

Homofobia y salud

*José Arturo Granados Cosme**, *Guadalupe Delgado Sánchez***, *José Manuel Méndez Tapia****

Resumen

El presente trabajo desarrolla un análisis del perfil patológico que muestran los homosexuales. En base a la revisión bibliográfica se presenta una caracterización de la desigualdad sanitaria en función de la orientación sexual. El patrón de morbimortalidad de los homosexuales incluye: enfermedades infecciosas en general, enfermedades de transmisión sexual, daños a la salud mental, violencia y homicidio, bajo apoyo social y mayores obstáculos para la atención médica. Para el análisis de este perfil se propone una serie de referentes conceptuales entre los que destaca la homofobia, su institucionalización y su individualización, así como sus expresiones operativas: omisión, minimización, concesión, restricción y agresión abierta, categorías que articuladas conformarían el proceso de determinación social de la vulnerabilidad sanitaria de esta población.

Abstract

The present work develops an analysis of the pathological profile that the homosexuals show. On the basis of a bibliographical revision, it is presented a characterization of the sanitary inequality based on the sexual direction. The morbidity and mortality patterns of the homosexuals include: infectious diseases in general, sexually transmitted diseases, damages to mental health, violence and homicide, low social support and greater obstacles for medical attention. For the analysis of this conceptual referring profile a series of between sets out which emphasizes homophobia, its institutionalization and its individualization, as well as its operative expressions: omission, minimization, concession, restriction and opened aggression; categories that articulated would conform the process of social determination of the sanitary vulnerability of this population.

Palabras clave: sexualidad, homofobia, VIH-SIDA, orientación sexual, masculinidad.

Key words: sexuality; homophobia; VIH-AIDS; sexual orientation; masculinity.

* Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Maestría en Medicina Social, correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

** Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Área Estado y Servicios de Salud.

*** Licenciado en Psicología y Diplomado en Cultura y Sujeto del Lenguaje por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Fecha de recepción: 17 de septiembre de 2006.
Fecha de aprobación: 22 de octubre de 2006.

Introducción

El campo sociomédico estudia los problemas colectivos de salud en dos líneas de abordaje: los procesos sociales que determinan las desigualdades en los daños a la salud y las respuestas que las sociedades organizan para enfrentar sus problemas sanitarios. En relación a la primera vertiente, el presente trabajo desarrolla un análisis del perfil patológico que muestran los homosexuales.

En base a la revisión bibliográfica de los estudios más recientes sobre los problemas de salud de los homosexuales, se presenta una síntesis que permite caracterizar la desigualdad en salud en función de la orientación sexual. La definición del patrón de morbimortalidad es posteriormente analizada a partir de la propuesta de una serie de referentes conceptuales que, desde un enfoque crítico, pueden explicar la especificidad de los problemas de salud de este grupo social.

La medicina social postula que el proceso salud-enfermedad colectivo tiene determinaciones económicas, políticas y culturales, ha enfatizado que existe una desigualdad social frente a la salud, distinguido que los grupos humanos presentan formas particulares de enfermar y morir que se corresponden con su particular inserción en la sociedad (Laurell, 1982) y también ha descrito los procesos sociales que articulan las condiciones de vida con los daños a la salud que presentan los grupos humanos (Blanco, 1997).

En este trayecto, conceptos como proceso de trabajo y condiciones de vida han permitido explicar los patrones diferenciales de salud que muestran las poblaciones (Breihl, 1995), teniendo como referente principal a la clase social (Bronfman, 1983) han adquirido importancia las diferencias en la esperanza de vida al nacer, en la morbilidad y mortalidad (general y específica) y el estado nutricional, así como la relación de estas variables con condiciones como trabajo, alimentación, educación y atención médica. Esto muestra que la medicina social ha avanzado sustancialmente en el estudio de la determinación económica, no así en un análisis del poder y los significados que no esté "subsumido" por la economía o que considere a la política y la cultura como fenómenos "secundarios" a la inserción económica.

Los estudios de género han fortalecido la explicación de la determinación cultural al plantear que, además de la inserción económica, los significados y las prácticas que se elaboran sobre la diferencia sexual determinan las diferencias en salud entre varones y mujeres (Garduño, 2001). En general, las mujeres muestran una sobremorbilidad y los varones una sobremortalidad (Pérez-Gil, 1995); también los problemas de salud mental muestran amplios diferenciales

por sexo, así como traumatismos y otros tipos de lesiones. Pero además, el concepto género ha puesto en evidencia los efectos sinérgicos entre diversas condiciones sociales como raza, etnia, edad y clase social, que generan inequidades mayores cuando son analizadas desde esta perspectiva (Moller, 1996).

Lo anterior no debe confundirse con una autonomía del género en la génesis de las desigualdades en salud. Una clase social puede presentar peores condiciones de salud que otras, pero al mismo tiempo, las mujeres de dicha clase pueden presentar niveles de salud más bajos que los varones de su misma clase social. De igual manera, se puede observar que los modelos tradicionales sobre la división sexual del trabajo, los estereotipos y roles de género siguen siendo más rígidos en los estratos socioeconómicos bajos. Vale la pena insistir que no se trata de una independencia del género sobre otras condiciones, sino por el contrario, de un "entrecruzamiento" de procesos cuyas consecuencias se expresan más desiguales que si fueran analizadas sin diferenciarlas entre varones y mujeres.

En cuanto a las desigualdades en salud por orientación sexual, los países anglosajones son los que cuentan ya con una amplia tradición en estudios que las documentan. En conjunto, estos trabajos se caracterizan por abordar los diferenciales en la incidencia y prevalencia del VIH-SIDA, así como de trastornos mentales.

Algunos estudiosos franceses han centrado su atención en la construcción social de la vulnerabilidad social de los homosexuales frente al VIH-SIDA (Thèry, 1996) (Delor, 2003), otros autores europeos se han ocupado del homicidio (Granados, 2006). Sin embargo, parece ser un hecho que la sexualidad y la orientación sexual no han llamado la atención de la corriente médico social latinoamericana, es por esto que en el presente trabajo proponemos a estas categorías como referentes teóricos que contribuyen al estudio de la determinación cultural del proceso salud-enfermedad colectivo y como concepto intermedio desarrollaremos la noción de homofobia.

Lo anterior motiva el propósito de plantear una ruta teórico-metodológica que contribuya a la comprensión de la especificidad de los daños a la salud que muestra la población homosexual y a la identificación de los procesos culturales implicados. De igual manera que para el caso del género, la orientación sexual no expresa un tránsito autónomo respecto de otras condiciones sociales, pero para fines didácticos, en este ensayo no se profundizará en las interrelaciones que guarda la sexualidad con otras categorías teóricas porque rebasa los límites de este trabajo y porque el avance en la formulación teórica de la orientación sexual en las desigualdades sanitarias aún no ha conseguido la solidez necesaria.

Los daños a la salud en homosexuales como un problema de salud colectiva

Un primer asunto a desarrollar es el argumento de que la discriminación por orientación sexual es causal de desigualdades en salud que deben ser tomadas como problemas de salud colectiva; en el fondo de esta relación se encuentra el planteamiento de si los problemas de salud de los homosexuales son un problema de salud pública.

Sin considerar las implicaciones ideológicas y políticas que tiene la definición de un grupo de análisis con la categorización de "minoría", hay que tomar en cuenta que son escasos y poco generalizables los estudios que dan cuenta del tamaño de la población homosexual; la causa principal radica en que el reconocimiento de la homosexualidad en un individuo depende de situaciones que entrañan múltiples condicionamientos sociales. Por otra parte, la homosexualidad no es reductible a la conducta homosexual, los reportes varían entonces si en dichos estudios se ha consultado por prácticas homosexuales o por identificación con la orientación homosexual que conceptualmente no son lo mismo, no obstante, en ese margen los porcentajes varían del 3 al 10% en adultos proporciones que no son pequeñas, los estudios más citados al respecto son *Sexual Behavior in the Human Male* y *Sexual Behavior in the Human Female* de Kinsey (1998), cuyos datos nos permiten cuestionar la denominación de minoría sexual.¹

Por otro lado, aunque no existen criterios estrictamente definidos para determinar cuándo un problema de salud es colectivo, en nuestra perspectiva, deben tomarse en cuenta algunas características: *a)* que los daños a la salud en cuestión amenacen la permanencia histórica del grupo social, *b)* que los daños a la salud impliquen dificultades para que los individuos satisfagan otras necesidades, *c)* que los daños se muestren de manera desigual tanto al interior del grupo social como en comparación con otros grupos y *d)* que la causalidad (de los daños o desigualdades) esté determinada socialmente, es decir, que esté generada por la forma en que se han establecido las relaciones sociales al interior de la sociedad en cuestión. Este último criterio adquiere relevancia porque la definición de un problema de salud colectiva no se restringe a su magnitud o a sus costos sociales, sino que requiere de dos características, quizá menos pragmáticas pero igualmente importantes: su relevancia científica al plantear la relación entre lo biológico y lo social y la posibilidad de aportar elementos que permitan modificar los patrones de en-

fermedad y muerte mediante la transformación de las relaciones sociales que los generan.

En ese orden de ideas, las condiciones de salud que prevalecen en los homosexuales deben ser considerados un ámbito de pertinencia para el campo sociomédico debido a que, como se verá más adelante, los daños a la salud que muestra esta población obstaculizan el desarrollo de las potencialidades de sus miembros, disminuyendo su integración y participación social, haciéndolos más vulnerables frente a enfermedades que ponen en riesgo su existencia y porque están asociados a inequidades que implican prácticas discriminatorias.

