

Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales

*Luis Ortiz Hernández**

*Lo patógeno y lo patológico no es el homoerotismo
sino la persecución del homoerotismo.
Mario Mieli; Elementos de crítica homosexual.*

Resumen

Se realizó una revisión biblio-hemerográfica cuyos objetivos principales fueron: a) identificar los problemas de salud más frecuentes en bisexuales, lesbianas y homosexuales (BLH) y b) conocer los abordajes teóricos, metodológicos y empíricos que se han utilizado para estudiar los problemas de salud y enfermedad en BLH. La relación entre homosexualidad y enfermedad ha sido explicada básicamente desde dos posturas, por un lado, se encuentran las investigaciones en cuyo abordaje se tiende a reproducir el prejuicio hacia la homosexualidad, y por otro, estudios más recientes en los que se considera que la mayoría de los problemas de salud de los BLH son derivados de la opresión de la que son objeto, la cual a su vez, es producto del heterosexismo que caracteriza a la mayoría de las sociedades. En los estudios que tienden a reproducir el prejuicio se pueden distinguir dos aproximaciones: a) las investigaciones en las que se considera que la homosexualidad es una enfermedad y b) los estudios centrados en la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en población homosexual cuyo centro de atención son las prácticas sexuales.

Abstract

A scientific literature review was performed with two main objectives: a) to identify the most common bisexuals, lesbians and homosexuals' (BLH) health problems (BLH) and b) to explore the theoretical, methodological and empirical approaches used for the study of BLH's health and disease problems. Results show: 1) The relationship between homosexuality and disease has been basically explained from two viewpoints: those who tend to reflect prejudice against homosexuality; and more recently, studies considering that most BLH health problems derive from the oppression they endure, which in its turn is a product of heterosexism, characteristic of most societies. Studies expressing prejudice, consider two approaches: homosexuality as a disease; and HIV/AIDS as an epidemic in evolution in the homosexual population related with sexual practices. Methodological procedures for studies based on the premise that heterosexism causes greater incidence of diseases in BLH include: comparison of the incidence of risk and morbidity factors among heterosexuals and BLH; and analysis of the variation of morbidity within the BLH population as a

* Profesor-Investigador del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: lortiz@correo.xoc.uam.mx

En el caso de los estudios que parten de la premisa de que el heterosexismo es el que provoca la mayor frecuencia de enfermedades en los BLH, se pueden identificar los siguientes procedimientos metodológicos: a) comparación de la frecuencia de factores de riesgo y morbilidad entre heterosexuales y BLH y b) análisis de la variación de la morbilidad al interior de la población BLH en función de varios factores como: estresores, el "salir del clóset", los vínculos con la comunidad homosexual, la transgresión del estereotipo de género, la violencia, la discriminación y la homofobia internalizada. De cada uno de estos enfoques se describen sus aportes y limitaciones.

Palabras clave: homofobia, heterosexismo, lesbianas, homosexualidad, bisexuales, condiciones de salud

Fecha de recepción: marzo 31 de 2004

Fecha de aprobación: septiembre 22 de 2004

Introducción

La mayoría de los estudios en bisexuales, lesbianas y homosexuales (BLH)¹ sobre la relación entre opresión y daños a la salud se han realizado en países industrializados, como Estados Unidos de Norteamérica (EU), Europa y Australia (GLMA-LGBTHE, 2001; Dean et al., 2000). Estos estudios han demostrado consistentemente que la opresión a la que están sujetos los BLH se relaciona con diversos daños a la salud. Del mismo modo, en dichos países existe un avance sustancial respecto al reconocimiento de los derechos humanos de los BLH. Ejemplo de ello es la eliminación de la homosexualidad como entidad patológica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1983) y el reconocimiento legal e institucional de las parejas homosexuales en

¹Actualmente existe una extensa discusión sobre el uso de los términos bisexual, homosexual y lesbiana, ya que implican una visión esencialista de la sexualidad o bien se asigna una identidad que los sujetos no siempre han elaborado. Por ello se ha recomendado el uso de términos descriptivos como hombres que tienen sexo con otros hombres (Núñez, 1999). Sin embargo, en este trabajo se utilizan dichos términos para hacer referencia a la atracción sexual, sin que ello implique necesariamente alguna identidad social.

function of factors such as: stressors, "coming out of the closet", links with the homosexual community, transgression of gender stereotypes, violence, discrimination and internalized homophobia. Contributions and limitations of each approach are described.

Key words: homophobia, heterosexism, lesbians, homosexuals, gays, bisexuals, health conditions.

varios países; en éstos, los cambios a favor de los BLH se han acompañado de una extensa discusión sobre la naturaleza misma de la homosexualidad, el ajuste psicológico de los BLH, las repercusiones de la opresión sobre los BLH, la posible influencia de los BLH sobre sus hijos en términos de orientación sexual y salud mental y los aspectos legales relacionados con el matrimonio y la adopción, entre otros (Herek, 1998).

En Latinoamérica la preocupación por este tema es reciente. A pesar de que cada vez más académicos y políticos muestran interés por esta problemática, aún es incipiente el conocimiento que se tiene sobre las condiciones en las que se desenvuelve la vida de los BLH. Aunque los resultados de las investigaciones realizadas en países industrializados deben considerarse, es necesario reconocer que las condiciones de Latinoamérica son diferentes por la mayor desigualdad socioeconómica y la mayor rigidez en la asignación y contenido de los estereotipos de género (Carrier, 1976).

En la vida cotidiana los BLH se enfrentan a diferentes formas de violencia, existen pocas organizaciones que atiendan los problemas específicos de esta población y no hay reconocimiento institucional y legal de los distintos arreglos familiares entre individuos del mis-

mo sexo. Las formas más evidentes de violencia van desde los insultos verbales y las agresiones físicas, hasta formas extremas como los asesinatos. Al respecto, la Comisión Ciudadana Contra los Crímenes de Odio por Homofobia (CCCOH, 1999) ha documentado, a partir de una revisión en periódicos, que entre 1995 y 1998 ocurrieron 164 asesinatos contra homosexuales y lesbianas, los cuales se han caracterizado por su brutalidad.

En este ensayo se pretende analizar los distintos enfoques que existen sobre la relación entre homosexualidad y enfermedad. Para ello, se realizó una búsqueda bibliohemerográfica en las bases de datos: MEDLINE, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> y PERIÓDICA, <http://www.dgbiblio.unam.mx> cuyos objetivos principales fueron: a) identificar los problemas de salud más frecuentes en BLH y b) conocer los abordajes teóricos, metodológicos y empíricos que se han utilizado para estudiar los problemas de salud y enfermedad en esa población.

La relación entre homosexualidad y enfermedad ha sido explicada básicamente desde dos posturas, por un lado, se encuentran las investigaciones en cuyo abordaje se tiende a reproducir el prejuicio hacia la homosexualidad, y por otro, estudios más recientes en los que se considera que la mayoría de los problemas de salud de los BLH son derivados de la opresión de la que son objeto, la cual a su vez, es producto del heterosexismo que caracteriza a la mayoría de las sociedades. Dentro de estos dos abordajes se puede distinguir, a su vez, grupos de estudios que bajo una misma óptica han estudiado la relación entre homosexualidad y enfermedad. En los estudios que tienden a reproducir el prejuicio se pueden distinguir dos aproximaciones: a) Las investigaciones en las que se considera que la homosexualidad es una enfermedad que debe ser tratada y b) los estudios centrados en la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en población homosexual cuyo centro de atención son las prácticas sexuales. En el caso de los estudios que parten de la premisa de que el heterosexismo es el que provoca la mayor frecuencia de enfermedades en los BLH, se pueden identificar los siguientes procedimientos metodológicos: a) comparación de la frecuencia de factores de riesgo y morbilidad entre heterosexuales y BLH y b) análisis de la variación de la morbilidad en la po-

blación BLH en función de varios factores como: estresores, el "salir del clóset" (declarar la orientación sexual de uno a otras personas), los vínculos con la comunidad homosexual, la transgresión del estereotipo de género, la violencia, la discriminación y la homofobia internalizada.

La homosexualidad como enfermedad

Los estudios que con mayor claridad reproducen el prejuicio contra la homosexualidad -y por tanto refuerzan la opresión hacia los BLH- son aquellos en los que se considera que la homosexualidad es una condición patológica. Partiendo del supuesto de que la homosexualidad es una enfermedad, todavía existe una producción científica relacionada con las terapias de conversión de la orientación sexual. Las terapias de conversión incluyen terapia psicoanalítica, intervenciones espirituales, electroshock, medicamentos que inducen náuseas, terapia hormonal, cirugía, tratamientos conductuales y cognitivos, re-condicionamiento mediante la masturbación, descanso, grupos de autoayuda, terapias grupales, uso de sexo-servidoras y ejercicio extenuante (Haldeman, 1994; Guarner, 1987; Zermeño, 1981; Berger, 1994).

Haldeman (1994) ha hecho una crítica a las terapias de conversión. En primer lugar, a nivel conceptual, todas las terapias de conversión se basan en el supuesto de que la homosexualidad es una enfermedad. Haldeman señala que la homosexualidad no puede ser curada sencillamente por que no es una enfermedad (ver más adelante). De esta forma, las terapias de conversión, implícitamente, refuerzan el prejuicio contra los BLH.

