



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 1

Marzo de 2016

HOMOFOBIA Y SUICIDIO: 6 SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN JU- VENTUDES HOMOSEXUALES.

Mario Fausto Gómez Lamont¹
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La homofobia representa un problema que reencarna y ejemplifica el predominio del poder masculino así como los arraigados valores heterosexistas en nuestra sociedad. Faltan estudios que den visibilidad a las necesidades específicas de las juventudes homosexuales que son las que en la actualidad sufren de homofobia. Es por esta razón que se necesitan intervenciones psicológicas para evitar el suicidio en juventudes homosexuales. Siendo esta la relevancia del estudio que a continuación se presenta, con el fin de contribuir al análisis de estos fenómenos que están poco o medianamente estudiados; para comprender cómo la homofobia sigue jugando un papel importante en las relaciones que se establecen con la población homosexual, inclinándolos a sufrir trastornos mentales como de ansiedad, depresión y suicidio.

Palabras clave: Homofobia, intervención psicológica, depresión y suicidio.

ABSTRACT

Homophobia is a problem that reincarnates and exemplifies the predominance of male power and heterosexism values entrenched in our society. There are no studies that give visibility to the specific needs of homosexual youths are those that currently suffer from homophobia. It is for this reason that psychological interventions are needed to prevent suicide among homosexual youths. Being the relevance of the study presented below, in order to contribute to the analysis of these phenomena are low and intermediate studied; to understand how homophobia continues to play an important role in the relations established with the homo-

¹ Maestría en Medicina Social (UAM). Profesor de la Licenciatura en Psicología SUAyED UNAM FES Iztacala. Profesor del Instituto de Terapia Familiar Cencalli. Formación en Terapia Familiar UNAM, Posgrado en Identidad: Sexo, Cuerpo y Género. PUEG UNAM, Terapeuta en Situación de Crisis CAOPE UNAM FES Iztacala. Correo electrónico: psic.faustogl@gmail.com

sexual population, tilting to suffer mental disorders such as anxiety, depression and suicide.

Keywords. Homophobia, psychological interventions, depression and suicide.

Introducción

Todas las sociedades expresan en su interior una distribución desigual de las enfermedades; dicha distribución está determinada por procesos de orden económico, político y cultural (Donangelo, 1976), por ello es que algunos autores, refiriéndose a los problemas sanitarios colectivos consideran que la salud y la enfermedad son hechos históricos en sí mismos (Laurell, 1995). Cada sector social muestra, de acuerdo con su inserción en la sociedad, un conjunto específico de enfermedad que pueden denominarse como “perfil patológico” (Breihl, 1995). Estos patrones no son un conjunto azaroso de patologías sino consecuencias de los procesos “económicos-sociales” (Guinsberg, 1994).

El hecho de que un sector social muestre desventajas en las condiciones de salud es resultado de las condiciones sociales en que viven sus integrantes, así como el grado de inclusión que muestre dicha sociedad. En México la desigualdad es un sistema complejo; cuando nos referimos a ésta, lo hacemos no sólo en términos económicos, sino también en términos culturales como el racismo, el género y la homofobia. La homofobia sigue siendo uno de los principales problemas de exclusión en México. Según la primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, los homosexuales son uno de los sectores más discriminados; esta forma de inserción social genera en los homosexuales un patrón de enfermedad que se caracteriza por menores niveles de salud general que el resto de la población (Perkins, 1994), así como mayores tasas de trastornos mentales (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb y Christensen, 2002), específicamente depresivos, ansiedad, (Perkins, op.cit), y pensamientos e intentos suicidas (Skegg, Nada, Raja y Dickson, 2003), debido a ello, diversos autores hipotetizan que el suicidio en jóvenes homosexuales es tres veces superior a la de jóvenes heterosexuales, pues es un grupo marginado y vulnerable a la depresión que puede conducir al suicidio (Artiñano, 2004).

