

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a cap and robe, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a shield. The Latin text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMIA COACTEMALENSIS INTER CÆTERAS OBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

“LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA.”

CLARA SOFIA PAULINA MUÑOZ MORALES

ANDREA VANESSA BRAN GIRÓN

GUATEMALA, ABRIL 2023

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs “MAYRA GUTIÉRREZ”

“LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA.”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

CLARA SOFIA PAULINA MUÑOZ MORALES

ANDREA VANESSA BRAN GIRÓN

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, ABRIL 2023

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

M.A KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. Sc. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDÓÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUÍZ

REPRESENTANTE DE EGRESADO



Cc. Archivo

CIEPS. 071-2021

Reg.095-2020

CODIPs.880-2022

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

12 de mayo de 2022

Estudiante

Clara Sofia Paulina Muñoz Morales

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante Muñoz Morales:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto DÉCIMO SEGUNDO (12º)** del **Acta VEINTIUNO - DOS MIL VEINTIDÓS (21-2022)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 06 de mayo de 2022, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO SEGUNDO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Clara Sofia Paulina Muñoz Morales

Registro Académico 2013-16246

CUI: 2588-75119-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la **Mgtr. Alejandra Francisca Monterroso Bolaños** y revisado por el **Licenciado Pedro José de León Escobar**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada **Julia Alicia Ramírez Orizabal** de de León
SECRETARIA DE ESCUELA II



/Bky



UG-114-2022



Guatemala, 27 de abril de 2022

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante **CLARA SOFÍA PAULINA MUÑOZ MORALES, CARNÉ NO. 2588-75119-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2013-16246 y Expediente de Graduación No. L-46-2018-C**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por Examen Técnico Profesional Privado.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA"**. mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 10 de SEPTIEMBRE del año 2021.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucía G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en digital.



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPS.
REG. 095-2020



INFORME FINAL

Guatemala, 28 de septiembre de 2021

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Pedro José de León Escobar** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA”.

ESTUDIANTES:

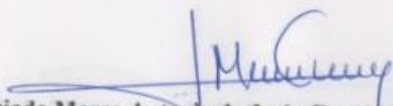
Clara Sofia Paulina Muñoz Morales
Andrea Vanessa Bran Girón

DPL No.
2588751190101
2500467330101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 10 de septiembre de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS-. Se recibieron documentos originales completos el 23 de septiembre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano - CUM - Edificio "A"
9ª Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono 24-187530



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPs



071-2021
REG. 095-2020

Revalidado por Revisor

Guatemala, 28 de septiembre de 2021

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

• **“LA DEPRESIÓN EN PERSONAS HOMOSEXUALES DE 25 A 30 AÑOS QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN IT GETS BETTER GUATEMALA”.**

ESTUDIANTES:

Clara Sofia Paulina Muñoz Morales
Andrea Vanessa Bran Girón

DPL. No.
2588751190101
2500467330101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 10 de septiembre de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR



c. archivo



Guatemala, marzo 2021

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

“Mayra Gutiérrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Andrea Vanessa Bran Girón, CUI 2500467330101 y Clara Sofía Paulina Muñoz Morales, CUI 2588 75119 0101 realizaron en esta institución 44 inventarios de depresión y encuestas como parte del trabajo de investigación titulado **“La depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala”** en el periodo comprendido del día de octubre al día de noviembre del año 2020, por medios digitales.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

David Bollat Spillari

Director Ejecutivo It Gets Better Guatemala

+502 4646 3561

davidbollat@gmail.com



Email: guatemala@itgetsbetter.org
Site: itgetsbetter.org/guatemala
Teléfono: (+502) 3106 - 6275

Guatemala, agosto 2020

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

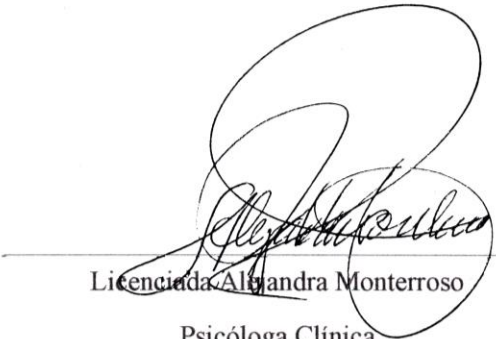
“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del proyecto de investigación **“La depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala.”** realizado por las estudiantes Clara Sofia Paulina Muñoz Morales, CUI 2588 75119 0101 y Andrea Vanessa Bran Girón, CUI 2500 46733 0101