Otro cuestionamiento que se ha hecho a las terapias de conversión es que por lo regular se basan en experiencias clínicas limitadas a casos individuales; además, en la mayoría de los casos la eficacia de las terapias de conversión no ha sido probada y cuando ha sido documentada se ha observado que es baja ya que por lo regular no supera al 30% (Haldeman, 1994). Los mismos autores que propugnan por las terapias de conversión aceptan que existe poca evidencia empírica que apoye su uso, además de que reconocen que la homosexualidad no es una enfermedad -aunque, paradójicamente, busquen su cura. Zer-

meño (1981), antes de presentar el caso de una mujer lesbiana que solicitó apoyo para modificar su orientación sexual, presenta una revisión de las terapias de conversión; en dicha revisión el autor señala que "No obstante su fundamentación empírica aún limitada, en la actualidad existe una extensa proliferación de investigaciones en esta área y un prolijo uso clínico" (Zermeño, 1981:84), además de que acepta que las "técnicas terapéuticas aplicadas a problemas de homosexualismo en sujetos dispuestos a mantener una orientación sexual no son muy exitosas" (Zermeño, 1981:75).

Guarner (1987) presenta su experiencia con la terapia de grupo para convertir la orientación sexual de homosexuales, pero establece que el psicoanálisis no contempla que la homosexualidad sea una enfermedad ya que "1) La homosexualidad es encontrada en personas que no exhiben otra desviación de lo normal; 2) Es observada asimismo en individuos cuya eficiencia no muestra alteración alguna y que incluso en su funcionamiento intelectual desarrollan altas cualidades y 3) La inversión ha sido observada en los pueblos más civilizados" (Guarner, 1987:46).

Un problema derivado del uso de las terapias de conversión son sus efectos colaterales, amén de que algunas de estas terapias son en sí mismas traumáticas. Se ha observado que los BLH que han recibido terapias de conversión tienen mayor probabilidad de sentirse avergonzados, tienen más conflictos y se sienten atemorizados por sus sentimientos homoeróticos. Algunas terapias de conversión logran que algunos BLH reduzcan por algún tiempo su capacidad de respuesta a estímulos sexuales, lo cual puede generar, en el largo plazo, disfunción sexual. De igual forma, los individuos que se han sometido a terapias de conversión frecuentemente reportan culpa, ansiedad y baja autoestima. Otros BLH, como parte de las terapias, se llegan a casar con lo cual se producen problemas que involucran a la esposa y los hijos (Haldeman, 1994). La descripción que da Zermeño (1981:78) del "modelamiento" -una forma de terapia de conversión- ilustra respecto a la violencia que pueden llegar a implicar estos tratamientos: "A los sujetos se les privó de agua por 18 horas y se les administraron fuertes diuréticos orales antes de cada sesión. Durante la consulta se les presentó una diapositiva de una mujer desnuda con las

instrucciones de que si producían la más mínima erección ante la diapositiva serían gratificados con una bebida. La respuesta de erección se fue moldeando hasta que los sujetos después de 20 sesiones mostraron una total erección ante el estímulo heterosexual".

Otros autores, además de afirmar que la homosexualidad es una condición patológica, aseguran que los BLH son una amenaza para la salud pública y el orden social. En los Estados Unidos de Norteamérica (EU) el grupo de Cameron (1986; 1996) es el más representativo de esta postura. Cameron et al., (1996) sostienen que la homosexualidad es una enfermedad ya que: en esta población son más frecuentes ciertas patologías como la infección por VIH, la depresión y los suicidios; a consecuencia de la epidemia de VIH la esperanza de vida es más reducida en varones bisexuales y homosexuales (BH) en comparación con los heterosexuales; mucho individuos homosexuales siguen buscando atención médica y psicológica para modificar su orientación sexual; los hijos de homosexuales y lesbianas tienen un mejor ajuste psicológico y mayor probabilidad de ser homosexuales que los hijos de padres heterosexuales; los niños son agredidos sexualmente con mayor frecuencia por homosexuales que por heterosexuales y la mayoría de los psiquiatras y médicos todavía consideran que la homosexualidad es una enfermedad.

Varias de las afirmaciones que hacen Cameron y su grupo se basan en un estudio (Cameron et al., 1996; 1986) que realizaron en la década de los ochentas en ocho ciudades de los Estados Unidos. Herek (1998) ha evidenciado las deficiencias técnicas de ese estudio que invalidan sus hallazgos y conclusiones. Los errores técnicos que, de acuerdo con Herek (1998), tiene la encuesta de Cameron et al., son: la muestra a la que se aplicó su encuesta no es representativa de la población de los EU (lo cual ha sido afirmado por Cameron et al.); la tasa de respuesta fue sumamente baja (~23%); debido a la técnica de muestreo que utilizaron (muestreo por racimos) los subgrupos formados para comparar fueron muy reducidos para permitir un análisis confiable; es dudosa la validez de las preguntas incluidas en el cuestionario aplicado; aparentemente Cameron no siguió ningún procedimiento de control de calidad para el trabajo de los encuestadores lo cual pudo generar sesgos en las

respuestas de los entrevistados y, finalmente, al mismo tiempo que se aplicaba la encuesta Cameron hizo públicas las intenciones de su estudio (el establecimiento de leyes en las que se prohibieran las prácticas homosexuales) con lo cual muy probablemente sesgó las respuestas de los individuos que respondieron los cuestionarios².

Además de las limitaciones técnicas señaladas por Herek (1998), las afirmaciones del grupo de Cameron tienen deficiencias teóricas. En primer lugar, no explican qué procesos actúan para que la homosexualidad lleve a una mayor probabilidad de enfermedades y reducción de la esperanza de vida; es decir, hacen un juicio pero no dan una explicación. Con los mismos datos empíricos con los que otros autores han querido probar que la opresión hacia los BLH conlleva mayor frecuencia de enfermedades mentales en éstos, Cameron et al., los sacan de contexto y aseveran que la homosexualidad es patológica por que los BLH presentan con mayor frecuencia ciertas causas de morbilidad y mortalidad. El incremento de una patología en un grupo social no significa que pertenecer a dicho grupo equivalga a estar enfermo. Otros grupos oprimidos como los pobres, las mujeres y las minorías étnicas presentan tasas más elevadas de distintas causas de enfermedad y muerte; lo cual no significa que pertenecer a estos grupos significa estar enfermo. Lo que estos ejemplos evidencian es que la opresión condiciona una mayor probabilidad de presentar distintas formas de enfermedad. Del mismo modo, el que algunos homosexuales, psicólogos y psiquiatras sigan considerando a la homosexualidad como una patología no es más que un indicador de que el prejuicio está sumamente enraizado en la sociedad, y no de que la homosexualidad sea una enfermedad.

Las investigaciones presentadas en esta sección se sustentan en una falacia: la homosexualidad es una enfermedad. El avance científico ha demostrado que la homosexualidad no es una enfermedad. Es bien co-

² Hay que agregar que la credibilidad del trabajo Cameron ha sido cuestionada por organizaciones de profesionales. En la década de los ochentas le fue retirada su membresía de la Asociación Americana de Psicología por contravenir los fundamentos éticos de la Asociación. Otras organizaciones, como la Asociación Americana de Sociología, lo han descalificado por interpretar erróneamente los resultados de sus propias investigaciones y las de otros autores (información en: <http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/>).

nocido que desde la década de los setenta la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) dejó de considerar a la homosexualidad como un trastorno mental, dejándola de incluir en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), que es una clasificación sobre trastornos mentales reconocida mundialmente. “En diciembre de 1973, el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría decidió la eliminación de la homosexualidad como trastorno mental (...) Esta modificación apareció en la séptima edición del DSM-II y así se mantuvo en sucesivas reediciones. La supresión de la homosexualidad por sí misma en el DSM-II se basó en el razonamiento siguiente: El punto crucial que determina si la homosexualidad *per se* puede ser considerada o no como un trastorno mental no reside en la etiología de esa condición, sino en sus consecuencias y en el modo en que se defina el trastorno mental. Una importante proporción de homosexuales están aparentemente satisfechos con su orientación sexual y no muestran signos ostensibles de psicopatología (a no ser que la homosexualidad en sí misma sea considerada psicopatología), siendo capaces de actuar social y laboralmente sin ninguna dificultad. Si se emplea el criterio de *malestar* o *incapacidad* la homosexualidad *per se* no es un trastorno mental. Si se recurre al criterio de *desventaja inherente*, no está claro en absoluto que la homosexualidad constituya una desventaja en todas las culturas o subculturas” (APA, 1983:396).

Otra taxonomía reconocida mundialmente es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Uno de los cambios introducidos a la décima versión de la CIE (CIE-10) fue la eliminación de la homosexualidad como una condición para buscar atención médica, aunque la clave para designar a la homosexualidad se mantuvo (van Drimmelen-Krabbe et al., 1994).

La infección de VIH/SIDA en varones bisexuales y homosexuales

En México, a partir de la década de los ochentas, ha existido una amplia producción científica sobre el comportamiento de la epidemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de

inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) entre varones BH (Góngora-Biachi et al., 1990; González et al., 1990; Güereña-Burgueño et al., 1991; 1992; Hernández et al., 1992; Izazola et al., 1988; 1991; 1995; Sierra et al., 1986). Una de las contribuciones de estos estudios es que han evidenciado que el VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud de la población BH en México, y por ende, merece especial atención (ver cuadro 1). Para diciembre del 2000, la

Secretaría de Salud (SSA, 2001:4) estimó que en México la “transmisión sexual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 61.8% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 38.2% a heterosexuales”. Esto cobra especial relevancia toda vez que en 1994 el SIDA fue la cuarta causa de muerte entre los varones de 25 a 34 años (SSA, 2001:7).