Justificación

Considero importante este estudio por que siendo la homofobia una actitud negativa hacia las personas homosexuales, frecuentemente en los profesionales de la salud en formación se encuentran esas actitudes que llegan a afectar el servicio brindado a homosexuales, por decir un ejemplo, Campo, Herazo y Cogollo (2010), realizaron dos investigaciones descriptivas y retrospectivas de publicaciones científicas que hablaran de la homofobia en estudiantes de enfermería y odontología, esta revisión de los artículos publicados entre 1998 y 2008, todos escritos en español, inglés o portugués, encontraron que entre el 7 y el 16% de los estudiantes presenta algún grado de homofobia, más común en varones y establecida en religiosos. Sólo en estudiantes de postgrado se evidenció un menor deseo de interactuar socialmente con personas homosexuales. En cuanto a homofobia en estudiantes de la carrera de psicología no se han encontrado investigaciones, situación preocupante debido a que la población homosexual ante la homofobia vulnera su salud y en algunos estudios, predice conductas autodestructivas y daños auto-infligidos, que los llevarán a el uso de psicoterapias, medicación psiquiátrica y uso de servicios de salud mental por dicha ideación o intento suicida, (King y Bartlett, 2004), aunado a eso la homofobia daña y trastoca la relación con el paciente y finalmente dificultan su tratamiento o psicoterapia, esto hace notar el peligro de que los profesionales de la salud tengan discursos homofóbicos que dejan al usuario en una vulnerabilidad mayor a la que ya se encuentra (Sevilla y Álvarez 2010).

Planteamiento del problema

La homofobia está involucrada en la génesis de los principales trastornos mentales que presentan los homosexuales. Altos porcentajes de conducta suicida en homosexuales estuvieron asociados a la discriminación, lo que resalta la importancia de una cultural hostil, incluido en ese contexto se encuentra el de la salud mental, donde no habiendo estudios que resalten la existencia de homofobia en estudiantes de la carrera de psicología que trabajan con poblaciones vulnerables surge la necesidad de explorar si ¿Qué tipo de intervenciones terapéuticas existen para poder intervenir en las juventudes homosexuales con riesgo suicida?

Objetivo general:

Elaborar en 6 sesiones una terapia breve que cumpla con los objetivos de explorar la situación de crisis y riesgo suicida de las juventudes homosexuales.

Objetivos específicos:

Elaborar en la primera sesión un contrato de vida

Elaborar en la segunda sesión un “mapa familiar” para explorar la estructura familiar

Elaborar en la tercera sesión un “rastreo” de familias protectoras y rígidas

Elaborar en la cuarta sesión una entrevista para detectar los cambios ocurridos durante la terapia.

Elaborar en la quinta sesión una entrevista que fomente la capacidad para luchar y enfrentar situaciones adversas sin ayuda de nadie.

Elaborar en la sexta sesión una exploración del control interno que ha alcanzando y la desaparición del síntoma

MODELO DE TERAPIA BREVE

El enfoque se centra en el presente y el futuro, y anima a las personas a actuar y a cambiar su punto de vista (Eguiluz, 2004). O’Hanlon (1990), describe como objetivos particulares del modelo centrado en las soluciones:

1. Reconocer sentimientos y el pasado sin dejar que determinen el presente.
2. Cambiar aquello a lo que prestamos atención en una situación problemática.
3. Centrarnos en lo que queremos del futuro en lugar de en lo que no nos gusta del presente o del pasado.
4. Cuestionar las creencias que no nos son útiles sobre nosotros mismos y nuestra situación.
5. Utilizar la espiritualidad para trascender nuestros problemas y llevar nuestros recursos más allá de nuestras capacidades corrientes.

A. EVALUACIÓN

La Forma de evaluar está centrada en la intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a que durante la entrevista se emplea

el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, el énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los pacientes (en este caso estudiantes universitarios), es decir, cuáles son las excepciones a la misma (O'Halon, Weiner, 1990).

B. INTERVENCION

La sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los pacientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema (Ochoa, 2004).

El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias. Cuando se especifican las estrategias eficaces de la solución de problemas, el mero hecho de que unas veces tenga lugar el síntoma y otras no permite crear la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática (Ochoa, op.cit.).

B.1. METAS Y ESTRATEGIAS EN LA TERAPIA

Las metas de los pacientes que acuden a la entrevista definen de forma concreta, de igual forma se plantean los cómo van a notar cada una de las metas que desean conseguir (O'Halon, Weiner, 1990). Una vez que los objetivos o metas han quedado claros, la tarea del terapeuta es ayudar a los pacientes a encontrar el modo de llegar a ellos (Eguiluz, 2004).

Intervenciones potenciales específicas de las metas planteadas en terapia.

- Definición operativa de los objetivos (Ochoa, 2004).
- Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas (Eguiluz, 2004).
- Iniciar la solución mediante el cambio mínimo.
- Re estructuración cognitiva (Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).
- Terapia del procesamiento cognitivo (Nezu, Nezu, Lombardo, op.cit.).
- Terapia de resolución de problemas (Nezu, Nezu, Lombardo, op.cit.).

