



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



TESIS DE POSGRADO

***IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES  
HOMOSEXUALES: PREVALENCIA DE LA HOMOFOBIA  
INTERNALIZADA COMO FACTOR ASOCIADO PRESENTADO EN  
LOS ADOLESCENTES DE LA UMF 33.***

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO PEREZ MERCADO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR.

ASESORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES, PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE  
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

MEXICO, DF.

MARZO 2007.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.

Asesor de Tesis.

Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. "El Rosario".

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias.  
Coordinador clínico de educación e investigación Médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

Dra. Mónica Enríquez Neri.  
Médico Especialista en Medicina Familiar.  
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes.  
Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 33. “El Rosario”.

Dr. Alejandro Pérez Mercado.  
Médico Residente del Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. “El Rosario”.

## **Agradecimientos.**

**A DIOS.**

**Por darme la oportunidad de continuar en este camino.**

**A MIS PADRES.**

**Por continuar apoyando a su hijo a pesar de sus errores.**

**A LUIS ENRIQUE Y SANDRA.**

**Por su cariño, apoyo y confianza.**

**A MIS AMIGOS Y FAMILIA.**

**Gracias por entenderme.**

**Mónica que haría yo sin tu apoyo.**

**Rita, Ana, Memo, Arturo, Lucia, Malú,**

**Claudia, Víctor, Virginia, Janet, Gaby, Chabelita,**

**Roberto. Daniel (Iremos Arrasando).**

**A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL HOSPITAL REGIONAL 72 Y A LA UMF 33.**

**Gracias a sus enseñanzas seguiré creciendo como médico. Gracias por su cariño y paciencia.**

**A MI GUARDIA “LA MEJOR”**

**Blanca, Alicia, Claudia, Eric.**

**Nunca podré pagar lo que han hecho por mí.**

**A UNO DE LOS GRANDES.**

**Germán eres único.**

**¡QUE PUES!**

**A su apoyo en esos 6 meses lejos de mi hogar.**

**Que me abrieron la puerta de su corazón.**

**Alexis, Al club de las feas, Rosi Harkin, Quiquin, Laura.**

**Salvador, Helena.**

**DRA CLAUDIA MONOBE**

**Simplemente, GRACIAS.**

**A TODOS LOS QUE ESTUVIERON A MI LADO  
QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE CONOCER  
Y QUE SIN ELLOS ESTE CAMINO DE TRES AÑOS  
NO HUBIERA SIDO POSIBLE.**

## INDICE

• <b>Título.....</b>	<b>6</b>
• <b>Resumen:.....</b>	<b>7</b>
• <b>Introducción:.....</b>	<b>8</b>
• <b>Justificación:.....</b>	<b>15</b>
• <b>Objetivo:.....</b>	<b>16</b>
• <b>Diseño:.....</b>	<b>17</b>
• <b>Factibilidad y aspectos éticos:.....</b>	<b>18</b>
• <b>Resultados:.....</b>	<b>20</b>
• <b>Análisis de Resultados:.....</b>	<b>33</b>
• <b>Conclusión:.....</b>	<b>35</b>
• <b>Bibliografía: .....</b>	<b>36</b>
• <b>Anexos: .....</b>	<b>38</b>

**Ideación suicida e intento suicida en adolescentes homosexuales:  
prevalencia de la Homofobia internalizada como factor asociado  
presentado en los adolescentes de la UMF 33**

## RESUMEN.

**Pérez A, Morelos-Cervantes MC. Ideación suicida e intento suicida en adolescentes homosexuales: prevalencia de la Homofobia internalizada como factor asociado presentado en los adolescentes de la UMF 33 [Tesis]. México: Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario IMSS.; 2007.**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la homofobia interiorizada como factor asociado a ideación suicida e intento suicida en los adolescentes homosexuales.

**Material y Métodos:** Diseño de tipo transversal analítico, prolectivo, observacional, a través de una encuesta descriptiva. El tamaño de la muestra se estableció con rangos de prevalencia de intento suicida de 8%. Se obtuvo una muestra de 69 participantes. Las variables fueron; sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado civil y variables de estudio: ideación suicida, intento suicida y homofobia internalizada. Se les aplicó una encuesta que consta de preguntas relacionadas al suicidio y sobre homofobia internalizada probada por Herek. Se aplicó esta encuesta a los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio; adolescentes homosexuales que habitaran en la zona de acción de la unidad, que tuvieran entre 16 años a 19 años, y que tuvieran ideación suicida o al menos un intento suicida. Los criterios de exclusión fueron: adolescentes que no habitaran en la zona de acción de la unidad de medicina familiar, que no se hubieren declarado como homosexuales, que no tuvieran al menos un intento suicida y que fueran bisexuales o heterosexuales

**Resultados:** Se aplicó el instrumento de evaluación a 69 adolescentes de los cuales el 17.3% eran mujeres y 82.6% son hombres. Se eliminaron 9 adolescentes encuestados por ser bisexuales. El 90.0% de las adolescentes presentó ideación suicida y solo el 9.09% presentó un intento suicida y en los hombres el 53.06% presentó ideación suicida y el 46.9% presentó intento suicida. El 100% de las mujeres y el 95.01% de los hombres presentaron una escala baja de homofobia internalizada. Solo dos hombres de 19 años fueron los que tuvieron una homofobia internalizada media con un intento suicida (4.08%), el resto de las encuestas tuvieron una homofobia internalizada baja (96.6%) y 0 (0%) de homofobia internalizada alta. **Conclusiones:** Dentro de esta investigación donde estudiamos la prevalencia de homofobia internalizada como un factor asociado a ideación suicida e intento suicida, se demostró una prevalencia de homofobia internalizada baja del 96.6%, una prevalencia de homofobia internalizada media de 3.3% y una homofobia internalizada alta del 0%.

Palabras Clave: Homofobia internalizada, intento suicida, ideación suicida

## INTRODUCCIÓN

Cuando se inicia la fase última de la adquisición de la capacidad reproductiva, el organismo ha sufrido modificaciones que lo preparan para iniciar la última adaptación hacia las responsabilidades de la vida adulta, período conocido como adolescencia, que se inicia aproximadamente a los 9 ó 10 años en las mujeres y entre los 12 y 15 años en los varones, para terminar cerca de los 20 años en las primeras y de los 30 años en los segundos. Aunque según la creencia popular durante este período se atraviesa por trastornos y alienación psicológica, en realidad se trata de una fase adaptativa de crecimiento en la que existe continuidad del desarrollo en lugar de desorganización, estabilidad emocional en vez de trastorno, desarrollo gradual de la identidad y no crisis incapacitantes y armonía generacional en lugar de conflicto (1). Esta fase se caracteriza por:

- Integración de una auto imagen cognitiva, social y física.
- Adquisición de capacidad intelectual más madura en la que se desarrolla el pensamiento abstracto.
- Posibilidad de interactuar y ser aceptado por compañeros del mismo sexo.
- Necesidad de establecer un sistema de valores propios, y en ocasiones distinto al de los padres.
- Obtención de independencia afectiva, económica y social. (2, 3)

Al inicio del nuevo milenio, el comportamiento suicida en los niños y adolescentes, continúa siendo un problema importante de salud en el mundo.

El suicidio es un comportamiento autodestructivo intencional; sus raíces etimológicas provienen de *sui*, que significa “a sí”, y *caedes*: “muerte”; es decir, la muerte dada a sí mismo. En el inicio del siglo XIX, cuando el clásico de Goethe “Las penas de los jóvenes” fue publicado, una epidemia de suicidios ocurrió en los jóvenes. Este comportamiento se cree fue debido a la imitación del héroe del libro, el cual se disparó a sí mismo después de una ruptura amorosa. Después el libro fue prohibido en Europa. En 1910 la Sociedad Psiquiátrica de Viena realizó una sesión especial para evaluar los factores de riesgo del comportamiento suicida de los jóvenes. Esta reunión histórica fue organizada debido a la preocupación del aumento de intentos suicidas y suicidios consumados en los jóvenes y la ansiedad de los profesionales de cómo prevenir el suicidio. Entre los participantes destacaban el Dr. Federn, Freud, Rank, Steckel, y Tausk. Sigmund Freud por ejemplo estaba preocupado por la influencia significativa de los conflictos amorosos en el suicidio. El propósito que un estudio intensivo de personas suicidas podría elucidar los aspectos dinámicos de comportamiento infantil suicida. Otros ofrecieron sugerencias acerca del incremento del estrés, como puede ser la presión escolar, que podría ser un riesgo inherente del comportamiento suicida de los jóvenes. (4)

Pese a considerarse como un acto personal, las relaciones sociales son un factor importante en su causalidad, y el suicidio constituye un acto de agresión hacia los demás, ya que en él subyace el deseo de culpar a una persona, a la familia o a la sociedad. Con base en diversos estudios, se ha encontrado que el comportamiento autodestructivo está relacionado con el estado físico, psíquico y social del sujeto. Algunos comportamientos comunes en el suicida joven son el aislamiento, la incapacidad para respetar las normas sociales, la imposibilidad de alcanzar metas y la baja autoestima (5). De acuerdo con Morón (1977), los suicidas consuman el hecho cuando sienten amenazada su posición en la sociedad, cuando no han llegado a la altura de su “deber” o de la imagen que de sí mismos querían dar a otras personas, además de existir una relación significativa entre el consumo de tóxicos y el suicidio.

Entre los factores desencadenantes más comunes están, entre otros, los conflictos con los padres o con compañeros, las bajas calificaciones escolares, los problemas familiares, el abandono y el maltrato infantil, y la diversidad sexual. Existe relación entre la edad del suicida y la elección del instrumento, la modalidad y los motivos que lo desencadenan. En el caso de los menores, interviene su personalidad, el conocimiento que tengan sobre la efectividad del método elegido, el deseo de muerte y los instrumentos a su alcance. Las formas más comunes en que se consuma el suicidio en los niños son golpeándose repetidamente la cabeza contra la pared, auto incendiándose, clavándose tijeras o cuchillos en el pecho, aventándose de edificios o rehusándose a comer. En todos los casos, buscan una salida a una situación conflictiva o traumática. (6, 7, 8)

Diekstra (1987) refiere que para llegar al suicidio, el estado emocional de los adolescentes es el siguiente: tienen un auto concepto negativo de sí mismos, una expectativa negativa de la comunicación con los demás y carecen de esperanza en lo que respecta al futuro.

El comportamiento suicida en niños y adolescentes, así como las tentativas de quitarse la vida, pueden ser una forma de atraer la atención, una señal de alarma para pedir ayuda o comunicar una necesidad, derivada de un deseo de venganza, de culpa o de soledad, con una acentuada agresividad hacia el medio sociofamiliar. Las tentativas de suicidio en niños y adolescentes se producen como una forma de solucionar sus problemas, porque el ambiente familiar los hace sentir culpables. El sentimiento de desesperanza, de abandono, de incapacidad para afrontar una situación les hace creer que los demás no perciben su necesidad. (8)

Cuando los intentos son reiterados pueden desencadenar en quienes rodean al niño, en vez de una disposición de ayuda, un efecto contrario, de rechazo, por el deterioro que se produce en las relaciones entre él y su familia. Por ello, la ayuda terapéutica que se proporciona se enfoca paralelamente en el tratamiento tanto al sujeto con ideación y/o tentativas de suicidio como a sus familiares. En cuanto al apoyo a la familia, el tratamiento se dirige básicamente a la desculpabilización, al análisis de las medidas preventivas para evitar nuevas tentativas, o a la elaboración del duelo en caso de que el suicidio se haya consumado. Las consecuencias que provocan las tentativas de suicidio y el suicidio consumado para el grupo familiar y social son difíciles de determinar, ya que cada persona percibirá el hecho de manera distinta y sufrirá las consecuencias emocionales también de forma diferente. (9)

A pesar de que las conductas suicidas generan un fuerte impacto en la familia y amigos, si se hace una revisión del comportamiento del menor en cuestión, se encontrará que las intenciones suicidas se habían manifestado directa o indirectamente con anterioridad; incluso a través de expresiones como “un día me voy a matar” o “quisiera dormirme y no despertar”.(10)

Varias causas se consideran implicadas en el suicidio: (2, 6)

- Sociales: El estilo de vida moderno, cultura “light”, consumismo exagerado, falta de autoridad, manipulación fácil, falta de valores y referencias, desarraigos graves, disolución familiar, tecnicismo avasallador, ausencia de significatividad religiosa, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad. Algunos autores hablan del suicidio que se realiza después de una ruptura social importante, el altruista (para salvar el honor familiar o personal o para que otros no se hagan cargo de su persona) y el egoísta (los que nunca estuvieron integrados en la sociedad y que no pertenecen a ella).
- Causas psicológicas: personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales.
- Causas patológicas: trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, trastorno límite.
- Causas biológicas: trastorno neuroquímico.
- Factores clínicos: Enfermedad terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes.
- Factores demográficos: Edad, sexo, estado civil (más frecuente en solteros), ocupación (variable, en desempleados y trabajos de mucha responsabilidad y estrés).
- Antecedentes familiares: Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica y/o historia de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar). Se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos.
- Causas etiológicas agudas: depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, etc.), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas.
- Triángulo letal de Schneidman: Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio: a) Baja auto-estima, b) Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo. c) “Visión en túnel” (“no se ve otra cosa que la muerte como salida”) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

*Causas Predisponentes.*

- Sexo y edad del adolescente.
- Estatus de salud.
- Historia previa de intento suicida y enfermedades mentales incluyendo historia de abuso de sustancias tóxicas.
- Historia de problemas familiares, escolares o personales.
- Historia de intentos suicidas o abuso de sustancias en miembros de la misma familia.
- Historia de incesto.
- Historia de accidentes o daño autoprovocado.
- Experiencias de pérdidas recientes.
- Presencia de drogas o armas de fuego en el hogar.
- Sistemas de apoyo viables: los padres apoyaron y tomaron de forma seria el intento suicida.