Cuadro 1. Prevalencia de infección por VIH en varones BH de México

Referencia	Población	N	Casos	Tasa
Sierra et al., 1986	Asistentes al Instituto Nacional de la Nutrición, DF	118	22	34.7
Izazola et al., 1988	Población homosexual del Distrito Federal entrevistada en:			
	1985	40	2	5.0
	1986	226	54	23.9
	1987	46	18	39.1
	periodo 1985-7	312		23.7
Góngora-Biachi et al., 1989	Residentes de Cancún, Quintana Roo	60	6	10.0
Izazola et al., 1995; Hernández et al., 1992	Asistentes al centro de atención FLORA (Distrito Federal) del CONASIDA (enero 1988-junio de 1989)	2225	699	31
Izazola et al., 1991	Asistentes a centros de reunión de homosexuales en:			
	Distrito Federal	135		25.4
	Guadalajara	104		13.5
	Mérida	95		11.6
	Acapulco	98		9.2
	Tijuana	102		6.9
Monterrey	124		2.4	
Güereña-Burgueño et al., 1991	Sitios de reunión de homosexuales en Tijuana	233	27	11.6

Fuente: Elaboración propia. DF (Distrito Federal)

A este respecto, Izazola et al., (1995) analizaron la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en población homosexual de México a partir de casos de VIH/SIDA notificados a la Secretaría de Salud (SSA). De acuerdo con este estudio, hasta junio de 1994 se habían notificado 19 mil 090 casos, de los cuales 81% se registró en hombres adultos. Además, se había incrementado el número de casos en los que no se registró la categoría de transmisión (para 1994 ascendía aproximadamente 50% de los casos), mientras que había existido un descenso en la categoría de transmisión homosexual y bisexual. Los autores concluyen que este descenso en la transmisión homosexual fue

artificial y que se debía a la mala notificación y que, por el contrario, la epidemia de VIH/SIDA entre hombres con prácticas homosexuales continuaba creciendo. Magis-Rodríguez et al., (1996) llegaron a una conclusión similar: “Hay que señalar que la transmisión heterosexual documentada en hombres a través de los casos se encuentra sobrestimada en el Registro Nacional de Casos de SIDA. Un indicio de lo anterior es que en México, la cifra de hombres reportados por transmisión heterosexual es tres veces mayor a la de los casos en mujeres por la misma vía de transmisión, mientras que por este mecanismo en Estados Unidos se reportan dos hombres por cada mujer. Otra indica-

ción indirecta, además de los estudios centinelas, es que en los múltiples estudios realizados en mujeres que ejercen la prostitución se han encontrado prevalencias bajas" (0.04%-2.6%).

Una de las características de este grupo de investigaciones es que se han enfocado principalmente al estudio de las prácticas sexuales de los varones BH. Un ejemplo es el trabajo de Izazola-Licea et al., (1988), quienes estudiaron factores de riesgo asociados a la infección por VIH en BH. Los factores de riesgo que consideraron fueron: relación de pareja homosexual inestable, contratación de sexoservidores, trabajo como prostituto, introducción de objetos por el ano, relaciones sexuales con extranjeros, asistencia a baños de vapor, asistencia a bares "gay", relaciones sexuales con contactos en la calle, adopción de medidas preventivas y consumo de drogas ilegales. En otros estudios los factores de riesgo considerados son edad, educación, si en la penetración anal se es "receptivo" o "insertivo", número de parejas durante la vida sexual, tener sexo con personas infectadas con VIH e historia de condiloma (Hernández y cols., 1992).

En un primer acercamiento, es lógico este interés de las investigaciones sobre VIH/SIDA en las prácticas sexuales, ya que el contacto sexual es el principal mecanismo de transmisión de la enfermedad entre los varones BH de México. Sin embargo, en un análisis crítico se pueden formular tres interrogantes: ¿es correcto centrarse en las prácticas sexuales?, ¿qué premisas subyacen al estudio de las prácticas sexuales? y ¿qué consecuencias tiene el enfocarse en el estudio de las prácticas sexuales?

Respecto a la primera interrogante, es necesario precisar que la infección por VIH se origina por el contacto con el virus y no por las prácticas sexuales en sí mismas. Es decir, si un individuo siempre utiliza condón de forma adecuada (con lo cual se protege del contacto con el virus), es irrelevante si tiene una o varias parejas sexuales, si es "insertivo" o "receptivo" o si asiste o no a sitios de reunión homosexual. Entonces, el centro de atención de los estudios sobre VIH/SIDA debería ser, bajo esta óptica, por qué los individuos no utilizan formas de protección contra el virus.

Un argumento de por qué algunos estudios sobre VIH/SIDA se han enfocado en las prácticas sexuales es que se realizaron en el momento (la década de los ochenta) en que apenas se comenzaba a entender las características de la enfermedad (e.g. agente etiológico y formas de contagio) por lo que era necesario indagar todas las posibles explicaciones del origen de la infección. Sin embargo, antes de que finalizara la década de los ochenta ya se conocía con exactitud que el VIH era el agente que provocaba el SIDA y que una de las formas de protección contra la infección era el uso consistente y adecuado de condón (Zenilman, 1988). A pesar de ese conocimiento, se continuó con la investigación minuciosa de las prácticas sexuales de BH (e.g. Góngora-Biachi et al., 1990; González et al., 1990; Gutiérrez-Burgueño et al., 1991; 1992; Hernández et al., 1992; Izazola et al., 1991; 1995). Pero, si no es la falta de conocimiento de las características de la enfermedad lo que condicionó el que estas investigaciones se hayan enfocado en las prácticas sexuales, ¿qué lo puede explicar?. Una explicación es que el paradigma desde el cual se "mira" el problema es lo que determina la forma en que se le aborda. Esto nos lleva a la segunda interrogante.

¿Qué premisas subyacen al estudio de las prácticas sexuales?. Al estudio de las prácticas sexuales subyace el supuesto de que los individuos actúan racionalmente, con libertad de elegir entre distintas opciones de comportamiento y al margen de cualquier influencia exterior. ¿Esto es cierto?. En una revisión sobre los aportes de las ciencias sociales a la comprensión de la epidemia de VIH/SIDA, Amuchástegui (1996:120) ha señalado que "las encuestas y las intervenciones basadas en modelos de cambio de comportamiento individual presuponen la existencia de un sujeto autónomo cuyo proceso de toma de decisiones en el ámbito de la actividad sexual es fundamentalmente racional. Sin embargo, una gran cantidad de estudios sugieren que el fenómeno es más complejo y que en él intervienen, precisamente, condiciones relacionadas con la situación económica, social y cultural de la persona, además de consideraciones psicológicas".

Lo anterior lleva a plantear la última cuestión: ¿qué implicaciones tiene un abordaje centrado en las prácticas sexuales?. Centrarse en el análisis de las prácti-

cas, implica reconocer que el individuo es el responsable de sus conductas y por tanto de los riesgos a los que se expone, además de que las medidas preventivas deberían estar encaminadas al cambio de las prácticas sexuales de los individuos. De esta forma, puede decirse que para los autores de estos estudios la mayor prevalencia de VIH/SIDA en los homosexuales puede ser explicada por sus conductas individuales, en especial aquellas que no son socialmente aceptadas (e.g. múltiples parejas). Los homosexuales son vistos como enfermos (desviados de las conductas socialmente deseables) cuyas conductas los exponen (y exponen al resto de la población) a diferentes riesgos. El énfasis en las conductas sexuales puede ser explicado como una acción que reproduce y fortalece la ideología sexual discriminatoria. Lo que estos estudios ponen en el centro de su discusión es la convencionalidad de ciertas prácticas sexuales y no los determinantes reales, ya que se ha comprobado que el uso apropiado y constante del condón protege no sólo de la infección por VIH-SIDA, sino del resto de enfermedades sexualmente transmisibles; pero su uso pone en riesgo la articulación dogmática de las relaciones sexuales y la reproducción; ya que el condón previene también el embarazo (Ortiz y Granados, 2001).

Al margen de las asociaciones estadísticas entre las conductas y la infección por VIH, este tipo de estudios parecen estar orientados por el prejuicio social contra los varones BH y se adscriben de manera implícita al modelo ideal que rige la ideología de la normalidad sexual: conformada socialmente por el matrimonio heterosexual, monogámico y orientado a la reproducción biológica. Lo anterior determina en este tipo de estudios una noción de la normalidad sexual como correspondiente a la salud que se fija como premisa, y otra de la alteridad sexual como correspondiente a la enfermedad, en este caso la homosexualidad asociada al VIH-SIDA, estableciéndose una oposición binaria que refuerza 'el deber ser', lo prescrito y lo prohibido (Ortiz y Granados, 2001). Esta visión de la epidemia del VIH/SIDA es la que contribuyó en alguna medida a generar la visión de que los BH eran culpables de la expansión de la enfermedad, reforzando al mismo tiempo el prejuicio contra la homosexualidad (Lizárraga, 1996).

En síntesis, la epidemia de VIH/SIDA hizo que existiera un gran interés por estudiar a los varones BH, pero el punto de partida y el objeto central era la enfermedad en sí misma, y de manera secundaria los individuos que la padecían. Lo que parece que llevó a centrar el interés en las características de la enfermedad y casi nunca a la situación a la que se enfrentaban los enfermos. La cuestión que se plantea como indispensable entonces, es avanzar en la investigación científica de medidas preventivas, terapéuticas y curativas más eficaces, así como de aquellos elementos sociales y culturales que determinan que una persona tome o no las medidas que, hasta el momento, han comprobado su alta eficacia, tal como es el caso del uso del condón (Ortiz y Granados, 2001).

