia de intento de

CUADRO 1. Características sociodemográficas y prevalencia de daños a la salud mental

	Total	Varones	Mujeres	t / χ^2	p
N	506	318	188		
Edad (años)					
Promedio	29	29	29	0.87	0.382
Mínima	13	13	15		
Máxima	70	70	53		
Estado civil (%)					
Soltero, sin pareja	67	74	55	22.74	<0.000
Con pareja	15	13	18		
Con pareja y cohabitan	14	10	19		
Otros	5	3	9		
Escolaridad (%)					
Primaria	4	4	3	1.98	0.576
Secundaria	18	19	17		
Bachillerato	37	35	41		
Licenciatura y posgrado	41	42	39		
Atracción sexual (%)					
Bisexual-heterosexual	5	3	9	22.21	<0.000
Bisexual-homosexual	30	28	35		
Homosexual	63	69	52		
No está seguro	2	1	4		
Prácticas sexuales (%)					
Heterosexual	4	1	8	34.52	<0.000
Bisexual-heterosexual	2	1	5		
Bisexual-homosexual	7	7	7		
Homosexual	74	81	62		
No tuvo	13	10	18		
Identidad sexual (%)					
Heterosexual	1	0	1	22.90	<0.000
Bisexual-heterosexual	5	3	6		
Bisexual-homosexual	35	30	45		
Homosexual	57	65	43		
Salud percibida (%)					
Muy mala	1	1	2	5.57	0.233
Mala	2	1	3		
Regular	21	20	22		
Buena	51	50	52		
Muy buena	25	28	21		
Ideación suicida (%)	39	36	44	2.65	0.103
Intento de suicidio (%)					
Nunca	85	88	79	12.94	0.012
1 vez	9	6	13		
2 o 3 veces	3	2	5		
4 o 5 veces	2	2	3		
6 o más veces	1	2	0		
Trastornos mentales	27	23	33	5.40	0.020
Alcoholismo	18	17	21	1.04	0.307

^a Ver en el texto la explicación de cada categoría

CUADRO 2. Distribución de la población de acuerdo con los indicadores de opresión internalizada

		Total	Varones	Mujeres	t / χ^2	p
Escala de HI	Promedio	14	15	14	1.36	0.174
Culpa por OS (%)	No	64	65	61	1.01	0.602
	Pocas veces	25	25	27		
	Varias / muchas veces	11	10	12		
Actitud a TEG (%)	Positiva	83	80	89	5.41	0.020
	Negativa	17	20	11		
Vergüenza por TEG (%)	No	62	59	68	3.51	0.061
	En ocasiones / Sí	38	41	32		
Escala de estigma	Promedio	37	36	38	-1.86	0.063
Posible reacción de familia (%)	Agresión	16	13	22	14.25	0.001
	Tolerancia	43	40	47		
	Respeto	41	47	31		
Posible reacción de compañeros (%)	Agresión	21	20	22	0.51	0.773
	Tolerancia	44	45	43		
	Respeto	35	35	35		
Miedo de que conozcan su OS (%)	No	54	61	42	16.48	<0.000
	En ocasiones / Sí	46	39	58		
Amigos heterosexuales conocen OS (%)	Pocos (0-2)	19	16	25	8.72	0.013
	La mitad (3-6)	41	39	43		
	La mayoría (7-9)	40	44	32		
Compañeros conocen OS (%)	Pocos (0-2)	34	30	41	9.03	0.011
	La mitad (3-6)	32	32	33		
	La mayoría (7-9)	34	38	26		
Familiares conocen OS (%)	Pocos (0-2)	31	28	37	8.26	0.016
	La mitad (3-6)	24	22	27		
	La mayoría (7-9)	45	50	36		
Evita mostrar afecto a pareja (%)	No	29	29	31	7.76	0.021
	En ocasiones / Sí	54	51	58		
	No tiene pareja	17	20	11		
Hace lo posible para ocultar OS (%)	No	58	61	54	2.38	0.123
	En ocasiones / Sí	42	39	46		
Trata de no TEG (%)	No	49	42	61	14.96	<0.000
	En ocasiones / Sí	51	58	39		
Sólo TEG cuando está con amigos (%)	No	42	34	54	23.14	<0.000
	En ocasiones / Sí	54	63	40		
	No tienen amigos	4	3	6		

Abreviaturas: TEG, trasgresión de los estereotipos de género; HI, homofobia internalizada; OS, orientación sexual. Fuente: encuestas aplicadas a asistentes de organizaciones e instituciones de BLH o enfocadas a ellos, Ciudad de México, 2001

suicidio. Casi tres de cada diez encuestados presentaron riesgo de padecer trastornos mentales, siendo la prevalencia más alta en las mujeres. Una quinta parte de la población presentó riesgo de alcoholismo.