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se preceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciada Alejandra Monterroso

Psicóloga Clínica

Colegiado No. 432

Asesora de Contenido

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR CLARA SOFÍA PAULINA MUÑOZ MORALES

EDMUNDO MUÑOZ ESPINOZA

ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO 4838

Dedicatorias a:

Dios y la Virgen Santísima: Que me brindan la vida y que han cubierto con su bendición, han iluminado mi camino y han sido fuente de fuerza para mi vida

Padres y hermanos: Que sin ellos esto no sería posible, por su apoyo incondicional en el largo camino de estudios y de la vida. Por ser fuente de palabras de ánimo, que nunca han dudado de mí y que siempre están a pendiente de lo que desempeño día a día.

Amigos: Que sin ellos esta aventura no sería la misma, por estar allí en los momentos en que se necesitaba. Que, gracias a su ayuda y constancia a mi lado, exigiendo avanzar es posible estar aquí. Y por su amistad que se aprecia en todo momento.

Catedráticos: Por ser fuente de sabiduría y brindar sus conocimientos, sobre todo a la Licenciada Alejandra Monterroso, por su ejemplo y amor a esta profesión, fue posible comprender la responsabilidad que conlleva, y ayudar a amar aún más esta carrera.

Todos quienes han estado a mi lado: Por su preocupación constante sobre mi desempeño universitario, por las palabras de aliento en todo momento, que nunca han dudado en brindar su ayuda y apoyo.

Clara Sofía Paulina Muñoz Morales

Agradecimientos

A:

Dios y la Virgen Santísima: Por darnos la vida, por permitirnos llegar a dónde estamos y mantenernos con salud para seguir adelante, por brindarnos su bendición y misericordia en todo momento. Porque durante este proceso nuestra fe en ellos nos permitió alcanzar este logro.

La Universidad de San Carlos de Guatemala: Por la oportunidad de ingresar a esta casa de estudios y prepararnos profesionalmente manteniendo la responsabilidad social y humana que debemos tener con nuestro país.

Los licenciados y licenciadas: Por brindarnos sus conocimientos que nos forjaron como profesionales, y no dudar en darnos apoyo en cualquier duda o problema que haya surgido. En especial a nuestra asesora Licenciada Alejandra Monterroso por su dedicación a enseñarnos, brindarnos su tiempo y paciencia en todo momento y no dudar en corregirnos cuando era necesario. Y a nuestro revisor Licenciado Pedro de León por su profesionalismo y objetividad para atender, corregir y revisar nuestro trabajo.

Nuestras familias: Por estar apoyándonos durante todo el proceso académico, por creer en nosotras, por su amor incondicional y darnos palabras de aliento cuando las necesitábamos. Y a cada uno por nombre, gracias por brindar un granito de arena durante toda esta etapa.

A nuestra compañera: Gracias por compartir esta experiencia de responsabilidad, de entrega, de paciencia, de dedicación, de profesionalismo, por la ayuda mutua, y no ser solo una compañera de trabajo sino una verdadera amiga. Siendo fuente de motivación y apoyo en todo momento y a la vez por demostrar que el trabajo es más sencillo con alguien incondicional a nuestro lado.

Índice

Resumen	10
Prólogo	11
Capítulo I.....	13
1. Planteamiento del problema y marco teórico	13
1.01 Planteamiento del problema	13
1.02 Objetivos	17
1.03 Marco teórico.....	18
1.03.01 Depresión humana.....	18
1.03.02 Homosexualidad.....	27
1.03.03 Depresión y homosexualidad	39
1.04 Consentimiento informado.....	51
Capítulo II	52
2. Técnicas e instrumentos.....	52
2.01 Enfoque y modelo de investigación	52
2.02 Técnicas.....	53
2.02.01 Técnicas de muestreo	53
2.02.02 Técnicas de recolección de datos	53
2.02.03 Técnicas de análisis de datos.....	54
2.03 Instrumentos.....	55
2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/ variables	57
Capítulo III	60
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....	60
3.01 Características del lugar y de la muestra.....	60
3.01.01 Características del lugar	60
3.01.02 Características de la muestra	61
3.02 Presentación e interpretación de resultados	62
3.03 Análisis general	75
Capítulo IV	78

4. Conclusiones y recomendaciones	78
4.01 Conclusiones	78
4.02 Recomendaciones	80
4.03 Referencias.....	82
4.03.01 Bibliografía.....	82
4.03.02 E-grafías	83
Anexos.....	84

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue identificar si existe depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020, y como objetivos específicos evaluar el nivel de depresión, distinguir sus causas y analizar la interrelación que existe entre ambos.