Antes de revisar otro grupo de investigaciones es pertinente hacer una breve conclusión sobre los dos grupos de estudios que han contribuido a la reproducción del prejuicio contra la homosexualidad. Bourdieu et al. (1975) consideran que en el acto científico deben superarse las prenociones o nociones del sentido común, las cuales, en el caso de la homosexualidad, toman la forma de prejuicios. Se puede decir que los dos grupos de investigaciones revisados en los párrafos anteriores están anclados todavía a las nociones del sentido común, lo que hace que reproduzcan el prejuicio hacia la homosexualidad; en el primer grupo de estudios porque afirman que la homosexualidad es una enfermedad, cuando se ha demostrado que eso es falso; y en el segundo caso porque se responsabiliza a los individuos de sus prácticas sexuales, ignorando con ello la influencia que tienen los procesos sociales y culturales sobre la conducta.

Aspectos médicos de las prácticas sexuales de los varones bisexuales y homosexuales

Desde al ámbito médico también se han hecho aproximaciones a la relación entre homosexualidad y enfermedad. En este caso no se trata propiamente de investigaciones, sino de reportes de casos clínicos. Aquí es necesario distinguir entre, por un lado, las repercusiones que tienen algunos usos del cuerpo de, por otro lado, la valoración que hacen algunos médicos de dicho uso y de la orientación sexual de los individuos que asisten a recibir atención médica. Es decir, es necesario reconocer que ciertas prácticas

sexuales llevan implícito un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (e.g. anilingus) o una mayor probabilidad de generar traumatismos (e.g. penetración anal), pero aceptar eso no significa asignarles una valoración.

Respecto a las repercusiones de los usos del cuerpo, existen varios reportes en los que se describe la atención de pacientes BH que acuden a los servicios médicos para tratarse infecciones de transmisión sexual (ITS). Además del VIH/SIDA, las ITS por las que los varones BH acuden a los servicios son: uretritis causada por distintos agentes infecciosos (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Neissera gonorrhoeae*), sífilis (*Treponema pallidum*), chancroide (*Hemophilus ducreyi*), herpes simplex (HSV), condiloma acuminata (*virus del papiloma humano*), hepatitis B, escabiosis y cáncer de ano (Zenilman, 1988; Owen, 1985; Mora et al., 1989; Sánchez et al., 1998; Vieyra et al., 1997). Las infecciones gastrointestinales -proctitis, proctocolitis y síndromes entéricos- debido al contacto sexual también son motivos frecuentes por los que los homosexuales llegan a asistir a la consulta médica (Zenilman, 1988; Owen, 1985; Newman, 1988).

Otro problema por el que los varones BH llegan a asistir a los servicios médicos es la introducción de cuerpos extraños en el ano por auto-erotismo, la cual puede producir lesiones en la mucosa, heridas en la región rectosigmoidea, sangrado y fisuras anales, en algunos casos se ha llegado a requerir intervenciones quirúrgicas para poder retirar los objetos introducidos al ano (Zenilman, 1988; Owen, 1985; Berumen et al., s/f; Huertas, 1984). Aunque son poco frecuentes, también se han llegado a presentar casos de incontinencia fecal, prolapso de hemorroides, fisura anal y edema del pene producidos por el coito anal (Owen, 1985). Estos reportes de casos clínicos deben ser considerados para adaptar los servicios médicos para atender este tipo de casos, sensibilizar al personal de salud que potencialmente puede atender dichos casos y para difundir entre la población BH las medidas preventivas necesarias para reducir la frecuencia e impacto de estos problemas.

Debe reconocerse que en varios de los reportes revisados existe una clara intención de los autores para

que los pacientes homosexuales sean tratados con respeto y que los médicos deben de tratar de generar confianza en ellos, además de que se reconoce que la homofobia es una de las principales barreras por la que los varones BH no asisten a los servicios médicos y por la que los médicos llegan a discriminar a los homosexuales (e.g. Zenilman, 1988; Owen, 1985; Berumen et al., s/f; Huertas, 1984). Sin embargo, otros autores llegan a emitir juicios de valor sobre la homosexualidad y las prácticas sexuales que producen los problemas de salud por los que los varones BH asisten a consulta. Un ejemplo de ello es la consideración de Mora et al. (1989:297): “Ante la alta prevalencia de pacientes homosexuales y heterosexuales con prácticas **contranatura** que consultan por patología anorectal, se hace mandatorio sospechar la posibilidad de infección o coinfección por *Chlamydia Trachomatis*” (las negritas son mías).

Cabe señalar que no se identificó ningún reporte, publicado en la región de América Latina, en el que se abordaran los problemas de salud por los que las mujeres bisexuales y lesbianas (BL) acuden a buscar atención médica, situación que puede ser indicativa de la mayor invisibilidad social de las mujeres BL, en comparación con los varones BH.

Diferencias en la morbilidad entre BLH y heterosexuales

A partir de la década de los ochentas ha existido una producción científica en los países industrializados (EU, Europa y Australia) en la que se considera que las enfermedades frecuentes en los BLH son debidas a la homofobia y el heterosexismo. En los siguientes párrafos se presenta una revisión de estos estudios encaminada a mostrar los conceptos y las estrategias metodológicas que se han utilizado; cabe aclarar que no se pretende presentar en detalle los resultados de estas investigaciones ya que actualmente existen dos revisiones exhaustivas sobre la temática (ver GLMA-LGBTHE, 2001; Dean et al., 2000).

Las investigaciones que parten de la premisa de que la mayor frecuencia de daños a la salud observada en la población BLH se debe al heterosexismo pueden ser agrupadas de acuerdo a la metodología que han utilizado. Una forma en que se han estudiado las repercu-

siones de la opresión sobre la salud de los BLH es comparando la morbilidad entre BLH y heterosexuales. Por lo regular lo que se ha hecho es incorporar una o más preguntas sobre orientación sexual en cuestionarios que forman parte de estudios cuyo objetivo principal no es la opresión hacia los BLH y sus efectos en la salud. Por ejemplo, Krieger (1997) incorporó preguntas para valorar la orientación sexual y la discriminación en un estudio cuyo objetivo principal fue valorar factores de riesgo para cardiopatía en adultos jóvenes (*Coronary Artery Risk Developmental in Young Adults*, CARDIA). Otro ejemplo de este procedimiento es la *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) desarrollada por los CDC's de Atlanta, EU, cuyo objetivo principal ha sido valorar los principales problemas de salud en adolescentes norteamericanos. Esta encuesta es aplicada por cada uno de los estados, los cuales pueden modificarla para indagar otro tipo información. En algunos estados (como Massachusetts y Vermont) se han incluido preguntas sobre orientación sexual, con lo cual ha sido posible comparar la prevalencia de distintos daños a la salud en adolescentes BLH con la prevalencia en adolescentes heterosexuales.

A partir de las encuestas YRBS se ha demostrado que, en comparación con los adolescentes heterosexuales, los adolescentes BLH consumen con mayor frecuencia alcohol, marihuana, cocaína y otras drogas ilegales (Faulkner y Cranston, 1998; Garofalo et al., 1999; Durant et al., 1998), tienen mayor consumo de cigarrillos (Garofalo et al., 1999; Durant et al., 1998), presentan prevalencias más altas de intento e ideación suicida (Faulkner y Cranston, 1998; Durant et al., 1998; Garofalo et al., 1999) y mayor probabilidad de ser víctima de violencia en la escuela (Durant et al., 1998). Otros estudios en los que se ha comparado la morbilidad entre homosexuales y heterosexuales han mostrado que los primeros tienen frecuencias más altas de consumo de alcohol y drogas ilegales —en especial de *poppers* y anfetaminas— (Stall y Wiley, 1988; Mckirnan y Peterson, 1989; Fergusson et al., 1999) y mayor prevalencia de trastornos mentales (Lock y Steiner, 1999), ideación e intento de suicidio (Fergusson et al., 1999; Herrell et al., 1999; Remafedi et al., 1998), depresión, trastorno generalizado de ansiedad, trastornos de la conducta y dependencia a la nicotina (Fergusson et al., 1999).

Los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) y las conductas relacionadas con ellos, merecen mención aparte ya que su frecuencia no es similar entre mujeres BL y varones BH. Siever (1994) mostró que las mujeres heterosexuales fueron las que estuvieron más preocupadas por su apariencia física, mostraron mayor insatisfacción con sus cuerpos y mayor frecuencia de conductas relacionadas con los trastornos a la alimentación, los homosexuales tuvieron un comportamiento similar al de las mujeres heterosexuales; mientras que las mujeres lesbianas y los varones heterosexuales estuvieron menos interesados en su aspecto físico, tuvieron menos insatisfacción con su cuerpo y reportaron con menor frecuencia prácticas relacionadas con los trastornos de la alimentación. Varios autores (Yager et al., 1988; Silberstein et al., 1989; Carlat et al., 1997; Herzog et al., 1991) han comparado muestras por conveniencia de varones homosexuales y heterosexuales, observando que los primeros tuvieron mayor insatisfacción con sus cuerpos, mayores deseos de ser más delgados y reportaron con mayor frecuencia actitudes y prácticas relacionadas con los trastornos de la alimentación.