En el cuadro 2 se presenta la distribución de la población de acuerdo con los indicadores de opresión internalizada. Casi 40% experimentaba culpa por sus sentimientos y conductas homosexuales, una quinta parte mostraba actitudes negativas hacia la TEG y cuatro de cada diez experimentaban vergüenza por TEG. Fue mayor la proporción de varones BH que reportó actitudes negativas hacia varones femeninos (20.1%) que la fracción de mujeres BL con actitudes negativas hacia mujeres masculinas (11.3%). Aunque las diferencias fueron marginalmente significativas ($p=0.061$), en comparación con las mujeres BL, entre los varones BH fueron más altos los porcentajes de vergüenza por TEG ($p=0.061$) y más alta la puntuación de la escala de homofobia internalizada ($p=0.174$). Respecto a los indicadores de la percepción del estigma por homosexualidad, más de la mitad de los encuestados refirió

que su familia o sus compañeros de escuela o trabajo podrían reaccionar negativamente hacia un homosexual o una lesbiana, y poco más de 40% reportó que tenía miedo de que las personas conocieran su OS. En comparación con los varones BH, entre las mujeres BL fueron más altos los porcentajes que respondieron que sus familias podrían tener reacciones negativas hacia una lesbiana (53% y 69%, respectivamente) y que tenían miedo de que se conociera su OS (39% y 58%). De igual modo, en ellas fue más alto el promedio de la escala de estigma, aunque las diferencias fueron marginalmente significativas ($p=0.063$).

En 40% de los entrevistados sus amigos heterosexuales conocían su OS, en 31% la mayoría de sus compañeros del trabajo o la escuela la conocía y en 45% la mayoría de sus familiares la conocían. La mitad de los entrevistados que tenían pareja evitaban mostrarle afecto en público y poco más de 40% ciento ocultaba su OS. La mitad de los encuestados trataba de no TEG frente a heterosexuales y cinco de cada diez lo hacían sólo cuando estaban entre amigos BLH.

CUADRO 3. Asociación* de la homofobia internalizada con daños en la salud

	<i>Estado de salud regular o malo</i>		<i>Ideación suicida</i>		<i>Intento de suicidio</i>		<i>Trastornos mentales</i>		<i>Alcoholismo</i>	
	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>
Escala de HI										
Baja	(21.2)		(29.2)		(10.4)		(17.0)		(11.4)	
Media	1.03	0.66, 1.54	1.24	0.89, 1.64	1.17	0.61, 2.11	1.51	0.97, 2.22	1.57	0.89, 2.60
Alta	1.22	0.81, 1.75	1.66	1.26, 2.06	1.93	1.11, 3.14	2.10	1.44, 2.87	2.05	1.22, 3.19
Culpa por OS										
Nunca	(21.5)		(28.8)		(11.8)		(20.2)		(16.9)	
Pocas veces	1.24	0.85, 1.73	1.90	1.52, 2.27	1.44	0.86, 2.27	1.42	0.98, 1.95	1.03	0.64, 1.59
Muchas veces	1.15	0.65, 1.83	1.87	1.35, 2.37	2.17	1.22, 3.51	2.61	1.86, 3.34	1.50	0.86, 2.38
Actitud a TEG										
Positiva	(23.0)		(35.6)		(14.0)		(23.8)		(17.2)	
Negativa	1.11	0.70, 1.67	1.63	1.25, 1.97	1.95	1.18, 2.97	2.03	1.48, 2.60	1.62	1.01, 2.41
Vergüenza por TEG										
No		(23.8)		(30.8)		(13.3)		(22.5)		(17.4)
En ocasiones	0.87	0.55, 1.30	1.55	1.19, 1.92	1.20	0.68, 1.98	1.37	0.94, 1.88	1.32	0.84, 1.97
Sí	1.06	0.65, 1.60	1.95	1.51, 2.34	1.70	0.99, 2.72	1.64	1.11, 2.24	0.96	0.53, 1.62

*Se reportan razones de prevalencias ajustadas por edad, escolaridad y sexo con sus respectivos intervalos de confianza a 95%. Las cifras entre paréntesis son las prevalencias ajustadas en el grupo de referencia. Abreviaturas: TEG, trasgresión de los estereotipos de género; HI, homofobia internalizada; OS, orientación sexual. Fuente: encuestas aplicadas a asistentes de organizaciones e instituciones de o enfocadas a BLH, Ciudad de México, 2001

Entre las mujeres BL, respecto a los varones BH, fueron más altas las proporciones de personas en que pocos amigos (25 y 16%, respectivamente), compañeros (41 y 30%) y familiares (36 y 28%) conocían su OS y evitaban mostrar afecto a su pareja (58 y 51%). Por el contrario, en comparación con las mujeres BL, entre los varones BH fueron más altos los porcentajes de individuos que trataban de no TEG frente a personas heterosexuales (40 y 57%) y que sólo TEG cuando estaban con amigos BLH (40 y 63%).

En el cuadro 3 se muestra la asociación de la homofobia internalizada con los padecimientos. La percepción del estado de salud no se asoció con ningún indicador de homofobia internalizada. Los BLH que tuvieron niveles altos en la escala de homofobia internalizada experimentaron culpa por su OS o tuvieron actitud negativa hacia la TEG, mostraron mayor riesgo de presentar ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales. La escala de homofobia internalizada y la actitud negativa hacia la TEG se asociaron también con el alcoholismo. La vergüenza por TEG incrementó la probabilidad de presentar ideación suicida y trastornos mentales.