*Estado mental:*

- Nivel de depresión.
- Nivel de desesperanza, autoestima, autoayuda.
- Sentimientos de no ser indispensable.
- Abertura para terapia.
- Nivel de pánico y desorganización.
- Actitud sobre la muerte.

*Intento suicida:*

- Método: letalidad.
- Tipo
- Impulso instantáneo o planeado.
- Intento: sin deseo de morir o deseo intenso de morir.

El comportamiento suicida es un síntoma complejo que es influenciado por factores socioculturales y por la presencia de síntomas psiquiátricos y enfermedades psiquiátricas, eventos estresantes, problemas de ajuste social. Para conceptualizar mejor los componentes del comportamiento suicida en jóvenes, se debería utilizar un acercamiento multiaxial como modelo para integrar los múltiples atributos asociados al comportamiento suicida en niños y adolescentes.

Sin dejar el entendimiento que el comportamiento suicida no es una enfermedad psiquiátrica sino un síntoma, los factores envueltos con la incidencia y prevalencia del comportamiento suicida en adolescentes se puede estudiar de acuerdo a los 5 ejes del DMS-IV: I: enfermedades primarias psiquiátricas, II: enfermedades del desarrollo de la personalidad, III factores biológicos, IV estrés, V funcionalidad social. (11)

Hay tres estados estudiados para el intento suicida y suicido consumado como manifestaciones clínicas y etapas clínicas del mismo que se ha reportado en las personas que lo han llevado a cabo: (9) *Primer Estado:* Fase sintomática disfórica (malestar), surge la primera idea de suicidio, si bien la reacción inicial es de oposición: *Segundo Estado:* La idea va tomando cuerpo. No ve otra salida. El 40% lo comunica al médico, psicólogo o sacerdote y el 80% a familiares y conocidos: *Tercer Estado:* Tranquilidad y calma antes de la tormenta. Ya está decidido el cómo, el cuándo y el dónde. (12)

Entre los múltiples estudios que se han reportado para el las causas de intento suicida se han reportado las siguientes causas para los niños y adolescentes: (10, 11): Problemas severos de incomunicación, huida de la agresión física o sexual, fracaso o humillación en el colegio, antecedentes de suicidio en la familia o en un amigo, muerte reciente de un familiar, padres separados con relaciones conflictivas (70% mayor de incidencia), traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, experiencias tempranas traumáticas. Padres alcohólicos o depresivos, embarazos no deseados, pérdida de autoestima (por discusión familiar, humillación, fracaso escolar, homosexualidad, inadaptación y rechazos sociales, etc.), abuso de alcohol o drogas, trastorno de la conducta, fracaso del noviazgo, contacto con familiares o sobrevivientes de suicidio (alto grado de

contaminación), traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, carencia de estructura o límites familiares, amputación del futuro (“ya nada me ilusiona”), deseo fantasiosos de castigar o manipular a los seres queridos.

Una preocupación importante es entender el riesgo del comportamiento suicida en adolescentes y es que hay muy pocos estudios representativos en la comunidad de niños y adolescentes que evalúen la variedad de manifestaciones previas al intento suicida así como las causas que orillan al adolescente para intentar un suicidio. La gran mayoría de los estudios comparativos de suicidio e intento suicido en adolescentes se han realizado en pacientes psiquiátricos. Como resultado, no hay diferencias identificadas entre intento y suicidio consumado. Peor aun, los estudios han sugerido similitudes entre los intentos suicidas y el suicidio consumado.

Datos confiables nacionales sobre el intento de suicidio no existen ya que no hay un registro nacional de intentos suicidas. Como sea, la epidemiología del intento de suicidio entre niños y adolescentes es gradualmente bien elucidado. Se ha estimado que el 8% al 10% de los adolescentes cometen al menos una vez en su vida un intento de suicidio. Aproximadamente 1% de los preadolescentes en la comunidad en general reportan intentos suicidas. Los rangos de intento suicida en niños y adolescentes se han estimado ser de 50:1. (12, 13, 14) El suicidio y el intento de suicidio no habían ocupado un lugar importante como causa de muerte en este grupo de edad. En los años setentas eran de las últimas causas de muerte y no ocupaba un lugar preponderante como causa de mortalidad, en los años noventas sube al octavo lugar como causa de muerte y en los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño del año 2000, el suicidio ocupa el tercer lugar como causa de muerte en este grupo de edad, así como los accidentes, la utilización de sustancias no medicamentosas y lesiones autoprovocadas se encuentran entre las primeras causas de ingresos intrahospitalarios relacionados al suicidio directamente(18)

Los esfuerzos que se han realizado para estimar el intento suicida no son del todo verdaderos, por el hecho de que casi todos los intentos suicidas son registrados como accidentes. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estado Unidos de Norteamérica reportó 4186 suicidios entre los grupos de edad entre 15-24 años de edad en ese año. 43% eran adolescentes entre la edad de 15 a 19 años de edad, y 57% eran entre 20 a 24 años de edad. (12). En 1997, el 13% de todas las muertes en el grupo de edad 15-24 años de edad se han atribuido al suicidio. Los intentos de suicidio y los rangos estimados de intento suicida para consumir el suicidio en los adolescentes varían grandemente de estudio en estudio. Los estudios conservadores estiman rangos de 8:1 a 25:1, mientras que otros varían de 50:1 a 200:1. Basados en los estudios de 1997 se consumaron 4, 186 suicidios, los rangos de intento son de 33, 000 a 800, 000 por año. Los rangos de segundo intento varían de 6% a 16% en un año. (12)

El suicidio e intento suicida en niños y adolescentes se han incrementado notablemente en los últimos años en nuestro país. De acuerdo con las estadísticas del INEGI, en el año 2001 en el Distrito Federal hubo 269 suicidios en niños y adolescentes, de los cuales 160 se llevaron a cabo recurriendo al método de estrangulación; en cuanto al lugar y hora, 199 se consumaron en la casa del suicida, durante la noche, que es cuando se acentúan los estados melancólicos y depresivos. (18)

A nivel nacional se registraron 3,089 casos, de los cuales el 8.1% corresponde a menores de 15 años de edad. El suicidio es, en México, la séptima causa de muerte en niños entre los 5 y los 14 años de edad, y la tercera entre los adolescentes (18).

Aunque no hay exámenes específicos que puedan identificar a personas suicidas, hay factores de riesgo que sí existen. Los adolescentes con alto riesgo tienen una historia previa de depresión, un intento de suicidio previo, historia familiar de desordenes psiquiátricos (especialmente depresión y comportamiento suicida), familia disfuncional, una enfermedad crónica o alteración física o enfermedad psiquiátrica. El consumo de bebidas alcohólicas indica un factor de riesgo elevado para el suicidio. El alcohol se ha asociado con el 50 % de los suicidios. El vivir fuera del hogar paterno (en una correccional o en un grupo externo familiar) y la historia de abuso psicológico o sexual son otras condicionantes que presentan los adolescentes que presentan comportamiento suicida. (19, 20)

Otras condicionantes que presentan y son observadas en los adolescentes que intentan suicidarse con estrés, son los conflictos parentales, rompimiento en una relación, problemas escolares, problemas legales, deprivación social, y alteraciones físicas (incluidas preocupaciones hipocondríacas). Estas

últimas son muy frecuentemente factores desencadenantes citados por los adolescentes como razones principales para intentar el suicidio. Los adolescentes homosexuales y bisexuales han reportado presentar altos rangos de depresión y han reportado tener altos porcentajes de ideación suicida así como presentar 3 veces mas intentos que cualquier otro adolescente. Los jóvenes que se encuentran en la preparatoria y se identifican como homosexuales, lesbianas y bisexuales, que tiene actividad sexual con personas de su mismo sexo, o tienen tener atracción erótico afectiva o relaciones con personas de si mismo sexo son mas propensos a presentar intentos suicidas, ser lastimados, y presentar abuso de sustancias. Aunque solo es una porción representativa de adolescentes que se identifican como homosexuales o bisexuales, en un estudio de cohortes en una escuela preparatoria, comparados con los jóvenes heterosexuales, hay un riesgo mayor de 2 a 7 veces de presentar un intento suicida, son 2 a 4 veces mas el riesgo de ser amenazados con un arma de fuego en la escuela y son mas propensos de ingerir alcohol, marihuana y cocaína. Es importante resaltar que estos problemas psicosociales y el intento suicida en los jóvenes homosexuales ni son universales y no son atribuibles a la homosexualidad en si, pero hay una asociación muy fuerte al estigma de la no conformidad con la orientación sexual, estrés, violencia, falta de apoyo, abandono escolar, problemas de integración familiar, e intentos suicidas. (21, 22,23).

Entre la edad de mas riesgo, se encuentra los adolescentes entre los 14 a 19 años de edad y entre las causas que orillan a un adolescente a llevar a cabo un intento suicida o un suicidio consumado están los que experimentan como preferencia sexual la homosexualidad o bisexualidad.

Los adolescentes homosexuales y bisexuales han mostrado experimentar porcentajes altos de depresión y son tres veces mas susceptibles a presentar intentos de suicido que los adolescentes heterosexuales. (24)

Un estudio de población abierta de 630 adolescentes en Inglaterra señaló que para los varones, pero no para las mujeres, la orientación sexual fue asociada con un incremento de intento suicida y suicidio consumado. Los adolescentes homosexuales y bisexuales tienen un riesgo mayor de intento suicida. Usando los datos de 1 007 adolescentes en un seguimiento por 21 años en Nueva Zelanda en un estudio de cohortes desde el nacimiento, el 2.8% se clasifico como homosexual o bisexual o lesbiana, presentando más síntomas de depresión, ansiedad generalizada, desordenes de la conducta, ideación suicida, intento suicida, que los otros jóvenes en el estudio longitudinal. Este estudio descubre claramente que los jóvenes homosexuales, bisexuales o lesbianas tienen mas problemas psiquiátricos que aquellos sin esta tendencia sexual. (25)

La orientación erótico afectiva hacia personas del mismo sexo. La orientación sexual hace referencia a la atracción física y emocional que se tiene de forma individual hacia otras personas. Los individuos heterosexuales son atraídos hacia personas del sexo opuesto, los individuos homosexuales son atraídos hacia personas de su mismo sexo, y los individuos bisexuales son atraídos por ambos sexos. La identidad de género es el reconocimiento de uno mismo a ser hombre y mujer, y el rol de género es la expresión hacia el exterior de masculinidad y feminidad. La identidad de género y el rol de género usualmente están conformados por el sexo anatómico en individuos tanto heterosexuales como homosexuales. Los mecanismos por los cuales se desarrolla una orientación sexual en particular continúan siendo inciertos, pero de acuerdo a la literatura actual y casi de común acuerdo de los estudiosos del tema concluyen que la orientación sexual no es una elección; esto quiere decir, que los individuos no escogen ser homosexuales o heterosexuales. El conocimiento actual sugiere que la orientación sexual usualmente se establece en la niñez. La homofobia internalizada que se enfoca en la existencia de insatisfacción con ser homosexual. (30)

Los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales 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. A causa de ello, los homosexuales 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 estudios realizados en países industrializados se ha mostrado que las formas de prejuicio que enfrenta la población homosexual 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 homosexuales consumen con mayor frecuencia alcohol, marihuana, cocaína y otras drogas ilegales, fuman más cigarrillos, presentan prevalencia más altas de intento e ideación suicida y mayor probabilidad de ser víctimas de violencia en la escuela. En una encuesta aplicada a homosexuales de la Ciudad de México, se observó que, debido a su orientación sexual, 58% de ellos había recibido insultos verbales y 16% había sufrido

alguna agresión física. Además, 42.3% de los varones bisexuales y homosexuales había sido detenido, amenazado o extorsionado por policías; para las mujeres bisexuales y lesbianas, la proporción fue de 19%. La Comisión Ciudadana Contra los Crímenes de Odio por Homofobia 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 comisión sugiere que, por cada caso documentado por ella, existen por lo menos otros tres. 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) y mayor prevalencia ideación e intento de suicidio, depresión, trastorno generalizado de ansiedad, trastornos de la conducta y dependencia a la nicotina. Meyer ha señalado que estos estudios en que se compara la morbilidad de los homosexuales con la de heterosexuales sólo permiten documentar la existencia de los efectos negativos del heterosexismo y la homofobia sobre la salud de los homosexuales. 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 homosexual. (29, 31)

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 (32). En su niñez, los homosexuales aprenderán los significados negativos asociados con la homosexualidad, para posteriormente aplicarlos a sus propias personas. Los niños que a la larga serán homosexuales 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 (33). De esta forma, los homosexuales incorporan en su auto concepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad. Lo anterior provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros; esta situación se ha definido como homofobia internalizada (1. Tradicionalmente, la homofobia internalizada sólo ha sido conceptualizada como actitud negativa de los homosexuales hacia su homosexualidad (34). Sin embargo, es importante incorporar la actitud a los estereotipos de género ya que culturalmente se le ha vinculado con la homosexualidad. Debido al vínculo simbólico entre estereotipos de género y homosexualidad, el prejuicio hacia la homosexualidad está estrechamente relacionado con el prejuicio contra los estereotipos de género. De este modo, los individuos internalizan los prejuicios contra la homosexualidad junto con los prejuicios contra los estereotipos de género y los conciben como uno solo (35). La actitud negativa a los estereotipos de género 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 crítica 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 homosexuales con actitudes negativas hacia los estereotipos de género 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 (35). Los homosexuales con actitudes negativas hacia el género podrían racionalizar de la siguiente forma: soy homosexual (lesbiana), pero por lo menos no soy femenino (masculina). Así, ser homosexual sin estereotipos es menos denigrante (aunque sigue siendo algo negativo) que ser homosexual y trasgresor de esos estereotipos.