El VIH-SIDA, por ejemplo, tiene una prevalencia cuya magnitud representa un alto costo humano y económico. El hecho de que tenga tasas más altas entre varones en edad productiva y sea una de las primeras causas de muerte pone en riesgo la fuerza productiva necesaria para la reproducción social; en el África sub-sahariana, por ejemplo, se considera que pueblos enteros estaban en riesgo de desaparecer por esta causa (Dazinger, 1994).

Además el VIH-SIDA se distribuye de manera diferencial en la población; en México la principal vía de transmisión es la sexual y la proporción de varones homosexuales sigue siendo mayor. Así mismo, la promoción de medidas de prevención, como el uso correcto del condón, enfrenta dificultades relacionadas con la cultura sobre la sexualidad y con los intereses de grupos sociales ideológicamente dominantes (Granados, 2003).

Por otra parte, el acceso diferencial a los antiretrovirales abre diversas vertientes de interés: revela las bajas coberturas de los sistemas de salud y seguridad social, las enormes ganancias obtenidas por las farmacéuticas transnacionales que los producen y el mayor financiamiento a las investigaciones clínicas sobre el subtipo más frecuente en Europa y América del norte (Dieterich, 1997).

Además del VIH-SIDA, otras enfermedades muestran tasas más altas en homosexuales, quienes también enfrentan mayores dificultades que los heterosexuales en el acceso a la atención médica para la resolución de sus problemas de salud y relaciones con los profesionales de la salud matizadas por el prejuicio; situaciones que, en conjunto, constituyen un patrón de morbimortalidad específico que a continuación describimos.

El perfil de daños a la salud en homosexuales

Hasta la fecha no se cuenta con una tradición de estudios sobre homosexualidad y salud en América Latina, lo anterior impone varias necesidades: *a)* profundizar en el estudio de las

¹ Hay que tomar en cuenta que en lo que se refiere a heterosexualidad exclusiva, los mismos estudios de Kinsey reportaron porcentajes similares a la homosexualidad (5-10%).

condiciones de salud-enfermedad de esta población que posibiliten una mayor generalización de los hallazgos, *b*) valorar con el cuidado requerido los aportes de estudios con poblaciones "auto-seleccionadas" (homosexuales organizados o enfermos en tratamiento), *c*) considerar las amplias diferencias culturales que implica la conducta sexual entre países anglosajones y latinoamericanos². *d*) no perder de vista que la condición de orientación sexual se encuentra permanentemente "atravesada" por las mismas condiciones cuando hablamos de las diferencias entre varones y mujeres (clase social, etnia y raza) y *e*) ahondar en el papel de las determinaciones sociales, ya que existe una asociación entre pobreza, homofobia y racismo con las prácticas de riesgo para el VIH-SIDA (Ramírez, 2002).

Con las consideraciones anteriores y tomando en cuenta las limitaciones de los estudios disponibles³, podemos identificar el patrón de morbimortalidad que presentan los homosexuales. Éste se caracteriza por la presencia de varios rubros: enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, daños a la salud mental, enfermedades de transmisión sexual, violencia, asociación entre daños a la salud mental y riesgo de VIH-SIDA, apoyo social, obstáculos para resolver los problemas de salud y homicidio.

Enfermedades infecciosas en general

Un estudio realizado en homosexuales seronegativos al VIH identificó que los homosexuales que ocultan su orientación sexual tienen casi dos veces (1.9) más riesgo de enfermedades infecciosas que quienes no la ocultan (Cole, 1996).

Enfermedades no transmisibles

Los homosexuales que ocultan su identidad tienen 2.2 veces más probabilidad de experimentar cáncer de cualquier tipo en comparación con quienes no la ocultan. (Cole, 1996). Por su parte, las lesbianas presentan con más frecuencia, que

las mujeres heterosexuales, riesgos para el cáncer mamario (nuliparidad e ingesta de alcohol) y para enfermedades cardiovasculares (elevados índices de masa corporal y mayor prevalencia en el consumo de tabaco); así como mayor frecuencia de depresión y uso de antidepresivos (Case, 2004). Las lesbianas y mujeres bisexuales muestran más cardiopatías que las mujeres heterosexuales y las últimas también muestran periodos más largos de malestares físicos (Diamant, 2003).

Daños a la salud mental

La discriminación, el estigma y el prejuicio hacia la homosexualidad conforman un contexto estresante y hostil que causa problemas de salud mental en lesbianas, homosexuales y bisexuales (Meyer, 2003). Los homosexuales muestran mayores tasas globales de trastornos mentales que los heterosexuales (Jorm, 2000); específicamente se ha identificado una mayor prevalencia de trastornos depresivos (Perkins, 1994; Cochran, 2003), ansiedad (Perkins, 1994), ataques de pánico (Cochran, 2003) y distress psicológico (Erwin, 1993; Cochran, 2003; King, 2004; Balsam, 2004).

Por otro lado, en varones bisexuales se observa una elevada prevalencia de depresión, ataques de pánico y *distress* psicológico que en los varones heterosexuales. De entre homosexuales y bisexuales, éstos últimos muestran más ansiedad, depresión y afectividad negativa, también reportan más eventos vitales adversos, particularmente en la niñez (Cochran, 2003).

Estudios realizados en contextos rurales (Preston, 2004), han identificado mayor estigmatización hacia la homosexualidad, incidiendo en bajos niveles de autoestima en los homosexuales, lo que los hace más susceptibles a padecer trastornos mentales. Por su parte, las lesbianas y mujeres bisexuales, en comparación con las heterosexuales, muestran una mayor prevalencia de trastornos de la ansiedad (Cochran, 2003).

La orientación sexual de los homosexuales predice el uso de psicoterapia, la medicación psiquiátrica, la ideación suicida, el intento de suicidio y las conductas autodestructivas en el proceso de ajuste familiar a la homosexualidad (Balsam, 2005). Los homosexuales, a diferencia de los heterosexuales, muestran mayor consumo de alcohol (Balsam, 2004; Stall, 2001), marihuana (Balsam, 2004) y drogas recreativas (Stall, 2001), daños autoinfligidos (King, 2004) y utilización de los servicios de salud mental (Balsam, 2004; King, 2004). Entre las mujeres con trastornos depresivos, las lesbianas muestran mayor uso de antidepresivos que las heterosexuales (Diamant, 2003).

Se ha encontrado que jóvenes homosexuales con falta de vivienda o antecedentes de no haberla tenido muestran una

² En una cartografía de la identidad y el comportamiento homosexual realizado por Almaguer (1995), se identifican sistemas de comportamiento sexual distintos, el europeo-norteamericano y el mexicano-latinoamericano que integran significados y códigos distintos que derivan en valoraciones diferentes hacia la homosexualidad y al grado de adscripción personal a esta identidad. Otros trabajos etnográficos también enfatizan la importancia de las construcciones culturales de la masculinidad históricamente específicas y su carácter local, el estudio de Gutmann (1996) en el oriente de la ciudad de México ejemplifica esta premisa.

³ Debido a la dificultad de identificar a la población homosexual, bisexual y lesbiana, la mayoría de los estudios son realizados con muestras por conveniencia y no se puede asegurar la generalidad de los resultados reportados, sin embargo, tales evidencias ponen de manifiesto la magnitud de las desigualdades y la necesidad de conocer con más detalle los problemas de salud que enfrentan estos grupos sociales.

elevada prevalencia de eventos estresantes y trastornos mentales, así como uso de drogas y riesgo para ejercer la prostitución (Clatts, 2005).

Diversos estudios internacionales de corte epidemiológico han demostrado que los varones homosexuales y bisexuales tienen tasas más altas de intento de suicidio que los heterosexuales (Skegg, 2003; Lock, 1999; McAndrew, 2004; Jorm, 2002). Al respecto, Erwin (1993) postula que la causa de mayor prevalencia de suicidio en homosexuales se debe a la intolerancia social y a la opresión que han internalizado las víctimas.

En el Reino Unido se encontró que el 43% de los homosexuales estudiados mostraba algún trastorno mental y que el 31% había intentado suicidarse; la magnitud de estos porcentajes estuvo asociada con discriminación y violencia (Warner, 2004). El intento de suicidio, entre otros trastornos mentales, en adolescentes amerindios y nativos de Alaska (Barney, 2003) es significativamente más frecuente en homosexuales que en heterosexuales.

Enfermedades de transmisión sexual

Se ha documentado una mayor prevalencia de VIH-SIDA entre homosexuales que en heterosexuales. Hasta el 31 de diciembre de el 2005, 78.8% de los casos de SIDA en México se concentraban en personas entre los 15 y 44 años de edad, la principal vía de transmisión era la sexual (92.1% de los casos); dentro de este rubro, 47.3% fue por prácticas de hombres que tienen sexo con hombres, frente a un 44.8% de casos entre heterosexuales (SS, 2005).

Se ha mencionado que la epidemia tiende a incrementarse en mujeres, sin embargo, entre 1999 y 2000 dicho aumento no es sustancial (1% anual) (SS, 2000). En los datos disponibles sobresale el hecho de que en la población de hombres que tienen sexo con hombres (homosexuales y bisexuales) se mantienen las tasas más altas de casos acumulados hasta el año 2005 (49.3 de los casos de SIDA en mayores de 15 años) (SS, 2005). Aunque el porcentaje de incidencia acumulada por transmisión sexual vía homosexual y bisexual ha disminuido (54.2 en 2001% y 49.3% en 2005), la proporción sigue siendo mayor que la heterosexual (SS, 2005).