La asociación entre los daños a la salud y los indicadores de la percepción del estigma por homosexualidad se presenta en el cuadro 4. La escala de estigma no se relacionó con ninguno de los daños estudiados. La expectativa de reacciones negativas de los familiares y los compañeros de trabajo o escuela se asoció con mayor riesgo de percepción de estado de salud malo o regular, ideación suicida y trastornos mentales. El miedo a que se conozca la OS se relacionó con mayor riesgo de experimentar ideación suicida y trastornos mentales.

En el cuadro 5 se muestra la relación entre los padecimientos y los indicadores de ocultamiento. Conforme aumentaba el número de amigos que conocían la OS, fue mayor la probabilidad de presentar trastornos mentales, pero menor la de experimentar alcoholismo. El aumento en el número de compañeros que conocían la OS se relacionó con menor riesgo de alcoholismo. Evitar mostrar afecto a la pareja del mismo sexo se relacionó con mayor riesgo de presentar alcoholismo. Los riesgos de ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales fueron más elevados en las personas que hacían lo posible para ocultar su OS. Los BLH que trataban de no TEG tuvieron mayor probabilidad de presentar ideación suicida, trastornos mentales y alcoholismo. Las personas que sólo TEG cuando estaban con amigos BLH tuvieron mayor riesgo de presentar alcoholismo.

DISCUSIÓN

A partir de una revisión de estudios sobre conducta suicida realizados en México, Gómez y Borges (18) concluyeron que, en comparación con los hombres, las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia, lo cual concuerda con las diferencias por sexo observadas en la población BLH de la Ciudad de México. En los adolescentes BLH (menores de 19 años) encuestados, las prevalencias de ideación e intento de suicidio fueron 60.3% y 26.1%, respectivamente, mientras que en los adultos BLH (de 19 años y más) las tasas fueron 35.7% y 13.7%. En una revisión (38) de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre ideación e intento de suicidio, se encontró que

CUADRO 4. Asociación* de la percepción del estigma por homosexualidad con daños en la salud

	<i>Estado de salud regular o malo</i>		<i>Ideación suicida</i>		<i>Intento de suicidio</i>		<i>Trastornos mentales</i>		<i>Alcoholismo</i>	
	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>
Escala de estigma										
Baja	(20.1)		(41.7)		(19.6)		(24.9)		(19.0)	
Media	1.04	0.64, 1.59	0.87	0.62, 1.15	0.59	0.31, 1.06	0.96	0.61, 1.42	1.05	0.63, 1.66
Alta	1.25	0.81, 1.81	1.02	0.77, 1.30	0.83	0.49, 1.35	1.35	0.94, 1.84	0.90	0.54, 1.44
Posible reacción de familia										
Respeto	(16.0)		(33.0)		(13.1)		(21.7)		(16.0)	
Agresión	1.96	1.23, 2.89	1.53	1.11, 1.94	1.29	0.68, 2.28	1.73	1.15, 2.40	1.37	0.77, 2.25
Tolerancia	1.68	1.14, 2.36	1.16	0.87, 1.47	1.06	0.63, 1.71	1.17	0.80, 1.62	1.13	0.72, 1.71
Posible reacción de compañeros										
Respeto	(18.2)		(35.5)		(15.0)		(20.5)		(22.7)	
Agresión	1.12	0.65, 1.79	1.45	1.08, 1.82	1.52	0.86, 2.45	2.01	1.38, 2.70	0.85	0.49, 1.38
Tolerancia	1.51	1.02, 2.11	1.19	0.90, 1.50	1.09	0.63, 1.78	1.35	0.91, 1.89	0.76	0.47, 1.17
Miedo de que conozcan su OS										
No	(21.3)		(30.6)		(13.4)		(22.4)		(17.8)	
En ocasiones	1.22	0.83, 1.72	1.36	1.02, 1.72	0.94	0.54, 1.58	1.20	0.82, 1.68	1.07	0.67, 1.63
Sí	1.11	0.69, 1.67	1.80	1.38, 2.19	1.47	0.85, 2.38	1.49	1.01, 2.06	0.97	0.55, 1.61

* Se reportan razones de prevalencias ajustadas por edad, escolaridad y sexo con sus respectivos intervalos de confianza a 95%. Las cifras entre paréntesis son las prevalencias ajustadas en el grupo de referencia. Abreviaturas: OS, orientación sexual. Fuente: encuestas aplicadas a asistentes de organizaciones e instituciones de BLH o enfocadas a ellos, Ciudad de México, 2001.