Uno de los principales problemas en la investigación sobre la homofobia internalizada es como operacionalizar el instrumento. Aunque la gran mayoría de los profesionales de la salud mental e investigadores están de acuerdo en la definición de homofobia internalizada - esto es sentimientos negativos por ser homosexual - también varía en su conceptualización y en la operacionalización de sus instrumentos de evaluación. Esto hace que la homofobia internalizada se tome no solo como el no estar a gusto siendo homosexual, sino también a un rechazo de los homosexuales así como comportarse de forma violenta con otros homosexuales, la negación de la homosexualidad como una opción de vida aceptable, el no deseo de compartir la homosexualidad con otros, los estigmas asociados a la homosexualidad, y la aceptación de los estereotipos acerca de la homosexualidad. Como Shildo (34) menciona, muchos de estos instrumentos están mejor relacionados cuando correlacionan la homofobia internalizada mas que a las manifestaciones de la misma. Para evadir este problema, una escala que propuso Martín para medir la homofobia internalizada, la cual representa una mejor definición de estas escalas. La escala se basa principalmente en la insatisfacción por ser homosexual y el deseo de ser heterosexual. De acuerdo con esto el instrumento de Martín no relaciona la homofobia internalizada con

otros problemas (36). Para la validación del instrumento se realizó en 75 mujeres y 75 hombres en una calle donde se reúnen homosexuales y bisexuales en Sacramento. De los 150 cuestionarios 3 se eliminaron por no estar completamente llenos. Los 147 restantes, 74 de mujeres y 73 de hombres. De los resultados se obtuvo lo siguiente; los hombres tuvieron más homofobia internalizada que las mujeres en el instrumento de evaluación, y más alto los bisexuales que los homosexuales (medidas = 14.79 para hombres homosexuales, 19.91 para hombres bisexuales, 11.68 para lesbianas, 16.87 para mujeres bisexuales). Los análisis de las variantes (ANOVA) determinaron un alto índice de efectos relacionados a las relaciones sexuales ( $F_{1,138} = 14.66$   $p$  menor de 0.001) y sobre la orientación sexual ( $F_{1,138} = 15.38$   $p$  menor de 0.001). La interacción entre sexo-orientación sexual no fue significativa. Como se esperaba, casi todas las respuestas apuntaban a un extremo bajo de homofobia internalizada. De un lado las lesbianas respondieron entre 9 a 10, mientras que entre los homosexuales hombres las respuestas estaban entre 9 y 13. Entre los bisexuales las respuestas fueron de 17 para mujeres bisexuales y 19 para hombres homosexuales. (30)

Determinar los rangos de intento suicida y suicidio consumado entre los adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales es muy difícil. Factores que complican esta situación están la carencia de información acerca de la orientación sexual en los certificados médicos, la presencia de múltiples individuos con el estrés de asumir su rol sexual o discutir sus sentimientos con profesionales, una inadecuada educación acerca de la orientación sexual en el personal médico, y la imposibilidad de adquirir una muestra lo suficientemente representativa. A pesar de las dificultades metodológicas, estudios recientes sugieren que los jóvenes homosexuales y bisexuales tienen un riesgo mayor de presentar intento suicida. Entre todos los jóvenes, sin tomar en cuenta su preferencia sexual, las mujeres jóvenes son las que tienen un índice mayor de intento suicida, y los hombres jóvenes son los que tienen un riesgo mayor de presentar suicidio consumado. Los rangos de suicidios entre los jóvenes homosexuales y bisexuales también varían por la presencia de otros factores asociados, como puede ser enfermedad mental, uso de drogas, rechazo familiar, y a lo mejor en un menor porcentaje la inconformidad por el rol sexual. También se ha propuesto que para todos los grupos de edad, los problemas en cuanto a asumir el rol sexual y el uso de drogas es un factor importante.

Se sabe que los adolescentes son los más propensos a presentar intentos suicidas y se sabe que los adolescentes homosexuales y bisexuales son más propensos a tener más intentos suicidas y suicidios consumados pero no se conocen las causas reales que orillan a un adolescente homosexual o bisexual a llevar a cabo un intento suicida o un suicidio consumado. De aquí la importancia de realizar estudios de la comunidad adolescente homosexual de nuestro medio para poder establecer los factores asociados y así poder realizar programas de prevención que realmente impacten al adolescente en base a las causas mostradas en los estudios y causar un impacto en la disminución del suicidio como causa de morbi-mortalidad en este grupo de edad.

**JUSTIFICACIÓN:**

Los adolescentes es el grupo de edad mas desprotegido que hay en nuestro país hoy en día. Los adolescentes, por sus características propias de la edad no se acercan a los centros de salud, y los mismos centros de salud no han creado medios exitosos para acercarse a este grupo de edad. De forma importante cabe destacar que, para el adolescente, es de vital importancia para su desarrollo el asumir un rol sexual y cuando esta atracción erótico afectiva es hacia personas de su mismo sexo se convierte en una condicionante mayor para la ideación suicida e intento suicida convirtiéndolo en un problema mayor en la vida del adolescente, siendo este uno de los menos estudiado y al cual no se le ha dado una solución. La importancia de conocer cuales son los factores asociados y su prevalencia, como lo es este caso el de la homofobia interiorizada, es para crear programas de prevención que realmente causen impacto en la comunidad, basados en los factores asociados presentes en la ideación suicida e intento suicida, en este caso el adolescente homosexual y evitar el suicidio se convierta en la principal causa de muerte en este grupo de edad en nuestro país

Para la realización del presente trabajo se hizo la siguiente pregunta:

¿Conocer cual es la prevalencia de la homofobia interiorizada como factor asociado de ideación suicida e intento suicida en adolescentes homosexuales de la UMF 33?

**OBJETIVOS:****Objetivo general.**

- Determinar la prevalencia de la homofobia interiorizada como factor asociado a ideación suicida e intento suicida en los adolescentes homosexuales.

**Objetivo específicos:**

- Identificar la prevalencia de ideación suicida.
- Identificar la prevalencia del intento suicida.
- Identificar la prevalencia de la homofobia internalizada como factor asociado a ideación suicida
- Identificar la prevalencia de la homofobia internalizada como factor asociado a intento suicida

## DISEÑO EXPERIMENTAL

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, prolectivo, observacional, a través de una encuesta descriptiva que se le aplicó a la comunidad estudiada. El tamaño de la muestra se estableció con base en los resultados de estudios previos cuyos márgenes de prevalencia de intento suicida en adolescentes va de 8% a 10%, para un margen de error de 10% (0.1). Se despejó la fórmula y se obtuvo una muestra de 69 participantes. En este estudio se aplicó una encuesta que consta de 2 preguntas relacionadas el intento suicida e ideación suicida, así como 9 reactivos sobre homofobia internalizada previamente realizada y probada por Herek (30). La encuesta se aplicó a 69 adolescentes entre los 16 a 19 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio. Los criterios de inclusión fueron: Adolescentes homosexuales que habitaran en la Zona de Acción de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, que tuvieran entre 16 años a 19 años, y que tuvieran ideación suicida o al menos un intento suicida. Los criterios de exclusión fueron: Adolescentes que no habitaran en la zona de acción de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, que no se hubieran declarado como homosexuales, que no tuvieran al menos un intento suicida y que fueran bisexuales o heterosexuales.

Las variables a utilizar fueron: como variables sociodemográficas: la edad entre los 16 a 19 años de edad, el sexo masculino y femenino, la ocupación, escolaridad y estado civil. Las variables de estudio fueron; ideación suicida: la ideación suicida es el comportamiento autodestructivo con deseo intenso de autolesionarse y no consumir su principal objetivo: concluir con la vida; Intento Suicida: El intento de suicidio es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del *auto-homicidio*, es decir, la intención de la persona por terminar con su propia vida. Los investigadores coinciden en que el intento de suicidio se ha incrementado en la población de adolescentes y jóvenes. Los adolescentes con un plan bien pensado que incluye el método, el lugar, el tiempo y un claro intento son considerados como de alto riesgo. El grado de riesgo del intento puede ser catalogado por la letalidad del intento. El uso de armas de fuego por ejemplo, tiene un alto grado de letalidad y una probabilidad de ser rescatado muy bajo. Un adolescente que toma pastillas en la presencia de alguien más tiene buenas oportunidades de ser rescatado y se considera de bajo riesgo. Para ambas variables se utilizó en el instrumento de evaluación sobre la ideación e intento suicida y se utilizó una escala de medición tipo nominal con respuesta de si o no. Y la otra variable, homofobia internalizada: Casi todas las sociedades, su cultura sexual esta denominada por el heterosexismo, y este sistema ideológico niega, denigra y estigmatiza a los comportamientos no heterosexuales. Consecuentemente, los homosexuales y bisexuales usualmente experimentan algún grado de sentimientos negativos hacia si mismos cuando se reconocen como homosexuales o bisexuales durante la adolescencia. Este sentimiento que normalmente se le llama homofobia internalizada algunas veces hace que el proceso de la formación de la identidad sexual mas difícil, y podría tener implicaciones psicológicas en los hombres y mujeres homosexuales durante su vida. En el camino de reconocerse con la orientación homosexual o bisexual, el desarrollar una identidad sexual basado en la homosexualidad, y el dar a conocer su orientación a otros ( salir del closet) la gran mayoría de los homosexuales hombres y mujeres logran superar de una forma exitosa los problemas psicológicos que a homofobia internalizada les pueden acarrear. A pesar de que la homofobia internalizada representa un desafío para la salud mental de los homosexuales esta bien reconocida y difundida, muy pocos son los estudios empíricos que se han realizado acerca de su relación con problemas de salud específicos. Los pocos datos que hay disponibles sugieren que a niveles altos de homofobia interiorizada se relaciona más con problemas de baja autoestima, y mayor cantidad de problemas psicológicos como lo es la depresión. La homofobia internalizada también se relaciona con una disminución de la auto aceptación como homosexual o problemas relacionados con salir del closet, y disminuir de forma importante apoyo social. Para valorar la homofobia interiorizada se aplicó una escala que constó de nueve reactivos y cada uno tiene 5 opciones de respuesta, a cada uno se le dio un valor de 0 a 5 y las puntuaciones mas altas indican mayor homofobia internalizada. Por medio del cuestionario utilizo una escala para valorar homofobia internalizada que se enfoca en la existencia de insatisfacción con ser homosexual y el deseo de convertirse en heterosexual. La encuesta fue individual y se contestó a través del cuestionario otorgado marcando con una cruz sobre lo que encuestado piense y sienta. En investigaciones previas administradas y realizadas con este mismo instrumento de homofobia internalizada se comprobó que la escala es aceptable con consistencia interna y relacionada con las medidas relevantes esperadas. Las preguntas administradas dieron una escala de respuesta con rangos que fueron desde totalmente desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. De 1 a 18 baja homofobia internalizada, de 19 a 27 media homofobia interiorizada y de 28 a 45 alto grado de homofobia internalizada.

### **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS:**

El estudio se realizó sin ningún contratiempo o problema que comentar. Se contó con el material requerido para la realización del mismo tanto material y humano, así como se logró reunir la muestra necesaria, para lo que se requiero inclusive de acudir a los centros de reunión de la comunidad homosexual y bisexual de la zona para reunir la muestra. Se contó con el apoyo de las autoridades de la unidad así como autorización del Comité Local de Investigación correspondiente a la unidad.