Por tanto, la investigación tuvo un enfoque cuali-cuantitativo el cual consiste en la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta; se implementó una muestra probabilística, utilizando un método de muestreo aleatorio simple que permitió analizar a grupos pequeños de una población seleccionados al azar. Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y una encuesta estructurada realizada por las investigadoras. Como técnica de análisis de datos se empleó un diseño concurrente por medio de cuantificación de datos cualitativos y cuantitativos.

El estudio tomó en cuenta solamente a personas que se hayan declarado homosexuales, comprendidos en las edades de 25 a 30 años; no se dio importancia al nivel socioeconómico, religión, cultura y profesión; en una muestra de 44 personas que cumplían dichos criterios.

Como principales hallazgos se encontró que los niveles de depresión corresponden principalmente a rasgos depresivos y no a un diagnóstico clínico como tal, y se pudo notar que si existe una relación directa con las causas, las cuales fueron el covid-19 y la relación con la familia; estos resultados sirven de referencia para la población en general y para futuras investigaciones.

Prólogo

La presente investigación titulada “La Depresión en personas Homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización IT GETS BETTER GUATEMALA es interesante, dado que se le ha adjudicado al hecho de ser homosexual presentar síntomas depresivos, sin saber que las reacciones depresivas están latentes en cada uno de los seres humanos. Y la importancia que tiene esta investigación es el dar a conocer los diferentes puntos de partida al apareamiento de un cuadro depresivo que ha afectado a millones de personas en el mundo por diferentes causas.

En el desarrollo del trabajo se hizo necesario consultar muchos autores, dedicados al estudio tanto de la depresión como del origen y desarrollo de la homosexualidad masculina como femenina y la relación que tiene con la depresión. Determinándose que la homosexualidad en sí no es una causa de la misma, existen muchos factores, entre ellos el sentimiento de culpa, las pérdidas de seres queridos, baja autoestima entre otros, que serían síntomas clínicos, de aquellos que son estados, o fluctuaciones emocionales habituales en respuesta a circunstancias del día a día.

¿Entonces qué relación tiene la depresión con la preferencia sexual? Ninguna, lo que genera cambios en el estado de ánimo en estas personas es la no aceptación de la sociedad, iniciando desde la familia, que exista el amor entre hombres y entre mujeres, tomando en cuenta que la religión ejerce mucha influencia en dichas prácticas, demostrándolo los resultados del estudio en el trabajo de campo, donde las respuestas dejan evidencia que la mayor problemática se ha presentado en las familias, por ende, buscan pertenecer a dicha Organización. Por lo tanto, sólo se encontraron rasgos depresivos.

Para lograr los objetivos de la investigación se utilizó la investigación cualitativa, así como la utilización de diferentes técnicas, para la recopilación de datos los cuales fueron efectivos para cumplir los objetivos plantados.

Es evidente los aportes de esta investigación dado que en la población guatemalteca aún se manejan prejuicios sobre la diversidad sexual debido al desconocimiento de esta.

Por lo que sin duda esta investigación servirá de referencia a estudiantes de Psicología que se interesen en profundizar más en el tema.

Se hicieron las conclusiones y recomendaciones pertinentes para que se tomen en consideración.

Se agradece a la Organización It Gets Better Guatemala, en especial al Presidente Douglas Tejeda, por el apoyo y espacio brindado para la realización de esta investigación, así como a los participantes por su tiempo, compromiso y colaboración, siendo parte principal de este estudio.

A Licenciado Pedro de León y a Licenciada Alejandra Monterroso, por su tiempo, dedicación y aportes que ampliaron nuestros conocimientos y contribuyeron a la corrección de este trabajo.

Licenciada Alejandra Monterroso Bolaños

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

En la actualidad la depresión es un problema que afecta a una buena parte de la población mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se estima que afecta a más de 350 millones de personas, lo que la convierte en un problema serio.