- Facetas fuertes y recursos que tiene el paciente para llevar una vida satisfactoria (O'Halon, Weiner, 1990).
- Preguntas presuposicionales (O'Halon, Weiner, 1990).
- Establecimiento de aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los pacientes aún no han advertido o considerado (Ochoa, 2004).

B.2. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Se emplean redefiniciones (Eguiluz, 2004), connotaciones positivas (Ochoa, 2004), metáforas (Shazer, 1987), tareas directas (O'Halon, Weiner, 1990), tareas indirectas (Shazer, 1989), tareas paradójicas y rituales (Shazer, 1988). Las redefiniciones son permanentes a lo largo de toda la entrevista (Eguiluz, op.cit.), se recurre a dos tipos de connotaciones positivas (Ochoa, op.cit.). En primer lugar cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista de los pacientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma (Shazer, 1987).

C. OBJETIVOS DE LA PRIMER ENTREVISTA

El objetivo más importante de hacer una evaluación inicial es precisar la magnitud del peligro inmediato del paciente y esto se logra mediante la entrevista o el uso del Inventario de Riesgo Suicida (2000). Para esto es necesario identificar las circunstancias que rodean la intención o el acto suicida (conflictos familiares, laborales, de pareja, escolares entre otros), el método utilizado (utilizaría o utilizó métodos a su alcance como cuerdas, pastillas, objetos corto punzantes etc.), la exigencia de premeditación, planificación y las posibilidades que tenía de ser descubierto y rescatado.

Hablar sobre la ideación suicida no promueve más ideas o actos de la misma naturaleza. Las preguntas sobre el tema deberán ser directas y no implícitas o "sobre entendidas". Esto constituye el primer paso en la intervención terapéutica (Alonso- Fernández, 1985).

Es importante incorporar e involucrar en la terapia a otras personas de su sistema relacional significativo, como por ejemplo la familia, amigos de la escuela y algunos profesores que conocen al estudiante.

Es de menester crear un contrato inicial en el que el paciente se compromete a frenar sus impulsos autodestructivos y comunicarlos ya sea al terapeuta, al médico tratante u otra persona que pueda ayudarle en una situación de crisis y sea un aliado (Brent 1989).

La hospitalización psiquiátrica únicamente será solicitada cuando no hay posibilidad de establecer un contrato inicial que indique el freno de los impulsos suicidas, si la ideación suicida es activa, el nuevo intento será letal (Brent, op.cit.).

Este modelo de terapia establece un conjunto ordenado de pasos que parten de un planteamiento estratégico que ayudará al terapeuta a guiar el desarrollo de la sesión:

- Definición Conductual de la solución (Shazer, 1987; Eguiluz, 2004; Ochoa; 2004; Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).
- Encontrar estrategias eficaces de solución de problemas (Ochoa, 2004; Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).
- Regla de la excepción (Shazer, 1987, 1988, 1989; O'Halon, Weiner, 1990).
- Si no se encuentran soluciones que resuelvan con éxito la situación problemática, se buscan excepciones potenciales (Ochoa, 2004; Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).

C.1. OBJETIVOS DE LA SEGUNDA ENTREVISTA

En este punto se trabajará con el genograma, el cual consiste en una representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones entre al menos tres generaciones. Así pueden apreciarse por ejemplo alianzas de madres e hijas de las que quedan fuera los maridos, alianzas de los padres con los hijos mayores de las que quedan excluidos los hijos pequeños. Con ello se obtiene información no sólo

de las relaciones entre los distintos miembros del sistema familiar, sino también del porqué de ciertas reglas de relación que pueden pasar de unas generaciones a otras (Navarro, 1992).