De acuerdo a los acuerdos de Helsinki en 1975 en Finlandia y a lo marcado en la Ley General de Salud que rige nuestro país se realizarán encuestas de forma anónima, para respetar los derechos individuales de cada uno de los encuestados. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación. La Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo; Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley: Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

El consentimiento informado en los adolescentes a encuestar fue otorgado por ellos mismo ya que dentro de los derechos sexuales del adolescente se considera que ellos tienen la capacidad de decidir libremente su sexualidad, así como de acuerdo a bibliografía consultada el adolescente es capaz de definir su sexualidad desde una edad muy temprana por lo que el adolescente será capaz de firmar el consentimiento informado.

Hay una declaración establecida en México en Agosto del 2000 sobre los derechos el adolescente homosexual que en algunos párrafos se encuentra lo que considero importante para declarar autónomo al adolescente en la decisión de participar en este estudio:

- Derecho a la autonomía sobre mi cuerpo y mi vida sexual. Decido que hacer con mi cuerpo y mi vida sexual y exijo respeto a mi libertad y derecho a disfrutar de una vida sexual placentera. Yo disfruto de mi cuerpo y del ejercicio de mi vida sexual, y necesito un ambiente libre de culpas y coerción.
- Derecho a manifestar públicamente mis afectos. Expreso mis sentimientos y afectos en espacios públicos, fomentando así una cultura de convivencia armónica.
- Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad. Decido libremente con quien o quienes compartir mi vida, mis sentimientos, mis afectos y mi erotismo. Deben ser reconocidas y respetadas las formas de unión o convivencia que yo elija.
- Derecho a la privacidad en mi vida sexual. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en mi vida sexual. Ninguna persona o institución tiene derecho a transgredirlos.
- Derecho a la participación. Tengo derecho a participar en los espacios de toma de decisión que tienen que ver con mi sexualidad y mi reproducción, desde el diseño, implementación y evaluación de programas, políticas públicas e instituciones sociales.

Esta declaración es el reflejo de los planteamientos de los participantes de 28 estados de la República Mexicana, representantes de 78 organizaciones civiles e instituciones gubernamentales que asistieron al Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales, realizado en La Trinidad, Tlaxcala, que convocó el Instituto Mexicano de la Juventud, la Dirección de Programas para la Juventud del Gobierno del Distrito Federal, Acción Educativa por la Salud Sexual, A.C. y ELIGE Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos:

## RESULTADOS.

Para la realización del presente trabajo titulado “Ideación suicida e intento suicida en adolescentes homosexuales: prevalencia de la Homofobia internalizada como factor asociado presentado en los adolescentes de la UMF 33” se realizó y aplicó la encuesta a 69 adolescentes de la comunidad homosexual perteneciente a la zona de acción de la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario”. Se desecharon 9 encuestas, de las cuales una era de una mujer y ochos de hombres, por ser bisexuales, lo que es un criterio de exclusión, y el resto cumplieron con lo necesario para poder ser incluidas en el estudio realizado. De los 69 encuestados, se desecharon 9, quedando 60, de las cuales 11 fueron mujeres (18.3%) y 49 fueron hombres (81.6%) (Tabla 1 y Gráfica 1).

De las edades presentadas, por parte de las mujeres, 2 tienen 16 años (18.18%), 4 tienen 17 años (36.36%), 2 tienen 18 años (18.18%) y 3 tienen 19 años (27.27%). De los hombres las edades presentadas fueron las siguientes: de 16 años 4 (8.1%), de 17 años 9 (18.36%), de 18 años 7 (14.28%) y de 19 años 29 (48.33%). (Tabla 2 y Gráfica 2).

De la ocupación presentada, las mujeres que trabajan y estudian son 2 (18.18%), 3 únicamente trabajan (27.27%) y 6 únicamente estudian (54.54%). Por su parte, los hombres, 10 estudian y trabajan (20.4%), 34 únicamente estudian (69.38%), y 5 únicamente trabajan (10.20%). (Tabla 3 y Gráfica 3).

Del estado civil que presentaron las mujeres, 6 eran solteras (54.54%) y 5 tenían una pareja estable (45.45%), y para los hombres 27 eran solteros (55.1%) y 22 tenían pareja estable (44.8%). (Tabla 4 y Gráfica 4).

En cuanto a su preferencia sexual solo una mujer se declaró como bisexual (8.3%) y el resto, 11 mujeres, como homosexuales (91.6%). Para los hombres, 8 se consideran bisexuales (14%) y el resto homosexuales 49 (85.9%). (Gráfica 8 y 9). Tomando como el 100% las 69 encuestas sin haber excluido a los bisexuales. (Tabla 5 y Gráfica 5)

De las mujeres encuestadas 10 de ellas habían pensado en suicidarse pero sola una lo intentó en una sola ocasión (90.0% y 9.09% respectivamente). De los hombres 26 pensaron en el suicidio como una opción y 23 lo intentaron en alguna ocasión (53.06% y 46.9% respectivamente). (Tabla 6 y Gráfica 6).

Sobre homofobia interiorizada; los rangos de las mujeres estuvo por debajo de los 18 puntos que denotarían un bajo grado de homofobia internalizada, 11 que representa el 100% de ellas estuvo por debajo de los 18 puntos. En cuanto a los hombres solo dos tuvieron arriba de 18 puntos (4.08%, con un puntaje de 20 y 21) lo que representa un grado medio de homofobia internalizada y el resto se encontró por debajo de 18 (95.92%) lo que representa un grado de homofobia internalizada bajo. (Tabla 7 y Gráfica 7). De los dos hombres que presentaron intento suicida (4.08%) tenían un grado de homofobia internalizada media, y la mujer que presentó intento suicida (1.6%) tenía un grado bajo de homofobia internalizada, el resto tanto de intento suicida para hombres y para mujeres presentaron una homofobia internalizada baja (Tabla 8 y Gráfica 8). Y para un total de 96.6% para intento suicida e ideación suicida en ambos sexos con homofobia internalizada baja, 3.35 para homofobia internalizada media y 0% para homofobia internalizada alta. (Tabla 9 y Gráfica 9).

En cuanto a cada pregunta de la escala de homofobia internalizada los resultados presentados para las mujeres fueron los siguientes: pregunta que se refiere a “casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales” 3 contestaron que estaban en total desacuerdo (27.27%) 6 a veces (54.54%) y 2 que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo (4.08%), la segunda pregunta “si has tratado de no sentir atracción por personas del mismo sexo”, 6 contestaron que estaban en total desacuerdo (54.54%), 4 que a veces (36.36%) y solo una contestó que no estaba ni de acuerdo ni en contra (9.09%). En la pregunta 3 de “si aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien se lo ofreciera”, 7 contestaron que estaban en contra (63.63%) 3 que a veces (27.27%) y 1 (9.09%) que no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo; de la pregunta 4 “si desearía no ser homosexual” los resultados fueron: 7 contestaron que estaban en contra (63.63%) 3 que a veces (27.27%) y 1 (9.09%) que no estaba de acuerdo ni en desacuerdo; de la pregunta 5 “me siento mal conmigo mismo por ser homosexual”, 7 contestaron que estaban en contra (63.63%) 4 que a veces (36.36%), de la pregunta 6 “si quisieras desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto” 6 contestaron que estaban en desacuerdo y 5 que a veces (54.54% y 45.45% respectivamente); en la pregunta 7 “siento que ser homosexual es un defecto” 7 contestaron que estaban en desacuerdo (63.63%), 2 contestaron que a veces (18.18%), y 2 que ni estaban de acuerdo ni en desacuerdo

(18.18%); de la pregunta 8 “si quisiera buscar ayuda profesional para convertirme a heterosexual”, 7 contestaron que estaban en contra (63.63%) 3 que a veces (27.27%) y 1 (9.09%) que no estaba de acuerdo ni en desacuerdo; y por ultimo “si ha tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto”, 8 contestaron que estaban en desacuerdo (72.72%) y el resto que a veces 3 mujeres (27.27%). (Tabla 10 y Gráfica 10).

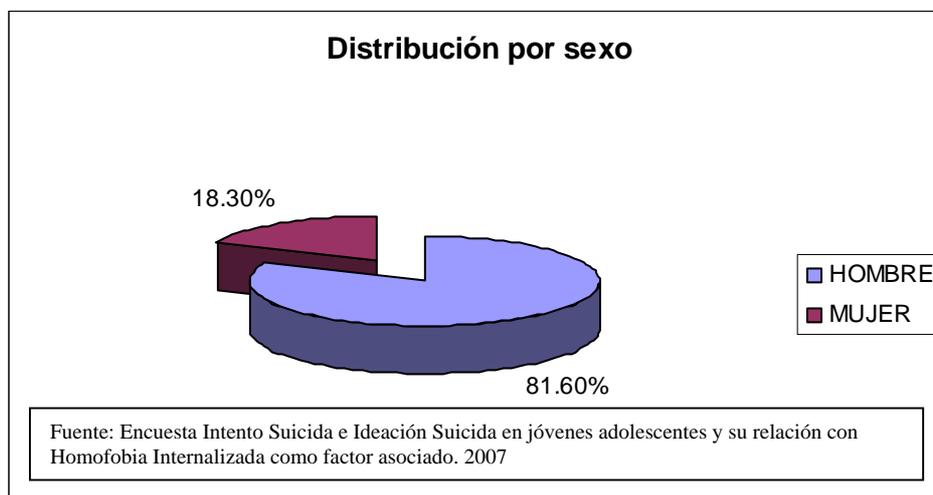
En cuanto a los hombres para cada pregunta de la escala de homofobia internalizada los resultados presentados fueron los siguientes: pregunta que se refiere a “casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales”, 25 contestaron que estaban en total desacuerdo (51.02%) 17 a veces (34.69%) y 7 que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo (14.28%), la segunda pregunta “si ha tratado de no sentir atracción por personas del mismo sexo”, 24 contestaron que estaban en total desacuerdo (48.97%), 21 que a veces (42.8%) y solo 4 contestaron que no estaba ni de acuerdo ni en contra (8.16%). En la pregunta 3 de “si aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien se lo ofreciera”, 25 contestaron que estaban en contra (51.02%) 24 que a veces (48.7%); de la pregunta 4 “si desearía no ser homosexual”, 26 contestaron que estaban en contra (53.06%), 22 que a veces (44.89%) y 1 (2.04%) que no estaba de acuerdo ni en desacuerdo; de la pregunta 5 “me siento mal conmigo mismo por ser homosexual”, 33 contestaron que estaban en contra (67.34%), 14 que a veces (28.57%) y 2 que no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo (4.08%); de la pregunta 6 “si quisieras desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto”, 32 contestaron que estaban en desacuerdo (65.30%), 16 que a veces (32.65%) y 1 que no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo (2.04%); en la pregunta 7 “siento que ser homosexual es un defecto”, 37 contestaron que estaban en desacuerdo (75.51%), 11 contestaron que a veces (22.44%), y 1 que ni estaban de acuerdo ni en desacuerdo (2.04%); de la pregunta 8 “quisiera buscar ayuda profesional para convertirse a heterosexual”, 31 contestaron que estaban en contra (63.26%), 16 que a veces (32.65%) y 2 (4.08%) que no estaba de acuerdo ni en desacuerdo; y ultima pregunta “he tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto”, 35 contestaron que estaban en desacuerdo (71.42%), 13 contestaron que a veces (26.53%) y el resto 1 que no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo (2.04%). (Tabla 11 y Gráfica 11)