La OMS define “la depresión como una enfermedad que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”

La depresión es una enfermedad mental que puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Los grupos sociales minoritarios no están exentos de padecer problemas de salud mental, como la comunidad LGBT+, al contrario, tienen mayor probabilidad de padecer algún problema psicológico. Las personas homosexuales sufren de la discriminación y estigmatización por su orientación sexual, por lo tanto, están más expuestos a sufrir condiciones que necesitan atención profesional.

En el documento de exposición de conceptos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) se expone que existen considerables pruebas científicas de que las personas LGBT+ experimentan peores disparidades y resultados de salud que las personas heterosexuales en cada país del mundo. Dentro de las cuales se incluyen tasas mayores de depresión, ansiedad, consumo de tabaco, abuso del alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio e ideas suicidas como resultado del estrés crónico, el aislamiento social y la desconexión con respecto a una variedad de servicios de salud y de apoyo.

Existen factores psicosociales que afectan al joven homosexual que lo puede llevar a desencadenar problemas psicológicos como la depresión, entre ellas se encuentra la fuerte devaluación personal, homofobia internalizada, miedo de hacer sufrir a sus seres queridos, sentimientos de culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor ante un rechazo social.

En Guatemala la comunidad LGBT+ sufre diversas formas de exclusión social. La discriminación y la violencia a la comunidad LGBT+ constituyen desafíos urgentes en materia de derechos humanos, evidenciando un proceso histórico que no ha sido enfrentado eficazmente por el Estado.

En el 2017 un grupo de parlamentarios del Congreso de Guatemala, que se autodenominan pro-vida, presentaron la iniciativa de Ley 5272, que en su artículo número 2 de la propuesta define que “diversidad sexual” es “el conjunto de pensamientos y prácticas por las que determinados grupos adoptan una conducta sexual distinta a la heterosexualidad incompatible con

los aspectos biológicos y genéticos del ser humano”. Demostrando las fuertes influencias homofóbicas, lesbofóbicas y transfóbicas dentro de la sociedad guatemalteca.

En el libro *Violencia ejercida contra las personas LGBT+: El caso de Guatemala* (Barrios-Klee & Vargas, 2018) se concluye que las personas LGBT+ en la ciudad de Guatemala están sujetas a diferentes tipos de violencia iniciándose en los hogares, trabajos, comunidades, en centros de estudios y luego en compañeros, jefes, parejas y pares. Esto también incluye el internet, en donde las personas LGBT+ reciben comentarios violentos a través de las redes sociales.

A pesar de la exclusión social que enfrentan, se han organizado por medio de diferentes grupos donde han logrado cambios significativos en la vida no sólo de sus miembros sino de otras personas sexualmente diversas. Contar con instituciones, asociaciones, grupos, colectivos LGBT+ ha sido determinante no sólo para visibilizar la existencia de estos grupos sino también para generar espacios de reflexión, análisis y apoyo mutuo desde la defensa de la diversidad. Entre ellas se encuentran: It Gets Better Guatemala, LAMBDA, Movimiento Guatemalteco Visibles, Casa de la Cultura LGBTIQ 4 de noviembre, OTRANS, OASIS, REDNADS, entre otras.

La depresión es un problema emocional que puede afectar a cualquier persona, por lo tanto, se realizó el estudio en personas de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala para identificar la existencia de depresión, cuál es su nivel y a la vez distinguir las causas de este, asimismo se analizó la interrelación que existe entre estos factores.

Habiendo profundizado en el problema de investigación surgieron las siguientes interrogantes: ¿existe depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala? ¿cuál es el nivel de depresión que presentan las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala? ¿cuáles son las causas de los niveles de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala? ¿qué interrelación existe entre las causas y los niveles de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala?

Por medio de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI-II en conjunto con una encuesta estructurada, se obtuvieron los resultados necesarios para darles respuesta.

1.02 Objetivos

Objetivos

- Identificar si existe depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020.
- Distinguir las causas del nivel de depresión que manifiestan las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020.
- Analizar la interrelación entre los niveles de depresión y las causas en la población homosexual que participan en la Organización It Gets Better Guatemala.