CUADRO 5. Asociación* del ocultamiento con daños en la salud

	<i>Estado de salud regular o malo</i>		<i>Ideación suicida</i>		<i>Intento de suicidio</i>		<i>Trastornos mentales</i>		<i>Alcoholismo</i>	
	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95</i>
Amigos heterosexuales conocen OS										
Pocos	(21.6)		(33.0)		(14.7)		(21.0)		(22.3)	
La mitad	1.29	0.82, 1.89	1.29	0.92, 1.69	0.83	0.42, 1.54	1.56	1.02, 2.20	0.67	0.36, 1.15
La mayoría	0.99	0.66, 1.41	1.23	0.93, 1.54	0.98	0.59, 1.56	1.26	0.87, 1.75	0.63	0.39, 0.97
Compañeros conocen OS										
Pocos	(19.4)		(34.1)		(16.5)		(24.0)		(24.3)	
La mitad	1.20	0.78, 1.76	1.27	0.95, 1.61	0.84	0.48, 1.40	1.27	0.87, 1.75	0.50	0.29, 0.83
La mayoría	1.30	0.85, 1.88	1.20	0.88, 1.54	0.91	0.52, 1.50	1.01	0.67, 1.46	0.76	0.47, 1.17
Familiares conocen OS										
Pocos	(23.7)		(35.5)		(14.7)		(26.8)		(20.4)	
La mitad	1.13	0.77, 1.59	1.15	0.86, 1.46	0.81	0.46, 1.37	1.00	0.68, 1.39	0.73	0.44, 1.17
La mayoría	0.74	0.46, 1.15	1.04	0.75, 1.37	1.03	0.59, 1.71	0.79	0.51, 1.17	0.80	0.47, 1.28
Evita mostrar afecto a pareja										
No	(25.2)		(35.0)		(16.1)		(25.7)		(13.3)	
En ocasiones	0.90	0.55, 1.38	0.93	0.62, 1.30	1.00	0.54, 1.73	1.00	0.63, 1.49	2.01	1.17, 3.14
Sí	0.78	0.49, 1.18	1.27	0.94, 1.61	1.10	0.63, 1.81	1.05	0.69, 1.50	1.50	0.87, 2.44
No tiene pareja	1.11	0.68, 1.67	1.28	0.89, 1.69	0.64	0.29, 1.33	1.15	0.71, 1.71	1.30	0.66, 2.34
Hace lo posible para ocultar OS										
No	(20.9)		(32.0)		(11.8)		(22.3)		(15.9)	
En ocasiones	1.25	0.86, 1.74	1.30	0.99, 1.63	1.57	0.96, 2.44	1.29	0.91, 1.76	1.51	0.99, 2.18
Sí	1.24	0.74, 1.91	1.87	1.42, 2.27	1.86	1.03, 3.09	1.63	1.08, 2.28	1.10	0.58, 1.92
Trata de no TEG										
No	(23.2)		(30.8)		(12.2)		(20.9)		(13.9)	
En ocasiones	1.20	0.82, 1.67	1.42	1.08, 1.78	1.53	0.92, 2.43	1.44	1.00, 1.99	1.84	1.19, 2.69
Sí	0.88	0.54, 1.37	1.58	1.18, 1.99	1.44	0.79, 2.43	1.75	1.20, 2.39	1.31	0.75, 2.15
Sólo TEG cuando está con amigos										
No	(24.4)		(33.4)		(13.0)		(26.8)		(12.0)	
En ocasiones	0.96	0.62, 1.40	1.15	0.84, 1.49	1.08	0.60, 1.84	0.76	0.48, 1.13	1.83	1.10, 2.85
Sí	0.96	0.61, 1.44	1.28	0.94, 1.64	1.24	0.67, 2.14	1.01	0.66, 1.45	2.01	1.20, 3.14

* Se reportan razones de prevalencias ajustadas por edad, escolaridad y sexo con sus respectivos intervalos de confianza a 95%. Las cifras entre paréntesis son las prevalencias ajustadas en el grupo de referencia. Abreviaturas: TEG, trasgresión de los estereotipos de género; OS, orientación sexual. Fuente: encuestas aplicadas a asistentes de organizaciones e instituciones de BLH o enfocadas a ellos, Ciudad de México, 2001.

las prevalencias de ideación suicida en adolescentes fueron de 1.7 a 40.7% y para poblaciones adultas fueron de 5.7 a 10.1%. Las tasas de intento de suicidio en adolescentes van de 1.4 a 10.1%, y en adultos de 3.0 a 6.1%. Si se comparan los resultados, se puede observar que los BLH son más vulnerables a padecer estos

problemas de salud. Con la escala AUDIT (1), entre los BLH de la Ciudad de México se obtuvo una prevalencia de alcoholismo de 17% en los varones BLH y de 21% en las mujeres BL. Con la misma escala, en otras poblaciones de México se ha encontrado que la prevalencia de alcoholismo en los varones oscila entre

28 y 43%, mientras que en las mujeres ha variado de 3.6 a 7% (35). Puede observarse que en los varones BH encuestados la frecuencia de alcoholismo fue menor a la observada en otros varones. Sin embargo, un hallazgo alarmante es que la frecuencia de alcoholismo en las mujeres BL encuestadas fue hasta siete veces mayor a la reportada en otras mujeres.