Violencia

Homosexuales, lesbianas y bisexuales, comparativamente con los heterosexuales, muestran con más frecuencia eventos relacionados con violencia, tales como intimidación, acoso sexual y abuso físico (Williams, 2003). Un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica (Huebner, 2004) reportó que el 37% de los jóvenes homosexuales y bisexuales

habían experimentado ofensas verbales, el 11.2% discriminación y el 4.8% violencia física; las agresiones se asociaron negativamente con la edad y el ocultamiento de la orientación sexual y positivamente con ser seropositivos al VIH.

En el Reino Unido se observó un mayor riesgo de discriminación y violencia, tales como ataque físico e intimidación escolar: la asociación de estos riesgos con altos niveles de trastornos mentales hace suponer que estos últimos son consecuencia de la discriminación (Warner, 2004). El consumo de metanfetaminas entre homosexuales en Nueva York (EU) ha sido vinculado con violencia física doméstica (Klitzman, 2002). Un estudio en el sureste asiático ha documentado que jóvenes homosexuales de minorías étnicas muestran tasas más altas de prácticas de riesgo para VIH que quienes no pertenecen a éstas; en este caso la homofobia y la discriminación "anti-inmigrante" fueron las experiencias más relatadas, éstas estuvieron vinculadas a estereotipos atribuidos a los homosexuales (pasividad/sumisión) (Wilson, 2004).

Estudios realizados en Alaska documentaron que los homosexuales presentan altas tasas de abuso físico en la infancia (Balsam, 2004) y que adolescentes homosexuales amerindios y nativos de este país padecen más eventos de abuso físico y sexual (Barney, 2003). Los antecedentes de abuso sexual en la niñez están asociados con penetración anal sin protección tanto insertiva como receptiva en varones homosexuales; en el caso de las relaciones anales receptivas, los mediadores de esta asociación fueron ansiedad, hostilidad y conducta suicida (O'Leary, 2003).

Asociación de daños a la salud mental y riesgo de VIH-SIDA

Se ha encontrado que *gays*⁴, lesbianas y bisexuales presentan de forma significativa más prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH-SIDA, como tener sexo sin usar preservativo (Lock, 1999). Parece ser que sociedades más tolerantes hacia la homosexualidad generan contextos culturales en los que los homosexuales son más capaces de poner en práctica la información sobre la prevención del VIH-SIDA; es posible que la relación entre la cultura y la capacidad de prevenirse esté

⁴ En este caso respetamos textualmente los términos usados por los respectivos autores. No obstante la antropología ha documentado que el término *gay* alude a la identidad cultural que asume un varón con orientación homosexual, lo cual implica un sentido de pertenencia a un colectivo y una toma de posición con respecto al orden social dominante. Esta definición implica una diferencia sustancial entre homosexual y *gay*, aunque ambos términos hacen referencia a los varones con orientación homosexual, la diferencia radica en que hay varones que tienen sexo con otros varones y no se reconocen a sí mismos como homosexuales.

mediada por los posibles daños a la salud mental que generan ambientes estresantes para los homosexuales que estarían obstaculizando la práctica de relaciones sexuales protegidas y seguras. Un efecto de este proceso se identificó en un estudio en Asia (Wilson, 2004), donde homosexuales de minorías étnicas mostraron prevalencias más elevadas de VIH-SIDA. Como efecto del estigma se ha encontrado que los homosexuales desarrollan niveles más bajos de autoestima, lo cual se ha asociado a prácticas sexuales de alto riesgo (Preston, 2004).

Estudios realizados en países anglosajones revelan una asociación entre trastornos mentales y prácticas sexuales de riesgo. En varones homosexuales, la depresión ha sido asociada al incremento de las prácticas de alto riesgo para VIH-SIDA (Beck, 2003) como la penetración anal receptiva sin protección con múltiples parejas y la intoxicación previa a las relaciones sexuales (Kelly, 1991). Un estudio en adolescentes homosexuales y bisexuales afroamericanos e hispanos en Nueva York encontró que a bajos niveles de ansiedad, depresión, uso de drogas y altos niveles de autoestima, hay mayor protección en las prácticas sexuales con penetración anal y oral (Rotherman, 1995). Otros estudio en homosexuales de este país muestra un patrón de consumo de metanfetaminas asociado con haber tenido más parejas, frecuentar bares o clubes de encuentro sexual, tener relaciones sexuales anales sin protección y mayor riesgo de adquirir y/o transmitir el VIH (Klitzman, 2002).

Un estudio en hombres seropositivos al VIH que tienen sexo con hombres en Nueva York y San Francisco (E.U.) encontró que la ansiedad, la hostilidad y la ideación suicida se asocian con prácticas sexuales anales receptivas (O'Leary, 2003). En portadores con VIH también se ha encontrado que los problemas de salud mental interfieren con el manejo clínico de la enfermedad; los observados con mayor frecuencia han sido: depresión (58%) y ansiedad (38.2%) (Berg, 2004).

Apoyo social

Los varones homosexuales muestran menor calidad de vida que los heterosexuales, los elementos relacionados con esta asociación han sido el autoestima y el dominio sobre la orientación sexual; llama la atención que en este estudio las mujeres no mostraron diferencias con sus contrapartes heterosexuales, lo que impone la necesidad de profundizar acerca de la menor calidad de vida que muestran los homosexuales varones (Sandfort, 2003).

Los homosexuales seropositivos al VIH enfrentan mayores obstáculos para hablar acerca de tal condición, hecho que afecta la calidad del apoyo social (Zea, 2005). Se ha documentado que los homosexuales y bisexuales cuentan con

menos apoyo familiar que los heterosexuales y al comparar homosexuales y bisexuales, los bisexuales muestran más dificultades para el apoyo familiar y menor apoyo social extrafamiliar, así como más problemas financieros para enfrentar sus problemas de salud (Jorm, 2002). La falta de apoyo familiar tiene efectos en el bienestar psíquico de los homosexuales, ya que el percibir poco soporte social se asocia con aislamiento y dificultades para la salud mental (Jorm, 2002; Lackner, 1993).

Obstáculos para resolver los problemas de salud

No obstante que en 1973 la comunidad epistémica de la American Psychiatric Association (APA) dejó de considerar a la homosexualidad una enfermedad mental, prevalecen nociones y actitudes que revelan que la población general la sigue considerando una patología.

⁵ Mientras que la identidad sexual se refiere al reconocimiento personal de saberse hombre o mujer; la identidad de género hace referencia a reconocerse, adecuarse y aceptarse con lo que culturalmente se define como masculino o femenino. La orientación sexual alude a la dirección que toma el deseo sexual y al sexo del sujeto de deseo, se puede ser homosexual, bisexual o heterosexual. La correspondencia entre las categorías sexo-género-orientación sexual (varón-masculino-heterosexual o mujer-femenina-heterosexual) no son más que representaciones de modelos culturales dominantes con que se reglamenta la vida social y los usos del cuerpo; ya que las identidades anteriores pueden operar de manera independiente en un mismo individuo; por ejemplo, un hombre puede ser femenino y al mismo tiempo tener como sujeto de deseo a las mujeres (ser heterosexual) o ser el caso de una mujer con rasgos masculinos y desear tanto a varones como a mujeres (ser bisexual).

⁶ Como se mencionó, el término *gay* alude a un homosexual con alto grado de adecuación y autoaceptación de su orientación sexual, así como una toma de posición frente al orden sexual dominante, atributo que lo diferencia del término homosexual, que alude exclusivamente a los individuos que orientan su deseo sexual a personas del mismo sexo independientemente de que se asuman o no como homosexuales. El término *transgénero* se refiere a individuos que en su apariencia o conducta asumen atributos que corresponden al género que contradice la supuesta correspondencia con su sexo. En estricto sentido, el travestí es un transgénero, pero en general, el travestí es una persona que disfruta utilizar ropa o formas de comunicación referentes al género que son considerados, por la sociedad en que se desenvuelve, como del otro sexo (Delfin, 1994). Por su parte el transexual es un individuo que presenta inadecuación entre su sexo biológico y su identidad sexual (González, 1994), es decir se trata de personas con identidad sexual de varones pero que tienen cuerpo de mujer y viceversa, una expresión que mejor explica esta inadecuación es la que frecuentemente mencionan los mismos transexuales: "un hombre encerrado en el cuerpo de una mujer" o "una mujer encerrada en el cuerpo de un hombre"; en algunos de estos casos los transexuales buscan y logran transformar anatómicamente su cuerpo mediante procedimientos quirúrgicos y tratamiento hormonal para conseguir la adecuación necesaria entre su anatomía y su identidad sexual. Por lo tanto, un varón homosexual puede ser al mismo tiempo transgénero o travestí, pero también puede ser masculino; sin embargo no es transexual.

Además, tanto en la práctica médica como la psicológica, se conservan serias confusiones entre los términos identidad sexual, identidad de género y orientación sexual⁵; así como entre los términos *gay*, homosexual, transexual, transgénero y travesti⁶; que repercuten en las actitudes sociales hacia los homosexuales. Entre ellas se tiene la consideración más vulgar de que el varón homosexual es un hombre que “quiere” ser mujer, por lo que se le asocia a lo femenino y se le extienden las valoraciones negativas que se destinan a las mujeres. Prevalecen también las consideraciones de que la homosexualidad es una enfermedad en sí misma (Leite, 1988) (Opler, 1991; Levy, 1982; Levy, 1984) y de que los problemas de salud que presentan los homosexuales se deben a su conducta o que son inherentes a su orientación sexual.

Al mismo tiempo, los homosexuales deben enfrentar la discriminación, en distintas modalidades, en los servicios de atención médica: negativa para la prestación de algún servicio, maltrato, omisión o negligencia en el tratamiento de sus padecimientos. Médicos (Kelly, 1987; Gillon, 1987) y psicólogos (Jones, 2000) muestran actitudes devaluatorias y discriminatorias hacia los homosexuales, tales como el interponer en su trato a pacientes con SIDA la percepción de que éste ha sido adquirido por sus “estilos de vida” (Gillon, 1987).