1.03 Marco teórico

1.03.01 Depresión humana

La depresión como fenómeno de la vida humana puede ser objeto de diversas interpretaciones; parece ser una experiencia universal, y el potencial de desarrollo de reacciones depresivas parece estar latente en todos y cada uno de los seres humanos y puede manifestarse en determinadas situaciones. La depresión se ha llegado a describir como un afecto básico dotado de una gama normal de expresión que puede convertirse en una entidad clínica como cuando factores o circunstancias predisponentes lo provocan (Anthony & Benedek, 1981). La capacidad para soportar la depresión, y la tendencia a tornarse anormalmente depresivo puede variar de una persona a otra, dependiendo de factores tanto intrínsecos como extrínsecos. El individuo cuenta en su interior con una amplia gama de defensas que le ayudan a afrontar excesos de este afecto.

La depresión se ha asociado estrechamente a las variaciones de optimismo y pesimismo que se producen durante todo el curso de la vida. Durante la niñez a medida que la creencia en la superioridad de uno mismo y del padre va disminuyendo bajo la influencia creciente del sentido de la realidad el optimismo puede ceder el paso a pesimismo, en especial si el niño se desilusiona con demasiada rapidez o se ve oralmente privado de modo desmedido. La depresión tiene raíces similares a las del pesimismo, pero a diferencia de éste puede desembocar rápidamente en desamparo y desesperación.

Los ingredientes esenciales que integran la experiencia de la depresión en cualquier época de la historia humana la pérdida de energía la sensación de inutilidad. El remordimiento de conciencia los sentimientos de desamparo y la extrema e impotente desesperación. A pesar de las

vicisitudes de la existencia humana y de la condición humana el espíritu humano sigue forcejeando tenazmente, luchando en desigualdad a menudo abrumadora y encontrando esperanza.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

Las diferentes esferas, como la familiar, la social y la laboral de las personas se pueden ver afectadas respecto a los síntomas que genera la depresión, ya que el estado de ánimo sufre variaciones y mantiene a la persona con poca motivación para ejercer su vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud en marzo del 2018 expuso los índices conocidos a nivel mundial sobre la depresión. Define la depresión como una enfermedad frecuente en todo el mundo, calculándose que afecta a más de 300 millones de personas. Y se estima que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2018)

En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Y aunque existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no tiene acceso a estos tratamientos. Entre los obstáculos a una

atención eficaz se encuentran la falta de recursos y personal capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.

La depresión es una enfermedad que tiene relación con factores psicosociales. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión, por ejemplo, perder el empleo, luto, problemas familiares o eventos traumáticos.

Estas circunstancias que enfrentan las personas pueden generar diferentes emociones y estas influir en su desempeño personal, entre las emociones se puede mencionar la tristeza, ira, miedo y éstas pueden afectar el apetito, sueño y autoestima.

En el libro depresión generalidades y particularidades (Alonso, 2011) se establece que el término depresión puede ser confuso y tiene tendencia a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio. La persistencia, la severidad y la capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo, son puntos importantes que permiten distinguir los síntomas clínicos de la depresión de aquellos que son estados o fluctuaciones emocionales habituales en respuesta a circunstancias del día a día y que no constituyen una enfermedad.

A pesar de las creencias populares y los mitos, los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente. Una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión.

La depresión no surge de la nada, en la mayoría de los casos tendrán un trasfondo que la persona que la padece logra reconocer, inclusive el malestar puede no ser de un acontecimiento actual, sino de algo del pasado, que no fue resuelto.

Desde la psicología, la depresión se define como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza como emoción, o el duelo, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de apetito, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Alonso, 2011).

Como Alonso lo describe, la depresión y sus síntomas pueden provocar el aislamiento de la persona, y preferir encerrarse en su cuarto, no desear nada y mantener una actitud negativa, ante todo.

La depresión se considera una condición heterogénea que puede aglutinar diferentes anomalías biológicas para que produzcan problemas con el sueño, el apetito, la energía y las reacciones emocionales. No define, sin embargo, si la depresión fuera consecuencia de una anomalía orgánica o condición médica, o si es la causa de estas anomalías y condiciones. La depresión ha demostrado ser un fenómeno complejo, y los resultados de la investigación aún no han demostrado del todo en qué casos la depresión tiene origen biológico que afectaría a los niveles de neurotransmisores, y en qué casos, en cambio, la desregulación neurotransmisora sería la causa de la inestabilidad hormonal o del daño en el ADN y, por ende, de la depresión.