Una proporción importante de la población de BLH presentó alguna forma de opresión internalizada, ya que hasta 40% presentó alguna forma de homofobia internalizada, 60% percibía el estigma y 50% desarrollaba alguna forma de ocultamiento. En Estados Unidos, entre 25 y 35% de los BLH presenta homofobia internalizada (54). En relación con las diferencias por sexo en las formas de opresión internalizada, en los varones BH fueron más frecuentes aquellas relacionadas con la TEG (actitud negativa a TEG, vergüenza por TEG, tratar de no TEG y sólo TEG cuando está con amigos BLH), mientras que en las mujeres BL los porcentajes fueron más altos de aquellas vinculadas con la OS (escala de percepción de estigma por homosexualidad, expectativa de reacción negativa de familia a BLH, miedo a que conozcan OS, poco amigos, familiares y compañeros conocen su OS y evita mostrar afecto a su pareja). Asimismo, entre los varones BH fue más frecuente la homofobia internalizada que en las mujeres BL, lo cual ha sido observado en otras investigaciones (20, 22, 54). Este patrón acorde con el sexo se puede atribuir a la construcción social del género, ya que la TEG es más sancionada en los varones que en las mujeres (44). Por ello, dentro de los varones BH los que son femeninos sufren con más frecuencia violencia que los que son masculinos. Además, algunos varones BH, al pasar de la niñez a la vida adulta dejan de ser femeninos. Estas diferencias no se observan dentro de las mujeres BL (42). Las discrepancias entre hombres BH y mujeres BL pueden implicar que el sexo modifica o confunde la asociación entre las formas de opresión internalizada y los daños a la salud; por ello se ajustaron las medidas de asociación para esa variable. Aunque en futuros análisis será conveniente evaluar por separado el efecto de la opresión internalizada en hombres BH y mujeres BL, se decidió presentar los resultados en la población total, ya que ambos sexos presentaron las distintas formas de opresión internalizada.

En varones BH de Estados Unidos la homofobia internalizada se relaciona positivamente con desmoralización* (22, 36), depresión (22), ideación e intento de suicidio (7, 36), pero de forma negativa con la autoestima (22, 28). En las mujeres BL ésta se asocia con mayor riesgo de distrés psicológico (33), afectivi-

dad negativa, consumo de alcohol (8) y depresión (8, 58), así como con niveles más bajos de autoestima (33). En concordancia con la bibliografía, en los BLH de la Ciudad de México la homofobia internalizada se relacionó con mayor riesgo de ideación suicida, intento de suicidio, depresión y alcoholismo. Un avance respecto a las investigaciones previas es que, al conceptualizar la homofobia internalizada no sólo como actitud negativa a la OS, sino también como actitud negativa a la TEG, se encontró que el riesgo de daños a la salud mental también se incrementa cuando se presenta la última forma de homofobia internalizada. La homofobia internalizada puede incrementar el distrés psicológico ya que los sentimientos negativos asociados con una parte del autoconcepto (la relacionada con la OS) pueden ser generalizados a todo el autoconcepto de la persona (19). Además, al influir en el funcionamiento del superego, puede contribuir a los sentimientos de culpa y autocastigo observados en BLH (12, 54). Las personas con un autoconcepto negativo (tal como sucede con los individuos con homofobia internalizada) consumen alcohol y drogas como una estrategia para evadir su realidad (55). De acuerdo con Lock y Kleis (30), entre los BLH las conductas suicidas o de automutilación se pueden producir cuando la homofobia internalizada se enfrenta por medio de defensas de tipo narcisista (como delirios psicóticos y proyecciones).

En los BLH de la Ciudad de México no existió asociación entre los daños a la salud evaluados y la escala de estigma modificada de Link (29). En cambio, Meyer (36) sí observó relación con desmoralización y conducta suicida en varones BH de Estados Unidos. La diferencia puede atribuirse a que la escala no es apropiada para población mexicana. También es posible que la escala no mida adecuadamente la percepción del estigma, ya que sus reactivos hacen referencia a la población BLH en general (por ejemplo "La mayoría de las personas subestiman a un homosexual"), mientras que sí se observaron asociaciones con preguntas en que se hace referencia al entrevistado o a personas cercanas a él ("¿Cómo reaccionarían los miembros de su familia con un homosexual?"). De esta forma, en los BLH de la Ciudad de México las expectativas de reacciones negativas de familiares y compañeros se relacionaron con mayor riesgo de percepción de un mal estado de salud, ideación suicida y trastornos mentales, mientras que el miedo a que se conociera la OS incrementó el riesgo de los dos últimos. Una persona BLH que percibe el estigma puede experimentar sufrimiento mental debido a que concibe que los demás la valoran o la pueden valorar en términos negativos (16), a lo que se añade la conciencia de que los demás pueden tener reacciones o actitudes negativas hacia ella (16, 36). Los efectos negativos de la percepción del

*Medición de distrés psicológico que incluye, entre otros, síntomas de ansiedad, tristeza y baja autoestima.

estigma también pueden provenir de las acciones que los individuos realizan para manejarlo o de que la persona vigile sus comportamientos y ciertos rasgos para verificar que no evidencian el estigma.