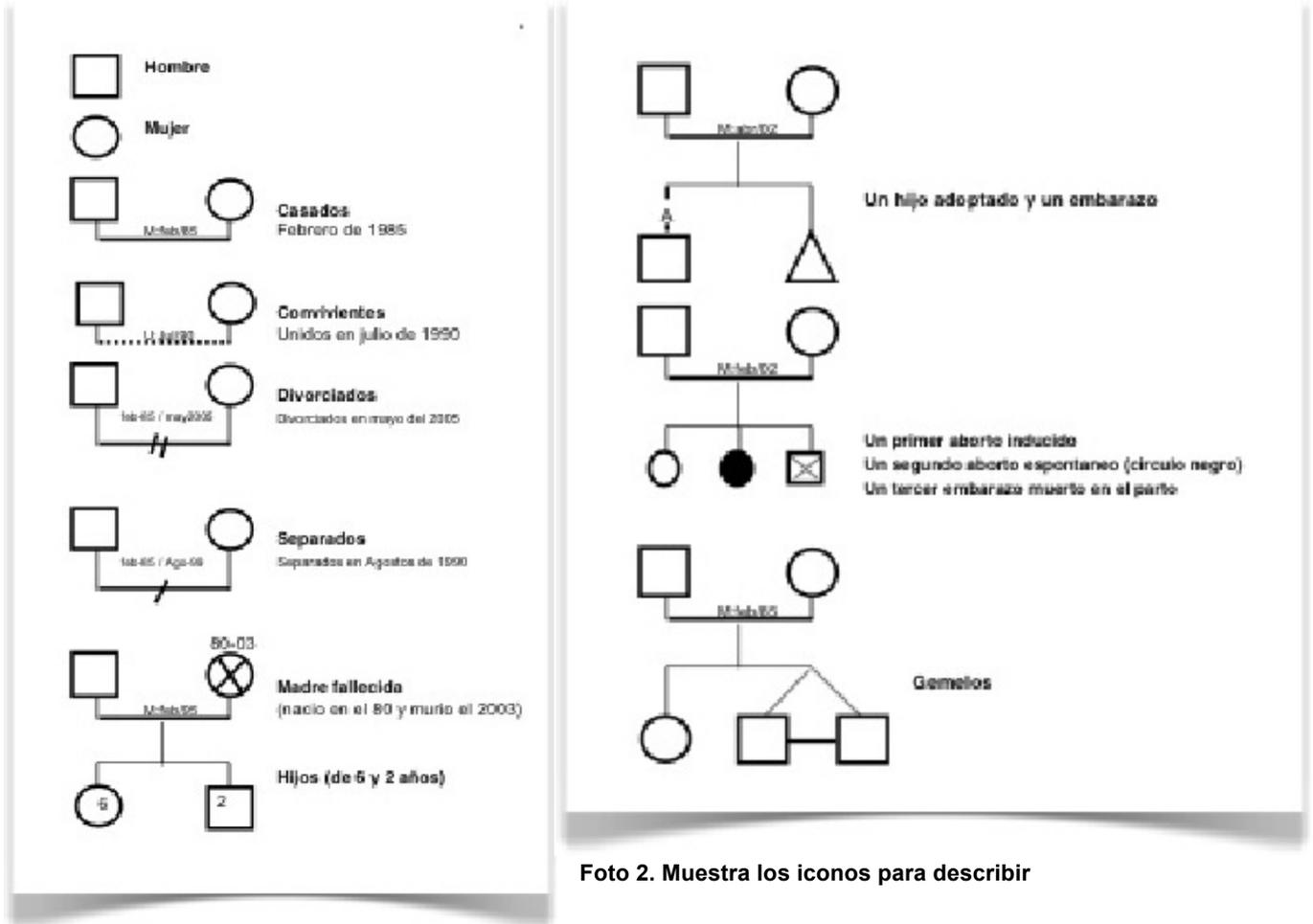


Foto 1. Muestra los elementos para construir un familiograma desde su estructura más básica (imagen obtenida de Ochoa, 2004).