Freud en su publicación “Duelo y Melancolía” (1976) estableció la diferencia entre pena y la depresión melancólica. En la primera, el evento precipitante es la pérdida real de una figura significativa. En la melancolía, el objeto perdido es emocional más que real. El paciente melancólico siente una pérdida profunda de la autoestima, acompañada de auto reproche y culpa, mientras que el doliente mantiene un sentido razonablemente estable de la autoestima. Freud explicó el marcado auto desprecio como resultado del enojo vuelto hacia adentro. Más específicamente, la rabia es dirigida hacia adentro porque la persona se ha identificado con el objeto perdido.

Como lo expone Freud, la depresión conlleva a la emocionalidad de la persona, de cómo las pérdidas que se sufren tienen un significado especial para cada una y como se van formando las ideas a partir de perder algo.

Klein (1940/1975) vinculó la depresión con la posición depresiva. Ella comprendió los estados maniaco-depresivos como un reflejo de la falla infantil para establecer buenos objetos internos. Las personas deprimidas, en otras palabras, nunca han superado la posición depresiva común en la infancia. Los pacientes depresivos están desesperadamente preocupados por haber destruido a los objetos buenos amados dentro de ellos como resultado de su propia voracidad y destructividad. Este sentimiento de ser perseguido por objetos malos mientras anhelan los objetos buenos perdidos es lo que constituye la esencia de la posición depresiva, que es reactivada en los estados melancólicos, los pacientes pueden sentirse desvalorizados porque perciben que han cambiado a sus padres buenos internos en perseguidores como resultado de sus fantasías e impulsos destructivos.

Aunque tanto Freud como Klein vieron la agresión como esencial para la comprensión de la depresión, Bibring (1953) creyó que la depresión era un estado afectivo primario no relacionado con la agresión vuelta hacia sí mismo. Para él la depresión surgía de la tensión entre ideales y la realidad. Tres aspiraciones narcisistas altamente investidas: ser valioso y amado, ser fuerte o superior, ser bueno y amoroso, son sostenidas como ideales. Sin embargo, la conciencia que tiene el yo de su inhabilidad real o imaginada de alcanzar estos ideales produce depresión. Como resultado, la persona deprimida se siente indefensa e impotente. Bibring pensó que en ciertos casos la conciencia de indefensión del yo puede hacer que la agresión se vuelva contra sí mismo, pero solo como un fenómeno secundario.

Jacobson (1971) sugirió que los pacientes melancólicos actúan realmente como si ellos fueran el objeto de amor perdido y sin valor, aun cuando no asumen todas las características de ese objeto. El self, entonces, es experimentado como el objeto malo y en ocasiones, este objeto malo interno o el objeto de amor externo perdido es transformado en el superyó sádico. El yo se vuelve “una víctima del superyó tan indefenso e impotente como un niño que es torturado por su madre cruel y poderosa”.

Tal como lo plantea Jacobson puede entenderse que las personas con depresión melancólica padecen un sufrimiento de pérdida, de poco valor, de crueldad e impotencia respecto a lo que están viviendo.

Arieti (1977) postula una ideología preexistente en las personas que se deprimen severamente, a saber, vivir no para uno, sino para la otra persona, y que denominó el otro dominante. Cuando una meta o un propósito trascendente ocupan este lugar en el mundo psicológico individual, es referido como el objetivo o la ideología dominante.

Estos pacientes por lo general no pueden imaginar o aceptar cualquier marco alternativo que podría permitirles abandonar el objetivo dominante. Ellos se dan cuenta de que vivir para alguien o para otra cosa no es trabajar para ellos, pero se sienten incapaces de cambiar. Creen que la vida carece de valor si no pueden provocar la respuesta que desean del otro dominante o si son incapaces de alcanzar su objetivo imposible. Ellos adhieren rígidamente a un plan de vida ideal que no pueden abandonar.

Se pueden resumir las diversas formulaciones teóricas de la depresión concluyendo que, cualquiera que sea la contribución bioquímica que exista, los pacientes experimentan la depresión psicológicamente como una alteración de la autoestima en el contexto de las relaciones interpersonales fallidas. Estas relaciones infantiles son internalizadas y reactivadas en la adultez con el comienzo de trastornos afectivos. El tormentoso mundo interno de relaciones de objeto es entonces externalizado en relaciones actuales en el mundo del paciente.