Meyer (1995) y Tremblay y Ramsay (2000) han señalado los posibles sesgos que pueden presentarse en los estudios en los que se compara la morbilidad entre población BLH y población heterosexual. Tremblay y Ramsay (2000) han demostrado que el porcentaje de BH que aceptan su orientación sexual cuando son cuestionados mediante encuestas impresas es de 4 a 8 veces menor al porcentaje de bisexuales y homosexuales que aceptan su orientación sexual cuando ésta es averiguada mediante otras técnicas de obtención de información como cuestionarios aplicados por computadora. Es decir, con la aplicación de los cuestionarios se corre el riesgo de subestimar el porcentaje de BH, esta subestimación se debe principalmente a que las personas que no reportan su orientación sexual tienen conflictos con ella, en las cuales son esperables tasas más altas de morbilidad. Por su parte, Meyer (1995) ha hecho una analogía entre el sesgo señalado por Tremblay y Ramsay (2000) con el efecto del “trabajador saludable” observado en el campo de la salud laboral. En el efecto del “trabajador saludable” la asociación entre un riesgo laboral y un daño a la salud se ve atenuada, e incluso desaparece, debido a que los trabajadores que presentan el daño a la salud estudia-

do dejan de trabajar. De esta forma, en los centros laborales se mantienen los trabajadores con mejor estado de salud y con ello se desvanece la asociación entre el factor laboral y el daño a la salud estudiados. En el caso del tema que ocupa esta revisión, los BLH que niegan su orientación sexual (respondiendo en los cuestionarios que son heterosexuales) son principalmente los que tienen poca aceptación de su homosexualidad y, por tanto, es muy probable que sean los que tengan las tasas más altas de morbilidad. Este fenómeno hace que las diferencias en las morbilidades entre BLH y heterosexuales se reduzcan o incluso desaparezcan de forma artificial, tal como ha sido reportado en algunos estudios (Meyer, 1995); también ha señalado que los estudios en los que se compara la morbilidad de los BLH con la de los heterosexuales sólo han permitido documentar la existencia de los efectos negativos del heterosexismo y la homofobia sobre la salud de los BLH; lo cual aunque representa un avance sustancial, no permite explorar los mecanismos por los cuales la opresión lleva a mayor frecuencia de enfermedades en la población BLH. El conocimiento de estos mecanismos tiene relevancia para el diseño y la implementación de políticas y programas.

Diferencias en la morbilidad al interior de la población BLH

Otros estudios se han enfocado exclusivamente en la población BLH. En estas investigaciones se ha buscado analizar la distribución diferencial de ciertos daños a la salud entre los BLH en función de ciertos factores. En general, se parte del supuesto de que debido a la homofobia y el heterosexismo, los BLH se enfrentan a distintos problemas y dificultades como la violencia, la discriminación, la necesidad de desarrollar una identidad y establecer vínculos interpersonales a partir de su orientación sexual y la homofobia internalizada.

Aunque se han acuñado distintos conceptos para hacer referencia a la opresión a la que están sujetos los BLH³, en la actualidad los que son utilizados con ma-

yor frecuencia son los de homofobia y heterosexismo. De acuerdo con Neisen (1990), en 1971 Smith utilizó el término homofobia para definir un perfil de personalidad de individuos con reacciones negativas o de miedo hacia homosexuales, pero quien popularizó el concepto fue Weinberg (Neisen, 1990; Shidlo, 1994), que la definía como el miedo irracional que presentan los heterosexuales cuando están cerca de algún homosexual, mientras que en los homosexuales ésta se presenta en distintas formas de auto-desprecio. Gonsiorek (1988) considera que la homofobia es la visión irracional y distorsionada de la homosexualidad y las personas homosexuales. El heterosexismo, a su vez, ha sido definido como el sistema ideológico que niega, denigra y estigmatiza cualquier forma de conducta, identidad, relación o comunidad diferentes a las heterosexuales (Herek, 1998).

Se ha cuestionado el uso del concepto homofobia ya que de las personas que tienen actitudes negativas hacia BLH, muy pocas tienen reacciones que, desde el punto de vista clínico, pueden ser definidas como fóbicas (Neisen, 1990; Herek, 1986). Otra limitación del concepto es que hace hincapié en la dimensiones psicológicas del rechazo a la homosexualidad y los homosexuales, con lo cual se minimizan los determinantes socioculturales del problema (Herek, 1986). Otra deficiencia del concepto de homofobia es que las actitudes negativas hacia los BLH no son irracionales ni arbitrarias en tanto que cumplen funciones psicológicas (Herek, 1986) y sobretodo se insertan en un sistema de control social que determina la lógica de tales reacciones (Neisen, 1990). En la actualidad algunas de las críticas al término homofobia no son válidas ya que el significado que se le asigna es más amplio que el que inicialmente se le dio, abarcando ahora todas las reacciones negativas hacia BLH; además, es el concepto que se ha diseminado tanto en el ámbito académico como político, de ahí que sea conveniente continuar su uso teniendo presente sus limitaciones.

Con los conceptos de homofobia y heterosexismo se puede explicar por qué la población BLH presenta frecuencias más altas de distintos padecimientos en comparación con los hombres y mujeres heterosexua-

³ Neisen (1990) identificó los siguientes conceptos: homoerotofo-bia (Churchill), homofobia (Smith), sesgo homosexual (Fyfe), homonegatividad (Hudson y Ricketts), homosexismo (Lehne),

heterosexismo (Lorde) y sesgo heterosexual (Morin y Garfinkle). Recientemente Herek (2000) propuso el término prejuicio sexual.

les, tal como se mostró en la sección anterior. Sin embargo, con estos conceptos no es posible comprender ciertos patrones que han sido reportados en la literatura respecto a la frecuencia de violencia y daños a la salud al interior de la población BLH. Si la opresión de los BLH fuera producto exclusivamente del heterosexismo y la homofobia sería previsible que las mujeres BL y los varones BH presentaran frecuencias similares de, por ejemplo, violencia y daños a la salud asociados con su opresión. Sin embargo, en diversas investigaciones se ha mostrado que la frecuencia de éstos difieren entre hombres y mujeres. En los Estados Unidos de Norteamérica los varones BH sufren violencia con mayor frecuencia que las mujeres BL (Berrill, 1992), hallazgo que también ha sido observada en México (Ortiz y Granados, 2003). Garofalo et al., (1999) encontraron que los varones homosexuales tuvieron un riesgo 3.74 veces mayor de intento de suicidio en comparación con los varones heterosexuales, mientras que en las mujeres no existieron diferencias entre lesbianas y heterosexuales, resultados similares obtuvo Remafedi (1998). Asimismo, Rothblum (1990) ha sugerido que las mujeres lesbianas tienen menor probabilidad de presentar depresión en comparación con las mujeres heterosexuales, ya que las primeras no están restringidas a cumplir con el rol que socialmente se espera cumplan las mujeres por lo que con mucha frecuencia son independientes en el plano económico, tienen más vínculos personales y desarrollan más estrategias de afrontamiento. En esta misma dirección, Granero (1984a) reportó que 87% de las mujeres lesbianas alcanzaban siempre o casi siempre el orgasmo en sus relaciones sexuales, mientras que en las mujeres heterosexuales el porcentaje fue de 57%; además de que las primeras fueron más asertivas que las últimas. En esta misma investigación se encontró que los varones homosexuales eran menos autosuficientes que los hombres heterosexuales. Estos datos muestran, en primer lugar, que el prejuicio es más acentuado hacia los varones BH que hacia las mujeres BL, y en segundo término, que los varones BH presentan frecuencias más altas de daños a la salud que las mujeres BL.

Otro fenómeno que no puede ser explicado con los conceptos de heterosexismo y homofobia, es la violencia que reciben los BLH en la infancia ya que durante esta etapa la violencia que sufren no se debe a sus

prácticas sexuales, sino al hecho de que algunos de ellos son niños femeninos o niñas masculinas (Ortiz y Granados, 2003). Esta situación cobra especial relevancia en el campo de la salud considerando que los homosexuales que son femeninos, en comparación a los que son masculinos, tienen mayor riesgo de ideación e intento de suicidio (Tremblay y Ramsay, 2000; Remafedi, 1999).

Como puede apreciarse, ha sido frecuente explicar la opresión de los BLH como producto de la normatización de la sexualidad (e.g. Nicolás, 1995), es decir, como producto de la superioridad de una orientación sexual sobre las demás. Sin embargo, esta explicación es insuficiente para dar cuenta de las diferencias que ocurren al interior de la población BLH. En ese sentido, recientemente se ha evidenciado la importancia del sistema de géneros para entender la opresión de los BLH, en tanto que la masculinidad se fundamenta en la homofobia, bajo este enfoque la opresión de los BLH no está condicionada exclusivamente por la regulación de la sexualidad (el placer sexual), sino con el control del cuerpo en su totalidad (Badinter, 1992; Ortiz y Granados, 2003).

Por otro lado, en algunos de los estudios revisados se ha analizado la asociación de las experiencias de violencia y discriminación de la que son objeto los BLH y la repercusión que tienen estos eventos negativos en su salud. Las prevalencias de violencia entre estas poblaciones oscilan entre 5% y 75%, dependiendo del tipo de violencia que se trate (D'Augelli, 1989; Herek, 1989). Los BLH que han sido víctimas de la violencia tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales (Hershberger y D'Augelli, 1995), depresión, ansiedad, miedo, estrés post-traumático (Herek, 1999) e ideación e intento de suicidio (Hershberger et al., 1997). La discriminación ha sido un tema poco estudiado en su relación con las condiciones de salud de la población BLH. En el único estudio en el que fue analizado se observó que la discriminación se asociaba con niveles más bajos de presión sistólica en individuos BLH (Krieger, 1997).