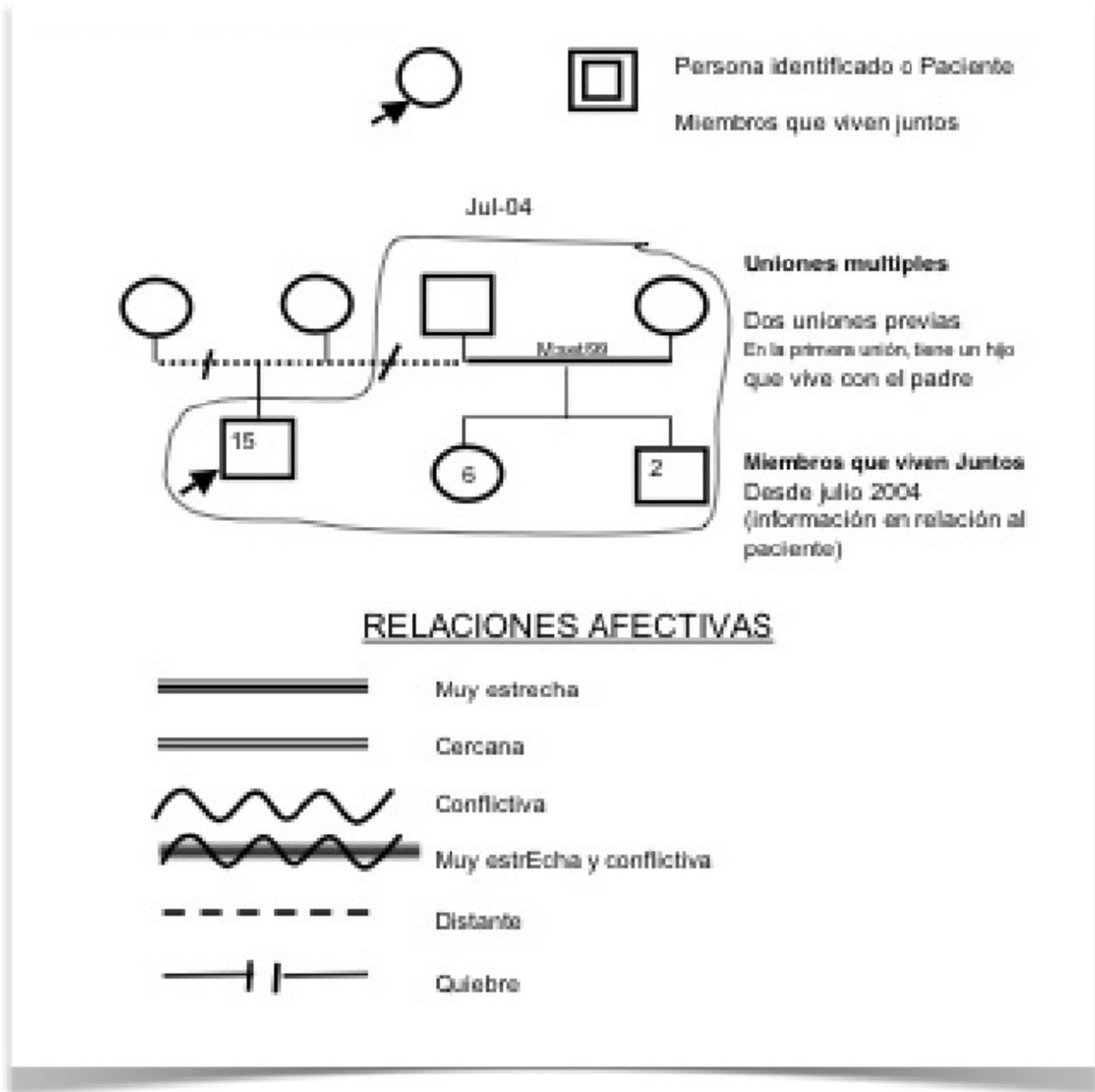
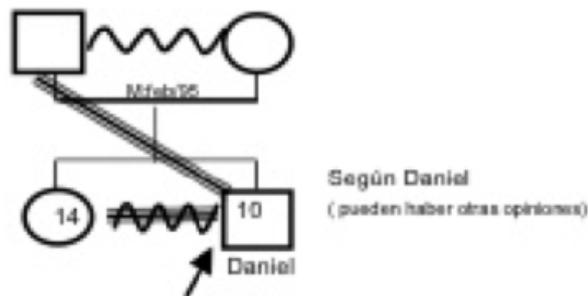


Foto 3. Muestra los elementos necesarios para integrar las líneas de relación dentro del familiarograma (imagen obtenida de Ochoa, 2004).

En caso de crisis e intento suicida en la juventud homosexual, lo que se trabaja en esta sesión es explorar mediante el mapa familiar la percepción de la estructura familiar, su cohesión y sus recursos ante los cambios abruptos, así como la aceptación de su orientación sexual. Se ejemplifican los tipos de preguntas que se pueden utilizar:

Tipos de Preguntas	Ejemplos
Explicaciones y significado del problema	¿Cómo te explicas lo que está pasando en casa?
Explicaciones y significado de las soluciones	¿Cuáles son las soluciones que han puesto en práctica? ¿Por qué crees que no han funcionado?
Explicación y significado en duración de tiempo	¿En qué etapa de tu vida se comunicaban mejor?, ¿Por cuanto tiempo ocultaste tu orientación sexual? ¿En qué momento crees que te acepten?
Explicaciones y significado de comparación entre subsistemas	¿Cómo te explicas que la comunicación es mejor entre tu hermana y tu que entre tus padres? (en caso de tener una hermana o hermano, sino con algún pariente significativo).
Explicaciones y significado acerca del contexto	y antes de que decidieras salir del closet ¿cómo te sentías?, ¿En dónde sentías mayor comodidad?, ¿Cuál era la diferencia entre esos lugares?, ¿Cómo podrías sentirte más cómodo ahora que sabes más de ti?