En los BLH de la Ciudad de México, ocultar la OS se relacionó con mayor riesgo de intento de suicidio, ideación suicida y trastornos mentales, mientras que el tratar de no TEG se relacionó con mayor probabilidad de presentar ideación suicida, trastornos mentales y alcoholismo. El alcoholismo se relacionó con cinco de los siete indicadores de ocultamiento. En el ocultamiento, el individuo experimenta distrés psicológico por la sensación de que constantemente es observado o vigilado (39). Los individuos que se ocultan deben vigilar constantemente su apariencia física y sus comportamientos con el fin de verificar que no evidencian su OS o que no TEG y para analizar si sus estrategias son lo suficientemente efectivas para ocultarlas. Esta situación puede hacer que experimenten sentimientos de ansiedad e inseguridad al relacionarse con otras personas. Cuando la persona mantiene en secreto su OS, está latente el miedo de ser descubierta, lo que puede ser fuente de distrés psicológico (16). Los individuos que mantienen oculta su OS tendrán que tolerar las agresiones ya que si protestan pueden evidenciarla.

Un hallazgo inesperado es que, en comparación con los BLH de los que pocos de sus amigos conocían su OS, aquellos de quienes la mitad de sus amigos la conocía tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos mentales. Es posible que esto se deba a que aquellos que declaran su OS presentan más distrés psicológico debido a que experimentan más percepción del estigma al estar conscientes de que las personas con que interactúan conocen su OS. También es posible que ellos sean con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación pues son más visibles que los que no declaran su OS. En este sentido, Hershberg y colegas (24) observaron que el riesgo de suicidio en adolescentes BLH fue mayor entre aquellos que no ocultaban su OS y en los que habían perdido amigos por su OS, pero fue menor en los que sus padres conocían su OS. En otro estudio con adolescentes BLH, revelar la OS a padres y hermanos se relacionó con intento de suicidio (49) y distrés psicológico (48).

Conviene señalar las limitaciones del estudio que aquí se reportan. Primero, al ser una muestra elegida por conveniencia, los hallazgos no se pueden extrapolar de forma mecánica a la población de interés. Por ello, los resultados de este estudio proporcionan una aproximación a la situación de los individuos que acuden a las instituciones y organizaciones en cuestión. La selección por conveniencia puede introducir sesgos en las medidas de asociación. Para valorar de forma parcial este sesgo, se analizó la relación entre la frecuencia de

asistencia a las organizaciones de BLH con indicadores de opresión internalizada y daños a la salud. Así se observó que, en comparación con los BLH que asisten con frecuencia a esas organizaciones, entre los que no lo hacen con regularidad o no habían asistido fueron más altos los porcentajes de homofobia internalizada, ideación suicida, intento de suicidio y trastornos mentales (43). Es decir, es muy probable que la gente que no asiste a las organizaciones (y que es la que no se estudió en esta investigación) es la que presenta niveles más altos de opresión internalizada y daños a la salud. Esta situación hace que las asociaciones identificadas en este estudio sean probablemente una subestimación de la relación real entre opresión internalizada y daños a la salud, ya que se tendió a excluir a los sujetos que presentan niveles más altos de opresión internalizada. Segundo, los cuestionarios de autorreporte pueden parecer limitados pues se basan en las percepciones de los individuos y no en mediciones objetivas. Sin embargo, la opresión internalizada es una construcción subjetiva. Tercero, los daños a la salud estudiados se eligieron de acuerdo con la bibliografía de países industrializados (sobre todo Estados Unidos), con lo cual existe el riesgo de que no se hayan incluido problemas que no se presentan en los BLH de esos países, pero sí en los de México. En futuras investigaciones será necesario utilizar técnicas cualitativas con el fin de conocer la percepción y vivencia de los problemas de salud de BLH de México. Cabe acotar que las escalas que se utilizaron para definir los casos (como de alcoholismo y trastornos mentales) sólo proporcionan diagnósticos supuestos, es decir, no son juicios clínicos definitivos. Cuarto, debido a la naturaleza transversal del estudio no se tiene certeza de que las formas de opresión internalizada se hayan presentado antes de los daños a la salud, lo que limita la posibilidad de hacer conclusiones contundentes sobre causalidad. Sin embargo, los hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores y la mayoría de las asociaciones que se observaron son congruentes con el conocimiento existente.

En síntesis, los resultados del estudio mostraron que la población BLH tiene problemas de salud importantes como la ideación y el intento de suicidio y el alcoholismo en el caso de las mujeres BLH. Además, aunque existen diferencias entre hombres BLH y mujeres BLH respecto al tipo de opresión internalizada que es más frecuente, las tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento) se asociaron con mayor riesgo de presentar ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo. Estos hallazgos se pueden aprovechar para prevenir los daños a la salud en la población BLH.