Uno de los conceptos más relevantes para estudiar los daños a la salud entre la población BLH es el de homofobia internalizada (HI). La HI ha sido definida como el estado en el que los BLH introyectan las acti-

tudes negativas hacia la homosexualidad que existen en las sociedad heterosexistas (Williamson, 2000; Herek, 1998; Ross y Rosser, 1996). Se ha mostrado consistentemente que los individuos con niveles más altos de HI tienen mayor probabilidad de presentar baja autoestima (Herek et al., 1998; Lima et al., 1993), depresión (Herek et al., 1998), desmoralización⁴, sentimiento de culpa e intento e ideación suicida (Meyer, 1995). Williamson (2000) realizó una revisión bibliográfica sobre HI en homosexuales con VIH/SIDA, encontrando que niveles elevados de HI se asociaron con la adopción de estrategias de afrontamiento basadas en la resignación y la negación, mientras que bajos niveles de HI se relacionaron con la adopción de estrategias de afrontamiento pro-activas y de búsqueda de ayuda. Otro concepto que ha sido utilizado para explicar las diferencias de la morbilidad al interior de la población BLH es el de *identidad gay o coming-out*, de acuerdo con el cual las personas BLH atraviesan una serie de fases que inician cuando toman conciencia de que son diferentes de otros niños o adolescentes, posteriormente comienzan a tener contacto con la subcultura homosexual, lo que facilita la aceptación de su orientación sexual y la adopción de una identidad social a partir de ella (se asumen como gays o lesbianas), finalizando este proceso cuando el sujeto BLH confiesa a otras personas su orientación sexual (Cass, 1990). Uno de los problemas de este concepto es que ha sido utilizado para designar distintos fenómenos, pues algunos autores solamente lo usan para designar el primer encuentro erótico con personas del mismo sexo, mientras que otros lo utilizan para definir cuando los BLH declaran a otras personas su orientación sexual (Parks, 1999; Strommen, 1989). Recientemente, Parks (1999) sugirió que se utilice el término *coming-out* para hacer referencia a todo el proceso de desarrollo de la identidad gay, mientras que para designar el momento en que se declara la orientación sexual a otras personas se emplee el término *disclosure*, éste último podría ser el equivalente a lo que en nuestro país se denomina "salir del clóset". En adolescentes homosexuales se ha mostrado que el declarar la orientación sexual a los padres y que éstos hayan aceptado la orientación sexual se aso-

ció con una autoestima más alta (Savin-Williams, 1989a; 1989b). Varios autores han reportado que los adolescentes homosexuales que "salen del closet" a edades más tempranas tienen mayor riesgo de presentar ideación e intento de suicidio (D'Augelli y Hersberger, 1993; Schneider et al., 1989; Hersberger et al., 1997).

Una limitación del concepto de *coming-out* es que se plantea una serie de etapas que no la experimentan todos los sujetos BLH, además de que solamente se ha aplicado en adolescentes BLH (Savin-Williams 1989a, 1989b), con lo cual no es útil en etapas posteriores de la vida. Algunos autores (Sophie, 1987; Shidlo, 1994) han sugerido que existe relación entre las etapas del *coming-out* y los niveles de homofobia internalizada: conforme se avanza en las etapas del *coming-out* se tienen niveles más bajos de ésta. En este sentido, el concepto de homofobia internalizada resulta más útil pues es aplicable a lo largo de la vida de los sujetos.

Otra variable que ha sido estudiada para dar cuenta de las diferencias en la morbilidad al interior de la población BLH son los vínculos que se mantiene con la "comunidad homosexual". Un problema con este concepto es que se ha medido con indicadores que son cualitativamente distintos: participación en organizaciones de homosexuales, si el entrevistado lee publicaciones dirigidas a población homosexual (Meyer, 1995), asistencia a bares, discotecas u otros centros de diversión (Hays et al., 1997; D'Augelli y Hersberger, 1993) y si se tienen amigos homosexuales (Frable et al., 1997; D'Augelli y Hersberger, 1993).

En otras investigaciones se ha recurrido al concepto de estrés, basándose en el supuesto de que los BLH se enfrentan a distintos eventos negativos (estresores) derivados de la existencia del heterosexismo y la homofobia, y los individuos que se enfrentan a un mayor número de éstos son los que tienen más riesgo de presentar más daños a la salud como consumo excesivo de alcohol (Mckirman y Peterson, 1988, 1989b; Rosario et al., 1997; Rotheram-Borus, et al., 1995), baja autoestima (Savin-Williams, 1994), ideación e intento de suicidio (Meyer, 1995; Rotheram-Borus, et al., 1995), depresión (Cochran y Mays, 1994), trastornos mentales (Ross, 1990) y prácticas

⁴ Es una medida general de estrés, análogo a la temperatura corporal en la enfermedad somática, que incluye indicadores de miedo, ansiedad, desesperanza, síntomas psicofisiológicos y percepción de problemas de salud.

sexuales (Rotheram-Borus et al., 1995). Uno de los planteamientos más desarrollados dentro de este enfoque es el de Meyer (1995), según este autor la población BLH se enfrenta al estrés por minoría (*minority stress*), similar al que se enfrentan las minorías étnicas. El estrés por minoría está formado, según Meyer, por tres elementos: experiencias de prejuicio (discriminación o violencia), homofobia internalizada y percepción del estigma; estos tres elementos pueden generar estrés en los BLH que los experimentan, pudiendo tener una relación sinérgica entre ellos. Posteriormente, DiPlacido (1998), basada en la propuesta de Meyer, sugirió distinguir entre estresores externos e internos; la violencia y la discriminación se ubicarían dentro del primer grupo y la homofobia internalizada y la percepción del estigma en el segundo. Los estresores externos tendrían mayor relevancia en los BLH que han declarado su orientación sexual a otras personas; mientras que los internos serán más importantes en los BLH que no han declarado su orientación sexual.

Si bien se reconoce que los estresores a los que se enfrentan los BLH tienen su origen en el heterosexismo y la homofobia, en el análisis de los resultados se tiende a hacer énfasis en la percepción subjetiva de éstos y su impacto en el sufrimiento mental, dejando a un lado la dinámica global que los originó. De esta forma, se aísla la percepción subjetiva de la dinámica social en que se encuentran inmersos los individuos, con lo cual se centra la atención en el conflicto individual, haciendo a un lado el conflicto que existe en el grupo minoritario y la sociedad en general. En el caso de la propuesta de Meyer (1995) no se distingue entre la vivencia subjetiva (homofobia internalizada y percepción del estigma) de factores que la condicionan (la violencia y la discriminación como formas de sanción sociales), es decir, no se jerarquizan las causas.

El concepto de estrés ha sido utilizado principalmente para explicar el impacto de eventos adversos o situaciones negativas de carácter crónico sobre la salud física (e.g. enfermedades cardiovasculares y padecimientos psicosomáticos), ya que se ha demostrado que ante el estrés se inicia una respuesta endocrina que tiene efectos sistémicos (Miller y O'Leary, 1993). Sin embargo, la noción de estresor es poco útil para explicar las conductas de los individuos y los es-

quemias de percepción. Por ejemplo, entender a la homofobia internalizada como un estresor no permite comprender por qué los varones BH con niveles altos de este constructo presentan frecuencias más altas de relaciones sexuales sin condón. Además, el enfoque de los estresores concibe una clara frontera entre el individuo y su ambiente, es decir, el individuo sólo presenta reacciones ante eventos negativos que provienen de su medio. Esta división es arbitraria ya que los individuos son portadores de los valores dominantes de la sociedad, por ello sus reacciones no sólo dependen de los eventos que ocurren en el ambiente. Ejemplo de esta situación es la homofobia internalizada y la percepción del estigma que ocurren cuando los BLH han internalizado los valores dominantes de la sociedad con lo cual van a formar parte de sus esquemas de percepción y pensamiento (utilizando los términos de Bourdieu), y para que tengan efectos negativos no es necesario que los BLH experimenten agresiones por parte de otros individuos.

Además de las particularidades de cada uno de los conceptos que se han descrito en párrafos previos, caben señalar algunas características que comparten. También debe reconocerse que el heterosexismo y la homofobia son los responsables de la mayor frecuencia de determinados padecimientos en los BLH (lo cual ya es un avance importante), en estas investigaciones ha existido poco interés por indagar los procesos sociales y culturales que determinan la opresión. La trascendencia de investigar tales determinantes socio-culturales es que la forma en que se conciba el origen de la opresión de los BLH tiene implicaciones para las posibles acciones tendientes a eliminarla, por tanto, los daños a la salud derivados de ella. La mayoría de estos estudios se centra en la experiencia subjetiva de la opresión y las relaciones interpersonales que originan dicha experiencia subjetiva. De ahí que las medidas que se sugieren para reducir las consecuencias del heterosexismo se centren en aspectos conductuales. Por ejemplo, Herek⁵ considera que la forma en que se puede combatir el heterosexismo es que los homosexuales confiesen su orientación sexual a las personas con las que interactúan, con ello se contribu-

⁵ Información en: <http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/>

ye a eliminar los estereotipos que la mayoría de los heterosexuales tienen sobre los homosexuales.

Otra de las limitaciones de estos estudios –de nuevo, sin desconocer sus aportes– es que en la mayoría subyace las nociones de factor de riesgo y multicausalidad, las cuales se encuentran ampliamente difundidas en la epidemiología tradicional. Uno de los planteamientos de los enfoques sociomédicos es el rechazo a las aproximaciones empiristas que todavía predominan en el campo epidemiológico (Laurell, 1994), orientación que guía a la mayor parte de los estudios en los que se aborda la relación entre opresión de los BLH y daños a la salud, pues sólo se indaga una serie de factores, que son asociados con daños a la salud, haciendo énfasis en la magnitud de la asociación estadística. Sin embargo, se pone poca atención en la explicación de los hallazgos y los vínculos que guardan entre sí los diversos factores.