Tabla 1. Muestra ejemplos de tipos de preguntas que se pueden utilizar durante la segunda entrevista.



DATOS DE MORBILIDAD Y DEMOGRAFICOS

LAS ABREVIATURAS DE ALGUNOS RIESGOS Y PATOLOGIAS, SON LAS QUE SE USAN HABITUALMENTE

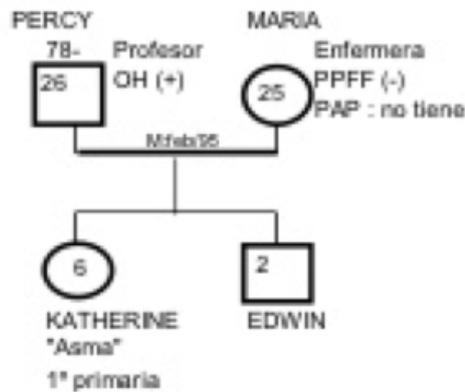


Foto 4. Muestra la integración de los datos relacionales y sociodemográficos del sistema familiar (imagen obtenida de Ochoa, 2004).

C.2. OBJETIVOS DE LA TERCERA ENTREVISTA

Con posterioridad a un intento de suicidio, hay ocasiones en que la familia se vuelve excesivamente protectora y en otras en las que hace caso omiso de la gravedad del intento. El objetivo en caso de sobre protección de los padres, el

trabajo es buscar los recursos y fortalezas del joven, así como re establecer su red de apoyo para que de forma responsable y sin culpa pueda organizarse y elegir qué cambios desea realizar en su vida, con ello lograr desprenderse poco a poco de los beneficios que la sobre-protección pueda tener (Ochoa, 2004; Eguiluz, 2004).

Tipos de preguntas	Ejemplos
Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas	¿En qué notarás que ya no estás triste?
Iniciar solución mediante el cambio mínimo	¿Cuál será la primera señal que te indique que las cosas van por buen camino?
Preguntas de presuposiciones	¿Qué cosas positivas sucedieron en la semana?, Cuando regreses a casa el día de hoy ¿quién será el primero en tu familia en recibirte?
Preguntas cuando no hay ausencia del problema	¿Cuándo es menos frecuente, intenso o de menor duración ese sentimiento?, ¿Qué haces para que ocurra en menor frecuencia?
Pregunta del Milagro	Imagina que una noche mientras duermes se produce un milagro y el problema se resuelve: ¿Cómo te darías cuenta que ocurrió ese milagro? y ¿Qué sería diferente?, ¿Hay algo de eso que ya esté ocurriendo?

Tabla 2. Muestra ejemplos de tipos de preguntas que se pueden utilizar durante la tercera entrevista.

En caso de que el joven experimente una reacción de sus padres como inamovibles y que resten importancia a la conducta suicida (Fishman, 1990). El objetivo es destacar las facetas competentes del o la joven, así como establecer una red de apoyo solidaria, construida con familiares dispuestos a cooperar o con amistades significativas del o la consultante.

Tipos de preguntas	Ejemplos
Explicaciones y significados acerca de las creencias familiares	¿Cómo te explicas la rigidez de tus padres?
Explicaciones y significados acerca de sentimientos y expresiones	¿Cómo crees que los demás (amistades u otros familiares) explican tu tristeza?
Intervención con relación a las soluciones	¿A quién de tus amigos le puedes confiar lo que te ocurrió?, ¿Cómo te podrían ayudar a controlar esos impulsos?
Intervención con relación al tiempo de duración	¿Cuánto tiempo te podría durar la tristeza si tus amigos te apoyaran?, ¿Qué tendrían que hacer para que la tristeza disminuya?, ¿Qué tendrías que hacer tu para disminuir la tristeza?
Intervención con relación a sentimientos y creencias	¿Qué pasaría contigo si mostraras más tus emociones?, ¿Qué pasaría contigo si la creencia de debilidad desapareciera?, ¿Que sucedería al eliminar la culpa que cargas?

Tabla 3. Muestra ejemplos de tipos de preguntas que se pueden utilizar durante la tercera entrevista.

Sin embargo, la angustia que cargan las juventudes homosexuales ante la poca aceptación social y cultural los conduce a experimentar ansiedad y depresión, sin poder explorar abiertamente su sexualidad, sus relaciones de pareja y su cuerpo. Por lo que es necesario en este momento hablar de esas manifestaciones.