Incluso algunos clínicos siguen considerando a la homosexualidad como un trastorno mental y recomiendan la conversión sexual o la terapia reparativa, estas prácticas implican violaciones éticas como la coerción, violación a la confidencialidad, consentimiento informado y responsabilidad fiduciaria (Drescher, 2002).

Un estudio sobre los tratamientos para revertir la orientación homosexual muestra que algunos homosexuales han sido sometidos a estos tratamientos bajo coerción médica y que los problemas relacionados a su homosexualidad son en realidad una respuesta a la presión social que inhibe toda expresión de su sexualidad; dicho estudio concluye que el desarrollo de terapéuticas para revertir la homosexualidad tiene un impacto negativo en los homosexuales, quienes posteriormente muestran diversos grados de *distress* (Smith, 2004).

La profesión médica tiene una reputación de conservadurismo y entre los rasgos que la caracterizan está la homofobia. Algunos estudios reportan que la homofobia no afecta el ejercicio profesional de los médicos homosexuales y las médicas lesbianas (Saunders, 2000), sin embargo otros reportes han documentado consecuencias negativas en las relaciones interpersonales entre los médicos (Burke, 2001); por ejemplo, el 23% de los médicos entrevistados en un estudio en Estados Unidos tenían actitudes homofóbicas hacia sus cole-

gas y hacia los pacientes (Mathews, 1986). Aunque se esperaría que este fenómeno hubiese mostrado cambios con el tiempo, en una encuesta realizada a médicos homosexuales en 1994 se encontró que el 34% había experimentado agresiones verbales y ofensas de sus colegas, que el 66% percibían el riesgo de afectar su práctica en caso de que sus colegas descubrieran su orientación sexual y sólo el 12% mencionaba percibir un trato igual dentro de la profesión, además se reportan ostracismo, despido laboral e “invitaciones” a acudir a psicoterapia (Schatz, 1994).

Queda claro que la homofobia es una forma de discriminación que prevalece en la profesión médica, las actitudes de los médicos hacia la homosexualidad reflejan las actitudes que prevalecen en la sociedad en general (Rose, 1994), aunque el proceso de formación científica de los médicos implica en sí misma la reproducción de valores negativos que “patologizan” la homosexualidad (Granados, 2006).

Homicidio

Dentro de los crímenes de odio, los que se perpetran contra varones homosexuales por su orientación sexual son los más frecuentes (Willis, 2004). Existen estudios que han documentado una mayor violencia en los homicidios a homosexuales que en los cometidos contra heterosexuales, distinguiéndose la crueldad y fuerza excesivas que rebasan las necesarias para causar la muerte de las víctimas.

En un estudio, el número de lesiones por caso fue, en promedio, de 14.5 para homosexuales y 6.5 para heterosexuales ($p < 0.001$), el número de segmentos corporales promedio lesionados por caso fue de 3.5 en homosexuales y 2.4 en heterosexuales ($p < 0.001$), el porcentaje de casos con múltiples causas de muerte fue de 12% en homosexuales y 5% en heterosexuales, las heridas punzocortantes mortales se observaron en un 5.4% de los homosexuales y 3.3% de los heterosexuales ($p < 0.050$) y las heridas penetrantes en el 9% de los homosexuales y en el 6.5% de los heterosexuales ($p < 0.050$) (Bell, 1996). Aunque con menos casos (cuatro), un estudio realizado en Croacia, entre 1991 y 1995, registró que predominaban los golpes en la cabeza, estrangulación manual y asfixia con mordaza (Definis, 1998).

Un estudio realizado con casos ocurridos en Amsterdam, Holanda en la década de los ochenta encontró que una cantidad importante de los homicidios fueron ejecutados por varones jóvenes que se dedicaban a la prostitución (van Gemert, 1994); el mismo estudio plantea que las motivaciones de los homicidios estuvieron determinados por la marginación social en que viven tanto los homosexuales como los agresores.

Homofobia: La determinación social

La construcción social de la masculinidad como fenómeno colectivo y la identidad masculina como elaboración individual determinada socialmente, se desarrollan en oposición a lo que representan las mujeres y las minorías sexuales; ambos procesos podrían caracterizarse como una "huída" simbólica de lo femenino.

En su dimensión intrapsíquica, lo masculino puede ser entendido como resultado de una demanda externa impuesta por la cultura dominante, una respuesta a la exigencia social transformada en necesidad individual de distanciarse de la madre ("lo femenino"), quien representa la invalidez de la infancia y la castración por la dependencia de ella.

Como construcción colectiva, la masculinidad forma parte de la reproducción cultural de la división genérica; se refiere a lo que significa "ser hombre" y se traduce en las relaciones que establecen los varones con el resto de las personas y con las instituciones. "Ser hombre" es un conjunto de valores legitimados que varían históricamente y de sociedad en sociedad, para reproducirse. dichos valores se depositan en los individuos por medio de exigencias a cumplir por éstos, los varones se ven socialmente presionados a recrear la oposición a lo femenino renunciando a una serie de atributos universalmente humanos que la cultura dominante designa como propios de las mujeres (ternura, miedo, tristeza, dolor entre otros).

Al ser la socialización un proceso continuo, las exigencias con que se elabora la masculinidad también se reproducen y la "huída" simbólica se perpetúa, la supervisión por cumplir con las demandas culturales se vuelve constante y se traduce en ansiedad.

En la elaboración cultural de las identidades de género, la asociación entre los atributos sociales y las particularidades biológicas son siempre artificiales, pero en el caso de las mujeres el vínculo "atributo cultural-inherencia biológica" ha adquirido una mayor coherencia en el discurso con que se argumenta la validez de la oposición de géneros.

Para el caso de los varones no hay un vínculo similar, por ello se dice que la masculinidad es esencialmente "relacional" a la identidad femenina; de esta manera, la masculinidad no proviene de una reafirmación simbólica de alguna propiedad biológica sino por negación "del otro" (la mujer) y de "lo otro" (lo que significa ser mujer). Por su carácter externo, la masculinidad tiene fundamentos dependientes de lo que "no se debe ser" y, por lo tanto, la masculinidad es una identidad sumamente frágil.

Lo anterior explica que el comportamiento socialmente definido como masculino se caracteriza por el sentido predomi-

nantemente excluyente hacia el que se mueve la dialéctica inclusión-exclusión en la síntesis de referentes con que se elabora toda identidad social.

La orientación excluyente tiene como componentes la reacción, el rechazo y la competencia; la exclusión está motivada por el temor a remontarse a la feminidad primigenia viéndose nuevamente dependiente. El temor genera ansiedad y esta preocupación se extiende, no sólo a las mujeres y lo que se les atribuye, sino también a los varones que orientan su deseo sexual a otros varones, porque en la estructura en que se perciben los géneros, no se concibe a un varón que desea sexualmente a otro varón sino como mujer o como parte de lo femenino; el resultado es una extensión de las percepciones y actitudes sobre lo femenino hacia los homosexuales, aquí comienza la formulación de la homofobia intrapersonal.

La extensión anterior explica por qué, a pesar de que no todos los homosexuales son femeninos, en el orden sexual dominante se piensa que el homosexual es necesariamente femenino, lo anterior porque en la estructuración polarizada de los géneros, no se logra "ajustar" la imagen del varón homosexual al "estanco" genérico "correspondiente" (varón/masculino/heterosexual).

En este último mecanismo, el homosexual es "reubicado" en los esquemas de pensamiento de los géneros y trasladado al extremo de la oposición binaria masculino/femenino que "mejor" responde a la necesidad simbólica de la diferencia sexual, "haciéndolo" caber con lo femenino y considerándolo, en tal esquema, un varón que se "cree" a sí mismo mujer o que desea como mujer y por lo tanto, "desea" ser mujer. De lo anterior también, la consideración de que los homosexuales muestran una enfermedad mental porque el homosexual desea ser lo que no puede ser.

La extensión de lo femenino hacia la homosexualidad se ve reforzada por lo inverosímil que resulta para el pensamiento dominante que un varón renuncie deliberadamente a los privilegios que le son propios a la masculinidad (dominio y poder público), particularmente en el ámbito sexual y sobre todo en sociedades en que lo masculino es sumamente valorado.

De esta manera, el homosexual es entonces percibido como expresión de un desajuste del orden natural y en consecuencia se le atribuyen dos nociones con las que se argumentan los significados negativos que se asignan a la homosexualidad: antinatural y anomalía, para completar la argumentación las acciones que se destinan hacia la homosexualidad se engloban en la noción de restitución, sea como comportamiento social general o como práctica terapéutica de la medicina y la psicología; en el primer ámbito se formula la discriminación

y el rechazo; en el segundo, la "anormalización" y "patologización" de la conducta homosexual; con lo anterior, se va conformando la homofobia colectiva.

El rechazo a los homosexuales se ve reforzado por las incertidumbres que genera la homosexualidad ante las frágiles certezas que le provee el orden sexual dominante a la masculinidad.

En la práctica, las relaciones sexuales entre varones, "desestructuran" los esquemas con los que se elabora la masculinidad y la heterosexualidad; en ese sentido, la homosexualidad es representada como una amenaza que "altera" las supuestas certidumbres que debería otorgar la secuencia sexo/género/heterosexualidad en la identidad social de los individuos, lo que sigue a la percepción de la alteración del orden y la amenaza de la incertidumbre, es la angustia y el miedo. Las formas de "enfrentar" estas dos situaciones pueden ser la huida o la eliminación de la alteración lo cual incluye diversos mecanismos como tipificar la homosexualidad como enfermedad o delito, además de otras formas más explícitas de violencia; la angustia puede transformarse en odio y éste en algunos casos concluye en homicidio, lo cual "resuelve" simbólicamente la angustia al eliminar la alteración y la incertidumbre del orden.