En estas aproximaciones también se recurre al concepto de “historia natural de la enfermedad” (e.g. Dean et al., 2000; GLMA-LGBTHE, 2001). La historia natural de la enfermedad permite comprender los procesos por los cuales se altera la integridad biológica de los cuerpos, pero no permite explicar por qué ciertos individuos/grupos/poblaciones tienen mayor riesgo de desarrollar ciertas enfermedades en comparación a otros individuos/grupos/poblaciones.

Conclusiones

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue analizar los enfoques teóricos y metodológicos utilizados para analizar las condiciones de salud y enfermedad de los BLH, lo cual puede permitir identificar las limitaciones de tales enfoques. En primer término, en la explicación de las enfermedades más frecuentes en los BLH se debe evitar reproducir el prejuicio contra el homoerotismo ya que, como se mencionó, este prejuicio ha hecho que en algunos estudios se considere a la homosexualidad como enfermedad en sí misma o que se enfoquen en las conductas “desviadas” de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Se trata de evitar los juicios de valor que por lo regular reproducen las nociones del sentido común.

En la revisión bibliográfica se mostró que en los países industrializados ha existido una producción importante de estudios en los que se ha analizado el vínculo entre opresión y daños a la salud en BLH. En términos generales dichos estudios han mostrado que, en comparación con la población heterosexual, en la población BLH es más elevada la frecuencia de determinados daños a la salud. Si bien en estas investigaciones se acepta que la mayor frecuencia de ciertas enfermedades en los BLH es producto de la opresión a la que están sometidos, no dan cuenta de los procesos específicos que originan tal opresión y cómo la opresión resulta en determinados daños a la salud. Al margen de las diferencias metodológicas y conceptuales, estas investigaciones han hecho aportes sustanciales a la comprensión de la enfermedad en los BLH. Sin duda, es necesario incorporar los aportes metodológicos y los hallazgos empíricos que han derivado de ellas bajo un marco teórico que las articule.

Las investigaciones que comparan las diferencias al interior de la población BLH casi siempre se han enfocado en la vivencia individual de la opresión y no se plantea cómo se articulan los distintos factores que incrementan la posibilidad de presentar daños a la salud. La ausencia de un marco conceptual que de cuenta del origen de la opresión de los homosexuales es lo que ha llevado a que en tales investigaciones se enfoquen en las experiencias psicológicas y conductuales. En estos estudios se han elaborado escalas para valorar constructos sobre homofobia internalizada, violencia percibida, estigma y percepción del prejuicio, entre otros. Sin embargo, no se indaga cómo los homosexuales llegan a desarrollar determinados “estados psíquicos” que son estudiados mediante los constructos psicológicos y valorados mediante las escalas psicométricas. En otras palabras, en estas investigaciones ha existido una mayor preocupación por la descripción de la experiencia subjetiva de la opresión y se ha puesto poca atención al vínculo entre el origen de la opresión y sus efectos en la salud. Del mismo modo, en varias investigaciones existe un análisis minucioso de las conductas de los homosexuales (principalmente de sus prácticas sexuales). Sin embargo, las conductas no son estudiadas como expresiones de procesos sociales y culturales, sino como un producto exclusivo de la voluntad de los individuos. Ha sido objeto de otra publicación (Ortiz, 2004) el desarrollo de una

propuesta conceptual en la cual se intenta superar algunas de las limitaciones de las propuestas analizadas en este artículo.

Por último, es necesario mencionar que prácticamente la totalidad de la producción científica en América Latina sobre condiciones de salud y enfermedad en población BLH (en total se identificaron 15 reportes) se ha centrado en la infección por VIH/SIDA (Sierra et al., 1986, Izazola et al., 1988, 1991, 1995; González et al., 1990; Góngora-Biachi et al., 1990; Güereña et al., 1991, 1992; Hernández et al., 1992), otras enfermedades de transmisión sexual (Mora et al., 1989; Vieyra et al., 1997; Sánchez et al., 1998) o traumatismos derivados de ciertas prácticas sexuales (Berumen et al., s/f; Huertas, 1984) -siendo éstos últimos reportes de casos clínicos- en varones homosexuales y bisexuales y el funcionamiento en ciertas áreas

psicológicas y conductuales en varones homosexuales y mujeres lesbianas (Granero, 1984a, 1984b). Sólo se identificó un estudio en el que se relaciona el intento o consumación de suicidio con la homosexualidad (Juárez et al., 1999). Aunque en la década de los ochentas se reportaron experiencias sobre tratamiento para modificar la orientación sexual en varones homosexuales (Zermeño, 1981; Guarner, 1987), ya no se identificaron escritos sobre el tema publicados en la década de los noventas. A partir de lo anterior se pueden definir, por lo menos, dos áreas que requieren que en el futuro sean abordadas: (a) el estudio de los problemas de salud de mujeres lesbianas y bisexuales ya que han sido menos estudiados en comparación con los de varones bisexuales y homosexuales y (b) estudiar las condiciones de salud de la población BLH teniendo como punto de partida su posición en la estructura social y su posible efecto sobre la salud mental.

Referencias bibliográficas

- Amuchástegui A. (1996) Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del SIDA. En: Izazola JA. (comp.) SIDA: Estado actual del conocimiento. México: FUNSALUD, Noriega Editores, SIDALAC, 117-137.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1983) DSM-III. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Masson.
- Badinter E. (1992) XY La identidad masculina. Madrid: Alianza Editorial.
- Berger J. (1994) The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *Am J Psychotherapy* (2):251-61.
- Berrill KT. (1992) Anti-gay violence and victimization in the United States: an overview. En: Herek GM, Berrill KT. Hate Crimes. Confronting violence against lesbians and gay men. New Bury Park: Sage Publications, 19-45.
- Berumen U, Martínez Cc, Guerrero H, Veldés H. Algunos aspectos quirúrgicos de la homosexualidad en el varón. *Semana Médica de México s/f*: 505-7.
- Bourdieu P, et al., (1975) *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cameron P, Cameron K, Landess T. (1996) Errors by the American Psychiatric Association, the American Psychological Associations, and the National Educational Association in representing homosexuality in amicus briefs about amendment 2 to the U.S. Supreme Court. *Psychol Rep*; 79:383-404.
- Cameron P, Proctor K, Coburn W JR, Forde N, Larson H, Cameron K. (1986) Child molestation and homosexuality. *Psychol Rep* Feb;58(1):327-37.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. (1997) Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry*; 154(8):1127-32.
- Carrier JM. (1976) Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. *Arch Sex Behav*; 5(2):103-24.
- Cass VC. (1990) Homosexual identity: a concept in need of definition. *J Homosex Winter-Spring*; 9(2-3):105-26.
- Cochran SD, Mays VM. (1994) Depressive distress among homosexually active African American men and women. *Am J Psychiatry*; 151(4):524-9.
- Comisión Ciudadana Contra los Crímenes de Odio por Homofobia (CCCOH). Conferencia de Prensa, Julio 28 de 1999.
- D'Augelli AR, Hershberger SL. (1993) Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *Am J Community Psychol* Aug; 21(4):421-48.
- D'Augelli AR. (1989) Lesbians's and gay men's experiences of discrimination and harassment in a university community. *Am J Community Psychol*; 17(3):317-21.
- Dean L, et al., (2000) Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: findings and concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc*; 4(3):101-51.
- DiPlacido J. (1998) 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*. Thousand Oaks, CA. SAGE, 138-59.

- Durant RH, Krowchuk DP, Sinal SH. (1998) Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescent who engage in same-sex sexual behavior. *J Pediatr*; 132:13-8.
- Faulkner AH, Cranston K. (1998) Correlates of same-sex behavior in a random sample of massachusetts high school students. *Am J Public Health*; 88:262-6.
- Ferguson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people. *Arch Gen Psychiatry*; 56:876-80.
- Frable De, Wortman C, Joseph J. (1997) Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: the importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *J Pers Sep*; 65(3):599-624.
- Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. (1999) Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 153(5):487-93.
- Gay and Lesbian Medical Association and LGBT Health Experts (GLMA-LGBTHE). (2001) Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association.
- Góngora-Biachi R, Arcila-Herrera H, González-Martínez P, Franco-Monsreal J, Puerto-Manzano P, Martínez-Reynoso A, Kuyoc-Castro E. (1990) Anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en una población homosexual masculina. *Salud Pública Mex*; 32:15-20.
- Gonsiorek JC. (1988) Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *J Adolesc Health Care*; 9(2):114-22.
- González Ma, Liguori AL, Bazúa LF. (1990) SIDA y estratos sociales en México: la importancia del bisexualismo. *Salud Pública México*; 32:26-37.
- Granero M. (1984a) Diferencias entre homosexuales y heterosexuales (varones y mujeres) en temores, asertividad y autosuficiencia. *Rev Latinoam Psicol*; 16(1):39-52.
- Granero M. (1984b) Diferencias entre homosexuales y heterosexuales en comportamiento y personalidad. *Rev Latinoam Psicol*; 16(1):39-52.
- Guarner E. Terapia de grupo con homosexuales. Consideraciones Generales. *Rev Med La Salle* 1987; (2):45-51.
- Güereña F, Benenson AS, Bucardo J, Caudillo A. (1992) Comportamiento sexual y abuso de drogas en homosexuales, prostitutas y prisioneros en Tijuana, México. *Rev Latinoam Psicol*; 24(1-2):85-96.
- Güereña-Burgueño F, Benenson AS, Sepúlveda-Amor J. (1991) HIV-1 Prevalence in selected Tijuana subpopulations. *Am J Public Health*; 81:623-5.
- Haldeman DC. (1994) The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *J Consult Clin Psychol*; 62:221-7.
- Hays RB, Paul J, Ekstrand M, Kegeles SM, Stall R, Coates TJ. (1997) Actual versus perceived HIV status, sexual behaviors and predictors of unprotected sex among young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and untested. *AIDS Oct*; 11(12):1495-502.
- Herek GM (2000) Sexual prejudice and gender: Do heterosexuals' attitudes toward lesbians and gays men differ; *Journal of Social Issues*; 56(2):251-66.
- Herek GM, Cogan JC, Gillis JR, Glunt EK. (1998) Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *J Gay Lesbian Med Assoc*; 2:17-25.
- Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. (1989) Psychological sequelae of hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67 (6):945-951.
- Herek GM. Hate crimes against lesbian and gay men. Issues for research and policy. *Am Psychol*; 44 (6):948-955.