## RESULTADOS

**Tabla 1: Sexo.**

Sexo	No. De Casos	Porcentaje
Hombre	49	81.6
Mujer	11	18.3

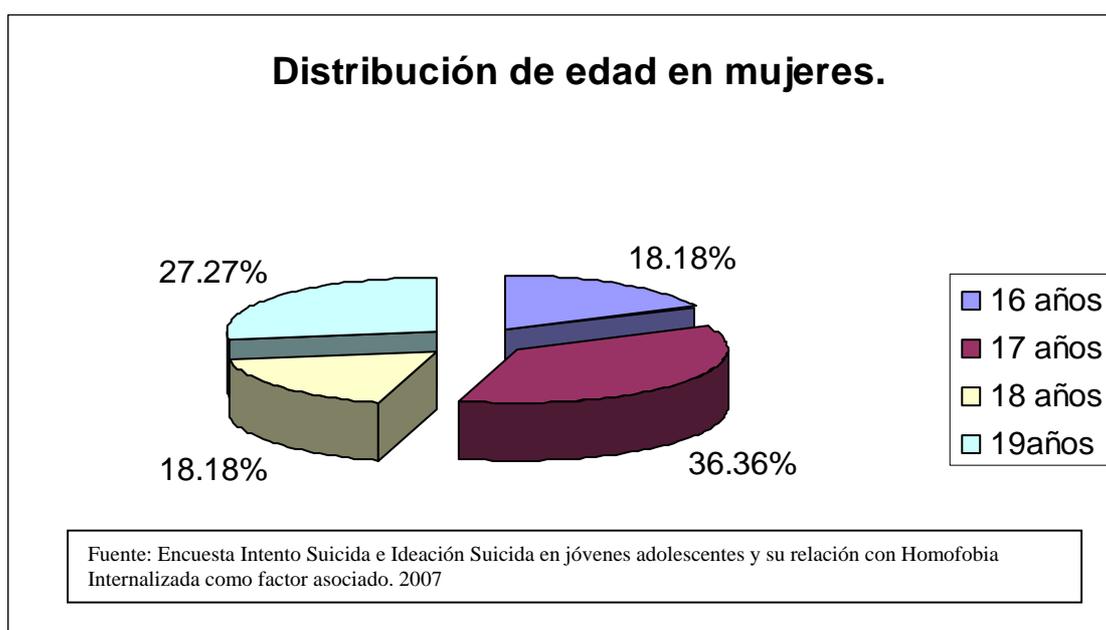
**Grafica 1**



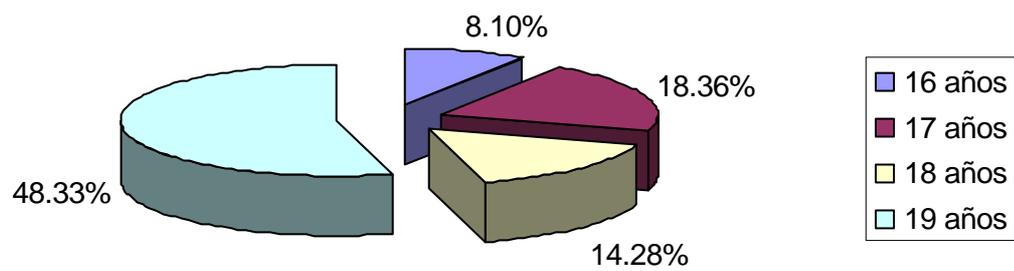
**Tabla 2: Edad.**

Edad	Masculino	Femenino.
16 años	4 (8.1%)	2 (18.18%)
17 años	9 (18.36%)	4 (36.36%)
18 años	7 (14.28%)	2 (18.18%)
19 años	29 (48.33%)	3 (27.27%)

**Grafica 2: Edad.**



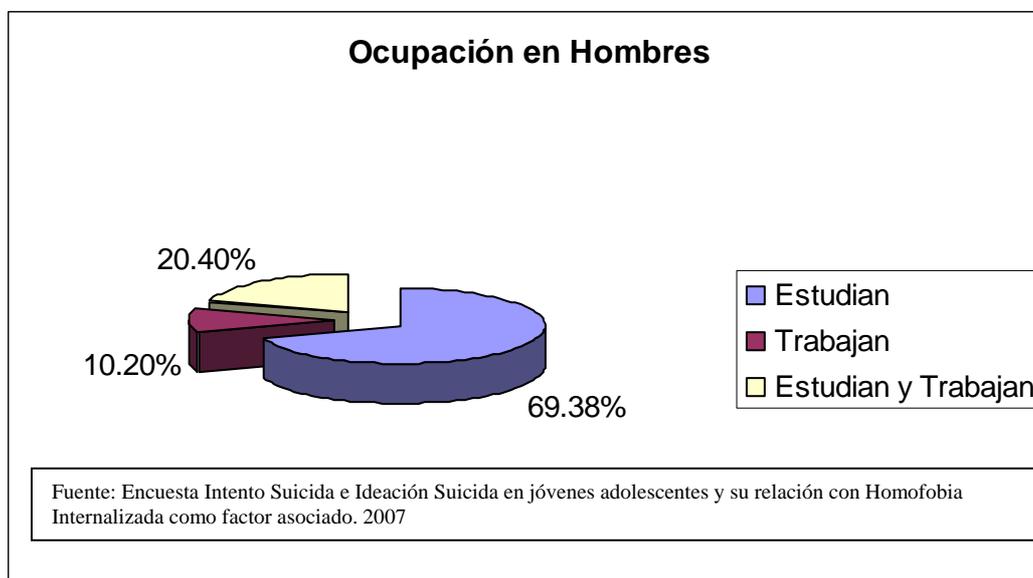
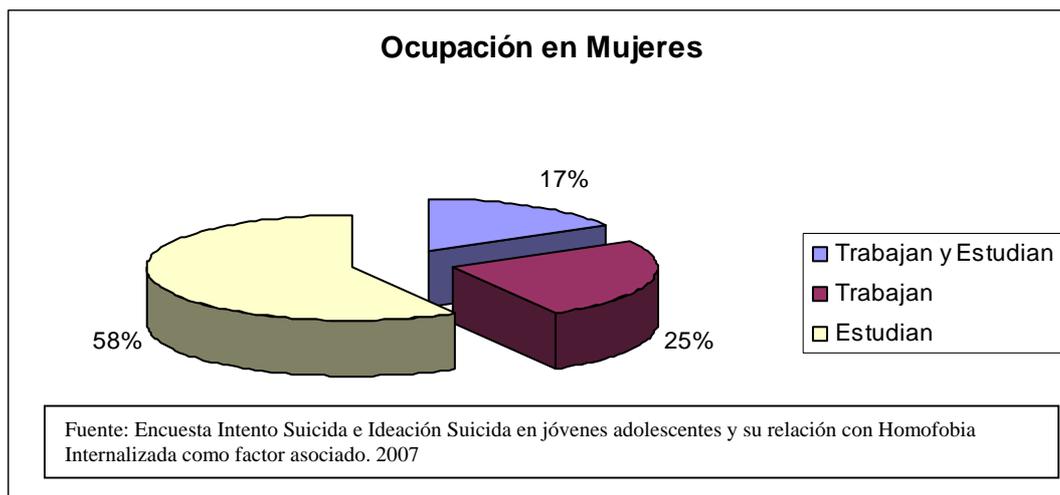
### Distribución por edad en hombres.



Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

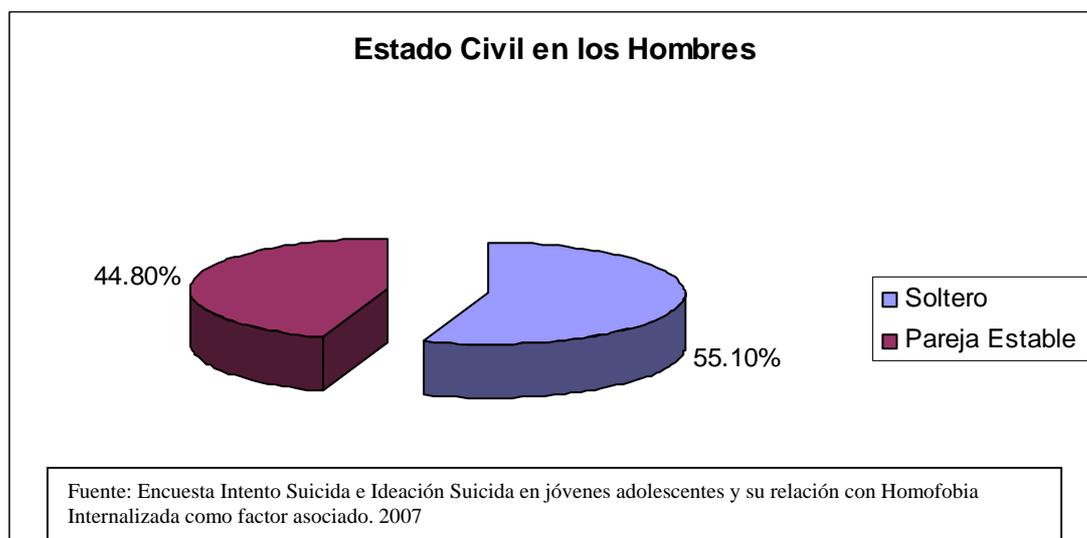
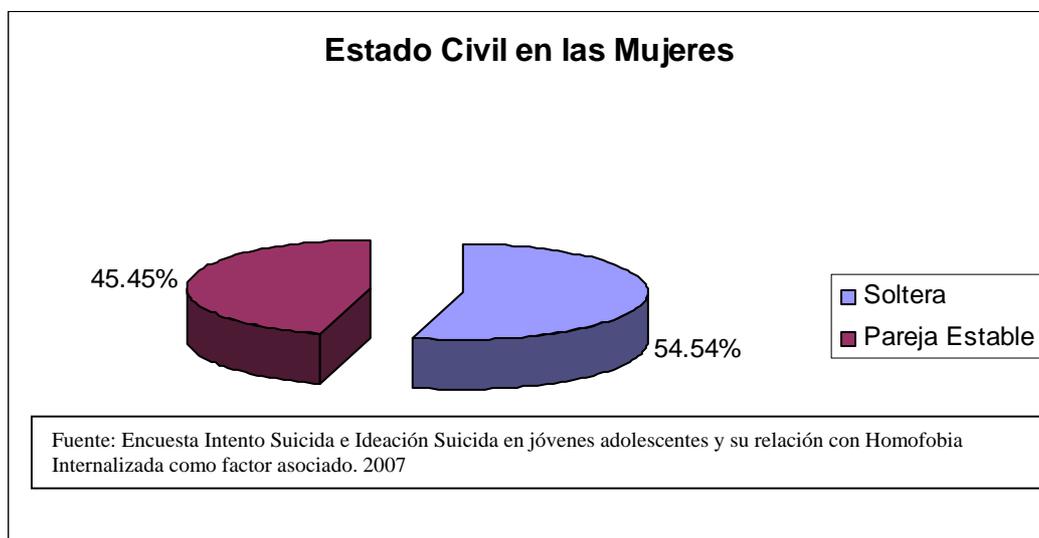
**Tabla 3. Ocupación.**

Ocupación	Hombres	Mujeres
Trabajan	5 (10.20%)	3 (27.27%)
Estudian	34 (69.38%)	6 (54.54%)
Trabajan y Estudian	10 (20.40%)	2 (18.18%)

**Grafica 3.**

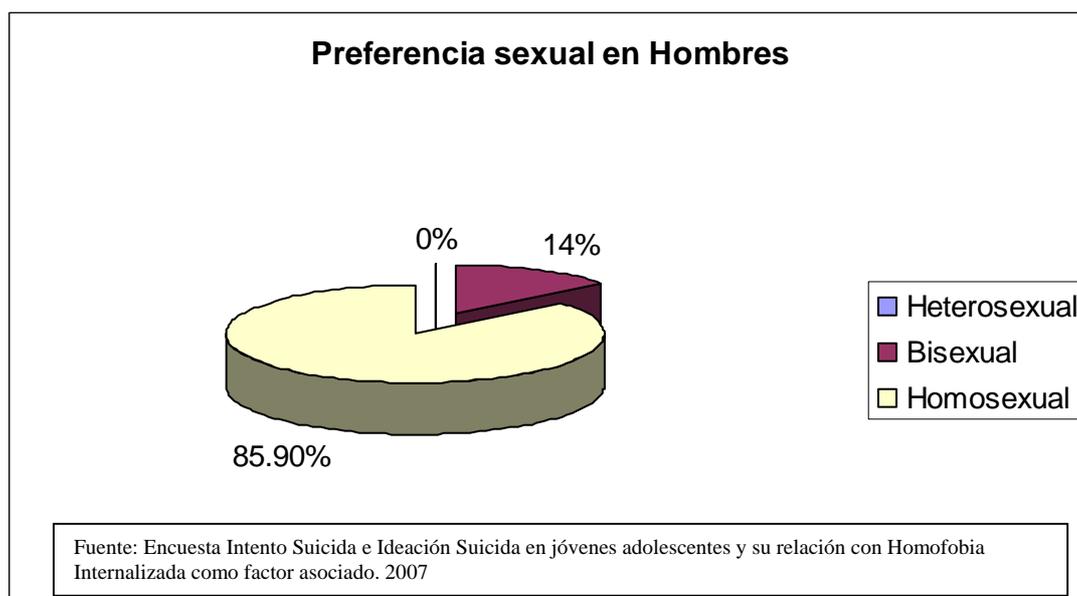
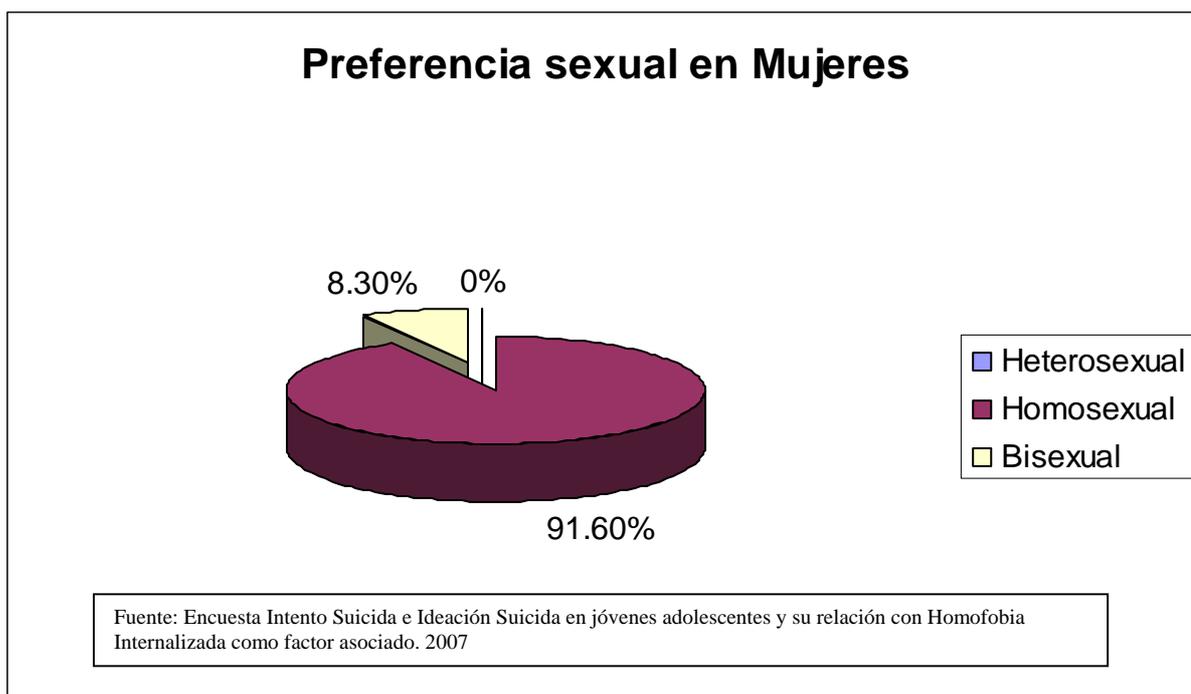
**Tabla 4: Estado Civil.**