El rechazo a la homosexualidad es, a fin de cuentas, un temor, una angustia y una ansiedad. En el caso de los varones la homofobia es "el miedo a que otros hombres nos desenmascaren, nos castren, nos revelen en nosotros mismos y al mundo que no alcanzamos los estándares, que no somos verdaderos hombres" (Kaufman, 1989:57); aunque útil, esta definición implica el riesgo "psicologizante" de individualizar la homofobia cuando ésta es en el fondo una elaboración social.

Por otro lado, la homofobia también se encuentra presente en las mujeres y, en ese sentido, conviene más abordarla como un elemento constitutivo de la construcción social de la masculinidad que tanto varones como mujeres asumimos y reproducimos mediante la socialización. Al mismo tiempo, debe comprenderse a la homofobia como un componente de los significados que constituyen a la sexualidad; género y sexualidad son las determinantes que estructuran los esquemas de pensamiento y acción con que los individuos se relacionan entre sí. Una modalidad para identificar a la homofobia, en términos más concretos, es distinguir los espacios en que opera y las modalidades con que se expresa en la vida cotidiana.

Espacios en que ocurre la homofobia

El rechazo a la homosexualidad se concreta en prácticas que ocurren en distintos ámbitos. Blumenfeld (1992) planteó

cuatro niveles de operación de la homofobia: personal, interpersonal, institucional y cultural. En esta perspectiva, el primero hace referencia a la compasión o el odio hacia las minorías sexuales, compasión por la incapacidad de dichas minorías para controlar sus deseos y odio por contradecir las leyes de la naturaleza. El segundo, se refiere a la indisposición entre los individuos a aceptar a los homosexuales y que se expresa en difamación, burla y agresión a personas o grupos, es en este nivel donde Blumenfeld (1992) ubica la génesis de la discriminación. En el nivel institucional alude a las prácticas discriminatorias de los organismos gubernamentales, empresariales, educativos y religiosos. Finalmente, en el nivel cultural operan las normas sociales y códigos de conducta que legitiman la opresión, su manifestación fundamental serían los intentos por invisibilizar a la homosexualidad de la historia.

El principal aporte de estos postulados es que permitió generar un ejercicio de asociación entre la normatividad social en abstracto y acciones concretas que ocurren en la vida cotidiana; permitió una comprensión inmediata del fenómeno de la homofobia y su ejemplificación. Pero prevalecía en este enfoque una limitada articulación entre los niveles, de hecho estos niveles no quedan claramente definidos y al arribar a los ejemplos se observa una reducción muy pragmática donde las prácticas terminan por diluir la utilidad de las categorías; es en esta simplificación final en que se corre el riesgo de, trasladar la responsabilidad de la homofobia a conductas individuales y ampliamente deliberadas, perdiéndose de vista los elementos estructurales en que se genera la homofobia.

En nuestra perspectiva, la homofobia es un artefacto cultural, la cultura no es un nivel más, sino precisamente el nivel, los significados sobre la homosexualidad operan en cada uno de los demás niveles, es precisamente en la cultura donde se elabora la discriminación y en los otros niveles es que se opera mediante prácticas específicas que podemos distinguir y agrupar. Ahí mismo es que se elaboran las estructuras que la legitiman y permiten su reproducción; el nivel cultural es el que contiene a los restantes y los determina; los procesos que nos permiten comprenderla son la construcción del género y la identidad masculina. La homofobia es, en cualquier sentido, un proceso cultural ya que forma parte del sistema de creencias y expectativas hacia las que se orientan determinadas prácticas que constituyen a la masculinidad; obedece a la creencia de que la homosexualidad es una alteridad hacia la que se debe orientar el rechazo social.

Una segunda limitación en la propuesta inicial, fue la distinción entre el nivel personal e interpersonal, sus defi-

niciones no aportaban elementos para una diferenciación clara y los ejemplos, al servir para los dos niveles, denotaba una falta de precisión sobre la que había que avanzar. La compasión y el odio son actitudes posibles que se manifiestan en las relaciones que se establecen entre las personas y el homosexual (dimensión interpersonal), pero entonces no hay distinción con la homofobia personal tal y como se proponía.

Intentando contribuir en la profundización de los aportes sobre las categorías explicativas de la homofobia y habiendo profundizado en su determinación cultural, proponemos una desagregación de esta última basada en el mismo Blumenfeld y que desarrollamos a continuación.

Homofobia institucional

Se refiere a la omisión, ocultamiento o franco rechazo de las instituciones sociales hacia el sector homosexual. La familia, la escuela y la iglesia⁷ son tres instituciones donde el rechazo a la homosexualidad opera como mecanismo con el que se difunde la heterosexualidad y la separación de los géneros, la socialización en estos ámbitos pretenden la uniformidad y la regularización de la conducta sexual.

La familia y la escuela son, al mismo tiempo, los contextos de socialización más importantes, pero no son las únicas instituciones en que opera la homofobia, en lo que a sexualidad se refiere, el Estado ha legitimado y traducido en leyes significados que provienen del pensamiento religioso como es el caso del matrimonio. En forma de contrato civil, en México, el Estado reconoce una sola forma de unión que es la heterosexual, en tal reconocimiento se formula incluso que el fin es la reproducción de la especie y que la familia es la base de la sociedad.

Son pocos los países en los que se reconocen los derechos de las parejas homosexuales que viven en unión (Brasil, Dinamarca, Canadá, Países Bajos, Noruega, Israel, Hungría, Francia, Italia, Suecia, España, Bélgica y Australia). Evidentemente, las uniones homosexuales en México están fuera del alcance legal y de todas sus consecuencias: derechos de herencia, afiliación a la seguridad social o adopción de menores de edad. Por otra parte, hay que recordar que en algunos países las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo

o entre varones sigue siendo ilegal⁸ (Pérez, 2000; Sutcliffe, 2005) y en algunos casos se penaliza con la muerte (Mauritania, Sudán, Arabia Saudita, Yemen, Irán y Afganistán) (Sutcliffe, 2005)⁹.

En este rubro hay que considerar también que la impartición de justicia, provisión de bienes o servicios pueden verse obstaculizadas hacia los homosexuales que sufren algún agravio o que son acreedores por derecho a algún beneficio; estas dificultades también pueden ser caracterizadas como expresiones homofóbicas. Por ejemplo, en materia de política sanitaria, la población homosexual no ha sido objeto de programas específicos de salud (a excepción de algunas campañas preventivas para el VIH-SIDA y, recientemente, dos campañas nacionales contra la homofobia).

Además, históricamente la institución médica ha considerado a la homosexualidad una patología (Granados, 2006b) y, a pesar de que ha sido excluida de los manuales de psiquiatría, prevalece en el pensamiento médico la noción de la homosexualidad es un trastorno o una condición a la que inherentemente se le asocian otros trastornos.

En el rubro de la homofobia institucional pueden considerarse también las represalias laborales o las limitaciones para ascender en estructuras organizativas jerarquizadas, así como la negación en la prestación de servicios o procuración de justicia en distintos espacios de la administración estatal; también se incluyen las estructuras de las jerarquías militar y eclesiástica que niegan la existencia de la homosexualidad a su interior.

Homofobia individual

Desde nuestra perspectiva no tiene mucha utilidad distinguir entre homofobia interpersonal de la personal como lo plantea Blumenfeld, consideramos que, en su dimensión individual, la homofobia se expresa en tres direcciones: a) de los hetero-

⁷ En la mayoría de los casos, los regímenes jurídicos represivos coinciden con sistemas religiosos fuertemente conservadores pero destacan por su oposición a la homosexualidad la Iglesia Católica y el Islam.

⁸ Nicaragua, Puerto Rico, Guyana, Marruecos, Argelia, Túnez, Libia, Sudán, Etiopía, Mauritania, Senegal, Gambia, Guinea, Sierra Leona, Liberia, Benin, Camerún, Angola, Zanzilandia, Malawi, Burundi, Namibia, Botswana, Zambia, Simbawe, Tanzania, Mozambique, Uganda, Kenia, Somalia, Arabia Saudita, Yemen, Siria, Irán Kuwait, Arabia, Uzbekistán, afganistán, Pakistán, India, Sri Lanka, Nepal, Bután, Myanmar, Bangladesh, Malasia, Brunei y Nueva Guinea.

⁹ No hay que perder de vista que el tratamiento jurídico puede no corresponderse con el tratamiento social, es posible que no se penalice la homosexualidad e incluso existir leyes contra la discriminación por orientación sexual pero prevalecer una extrema violencia hacia los homosexuales como es el caso de Brasil.

sexuales hacia los homosexuales, b) de los heterosexuales hacia otros heterosexuales y c) de los homosexuales hacia sí mismos.

En el primer caso tenemos que la homofobia es rechazada por contradecir el orden social y por amenazar el vínculo entre masculinidad y heterosexualidad; por ello es que dentro de la cultura dominante, la identidad heterosexual tiene como recurso a la homofobia y ésta se despliega en acciones contra los homosexuales; pero no sólo contra ellos sino también contra los varones heterosexuales en tanto que la constante "puesta en duda" de la masculinidad incluye un componente homofóbico con el cual los varones se presionan a sí mismos para demostrar que no son homosexuales, de ahí que la homofobia también afecta a los heterosexuales (segunda relación). En la tercera relación, los varones son socializados bajo un modelo de masculinidad que incorpora la homofobia; los homosexuales también son socializados en tal esquema y por lo mismo, también aprenden que la homosexualidad es una alteración del orden y que se trata de un comportamiento socialmente punible, la homofobia entonces se transfigura en rechazo de algo que "se es" y ya no de algo que "otros son", se revierte contra sí mismo.