Tipos de preguntas	Ejemplos
Explicaciones y significados acerca de la atracción y el deseo.	¿Cuándo fue la primera vez que sentiste atracción o deseo por alguna persona?, ¿Qué sentiste?, ¿Qué emociones experimentaste?, ¿En qué parte de tu cuerpo lo viviste?
Explicaciones y significados acerca de sentimientos y expresiones.	¿Cómo decidiste experimentar esas sensaciones?
Intervención con relación a la homofobia internalizada.	¿Cuántos insultos conoces para señalar a gays y lesbianas?, ¿Cuántos de esos has utilizado?, ¿Has dañado a alguien con tus palabras?
Intervención con relación a las relaciones de pareja.	¿Para qué quieres tener una pareja?, ¿En qué basas tus relaciones de afecto?, ¿Te has sacrificado por amor?, ¿Has intentado otros tipos de negociaciones amorosas?, ¿Cómo procuras el bienestar de tuyo y de tu pareja?

Tipos de preguntas	Ejemplos
Intervención con relación al placer.	¿Qué es lo que te produce placer?, ¿Qué cuidados tienes a tu salud?, ¿Qué haces para procurarte?, ¿Tu placer lo vives de forma protegida?
La Sexualidad.	¿Que usas para proteger tu sexualidad?, ¿Qué estrategias usas para decir “no” cuando no deseas tener una relación sexual?, ¿Te preocupa lo que pueda ocurrir si dices “no”?, ¿hay algún tema del que evites hablar?

Tabla 4. Muestra ejemplos de tipos de preguntas que se pueden utilizar durante la tercera entrevista.

C.3. OBJETIVOS DE LA CUARTA ENTREVISTA

La cuarta sesión y las siguientes se centran en constatar los cambios ocurridos en la semana con la finalidad de consolidarlos, generalizarlos y dirigirlos hacia la meta final previamente establecida. En esta entrevista el terapeuta comenzará preguntando:

Tipos de preguntas	Ejemplos
Preguntas sobre los cambios.	¿Qué cosas favorables has estado haciendo en esta semana?
Preguntas de mantenimiento.	¿Qué cosas positivas te gustaría que continuaran sucediendo?, ¿Qué cosas te gustaría que se mantuvieran igual?
Preguntas de afirmación de los cambios.	¿Qué tienes que hacer para que los cambios persistan?, ¿Hay algo que pudiera ocurrir en las próximas semanas que fuera un obstáculo para mantener los cambios?; Si responde que sí: ¿De qué forma los enfrentarías?
Escala para detectar cambios.	En una escala de 1 a 10 se le pide que se ubique en un número que represente el nivel emocional en el que se encontraba antes de venir a terapia (donde 1 es muy triste casi deprimido y 10 excelente), después de eso que se ubique nuevamente pero en referencia a la última semana y por último en qué lugar tendría que situarse para sentirse satisfecho/a.

Tipos de preguntas	Ejemplos
Hoja de Trabajo.	Después se le sugiere la siguiente tarea: "De aquí a la próxima semana observa y toma nota de todas las cosas satisfactorias que haces". También se le puede sugerir que prediga todos los días en qué punto de la escala estará al día siguiente.

Tabla 5. Muestra ejemplos de tipos de preguntas que se pueden utilizar durante la cuarta entrevista.

C.4. OBJETIVOS DE LA QUINTA ENTREVISTA

Una tarea clave del tratamiento reside en ayudar al joven a asumir la realidad existencial de la soledad, mortalidad y vulnerabilidad. En la lucha por aceptar esa experiencia, se puede recordar los momentos en que ha tenido la capacidad para luchar y enfrentar situaciones adversas sin ayuda de nadie, en ese sentido se puede recordar la forma en la que ingresó a la universidad, la forma en que fue pasando cada uno de los filtros como la primaria, secundaria, preparatoria y demás retos, ¿Qué cosas útiles fue conservando en ese proceso?, ¿hasta dónde podrá llegar si esos recursos permanecen a su lado? (Eguiluz, 2004). La provocación de sensaciones y percepciones de superación pueden ser logradas mediante metáforas, re etiquetaciones e imaginaria. (Shazer, 1987; O'Halon, Weiner, 1990; Eguiluz, 2004; Ochoa, 2004; Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).