Estado Civil	Hombres	Mujeres
Soltero.	27 (55.1%)	6 (54.54%)
Con Pareja Estable.	22 (44.8%)	5 (45.45%)

**Grafica 4: Estado civil.**

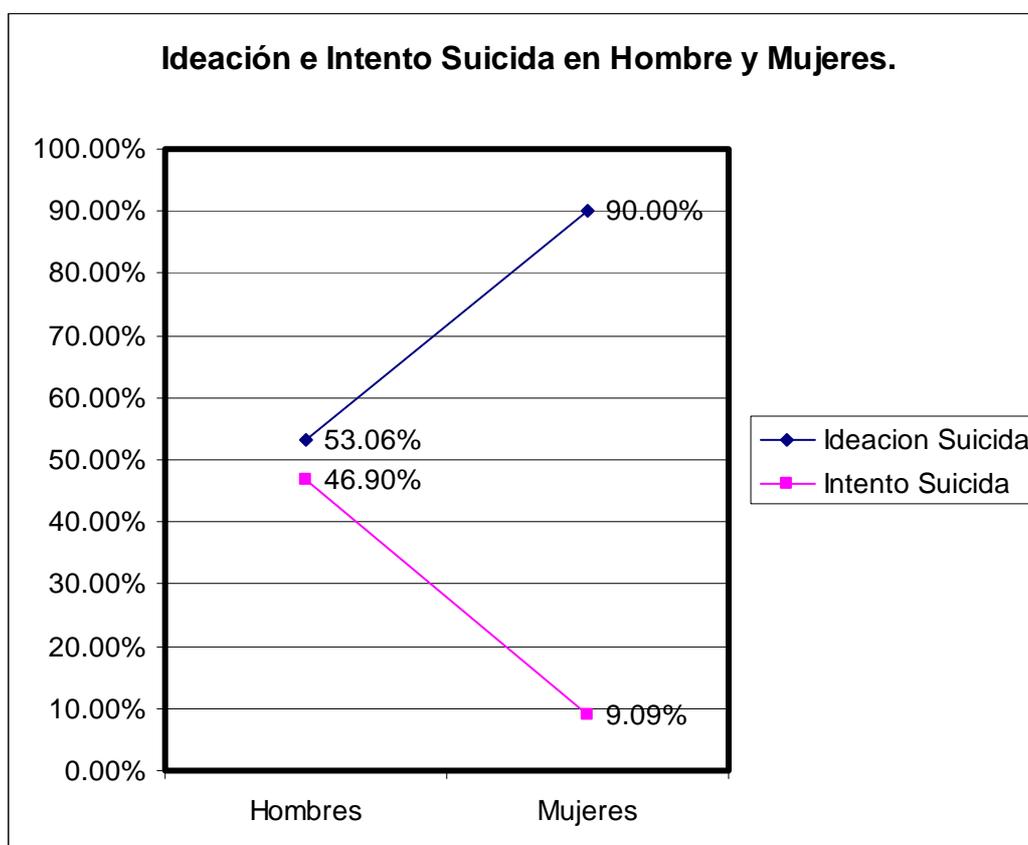
**Tabla 5: Preferencias Sexuales.**

Orientación Sexual	Hombre	Mujer
Homosexual	49 (85.9%)	11 (91.6%)
Bisexual	8 (14%)	1 (8.3%)
Heterosexual	0 (0%)	0 (0%)

**Graficas 5: Preferencia sexual.**

**Tabla 6: Intento Suicida e Ideación Suicida.**

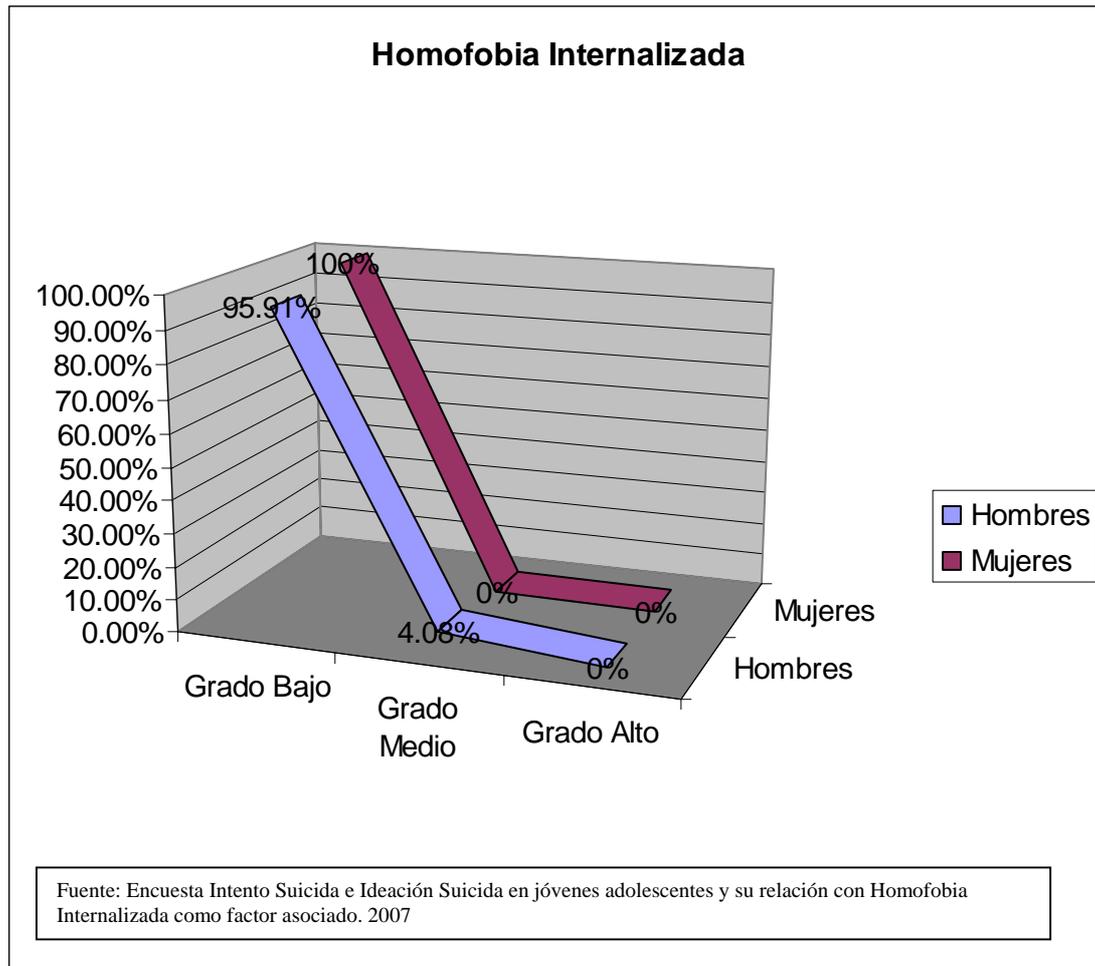
Ideación e Intento Suicida.	Hombres	Mujeres
Ideación Suicida	26 (53.06%)	10 (90.0%)
Intento Suicida	23 (46.9%)	1 (9.09%)

**Grafica 6: Intento Suicida e Ideación Suicida.**

Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

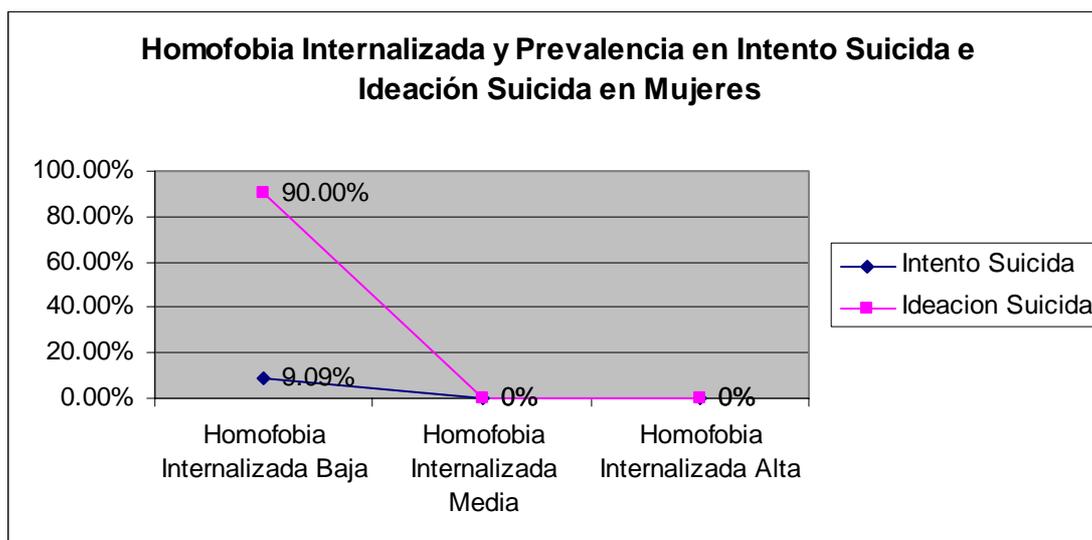
**Tabla 7: Homofobia Internalizada.**

Homofobia Internalizada	Hombres	Mujeres
Grado Bajo	47 (95.01%)	11 (100%)
Grado Medio	2 (4.08%)	0 (0%)
Grado Alto.	0 (0%)	0 (0%)

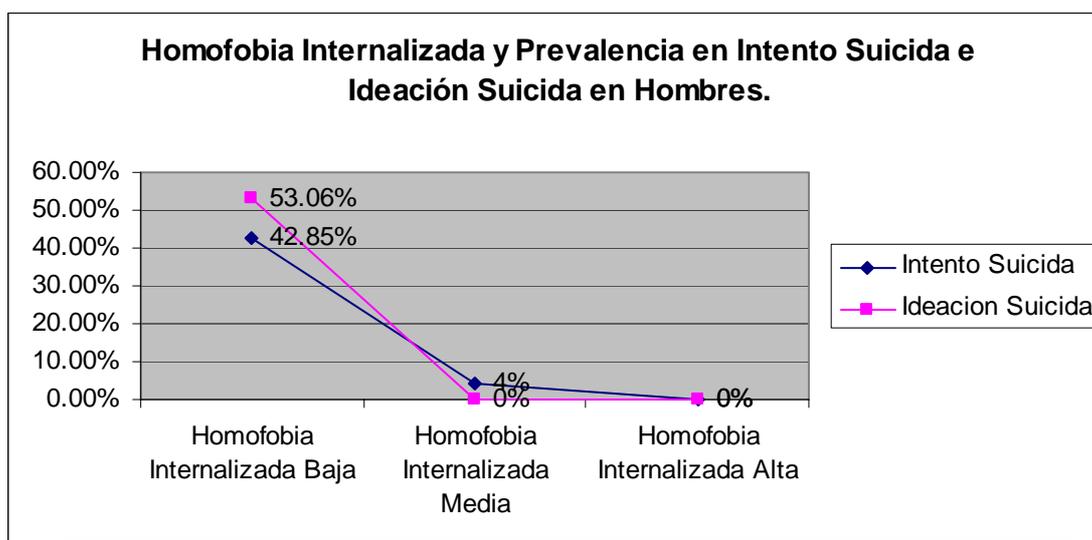
**Grafica 7: Homofobia Internalizada.**

**Tabla 8: Homofobia Internalizada y prevalencia de Ideación suicida e intento suicida.**

Sexo	Grado de homofobia internalizada	Ideación Suicida	Intento Suicida
Femenino	Homofobia Internalizada Baja	1 (9.09%)	10 (90.0%)
	Homofobia Internalizada Media	0%	0%
	Homofobia Internalizada Alta	0%	0%
Masculino	Homofobia Internalizada Baja	26 (53.06%)	21(42.85%)
	Homofobia Internalizada Media	0%	2 (4.08%)
	Homofobia Internalizada Alta	0%	0%