En las tres relaciones los costos de la homofobia finalmente recaen en los homosexuales, inclusive en la segunda relación porque la "puesta en duda" y sus efectos funcionan como mensajes dirigidos al homosexual cuando éste es una tercera persona, lo cual refuerza los mecanismos de supervisión de la conducta homosexual.

Todo prejuicio traducido en actitud y práctica repercute en las relaciones que establecen los individuos en la vida cotidiana; de esta forma, el significado desvalorizado de la homosexualidad se expresa en discriminación y violencia. La primera se manifiesta en conductas excluyentes hacia los homosexuales tanto en los contextos primarios (familia y unidad doméstica) como en los secundarios (escuela, comunidad y lugar de trabajo); la violencia incluye la agresión verbal (ofensas o ridiculización) y la agresión física (afectar a los homosexuales en sus bienes o en sus personas, desde golpes hasta el homicidio).

El individuo está sujeto a la cultura que delimita sus decisiones y la capacidad de elegir o modificar sus prácticas; en el individuo se personalizan los sistemas de creencias construidos, impuestos y reproducidos en el ámbito colectivo. Como constructo cultural, la homofobia personal incluye una serie de actitudes que varían desde la compasión hasta el odio; en la primera porque se considera que los homosexuales son varones que "debieron" ser mujeres o que "quieren" o se "creen" mujeres hasta la consideración de que se trata de personas "enfermas" que no "pidieron" ser así y

que por lo mismo son incapaces de controlar sus impulsos sexuales "invertidos".

También es común que se considere a los homosexuales como personas psicológicamente trastornadas o portadoras de alguna alteración genética; en el extremo, el rechazo y el odio se generan por considerar a la homosexualidad una conducta que contradice supuestas "leyes naturales" y por lo tanto, se considera a los homosexuales seres inmorales o inferiores.

Como rechazo a sí mismo, la homofobia no es otra cosa que la incorporación del rechazo social y la integración del mismo al sistema de identidad del homosexual, lo cual genera autoevaluación, aislamiento y frustración por no cumplir con las exigencias socialmente impuestas, así como la incapacidad para controlar la pulsión homosexual. El grado de autovaloración positiva y autoaceptación de la homosexualidad les permite a los homosexuales un mejor desenvolvimiento en las relaciones que establecen con los otros, con las instituciones y consigo mismos, de ahí se derivaría una mejor capacidad para evitar los riesgos a la salud (particularmente a la salud mental). Sin embargo, es evidente que los niveles de aceptación de la homosexualidad personal dependen del contexto social, ya que pueden facilitar la autoaceptación u obstaculizarla, en general, la elaboración personal de la identidad homosexual no cursa sin dificultades.

En los individuos que han sido socializados bajo un esquema de fuerte oposición de los géneros, la homofobia puede expresarse con conductas extremas y revela un temor a reconocer los rasgos femeninos propios, miedo a ser deseados por otros varones, a reconocer el placer que les provee su interacción con otros varones o a reconocer que desean sexualmente a otros varones. En esta secuencia el siguiente paso es desplegar la homofobia contenida hacia los otros, sean heterosexuales u homosexuales, hacia estos últimos la homofobia busca agredir al similar porque su existencia implica la posibilidad de poner en evidencia la homosexualidad propia, se trata de una estrategia de sobrevivencia del "sí mismo" que pasa por la sanción del "otro".

Expresiones de la homofobia

Homofobia que omite

La omisión también es una expresión de la homofobia, con ella se busca ignorar a la homosexualidad y a los homosexuales. Ejemplos de omisión son los intentos por ocultar o erradicar de los registros historiográficos, testimonios que permitirían de otro modo, considerar a la homosexualidad un hecho que ha acompañado permanentemente a la humanidad, valorarla en términos positivos (por los aportes que diversos homo-

sexuales han hecho a la ciencia o las artes) o en iguales términos que otras conductas (en ciertos periodos históricos la conducta homosexual fue un hecho simple y sin mayor importancia por guardar el mismo valor que la heterosexualidad).

La omisión refuerza los estereotipos negativos del homosexual y la noción de alteridad que se le asigna; de hecho, la denominación de minoría sexual es una expresión que permite ver a la homosexualidad como un fenómeno extraño e inusual y la hace no visible. Mediante la omisión se evita, primero, que cualquier hombre se plantee la posibilidad de buscar y obtener placer sexual en interacción con otro hombre; segundo, que los homosexuales se consideren a sí mismos una "eventualidad" social o que crezcan bajo la idea de que son los únicos o de los escasos portadores de una "alteración" física o psicológica, estas situaciones derivan en aislamiento y en el desarrollo de una identidad individual marcada por la introspección y la devaluación personal.

Al mismo tiempo, la "invisibilización" limita la conformación de colectivos y restringe las posibilidades de los homosexuales para hacer valer sus derechos fundamentales. De manera concreta, la omisión impide la representación de los intereses de los homosexuales en órganos de gobierno y en instituciones, restringe las posibilidades de ascenso en estructuras laborales jerarquizadas y evita plantear las desigualdades basadas en la orientación sexual como cuestiones públicas importantes o que debieran preocupar a toda la sociedad.

Homofobia que minimiza

Otra forma de conducta homofóbica es aquella con que se busca reforzar la idea de que la homosexualidad es un hecho aislado que muestran un reducido número de personas; estas actitudes niegan la potencial fuerza colectiva del sector homosexual. Desde los estudios de Kinsey (1953) se sabe que la conducta homosexual es más frecuente de lo que se pensaba, no sólo porque una parte importante de la población se define como homosexual, sino porque un mayor porcentaje de la población ha tenido prácticas homosexuales en algún momento de su vida sin que necesariamente terminen por definirse como homosexuales. Lo anterior nos habla de que un número importante de individuos elaboran su identidad social en base a su orientación sexual y que la conducta sexual de un persona puede mostrarse fija o transitar de la homosexualidad a la heterosexualidad en distintos periodos.

La minimización de la frecuencia e importancia de la homosexualidad refuerza la denominación de minoría sexual y lo que ella implica. Por su parte, la heterosexualidad no requiere probar su existencia, se da por hecho y es un supuesto indiscutible hasta que no se pruebe lo contrario.

Homofobia que "concede"

Acciones y actitudes que a simple vista parecieran solidarias y exentas de prejuicios también pueden ser homofóbicas. Éstas muestran cierto grado de tolerancia pero en el fondo esconden un miedo a la visibilidad "excesiva" de la homosexualidad; se trata de aquellos llamados a la "prudencia" y a no manifestar la orientación homosexual en formas muy evidentes o que resultan extravagantes. Estas expresiones aluden a un supuesto respeto por lo diferente, pero lo condicionan a no afectar a "terceros" o a que no afecte a quien las demanda; en realidad la intención es mantener a los "diferentes" a distancia.

Estas actitudes argumentan una comprensión y empatía hacia los homosexuales, pero les recomiendan y solicitan no expresar sus afectos en público y reservarse su identidad al ámbito privado. Algunas expresiones más elaboradas de esta forma de homofobia postulan que los homosexuales deben tener el derecho de ejercer su sexualidad pero cuando se habla de los derechos de herencia, de seguridad social, del matrimonio civil y religioso o la adopción, manifiestan sus reservas y consideran un "exceso" la demanda de tales derechos por parte de los grupos de homosexuales organizados.

Estas actitudes fortalecen la minimización y, aunque reconocen el derecho de cada individuo a procurarse el placer sexual, individualizan y privatizan una problemática colectiva. Al reconocer ciertos derechos y negar otros reconocen que hay desigualdades pero terminan considerándolas legítimas.

Homofobia que restringe

Esta modalidad también reconoce que los homosexuales existen y que tienen derecho a ello, pero al mismo tiempo imponen condiciones. Una expresión común es la tendencia a crear espacios socialmente diferenciados: la creación de *ghettos* culturales. Se reconoce que los homosexuales pueden reunirse o constituir colectivos, ya sea con fines recreativos o de otra índole, pero la concesión se da con la finalidad de que éstos existan para que los espacios "reservados" para los heterosexuales sean respetados; también es una estrategia que permite mantener a "salvo" al resto de la sociedad, particularmente busca "prevenir" la "propagación" de la homosexualidad.

La estrategia de los *ghettos* permite el encuentro entre homosexuales y disminuye el aislamiento individual, pero al mismo tiempo limita la posibilidad de que el resto de la población los reconozca como parte integrante de la sociedad y como presencia constante en todos los ámbitos de la vida social.

Como otras formas de resistencia, el *ghetto* homosexual ha sido absorbido por la mercantilización y, explotando la

marginalidad, ha sido aprovechado para la acumulación de ganancias. El acceso a espacios de reunión *gay* es en realidad una mercancía y, de igual manera, el consumo de mercancías asociadas a la identidad *gay* implica un costo que no todos los homosexuales pueden sufragar.

De esta manera, se ha generado un mercado *gay* que aprovecha la necesidad de este sector por ser reconocido socialmente; en materia de servicios, por ejemplo, sectores como el turístico han "descubierto" en la población homosexual un mercado potencial con alto poder de compra en cuyo caso, el homosexual es reconocido no como tal sino como consumidor.