C.5. OBJETIVOS DE LA SEXTA ENTREVISTA

Para esta sesión se evalúan las soluciones apropiadas que ha conseguido el joven alrededor de las seis sesiones de trabajo, preguntando sobre sus expectativas del lugar de control interno que ha alcanzado y la desaparición del síntoma, basado en el conocimiento de aquellas soluciones eficaces que ya utiliza o puede utilizar para evitar su reaparición, se trabaja nuevamente sobre la consolidación de los cambios. Se puede realizar la siguiente pregunta: ¿Cuánto tiempo debe mantenerse sin el problema para considerar que lo ha superado? (Ochoa, 2004).

La terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el joven decide dejar de acudir a las entrevistas. En ambas situaciones el terapeuta le indica que resuma de la forma más operativa posible aquello que ha aprendido, es decir, que especifique las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro. (Shazer, 1987; O'Halon, Weiner, 1990; Eguiluz, 2004; Ochoa, 2004; Nezu, Nezu, Lombardo, 2006).

Conclusiones

En este escrito el tema principal gira entorno a la propuesta de una intervención breve para prevenir el suicidio. Consistió en la elaboración de 6 sesiones con objetivos particulares enfocados a juventudes homosexuales que a causa de la homofobia, social, institucional o familiar, los lleva a transitar situaciones que desgastan su salud; ansiedad, depresión, ideación e intento suicida son las consecuencias psicológicas que sufre esta población.

El enfoque descrito trabaja con distintos niveles de relación en los cuales se encuentran inmersas las juventudes homosexuales; el sistema familiar, de pareja, e individual.

El esfuerzo terapéutico se concentra en la generación de soluciones adecuadas, para lo cual es necesario cambiar la creencia de los consultantes, convencidos de que la solución ineficaz (como el suicidio) es la única correcta y que son incapaces de resolver el problema.

La estrategia terapéutica consiste en alterar el sistema de creencias de los consultantes que le impide percibir cambios en la situación sintomática.

Aunque los esfuerzos realizados individualmente por alterar las creencias suicidas sean alteradas, queda un largo camino por transitar para ir eliminando la homofobia de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso- Fernández, F. (1985). Conducta Suicida en la adolescencia. *Revista Psicopatología*. 1985; 5: 146 - 159.
- Artiñano, N. El Suicidio en jóvenes homosexuales. *Kairós. Revista de Temas Sociales*. Año 8. N. 14 Octubre 2004.
- Álvarez, E. Sevilla, L. Homofobia y discriminación en el discurso de profesionales de la salud. *Revista UNAM*. Agosto 2010. Vol. 11. No. 8.
- Brent, D. (1989). Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatric Rev*. 10: 159 - 269.
- Breihl, J. (1994) Epidemiology's role in the creation of a humane world: Convergences and divergences among the schools. Editorial. *Soc. Med.*, Vol. 41, pp-911-914.
- Campo, A. Herazo, E y Cogollo, Z.(2010) Homofobia en estudiantes de enfermería. *Rev. Esc. Enferm USP*.
- Donangelo MC. (1976) La medicina en la sociedad de clases. En: Donnangelo, MC (coord.) *Salud y sociedad*. Sao Paulo: Librería Dos Ciudades.
- Eguiluz, L. (2004). *La Terapia Familiar su uso hoy en día*. Pax. México.
- Fishman, H. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*, Paidós. Barcelona.
- Guinsberg, E. (1994) *Sociedad, salud y enfermedad mental*. Buenos Aires, la ed. Centro Editor de America Latina (firmado como Pablo Damiani); 2a ed. Universidad Autónoma de Puebla; 3a ed. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Mexico.
- King, M. Bartlett, A. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950's an oral history: the experience of patients. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.37984.442419.EE (published 29 January 2004).
- Laurell, C., (1995). Para pensar una política social alternativa. In: *Estado y Políticas Sociales Después del Ajuste. Debates y Alternativas* (C. Vilas, ed.), pp. 183-187, México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/Editorial Nueva Sociedad.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós. Barcelona.
- Nezu, A. Nezu C. Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo- Conductuales*. Manual Moderno. México.
- Ochoa, I (2004). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Herder, Barcelona.

O'Halon, W. Weiner, D. (1990). En busca de soluciones. Paidós, Barcelona.

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.

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.

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.

Shazer, S. de (1987), Pautas de terapia familiar breve, Paidós: Barcelona.

Shazer, S. de (1988), Resistance revisited, *Contemporary Family Therapy*. 11. 227-233.

Shazer, S. de (1989), Claves para la solución en terapia breve, Paidós: Barcelona.