Las acciones que los gobiernos han dirigido a la población BLH han sido básicamente programas de investigación y prevención de VIH/SIDA en varones BH. Tales acciones han sido producto de la magnitud del problema y no porque se reconozca la existencia de estos grupos (41). Sin embargo, en esta investigación se ha evidenciado que, además del VIH/SIDA, los BLH presentan otros problemas de salud como ideación e intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo. Por tanto se requiere que las instituciones gubernamentales amplíen los programas de bienestar y salud dirigidos a la población BLH. Los centros comunitarios dirigidos a la población BLH pueden contribuir a reducir la opresión internalizada y, en consecuencia, a prevenir los daños a la salud asociados con ella (19). Aunque existen experiencias de estos centros comunitarios sostenidos por organizaciones no gubernamentales, también podrían ser pertinentes iniciativas gubernamentales. Evidentemente, se deben tomar medidas a largo plazo para eliminar el prejuicio contra la homosexualidad y la TEG, lo cual sólo puede ser posible por medio de modificaciones en las instituciones sociales (42).

Agradecimiento.

Agradezco a las siguientes organizaciones e instituciones por su valiosa colaboración para la realización del proyecto: Acción Humana por la Comunidad, Ave de México, Café Virreinas, Centro de Capacitación y Apoyo Sexológico Humanista, CEDART "Frida Kahlo", Clínica Especializada Condesa para la Prevención y Atención en VIH/SIDA, El Clóset de Sor Juana, Fraternidad Gay, Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, Génesis Grupo Cristiano Ecuménico, Grupo de Madres Lesbianas, Hadas, Iglesia de la Comunidad Metropolitana, Letra S, Milk México, Módulo de Atención, Orientación y Quejas Ciudadanas de la diputada Enoe Uranga y Musas de Metal.

REFERENCIAS

1. BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERSJ, GRANT M: *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization, 1992.
2. BOURDIEU P: La dominación masculina. *Revista Estudios Género*, 3:7-95, 1996.
3. CARRIER JM: Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. *Arch Sex Behav*, 5(2):103-24, 1976.
4. CASS VC: Homosexual identity: a concept in need of definition. *J Homosex*, 9(2-3):105-26, 1990.
5. COMISION CIUDADANA CONTRA LOS CRIMENES DE ODIOS POR HOMOFOBIA. Conferencia de Prensa, julio 28 de 1999.
6. DEAN L, MEYER IH, ROBINSON K, SELL RL, SEMBER R y cols.: Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: findings and concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 4(3):101-51, 2000.
7. DIAZ RM, AYALA G, BEIN E, HENNE J, 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*, 91(6):927-32, 2001.

8. DIPLACIDO J: Minority stress among lesbian, gay men, and bisexuals: a consequence of heterosexism, homophobia and stigmatization. En: Herek GM (ed). *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues*. Vol. 4 Stigma and Sexual Orientation. Understanding Prejudice Against Lesbian, Gay Men, and Bisexuals, 138-159, SAGE, Thousand Oaks, 1998.
9. DURANT RH, KROWCHUK DP, SINAL SH: Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescent who engage in same-sex sexual behavior. *J Pediatr*, 132:13-8, 1998.
10. FAULKNER AH, CRANSTON K: Correlates of same-sex behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health*, 88(2):262-6, 1998.
11. FERGUSONDM, HORWOODLI, BEAUTRAIS AL: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people. *Arch Gen Psychiatry*, 56:876-80, 1999.
12. FORSTEIN M: Homophobia: an overview. *Psychiatr Ann*, 18(1): 33-6, 1988.
13. FRIEDMAN RC, DOWNEY JI: Internalized homophobia and gender-valued self-esteem in the psychoanalysis of gay patients. *Psychoanal Rev*, 86(3):325-47, 1998.
14. GAROFALO R, WOLF RC, WISSOW LS, WOODS ER, GOODMAN E: Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153(5):487-93, 1999.
15. GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION and LGBT HEALTHEXPERTS: *Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health*. Gay and Lesbian Medical Association, San Francisco, 2001.
16. GOFFMANE: Estigma. *La Identidad Deteriorada*. Amorrotu editores, México, 1998.
17. GOLDBERG DP: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press, Nueva York, 1972.
18. GOMEZ C, BORGES G: Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1):45-55, 1996.
19. GONSIOROK JC: Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *J Adolesc Health Care*, 9(2):114-22, 1988.
20. GRANERO M: Diferencias entre homosexuales y heterosexuales en comportamiento y personalidad. *Rev Latinoam Psicol*, 16(3):401-20, 1984.
21. HEREK GM, BERRILL KT: Documenting the victimization of lesbians and gay men; methodological issues. En: Herek GM, Berrill KT (eds). *Hate Crimes. Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men*. Sage Publications, New Bury Park, 270-288, 1992.
22. HEREK GM, COGANJC, GILLISJR, GLUNTEK: Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 2:17-25, 1997.
23. HERRILL R, GOLDBERG J, TRUE WR, RAMAKRISHNAN V, LYONSM y cols.: Sexual orientation and suicidality. A co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry*, 56:867-74, 1992.
24. HERSHBERGER SL, PILKINGTON NW, D'AUGELLI AR: Predictors of suicide attempts among gay, lesbian and bisexual youth. *J Adolesc Res*, 12(4):477-97, 1997.
25. KLEIN F: The need to view sexual orientation as a multivariable dynamic process: a theoretical perspective. En: McWhirter DP, Sanders SA, Machover J (ed). *Homosexuality/heterosexuality. Concepts of Sexual Orientation*. Oxford University Press, Nueva York, 277-82, 1990.
26. LAMAS M: Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En: Lamas M (comp.). *El Género: la Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, UNAM, 327-66, México, 1996.
27. LANCASTER RN: Subject honor and object shame: The construction of male homosexuality and stigma in Nicaragua. *Ethnology*, 27(7):113, 1987.