**Grafica 8: Homofobia Internalizada y prevalencia de Ideación suicida e intento suicida.**

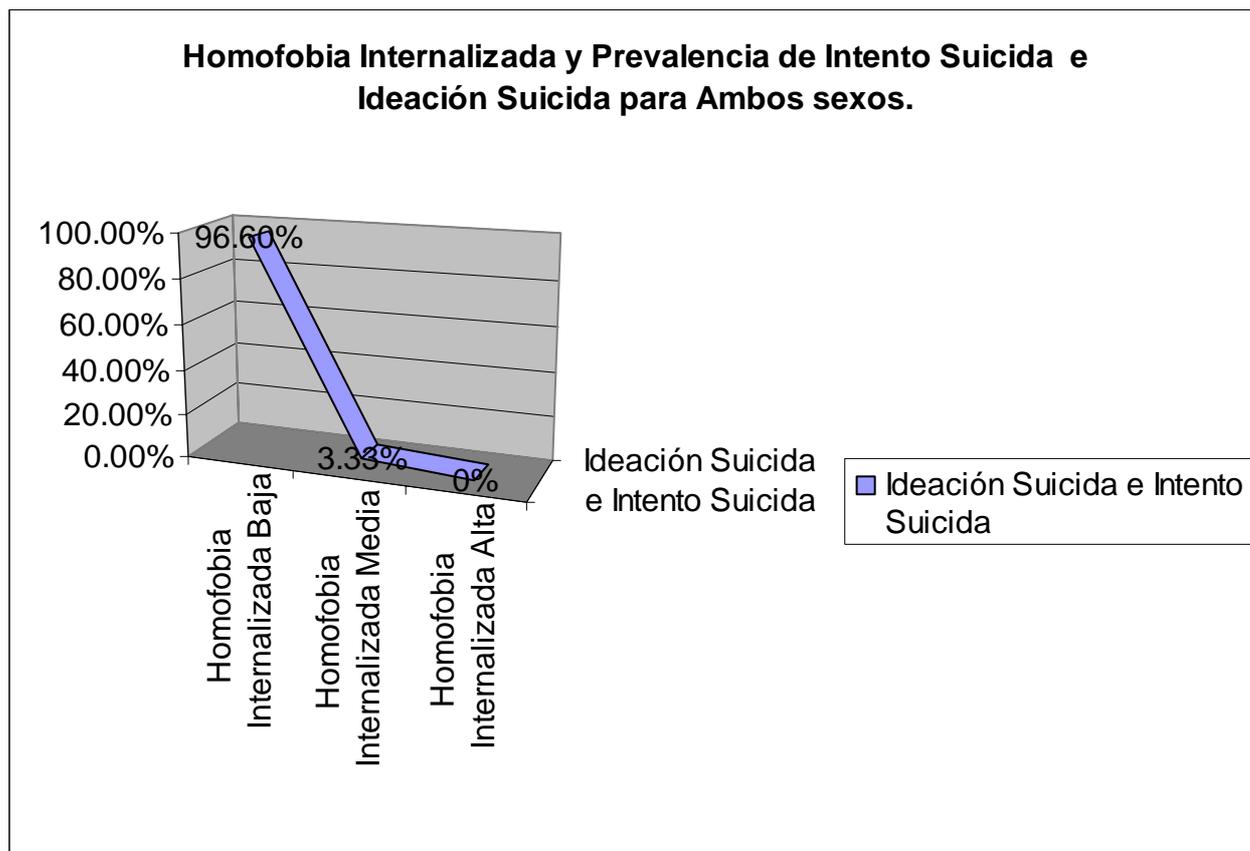
Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007



Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

**Tabla 9: Homofobia Internalizada y Prevalencia de ideación e Intento Suicida para ambos sexos.**

Homofobia Internalizada	Intento Suicida e Ideación Suicida.
Baja	58(96.6%)
Media	2 (3.3%)
Alta	0 (0%)

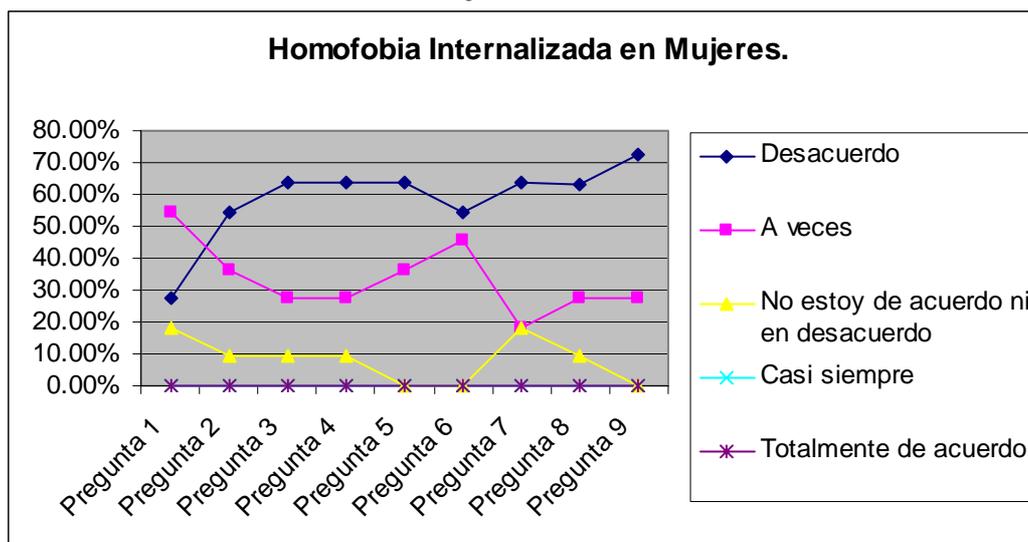
**Gráfica 9: Homofobia Internalizada y Prevalencia de ideación e Intento Suicida para ambos sexos**

Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

**Tabla 10: Homofobia Internalizada en Mujeres.**

Reactivos sobre homofobia internalizada (Insatisfacción con ser homosexual y el deseo de ser heterosexual)	Totalmente en desacuerdo (1)	A Veces (2)	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Casi Siempre (4)	Totalmente De Acuerdo (5)
1. Casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales	3 (27.27%)	6 (54.54%)	2 (18.08%)	0 (0%)	0 (0%)
2. He tratado de no sentir atracción por personas de mi mismo sexo.	6 (54.54%)	4 (36.36%)	1 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)
3. Aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien me lo ofreciera.	7 (63.63%)	3 (27.27%)	1 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)
4. Desearía no ser homosexual o bisexual.	7 (63.63%)	3 (27.27%)	1 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)
5. Me siento mal conmigo mismo por ser homosexual o bisexual.	7 (63.63%)	4 (36.36%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
6. Quisiera desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto.	6 (54.54%)	5 (45.45%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
7. Siento que ser homosexual es un defecto personal.	7 (63.63%)	2 (18.08%)	2 (18.08%)	0 (0%)	0 (0%)
8. Quisiera buscar ayuda profesional para convertirme de homosexual/bisexual a heterosexual	7 (63.63%)	3 (27.27%)	1 (9.09%)	0 (0%)	0 (0%)
9. He tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto.	8 (72.72%)	3 (27.27%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

**Grafica 10: Homofobia Internalizada en Mujeres.**

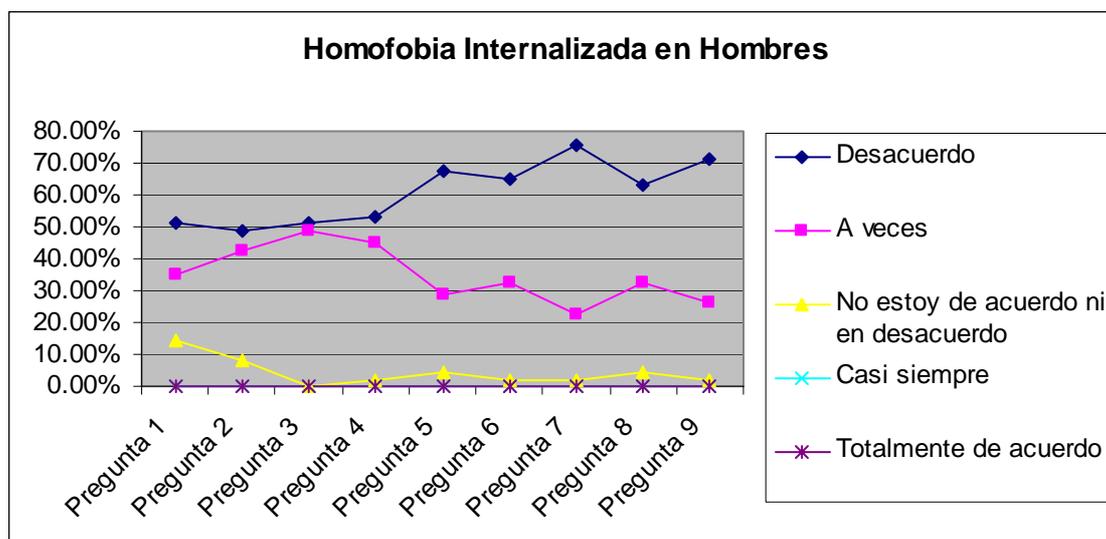


Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

**Tabla 11: Homofobia Internalizada en Hombres.**

Reactivos sobre homofobia internalizada (Insatisfacción con ser homosexual y el deseo de ser heterosexual)	Totalmente en desacuerdo (1)	A Veces (2)	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	Casi Siempre (4)	Totalmente De Acuerdo (5)
1. Casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales	25 (51.02%)	17 (34.69%)	7 (14.28%)	0 (0%)	0 (0%)
2. He tratado de no sentir atracción por personas de mi mismo sexo.	24 (48.97%)	21 (42.80%)	4 (8.16%)	0 (0%)	0 (0%)
3. Aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien me lo ofreciera.	25 (51.02%)	24 (48.97%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
4. Desearía no ser homosexual o bisexual.	26 (53.06%)	22 (44.89%)	1 (2.04%)	0 (0%)	0 (0%)
5. Me siento mal conmigo mismo por ser homosexual o bisexual.	33 (67.35%)	14 (28.57%)	2 (4.08%)	0 (0%)	0 (0%)
6. Quisiera desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto.	32 (65.30%)	16 (32.65%)	1 (2.04%)	0 (0%)	0 (0%)
7. Siento que ser homosexual es un defecto personal.	37 (75.51%)	11 (22.44%)	1 (2.04%)	0 (0%)	0 (0%)
8. Quisiera buscar ayuda profesional para convertirme de homosexual/bisexual a heterosexual	31 (63.26%)	16 (32.65%)	2 (4.08%)	0 (0%)	0 (0%)
9. He tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto.	35 (71.42%)	13 (26.53%)	1 (2.04%)	0 (0%)	0 (0%)

**Grafica 11: Homofobia Internalizada en Hombres.**



Fuente: Encuesta Intento Suicida e Ideación Suicida en jóvenes adolescentes y su relación con Homofobia Internalizada como factor asociado. 2007

### **Análisis de Resultados:**

Del total de las encuestas aplicadas, la gran mayoría fueron hombres, superando a las mujeres casi 4 veces de las encuestas aplicadas, con una media, moda y mediana de 19 años para los hombre y de 17 años para las mujeres. Del total de las encuestas realizadas, casi todos los participantes estudiaban y se encuentran solteros, y en una menor proporción se encuentran con pareja y trabajando. Cabe destacar que los que se encuentran ya trabajando así como con una pareja formal son los adolescentes por arriba de los 18 años de edad.

En cuanto a su orientación sexual, solo había una mujer que era bisexual, el resto era homosexual, el mismo fenómeno lo presentó los hombres en donde la gran mayoría son homosexuales y una mínima porción de los mismos manifestó ser bisexual. Debido a esto se tuvieron que excluir del estudio.

Uno de los criterios de inclusión fue que los adolescentes hayan presentado al menos un intento suicida o tengan la ideación suicida, así que de los adolescentes encuestados en cuanto a las mujeres casi todas presentaron ideación suicida (90.09%), y solo una presento un intento suicida en su vida (9.09%). En cuanto a los hombres presentaron casi un porcentaje similar en cuanto a ideación suicida (53.06%) e intento suicida (46.9%), observando que este fenómeno ya es una constante en el comportamiento suicida, donde se dice que las mujeres adolescentes tienen mayor ideación suicida y menos intentos suicidas, al contrario de lo que sucede en los hombres, donde hay mas intentos suicidas. De todos los adolescentes que presentaron intento suicida, solo una mínima porción lo intento más de dos veces, la única mujer que presento intento suicida lo intento en una ocasión, y dos hombres lo intentaron más de dos veces, el resto de los hombres lo intento solo en una ocasión.