Homofobia que agrede

Aunque finalmente toda expresión homofóbica es una agresión, en este rubro agrupamos a las conductas que se ejercen de manera directa y abierta contra la integridad física o psíquica de los homosexuales, lo cual incluye las distintas formas de violencia (verbal, física, sexual y sobre los bienes) ejercida por particulares, por aparatos gubernamentales (policías y militares) o mediante políticas sistemáticas de persecución o exterminio.

Aunque, en general, la relación entre homofobia y salud no ha sido suficientemente estudiada, los efectos de la homofobia que agrede son los que más se han documentado en forma de ansiedad, depresión y conducta suicida en homosexuales, particularmente en la adolescencia.

Homofobia, vulneración social y daños a la salud

Aunque el hecho de que los homosexuales se reconozcan a sí mismos como tales ayuda a la generación de una autovaloración menos negativa, al experimentar el rechazo social, lo interiorizan en diversos grados, resultando en autodevaluación, aislamiento social y frustración por no poder ser de otro modo. Estos son los efectos finales de un proceso social complejo en el que tiene lugar la construcción social de la homofobia; en términos prácticos estos elementos configuran la vulnerabilidad social en que los homosexuales experimentan su vida cotidiana.

La posición de los homosexuales en relación al capital cultural dominante es, en términos materiales, un espacio de vulnerabilidad hacia los daños a la salud que han sido identificados en el perfil que describimos en el apartado correspondiente. Esta vulnerabilidad constituida por estigmatización, rechazo, discriminación y, consecuentemente, aislamiento, devaluación personal y temor conforman un estado de *distress* que facilita la manifestación de los daños.

Esta asociación es más fácilmente comprensible para el caso de los daños a la salud mental. Los sentimientos de tristeza vulneran para la presencia de depresión, aislamiento y temor, mismos que vulneran para la manifestación de trastornos de la ansiedad, a su vez, la tristeza y la autodevaluación vulneran para la conducta suicida.

El *distress* por sí solo incrementa la vulnerabilidad para las infecciones sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH. La presencia de los daños a la salud mental también vulneran a los homosexuales que en tales condiciones se protegen menos, facilitándose así la transmisión del VIH. Esto explicaría la alta prevalencia de VIH-SIDA en varones en edad productiva y que la modalidad más frecuente de transmisión sexual es la que se da en varones que tienen sexo con varones.

El aislamiento y la anormalización de la homosexualidad son expresiones de la homofobia que restringen la vida cotidiana de los homosexuales. En el caso del ejercicio de su sexualidad, estas circunstancias limitan las oportunidades y los espacios con que cuentan los homosexuales para expresar su sexualidad y satisfacer su deseo sexual.

De esta manera, en muchos casos, los homosexuales sostienen relaciones sexuales en contextos que favorecen la violencia, la coacción y la disminución de prácticas preventivas para las enfermedades de transmisión sexual. Los vínculos homosexuales que se establecen en contextos sociales intolerantes están matizados por la clandestinidad y la marginación; en este sentido, las relaciones sexuales frecuentemente se caracterizan por el anonimato y la escasa comunicación que reduce la negociación del tipo de prácticas (sexo seguro y/o sexo protegido).

De igual manera, la clandestinidad favorece la violencia; los homosexuales pueden ser "enganchados" mediante la atracción sexual a mecanismos de extorsión, agresión física y homicidio. Esto explica los casos analizados por Definis Gojanovic (1998) en Croacia, donde tanto los homosexuales asesinados y los prostitutas que los ejecutaron tenían en común la experiencia de la marginación, como lo plantea Van Gemert (1994). En el fondo hay una reunión de condiciones de marginación y personas provenientes de la exclusión social en cuyo encuentro se intensifican la violencia y el ejercicio de la sexualidad en ámbitos de riesgo o que implican conductas delictivas, entre ellas el asesinato.

Es de resaltar que no se cuenta con estudios suficientes para determinar la frecuencia del homicidio por homofobia y ponderarla con la mortalidad en heterosexuales pero es un hecho que, en general, a los heterosexuales no se les asesina por su orientación sexual y en el caso de los homosexuales la orientación sexual puede ser la motivación principal.

La presente revisión pone de manifiesto la singularidad del patrón de enfermedad y muerte que muestra la población homosexual. Aunque la mayoría de los trabajos revisados se han realizado en territorios anglosajones, hay un número importante de estudios realizados en grupos étnicos y migrantes de estos países, como los de Wilson, Barney y Balsam, que demuestran el "entrecruzamiento" entre la orientación sexual y las condiciones de sexo, etnia y raza. De lo anterior sobresale la necesidad de estudiar los problemas de salud que enfrentan los homosexuales en América Latina y particularmente en México donde los estudios siguen siendo escasos y que aportarían elementos no sólo de importancia sanitaria sino de relevancia teórica al permitir profundizar en las particularidades culturales y territoriales de la sexualidad.

La homofobia es un proceso social que se sustenta en la construcción social del género y en la reglamentación social de los usos del cuerpo para el placer sexual; es un proceso mediante el que se busca justificar, reproducir y mantener un orden social en el que la oposición binaria masculino/femenino y la heterosexualidad son los principios que regulan la conducta de los individuos y las relaciones que se establecen entre ellos. Podemos comprender a la homofobia como medio y como fin; como medio porque forma parte de los procesos de socialización a través de los cuales un individuo es integrado a un colectivo y como fin porque con ello se busca constituir un sujeto funcional al orden social.

La homofobia es una categoría que nos permite identificar el patrón de enfermedad y muerte que le es específico a la población homosexual y al articularla con las categorías de género y masculinidad nos permite comprender el proceso de

determinación cultural de dicho patrón. El resultado más importante de este abordaje es que nos permite precisar las causas de fondo que generan esta desigualdad social ante la salud y, consecuentemente, plantear algunas líneas generales para combatirla.

Es necesario garantizar a la población homosexual el ejercicio de todos sus derechos, penalizar su restricción o intento de obstaculizarlos, establecer estatus jurídicos iguales que para la heterosexualidad y hacerlos explícitos en todas las legislaciones. Lo anterior es un conjunto de principios mínimos de la democracia cuyo cumplimiento incumbe a los ámbitos de representación social y política de cada sociedad, pero que además, posibilita la modificación sustancial de los contextos en que homosexuales y heterosexuales se relacionan, éste es un sustrato indispensable para influir en la desigualdad en salud por orientación sexual.

En términos estrictamente sanitarios, la revisión presente sustenta la necesidad de generar programas de atención médica específicamente orientados a los homosexuales en función de sus problemáticas de salud más frecuentes, instrumentar políticas institucionales destinadas a la población general que desalienten los estereotipos devaluatorios de la homosexualidad. Los anteriores son apenas algunas de las medidas que deben formar parte de la agenda política, pero otras tendrían que estar dirigidas a disminuir la polarización de las identidades de género y sustituir el modelo dominante de masculinidad que genera homofobia. El resultado deberá ser la construcción de un contexto social donde la diferencia no signifique desigualdad.

Bibliografía

- Almaguer T. Hombres cheanos: una cartografía de la identidad y del comportamiento homosexual. *Debate Feminista* 1995; 6(11):46-77.
- Balsam KF, Beauchaine TP, Mickey RM, Rothblum ED. Mental health of lesbian, gay, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(3):471-6.
- Balsam KF, Huang B, Fieland KC, Simoni JM, Walters KL. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay bisexual, and two-spirit native Americans. *Cultur Divers Minor Psychol* 2004; 10(3):278-301.
- Barney DD. Health risk-factors for gay American Indian and Alaska Native adolescent males. *J Homosex* 2003; 46(1-2):137-57.
- Beck A, McNally I, Petrak J. Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2003; 79(2):142:146.
- Bell, MD; Vila, RI. Homicide in homosexual victims: a study of 67 cases from the Broward County, Florida, Medical Examiner's office (1982-1992), with special emphasis on "overkill". *Am J Forensic Med Pathol* 1996;17(1):65-9.
- Berg MB, Mimiaga MJ, Safren SA. Mental health concerns

- of HIV-infected gay and bisexual men seeking mental health services: an observational study. *AIDS Patient Care STDS* 2004; 18(11):635-43.
- Blanco J, López O, Rivera JA, Rueda F. Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos. *Est Antrop Biol*, 1997; 8(2):433-448.
- Blumenfeld W. *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press, 1992.
- Breihl J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1995.
- Bronfman M, Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médicos Sociales* 1983; 29(2):53-75.
- Burke BP, White JC. Wellbeing of gay, lesbian and bisexual doctors. *BMJ* 2001;322:422-425.
- Case P, Austin SB, Hunter DJ, Manson JE, Malspei S, Willet WC, Spiegelman. Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *J Womens Health (Larchmt)* 2004; 13(9):1033-47).
- Clatts MC, Goldsmit L, Yi H, Gwadz MV. Homelessness and drug abuse among young men who have sex with men in New York city: a preliminary epidemiological trajectory. *J Adolesc* 2005; 28(2):201-14.
- Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian gay and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(1):53-61.
- Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, Visscher BR. Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychol* 1996; 15(4):243:251.
- Dazinger R. The social impact of HIV/AIDS in developing countries. *Soc Sci Med* 1994; 39(7):905-17.
- Definis Gojanovic M. Homosexual homicides. *J Clin Forensic Med*, 1998; 5(4):191-4.
- Delfin F. Variantes de las prácticas eróticas o expresiones del comportamiento erótico. En: Pérez CJ y Rubio E. (coords.) *Antología de la sexualidad humana*. Vol. I, México: CONAPO/Porrúa, 1994, págs. 673-698.
- Delor F, Hubert M. Un ré-examen du concept de "vulnérabilité" pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA. Bruselas : Centre d'études sociologiques-Facultés universitaires Saint-Louis.
- Diamant AL, Wold C. Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *J Womens Health (Larchmt)* 2003; 12(1):41-9.
- Dieterich H. SIDA, cáncer, parkinson. Nuevos descubrimientos de prevención y curación. México: Planeta. 1997.
- Drescher J. Ethical issues in treating gay and lesbian patients. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25(3):605-21.
- Erwin K. Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact". *Int J Health Serv* 1993; 23(3):437:453.
- Garduño MA. Determinación genérica de la morbilidad masculina. *Salud Problema* 2001; 6(10-11):29-36.
- Gillon R. Refusal to treat AIDS and HIV positive patients. *BMJ* 1987; ii:1332-3.
- González G. Los estados intersexuales y la disforia de género. En: Pérez CJ y Rubio E (coords.) *Antología de la sexualidad humana*, Vol. III, México: CONAPO/Porrúa, 1994, págs. 123-162.
- Granados JA, Delgado G. Mortality by homicide in homosexuals. Characterization of the cases registered in Mexico between 1995 and 2000. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2006. (en prensa).
- Granados JA, Nasaiya K. Salud, sexualidad y SIDA en la educación pública en México. Un análisis del texto de ciencias naturales de quinto grado de primaria. *Argumentos* 2003; (45):39-57.
- Granados JA. Medicina y homosexualidad. Prácticas sociales en tensión. *Cuicuilco* 2006b; 13(36)293-319
- Gutmann M. *The meanings of macho. Being a man in Mexico City*. London: University of California Press, 1996.
- Huebner DM, Rebchook GM, Kegeles SM. Experiences of harassment, discrimination and physical violence among young gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2004; 94(7):1200-3.
- Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen

- H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002; 180:423-7.
- Jones, LS. Attitudes of psychologists and psychologist-in-training to homosexual women and men: an Australian study. *Journal of Homosexuality* 2000; 39(2):113-32.
- Kaufman, M. *Hombres: placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF, 1989.
- Kelly JA, St Lawrence JS, Brasfield TL. Predictors of vulnerability to AIDS risk behavior relapse. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1):163:166.
- King M, Sminth G, Bartlett A. Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s -an oral history: the experience of professionals. *BMJ* 2004; 328(7437):429.
- Kinsey AC, Wardell B, Pomeroy Clyde E, Gebhard P. *Sexual Behavior in the Human Male*, EUA: Kinsey Institute/Indiana University, 1998.
- Klitzman RL, Greenberg JD, Pollack LM, Dolezal C. MDMA ('ecstasy') use and its association with high risk behaviors, mental health and other factors among gay/bisexual men in New York City. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66(2):115-25.
- Lackner JB, Joseph JG, Ostrow DG, Kessler RC, Eshleman S, Wortmar CB, O'Brien K, Phair JP, Chmiel J. A longitudinal study of psychological distress in a cohort of gay men. Effects of social support and coping strategies. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(1):4-12.
- Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 1982; (2):7-25.
- Leite O. Homossexualismo masculino, lateralidade cerebral, imulogia e Aids. *Arq Bras Psicol* 1988; 40(1):17-31.
- Levy, J. Considerações sobre a homossexualidade. *Bol Psiquiatr* 1982; 15(1):15-31.
- Levy J. O DSM-III e a homossexualidade. *Bol Psiquiatr* 1984; 17(4):149-55.
- Lock J, Steiner H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(3):297:304.
- Mathews WC, Booth MW, Turner JD, Kessler L. Physicians' attitudes toward homosexuality-survey of California county medical society. *West J Med* 1986; 144:106-110.
- Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*; 91(11):1869-76.
- McAndrew S, Warne T. Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11(4):428-34.
- McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust* 2003; 178(12):643-5.
- Meyer JH. Prejudice, social stress and mental health in lesbian gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129(5):674-97.
- Moller S. Desigualdad de género y diferencias culturales. En: Castells C. (comp.) *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona: Paidós, 1996, págs. 185-206.
- Leary A, Purcell D, Remien RH, Gomez C. Childhood sexual abuse and sexual transmission risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care* 2003; 15(1):17-26.
- Opler M. Aspectos antropológicos y culturales comparados de la homosexualidad. En: Marmor, D, *et al.* (comp.) *Biología y sociología de la homosexualidad*. Buenos Aires: Paidós, 1991, págs. 149-169.
- Pérez-Gil SE, Ramírez JC, Ravelo P (coords.) *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. México: CIESAS/U de G/INNSZ, 1995.
- Pérez MM. *Derechos de los homosexuales*. México: UNAM, 2000.
- Perkins DO, Stern RA, Golden RN, Murphy C, Naftolowitz D, Evans DI. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic. *Am J Psychiatry* 1994; 151(2):233:236.
- Preston DB, D'Augelli AR, Kassab CD, Cain RE, Schulze FW, Starks, Mt. The influence of stigma on the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2004; 16(4):291-303.
- Ramírez-Valles J. The protective effects of community involvement for HIV risk behavior: a conceptual framework. *Health Education Research* 2002; 17(4):389:403.

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22a. Edición. 2001.
- Rose L. Homophobia among doctors. *BMJ* 1994; 308:586-587.
- Rotheram-Borus MJ, Rosario M, Reid H, Koopman C. Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths. *Am J Psychiatry* 1995; 152(4):588-95.
- Sandfort TG, de Graaf R, Bijl RV. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Arch Sex Behav* 2003; 32(1):15-22.
- Saunders D, Oxley J, Harvey D. Gay and lesbian doctors. *BMJ* 2000; 320:S2-7233.
- Schatz B, O'Hanlan KA. Anti-gay discrimination in medicine: results of a national survey of lesbian, gay and bisexual physicians. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association, 1994.
- Secretaría de Salud (SS). Registro Nacional de Casos de SIDA. México: Secretaría de Salud, 2005.
- Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160(3):541-546.
- Smith G, Barlett A, King M. Treatments of homosexuality in Britain since 1950s-an oral history: the experience of patients. *BMJ* 2004; 10(2-3):259-67.
- Stall R, Paul JP, Greenwood G, Pollack LM, Bein E, Crosby GM, Mills TC, Binson D, Coates TJ, Catania JA. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction* 2001; 96(11):1589-601.
- Sutcliffe B. 100 imágenes de un mundo desigual. Barcelona: Intermón Oxfam, Icaria editorial.
- Théry I, Tasserit S. Sida et exclusion, in *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, 1996
- Van Gemert F. Chicken kills hawk: gay murders during the eighties in Amsterdam. *J Homosex* 1994; 26(4):149-74.
- Warner J, McKeown E, Griffin M, Johnson K, Ramsay A, Cort C, *et al.* Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: Results from a survey based in England and Wales. *Br J Psychiatry* 2004; 185:479-85.
- Williams T, Connolly J, Pepler D, Craig W. Questions and sexual minority adolescents: high school experiences of bullying, sexual harassment and physical abuse. *Can J Commun Ment Health* 2003; 22(2):47-58.
- Willis DG Hate crimes against gay males: an overview. *Issues Ment Health Nurs*. 2004; 25(2):115-32.
- Wilson PA, Yoshikawa H. experiences of and responses to social discrimination among Asian and Pacific Islander gay men: their relationship to HIV risk. *AIDS Educ Prev* 2004; 16(1):68-83.
- Zea MC, Reisen CA, Poppen PJ, Bianchi FT, Echeverry JJ. Disclosure of HIV status and psychological well-being among Latino gay and bisexual men. *AIDS Behav* 2005; 9(1):15-26.

Maestría en Medicina Social

PRESENTACIÓN

El programa de Maestría en Medicina Social es pionero en América Latina. Desde 1975 forma recursos humanos de alto nivel para la docencia, la investigación, y la planeación en el campo social. Por la calidad de sus egresados, su amplia producción científica y las actividades de difusión que realiza gozan de prestigio nacional e internacional. El Programa tiene un diseño curricular interdisciplinario ceñido a los principios del Sistema Modular.

OBJETIVO

Formar recursos humanos capaces de generar conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, así como ejercer la docencia planificar y operar las actividades de servicio en el área de la medicina social.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

El plan de estudios se divide en dos niveles, con duración de un año cada uno.

A lo largo de los niveles se desarrolla un tema de investigación que lleva a la elaboración de una tesis para obtener el grado de Maestría.

Nivel I

Este nivel se orienta a brindar formación básica en Medicina Social. Está integrado por tres módulos:

- Salud y Sociedad: se brindan las bases teóricas y metodológicas de las Ciencias Sociales necesarias para el análisis e interpretación de problemas médico-sociales.
- Distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad: se desarrollan las bases teóricas y técnicas para el análisis de la distribución y los determinantes del proceso salud-enfermedad en la población.
- Práctica Médica y Política Sanitaria: Se proponen elementos conceptuales indispensables para analizar las formas de respuesta social frente al proceso salud-enfermedad.

Nivel II

- Este se orienta al desarrollo del proyecto diseñado en el primer nivel. Comprende seis unidades de enseñanza-aprendizaje entre talleres de tesis y seminarios.
- Talleres de Tesis I, II y III: se articula el trabajo de investigación que realiza el estudiante con la orientación de un director y un comité de asesores.
- Seminario de Formación Docente: aporta elementos conceptuales y técnicos del proceso enseñanza-aprendizaje necesarios para dirigir un programa docente en el área de la salud.
- Seminarios de profundización: asignados en función del área de investigación, pueden cursarse en el programa o en alguna institución académica.
- Seminarios optativos: complementan la formación en temas relacionados con la investigación.

Perfil del egresado

El egresado será capaz de formular y resolver problemas, así como de generar conocimientos y de efectuar actividades de servicios en el área médico social.

Para mayores informes, contáctanos:

<http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>