La depresión ilustra la relación estrecha entre las interacciones interpersonales íntimas de un individuo y el mantenimiento de la autoestima. En términos de psicología del self, la depresión puede ser vista como la desesperanza resultante de la falla de los objetos del self para gratificar las necesidades de este, tales como necesidades de especularidad, unión o idealización. (Gabbard, 2002)

Las relaciones entre pares también es parte esencial para mantener estable la autoestima; las buenas relaciones interpersonales generan un bienestar emocional en las personas, la comunicación con las mismas, el afecto, el apoyo y ayuda son factores que brindan seguridad y confianza, de tal manera la persona sentirá plenitud, por otro lado, si estas relaciones

interpersonales son inexistentes o fallidas, por ejemplo, que pueda existir un mal trato o un rechazo, esto afectará la autoestima y el estado de ánimo.

Existen diversas definiciones acerca de este trastorno, en la mayoría de ellas se sintetiza a ser considerada como una alteración primaria del estado del ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo.

Lo cual hace referencia a la existencia de la interrelación de alteración primaria del estado de ánimo y elementos cognitivos, es decir que los pensamientos de la persona deprimida están determinados, en primera instancia, por el tono afectivo que presentan.

Tipos de depresión

La depresión endógena o melancólica se identifica por un ánimo caracterizado por la incapacidad de disfrutar y sentir placer, que es lo que llamamos anhedonia. Es una tristeza distinta al estado de ánimo habitual ya que no varía con las circunstancias ambientales, pero cambia a lo largo del día siendo más intensa por la mañana. El tono vital en la depresión endógena es tan bajo que el paciente está muy inhibido, los pensamientos son muy negativos y tiene la sensación de no tener salida a su situación. La actividad mental es más lenta de lo normal y presenta dificultades para concentrarse y tomar decisiones. Se muestra desinteresado por todo y su autoestima es muy baja. En la depresión endógena o melancólica hay síntomas físicos: los movimientos se hacen lentos y difíciles, no tiene apetito, padece dolores generalizados, molestias digestivas, o un cansancio muy invalidante.

En el libro depresión y existencia humana (Anthony & Benedek, 1981) se considera que la depresión es por algún cambio intrínseco, probablemente a cambio metabólico. Es aquella que

ocurre en personas que presentan una predisposición biológica que les hace más vulnerables a presentar síntomas depresivos. Las personas con depresión endógena no saben por qué se sienten tristes. Este tipo de depresión suele ocurrir debido a una serie de cambios bioquímicos dentro del cuerpo humano, de ahí su naturaleza biológica.

Según Anthony y Benedek (1981) la depresión exógena y reactiva, la primera está relacionada con un evento o circunstancias que puedan detonarla. Esta depresión se convierte en una preocupación para la persona y si persiste durante un periodo de tiempo excesivo y el individuo no se recupera, debe tratarse. Finalmente, los síntomas depresivos irán disminuyendo y la persona volverá a la normalidad, ya sea emocional o conductualmente, es decir, es temporal. Si la persona no recibe tratamiento adecuado, los síntomas pueden persistir e interferir significativamente con el funcionamiento diario en el trabajo, la escuela y las relaciones.

En lo que respecta a la depresión reactiva puede incrementar la sintomatología, ya que se activan las emociones, pensamientos o sensaciones de un evento anterior que no tuvo resolución y fue reprimido.

En resumen, la depresión endógena es un tipo de depresión que aparentemente ocurre sin ningún motivo. Parece ser químico y/o genético. A menudo también se acompaña de sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad para disfrutar de cosas que normalmente resultan placenteras para la persona.

La depresión exógena o reactiva, por otro lado, generalmente se desencadena por algún tipo de factor estresante externo, como la pérdida de un ser querido, el divorcio, la pérdida de un empleo o dificultades relacionales. Mientras que en la depresión endógena el mundo puede

parecer un lugar oscuro y triste debido a ti, tú mismo eres oscuro y triste, en la depresión exógena, el mundo es oscuro y triste por lo que está pasando en tu vida. Además, la depresión exógena tiende a caracterizarse por la falta de ciertos síntomas físicos, como problemas con el sueño y el apetito.

La depresión, sea endógena o exógena, casi siempre es desencadenada por algún factor estresante de la vida. Esto significa que, si una persona tiene una predisposición genética y/o bioquímica a tener depresión, un estresante vital importante puede llevar esa tendencia a la existencia.