28. LIMA G, LO PRESTO CT, SHERMAN MF, SOBELMAN SA: The relationship between homophobia and self-esteem in gay males with AIDS. *J Homosex*, 25:69-76, 1993.
29. LINK BG: Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev*, 52:96-112, 1987.
30. LOCK J, KLEIS B: Origins of homophobia in males. Psychosexual vulnerabilities and defense development. *Am J Psychother*, 52(4):425-36, 1998.
31. LOCK J, STEINER H: Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(3):297-304, 1999.
32. MARTIN JL, DEAN L: Developing a community sample of gay men for an epidemiologic study of AIDS. *Am Behav Sci*, 33(5):546-61, 1990.
33. MCGREGOR BA, CARVER CS, ANTONIMH, WEISS S y cols.: Distress and internalized homophobia among lesbian women treated for early stage breast cancer. *Psychol Woman Quarter*, 25:1-9, 2001.
34. MCKIRNAN DJ, PETERSON PL. Alcohol and drug use among homosexual man and women: epidemiology and population characteristics. *Addictive Behav*, 14:545-53, 1989.
35. MEDINA-MORA E, CARREÑO S, DE LA FUENTE JR: Experience with the Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) en Mexico. En: Galanter (ed). *Recent Developments in Alcoholism: an Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, and the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*. Plenum Press, 1:383-96, Nueva York, 1998.
36. MEYER IH: Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*, 36(1):38-56, 1995.
37. MIELI M: *Elementos de Crítica Homosexual*. Editorial Anagrama, Barcelona, 1979.
38. MONDRAGON L, BORGES G, GUTIERREZ R: La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6):4-15, 2001.
39. NUÑEZ G: *Sexo Entre Varones. Poder y Resistencia en el Campo Sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género - El Colegio de Sonora - Grupo Editorial Miguel Angel Porrua, México, 1999.
40. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *AUDIT. Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol: Pautas de Uso en la Atención Primaria de la Salud*. 1992.
41. ORTIZ L, GRANADOS JA: Los determinantes sociales de la política de salud para el combate del VIH/SIDA en México. *Argumentos*, (38):23-42, 2001.
42. ORTIZ L, GRANADOS JA: Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Rev Mex Sociol*, (3):265-303, 2003.
43. ORTIZ L: La relación entre opresión y enfermedad en bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, 2003.
44. ORTIZ L: La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura*, (22):161-82, 2004.
45. ORTIZ L: Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales. *Salud Problema* (en prensa), 2005.
46. REMAFEDI G, FRENCH S, STORY M, RESNICK MD, BLUM R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health*, 88:57-60, 1998.
47. ROMERO MR, MEDINA-MORA ME: Validez del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10(3):90-97, 1987.
48. ROSARIO M, ROTHERAM-BORUS MJ, REID H: Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly black and Hispanic background. *J Commun Psychol*, 24:136-59, 1996.
49. ROTHERAM-BORUS M, HUNTER J, ROSARIO M: Suicidal Behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *J Adolesc Res*, 9(4):498-508, 1994.
50. SAVIN-WILLIAMS RC: Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: a reflected appraisal model. *J Homosex*, 17(1-2):93-109, 1989.
51. SCOTT JW: El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M (compiladora). *El Género: la Construcción Cultural de la Diferencia Sexual*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrua - PUEG, UNAM, 265-302, México, 1996.
52. SECRETARIA DE SALUD E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1998.
53. SELL RL: Defining and measuring sexual orientation: a review. *Archives Sexual Behavior*, 26(6):643-58, 1997.
54. SHIDLO A: Internalized homophobia: conceptual and empirical issues in measurement. En: Greene B, Herek GM (ed.). *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues. Lesbian and Gay Psychology. Theory, Research, and Clinical Applications*. Thousands Oaks, 1:176-205, Sage, 1994.
55. SOLIS J: Autoestima, autoconcepto y salud mental. *Psicología Salud*, (7):155, 1997.
56. SOPHIE J: Internalized homophobia and lesbian identity. *J Homosex*, 14(1-2):53-65, 1987.
57. STALL R, WILEY J: A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: the San Francisco Men's Health Study. *Drug Alcohol Depend*, 22(1-2):63-73, 1988.
58. SZYMANSKI DM, CHUNG YB, BALSAM KF: Psychosocial correlates of internalized homophobia in lesbians. *Measurement Evaluation Counseling Dev*, 34:27-38, 2001.
59. ZHANG J, YU KF: What's the relative risk?. A method of correcting the odds ratios in cohort studies of common outcomes. *JAMA*, 280:1690-1, 1998.