En cuanto a la homofobia interiorizada, en ambos sexos, se presentó una homofobia interiorizada baja, es decir, que los adolescentes homosexuales que fueron encuestados en este estudio no sienten un rechazo hacia su propia homosexualidad con un grado bajo en hombres del (95.01%), grado medio solo en dos encuestados (4.08%) y ninguno para grado alto (0%) y para las mujeres las 11 mujeres encuestadas todas estuvieron dentro del rango bajo (100%) con grado medio del 0% y de alto grado del 0%. Solo dos hombres presentaron una puntuación que los colocaba en homofobia interiorizada media, y cabe destacar que estos dos homosexuales, eran hombres, de 19 años y fueron los que tenían más de dos intentos suicidas (4.08%).

De los resultados sobre homofobia interiorizada, y para ambos sexos, la mayoría de las respuestas hacia las preguntas que son como siguen: casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales, he tratado de no sentir atracción por personas del mismo sexo, aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien me lo ofreciera, desearía no ser homosexual o bisexual, me siento mal conmigo mismo por ser homosexual y bisexual, quisiera desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto, siento que ser homosexual es un defecto personal, quisiera buscar ayuda profesional para convertirme en heterosexual, y eh tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto; casi todas las respuestas estuvieron en el rubro más bajo, con un porcentaje mas alto en la pregunta de he tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto con un 72.72% en mujeres y con un máximo en la pregunta siento que ser homosexual es un defecto con un 75.51% en hombres, que se trata de totalmente desacuerdo, el resto se divido entre el rubro de a veces con un máximo de 54.54% en la pregunta casi no me relaciono con personas homosexuales en mujeres y en hombres en la pregunta aceptaría el cambio a heterosexual si alguien me lo propusiera con un 48.97% y en una muy mínima porción en no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo con un máximo de 18.18% en la pregunta de siento que ser homosexual es un defecto en las mujeres y para los hombres con un 14.28% en la pregunta de casi no me relaciono con personas homosexuales. Los dos rubros restantes de casi siempre y totalmente de acuerdo no tienen ninguna mención lo que representa un 0%. Lo que confirma lo obtenido en el promedio donde lo que mas se vio fue una aceptación importante de la homosexualidad como la orientación sexual que tienen.

Esto indicaría que para los homosexuales que han tenido ideación suicida o han presentado al menos un intento suicida, la no aceptación de su orientación sexual, tuvo una prevalencia de homofobia internalizada grado bajo de 96.6%, una prevalencia de homofobia internalizada grado medio de 3.3% ,y una prevalencia de homofobia internalizada grado alto de 0%. Así que la prevalencia de relación a intento suicida e ideación suicida y homofobia internalizada es de grado bajo.

## Conclusión:

Dentro de esta investigación donde estudiamos la prevalencia de homofobia internalizada como un factor asociado a ideación suicida e intento suicida, se demostró una prevalencia de homofobia internalizada baja del 96.6%, una prevalencia de homofobia internalizada media de 3.3% y una homofobia internalizada alta del 0%.

Los resultados presentados en cuanto a homofobia internalizada, son muy parecidos a los que obtuvo Herek GM y colaboradores en su estudio que se tituló *Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men* (30), donde aplicó el mismo instrumento que aplicamos en la presente investigación. En donde, el obtuvo, en la comunidad homosexual y bisexual de estudio, resultados en promedio de 9 a 10 lo cual se traduce en una homofobia internalizada baja, lo cual fue el mismo resultado obtenido en nuestra investigación, con un promedio de resultados que va de 6 a 18 con una media de 9, presentado para ambos sexos.

Estos resultados muestran varias cosas, la principal es que gracias a los estudios amplios que se han realizado sobre la comunidad homosexual y bisexual, muchos tabúes se han roto. Desde que en 1977 la asociación psiquiátrica quitó a la homosexualidad como una parafilia y lo definió como orientación sexual, así como en otros estudios se ha demostrado que la homosexualidad y bisexualidad no es una elección, han hecho que la comunidad en general y más la comunidad homosexual y bisexual se sienta aceptada por su orientación sexual y no les cause un estrés mayor que les lleve a, por ejemplo, en el caso de este estudio, al intento suicida.

Así, entonces la homofobia internalizada no ha demostrado ser un factor asociado de ideación suicida e intento suicida. Aunque hay otros factores asociados que deberían ser estudiados en esta comunidad.

Aunque la apertura ha sido importante para que el propio homosexual y bisexual no sienta que esta mal la opción de orientación sexual que tiene, si es, sin embargo, de forma preocupante los crímenes de odio que se siguen dando en las comunidades de tercer mundo hacia las personas homosexuales y bisexuales. De aquí la importancia en enseñar en escuelas, en la casa y en lugares donde se lleve a cabo el proceso de educar y orientar, la tolerancia positiva, así como enfatizar y recalcar que la homosexualidad y la bisexualidad es una opción más dentro de la orientación sexual, y que las personas, no importando cuales son sus preferencias sexuales, no son malas ni tienen menos derechos que los demás, y recalcar que no es una enfermedad.

La importancia del médico de primer nivel de atención, el médico familiar, es vital para que este proceso educativo se lleve a cabo. Muchos de los planes que se han desarrollado para prevenir los crímenes por odio hacia la comunidad homosexual y bisexual, no están causando impacto en nuestra comunidad ya que se siga observando, discriminación, homicidios, asaltos con violencia, amenazas a esta comunidad. Es importante que nosotros, los médicos familiares seamos partes importantes, fundamentales y claves para que a toda la comunidad en general se les explique y enseñe, para que esta sociedad sea más justa, parcial, y con oportunidades similares para todos.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Calzada León, Altamirano Bustamante, La Adolescencia, *Acta Pediatr Méx* 2001;22(4):288-91
2. ER, Kreipe RE, Orr DP y Comerci GD (eds): *Medicina del adolescente México* Ed. Médica Panamericana, 1994:125-32.
3. Kohlberg L. *Essays on moral development: The philosophy of moral development*. New York: Harper & Row, 1981
4. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Editor(s): Sadock, Benjamin J., Sadock, Virginia A. 8th Edition © 2005 Lippincott Williams & Wilkins
5. *Depressive Disorders and Suicide in Children and Adolescents* David Shaffer M.D., F.R.C.P. Part of "45 - Mood Disorders in Children and Adolescents"
6. Cerel J, Fristad MA, Weller EB, et al.: Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:437-444, 2000.
7. Cerel J, Fristad MA, Weller EB, et al.: Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:437-444, 2000.
8. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ: Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 30:23-39, 2000
9. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D: Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:386.
10. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T: Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychol Assess* 12:304-318, 2000.
11. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, et al.: Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axis I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years old *Arch Gen Psychiatry* 48:834-839, 2001.
12. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ: Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 30:23-39, 2000.
13. Morgan, H. (1983) *Deseos de muerte*. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
14. Stengel, E. (1965) *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires. Editorial Hormé. **SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**
15. Shaffer D: The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 49:36-41, 1988.
16. Escalante, F. y López, R. (2002) *Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. México. Editorial Asesor Pedagógico. Gazzano, A. (1973) *Depresión y suicidio en adolescentes*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
17. Stengel, E. (1965) *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires. Editorial Hormé. **SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**
18. INEGI (2002) *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Cuaderno No. 8.
19. D'Augelli AR. Sexual orientation milestones and adjustment among lesbian, gay, and bisexual youths from 14 to 21 years of age. Paper presented at the Seventh Biennial Conference of the European Association for Research on Adolescence; June 3, 2000; Jena, GerFergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 56:876-880, 1999.
20. Gonsiorek JC, ed. *A guide to psychotherapy with gay and lesbian clients*. Bingham, NY: Harrington Park, 1990. (Affirmative psychotherapeutic models.)
21. Valleroy L, MacKellar D, Karon J, et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *JAMA* 2000;284:198-204.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 56:876-880, 1999.
23. Ryan C, Futterman D. *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling*. New York, NY: Columbia University Press; 1998
24. Perrin EC. *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002
25. Sell RL, Becker JB. Sexual orientation data collection and progress toward Healthy People 2010. *Am J Public Health*. 2001;91:876-882
26. Friedman RC, Downey JI. Homosexuality. *N Engl J Med*. 1994;331: 923-930

27. Stronski Gonsiorek JC, ed. A guide to psychotherapy with gay and lesbian clients. Bingham, NY: Harrington Park, 1990. (Affirmative psychotherapeutic models.)
28. Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Adv Pediatr*. 1998;45:107-144
29. Ortiz-Hernández, Influencia de la Opresión Internalizada Sobre la Salud Mental de Bisexuales, Lesbianas y Homosexuales de la Ciudad de México, *Salud Mental*, Vol. 28, No. 4, agosto 2005
30. Herek GM, Coganjc, Gillis jr Gluntek: Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 2:17-25, 1997.
31. Herek GM, Berrill KT: Documenting the victimization of lesbians and gay men; methodological issues. En: Herek GM, BerrillKT(eds.). *Hate Crimes. Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men*. Sage Publications, New Bury Park, 270-288, 1992.
32. GONSIORREK JC: Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *J Adolesc Health Care*, 9(2):114-22, 1988.
33. GOFFMANE: Estigma. La Identidad Deteriorada. Amorrortu editores, México, 1998.
34. 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.
35. SOPHIE J: Internalized homophobia and lesbian identity. *J Homosex*, 14(1-2):53-65, 1987.
36. Martin JL, Dean LL. 1988 The Impact of AIDS on Gay Man: A Research Instrument, 1988 Unpublished technical report. New York Columbia University.
37. Bell AP, Weinberg MS. *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. New York, NY: Simon and Shuster; 1978
38. Jay K, Young A. *The Gay Report: Lesbians and Gay Men Speak Out About Their Sexual Experiences and Lifestyles*. New York, NY: Summitt Books; 1999

## Anexos:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33  
EL ROSARIO  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**



Encuesta:

**INTENTO SUICIDA E IDEACION SUICIDA EN JÓVENES ADOLESCENTES HOMOSEXUALES  
Y SU RELACIÓN CON LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO FACTOR ASOCIADO.**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Preferencia Sexual: Homosexual: \_\_\_\_\_ Bisexual: \_\_\_\_\_ Heterosexual: \_\_\_\_\_

Derechohabiente al IMSS: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Has pensado en suicidarte?: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Has intentado suicidarte?: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuántas veces lo has intentado?: \_\_\_\_\_

Seleccionar una de las opciones que crees consideres se apliquen a tu experiencia personal.

<b>Reactivos sobre homofobia internalizada (Insatisfacción con ser homosexual y el deseo de ser heterosexual)</b>	<b>Totalmente en desacuerdo (1)</b>	<b>A Veces (2)</b>	<b>No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</b>	<b>Casi Siempre (4)</b>	<b>Totalmente De Acuerdo (5)</b>
10. Casi no me relaciono con personas homosexuales o bisexuales					
11. He tratado de no sentir atracción por personas de mi mismo sexo.					
12. Aceptaría el cambio a ser heterosexual si alguien me lo ofreciera.					
13. Desearía no ser homosexual o bisexual.					
14. Me siento mal conmigo mismo por ser homosexual o bisexual.					
15. Quisiera desarrollar mayores deseos eróticos hacia personas del sexo opuesto.					
16. Siento que ser homosexual es un defecto personal.					
17. Quisiera buscar ayuda profesional para convertirme de homosexual/bisexual a heterosexual					
18. He tratado de sentir atracción hacia personas del sexo opuesto.					

Escala tomada de HEREK GM, COGAN JC, GILLIS JR, GLUNTEK: Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. J Gay Lesbian Med Assoc, 2:17-25, 1997. De 1 a 18 baja homofobia internalizada, de 19 a 27 media homofobia internalizada y de 28 a 45 alto grado de homofobia internalizada.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:  
***INTENTO SUICIDA E IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES HOMOSEXUALES:  
 PREVALENCIA DE LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA COMO FACTOR ASOCIADO.***

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD O LA CNC: **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA U. M. F. NO. 20.**

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: **Conocer la prevalencia de la homofobia internalizada como factor asociado a ideación suicida e intento suicida en los adolescentes homosexuales**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN:

1. OTORGAR DATOS COMO NOMBRE, EDAD Y SEXO, ESTADO CIVIL, OCUPACION, ESCOLARIDAD.
2. CONTESTAR PREGUNTAS RELACIONADAS A LA IDEACION SUICIDA E INTENTO RESPONDER LAS
3. PREGUNTAS RELACIONADAS A HOMOFOBIA INTERNALIZADA.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIO DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES **Determinar la prevalencia de homofobia internalizada como factor asociado a Ideación suicida e intento suicida,** EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTÉ ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTenga DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ÉSTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

ALEJANDRO PEREZ MERCADO 99352127  
 NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NÚMEROS TELEFÓNICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

---