Herek GM. (1986) On heterosexual masculinity. Some psychical consequences of the social construction of gender and sexuality. *Am Behav Sci*; 29 (5):563-77.

Herek GM. (1998) Bad science in the service of stigma: a critique of the Cameron group's survey studies. 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*, pp 223-56. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Hernández, Uribe P, Gormaker S, Avila C, De Caso LE, Mueller N, Sepúlveda J. (1992) Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in México city. *Am J Epidemiol*; 135 (8):883-94.

Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. (1999) Sexual orientation and suicidality. A co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry*; 56:867-74.

Hershberger SL, D'Augelli AR. (1995) The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Develop Psychol*; 31(1):65-74.

Hershberger SL, Pilkington NW, D'Augelli AR. Predictors of suicide attempts among gay, lesbian and bisexual youth. *J Adolesc Res* 1997; 12 (4):477-97.

Herzog DB, Newman KL, Warshaw M. (1991) Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *J Nerv Ment Dis*; 179 (6): 356-9.

Huertas A. (1984) Cuerpos extraños en recto por autoerotismo. Informe de 10 casos. *Rev Med IMSS*; 22:176-9.

Izazola JA, Valdespino-Gómez JL, Sepúlveda-Amor J. (1988) Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. *Salud Publica Mex*; 30: 555-566.

Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C, Gortmaker SL, Del Río-Chiriboga C. (1995) Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Publica Mex*; 37:602-614.

Izazola-Licea JA, Valdespino-Gomez JL, Gortmaker SL, Townsend J, Becker J, Palacios-Martinez M, Mueller NE, Sepulveda Amor. (1991) J HIV-1 seropositivity and behavioral and sociological risks among homosexual and bisexual men in six Mexican cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 4(6):614-22.

Juárez-Aragón G, Castañón-González JA, Pérez-Morales AJ, Montoya MA. (1999) Características clínicas y epidemiológicas de intoxicaciones graves en una población adulta que ingreso a una unidad de cuidados intensivos. *Gac Med Mex*; 135(6):669-75.

Krieger N, Sydney S. (1997) Prevalence and health implications of anti-gay discrimination: a study of black and white women and men in the CARDIA cohort. *Int J Health Serv*; 27:157-76.

Laurell AC. (1994) La concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI. *Lo biológico y lo social*. Washington: OPS-OMS.

Lima G, Lo Presto CT, Sherman MF, Sobelman SA. (1993) The relationship between homophobia and self-esteem in gays males with AIDS. *J Homosex*; 25(4):69-76.

Lizarraga X. (1996) El SIDA encarnado o los contornos del orden decente. *Salud Problema* (1):7-21.

Lock J, Steiner H. (1999) 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.

Magis-Rodríguez C, Loo-Méndez E, Del Río-Chiriboga C. (1996) La epidemia del SIDA en México. Análisis global 1981-1996. *Gac Med Mex*; 132(5):545-50.

Mckirnan D, Peterson P. (1989) Alcohol and drug use among homosexual man and women: epidemiology

- and population characteristics. *Addictive Behav*; 14:545-53.
- Mckirman DJ, Peterson PL. (1988) Stress, expectancies, and vulnerability to substance abuse: a test of a model among homosexual men. *J Abnormal Psychol*; 97(4):461-6.
- Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):38-56.
- Miller SM, O'Leary A. Cognition, stress, and health. En: Dobson KS, Kendall PC. *Psychopathology and cognition*. San Diego: Academic Press, 1993:159-89.
- Mora M, Rivas A, Dib J. (1989) Proctitis por Chlamydia en varones homosexuales. *Gen*; 43 (4): 295-7.
- Neisen JH. (1990) Heterosexism: redefining homophobia for the 1990s. *J Gay Lesbian Psychother*; 1:21-35.
- Newman, MD. (1988) Diarrea infecciosa de transmisión sexual. *Infectología*; 8(6):307-14.
- Nicolas J. (1995) La cuestión homosexual. México: Fontamara.
- Núñez G. (1999) Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. México: PUEG y Porrúa Editores.
- Ortiz L, Granados JA. (2001) Los determinantes sociales de la política de salud para el combate del VIH/SIDA en México. *Revista Argumentos, estudios críticos de la sociedad*, abril (38):23-42.
- Ortiz L, Granados JA. (2003) Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología* (3):265-303.
- Ortiz L. (2004) La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura* (22), en prensa.
- Owen WF. (1985) Medical problems of the homosexual adolescent. *J Adolesc Health Care*; 6:278-85.
- Parks CA. (1999) Lesbian identity development: an examination of differences across generations. *Am J Orthopsychiatry*; 69 (3):347-61.
- Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. (1998) The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health*; 88:57-60.
- Rosario M, Hunter J, Gwadz M. (1997) Exploration of substance use among lesbian, gay, and bisexual youth: prevalence and correlates. *J Adolesc Res*; 12(4):454-76.
- Ross MW, Rosser BR. (1996) Measurement and correlates of internalized homophobia: a factor analytic study. *J Clin Psychol* Jan;52(1):15-21.
- Ross MW. (1990) The relationship between life events and mental health in homosexual men. *J Clin Psychol* Jul;46(4):402-11.
- Rothblum ED. (1990) Depresión among lesbians: an invisible and unresearched phenomenon. *J Gay Lesbian Psychother*; 1: 67-87.
- Rotheram-Borus MJ, Rosario M, Van Rossem R, Reid H, Gillis R. (1995) Prevalence, course, and predictors of multiple problem behaviors among gay and bisexual male adolescent. *Develop Psychol*; 31:75-85.
- Sánchez G, Vieyra FJ, Peña JP, Villanueva E. (1998) Patologías anorrectales en pacientes VIH positivo. Estudio prospectivo. *Rev Gastroenterol Mex*; 63(2):89-92.
- Savin-Williams RC. (1989a) Coming out to parents and self-esteem among gay and lesbian youths. *J Homosex*; 18(1-2):1-35.
- Savin-Williams RC. (1989b) Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: a reflected appraisal model. *J Homosex*; 17(1-2):93-109.
- Savin-Williams RC. (1994) Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: associations with school problems,

- running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *J Consult Clin Psychol* Apr;62(2):261-9.
- Schneider SG, Farberow NL, Kruks GN. Suicidal behavior in adolescent and young adult gay men. *Suicide Life Threat Behav* 1989 Winter;19(4):381-94.
- Secretaría de Salud (SSA). (2001) El SIDA en México en el año 2000: 1-8. Documento tomado de <http://www.ssa.gob.mx>, México.
- Shidlo A. (1994) Internalized homophobia: conceptual and empirical issues in measurement. En: Greene B, Herek GM (editors). *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: vol. 1. Lesbian and Gay Psychology*. Thousands Oaks, CA: Sage, 176-205.
- Sierra JG, Ponce De León S, Ruiz G, Tinoco JC, Calva JJ, Zamora EE. (1986) Prevalencia de anticuerpos contra el virus asociado a linfadenopatía/virus linfotrópico humano tipo III de células T (LAV/HTLV-III) en una población de homosexuales en México. *Salud Publica Mex*;28:180-185.
- Siever MD. (1994) Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *J Consult Clin Psychol*; 62(2):252-60.
- Silberstein LR, Mishkind ME, Striegel-Moore RH, Timko C, Rodin J. (1989) Men and their bodies: a comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Med*;51:337-46.
- Sophie J. (1987) Internalized homophobia and lesbian identity. *J Homosex*; 14(1-2):53-65.
- Stall R, Wiley J. (1988) A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: the San Francisco Men's Health Study. *Drug Alcohol Depend.* Oct; 22(1-2):63-73.
- Strommen EF. (1989) "You're a what?": family member reactions to the disclosure of homosexuality. *J Homosex*, 37-58.
- Tremblay P, Ramsay R (2000) The social construction of male homosexuality and related suicide problems. The 11th Annual Sociological Symposium: "Deconstructing Youth Suicide". San Diego State University, March 17.
- Van Drimmelem-Krabbe JJ, Ustun TB, Thompson TH, L'Hours A, Orley J. (1994) Homosexuality in the International Classification of Diseases: A clarification. *JAMA* december 7;272(1):1660.
- Vieyra F, Luna-Pérez P, Peña JP, Rodríguez-Coria DF. (1997) Características clínicas asociadas de 41 pacientes con carcinoma epidermoide del ano, estudiados en un centro de cáncer. *Rev Gastroenterol Mex*; 62(2):89-93.
- Williamsom IR. (2000) Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Educ Res*; 15 (1):97-107.
- Yager J, Kurtzman F, Landsverk J, Wiesmeier E. (1988) Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. *Am J Psychiatry*; 145:4957.
- Zenilman J. (1988) Sexually transmitted diseases in homosexuals adolescents. *J Adolesc Health Care*; 9:129-38.
- Zermeño E. (1981) Técnicas experimentales en el tratamiento del homosexualismo: su aplicación a un estudio de caso. *Enseñanza e Investigación en Psicología*; 7(1):74-90.