Hay que tener en cuenta que algunas de las depresiones consideradas como endógenas realmente no lo son. Para identificar el posible evento o el cúmulo de circunstancias que han desencadenado la depresión se necesita tiempo, y cuando no se dispone del tiempo necesario no se encuentra la asociación y puede atribuirse a causas internas (biológicas o genéticas). Esto tiene consecuencias importantes en la vida de la persona, que adopta un rol pasivo sin realizar el tratamiento adecuado que puede ayudarla a salir adelante en su caso.

1.03.02 Homosexualidad

Contexto histórico

En el libro los rostros de la homosexualidad (Álvarez-Gayou & Camacho, 2013) se describe que la historia de la homosexualidad es amplia, no se centra en un ámbito geográfico ni se limita a un periodo: es una historia que corre entre las historias de las culturas, las ideas, los inventos, las jerarquías y las imposiciones de las leyes. La homosexualidad también es

concerniente a la historia del patriarcado y reconstrucción de la masculinidad y feminidad; así como los juicios sociales y al sentimiento de culpa internalizado.

Tomás de Aquino y otros escritores religiosos declaraban que la sodomía era un pecado que todo el mundo se podía ver tentado a cometer, no una característica de un tipo particular de persona. En sentido opuesto, la postura de Foucault se sintetiza en su famoso pasaje de la voluntad de saber: la sodomía, la de los antiguos derechos civil o canónico, era un tipo de acto prohibido. Pero a partir de un artículo del psiquiatra alemán Kart Westphal, en 1870, la sodomía encarna en un personaje, el homosexual, que posee un pasado, una historia, una infancia, un carácter y una forma de vida.

El sodomita era un pecador inminente; el homosexual es ya una especie. Libres de censuras, los antecedentes históricos revelan que la realidad es exactamente la contraria: que el “instinto” del amor entre hombres es una constante universal. Lo único que varía es la actitud de la sociedad. Todas las culturas han regulado el amor entre hombres, y algunas han intentado desaparecerla.

Existen dos pueblos del antiguo Oriente que revisten una importancia especial: los hititas y los hebreos. Los hititas porque, al parecer, en uno de sus códigos existía una ley que autorizaba el matrimonio entre hombres, aunque tal interpretación es muy controvertida, y los hebreos porque condujeron contra la homosexualidad una lucha encarnizada que, perpetuada por su religión y después por el cristianismo, sigue siendo, al cabo de casi 15 siglos, la base de la condena por parte de la civilización occidental.

La antigua China, durante toda su historia, pero sobre todo a partir del siglo II antes de Jesucristo (dinastía Han), conoció una intensa actividad homosexual. En el Japón feudal era característica la homosexualidad de tipo militar. En la antigüedad mediterránea, el país donde la homosexualidad fue relativamente más libre, socialmente aceptada y, en ciertos aspectos, incluso exaltada, fue Grecia. En ella los amores pederastas (de hombres por muchachos) y sáficos (de mujeres por otras mujeres) conocieron un florecimiento excepcional, arropado por un gran prestigio literario, artístico y filosófico. Gran parte del arte griego es de inspiración homosexual, empezando por el desnudo masculino, celebrado mediante la escultura, sobre todo en los siglos IV y V antes de Jesucristo, con un fervor jamás igualado. También la poesía griega debe gran parte de su inspiración a la homosexualidad, como lo testimonia la obra de la poetisa Safo.

La civilización romana no ignoró la homosexualidad, aunque, durante la República, se reprimiera severamente (pero sólo si se practicaba con un ciudadano romano). La civilización árabe de la Edad Media, heredera bajo múltiples puntos de vista de la civilización griega, conoció una extraordinaria época poética de inspiración pederasta, con gran número de anécdotas sobre el tema, de las que es posible formarse una idea leyendo *Las mil y una noches*. En los países árabes la tradición pederasta se ha mantenido hasta nuestros días.

En los países musulmanes, famosos poetas árabes e iraníes (como Hafiz-Shirazi y Abu Nuwas) ensalzaron y maldijeron a la vez la belleza de los jóvenes. Los hombres santos sufíes, desde India hasta Turquía, intentaron encontrar a Alá en la belleza de los jóvenes.

Álvarez-Gayou & Camacho (2013) resume que entre los mulás que son miembros del llamado clero chíí quienes ejercen el poder en Irán y lo ejercieron en Afganistán bajo el régimen talibán y los censores se volvieron contra estas historias de amor entre hombres, pero éstas eran

celebradas por personas de todos los estratos de la sociedad, desde califas a porteadores, y todos deseaban ser servidos por “chicos de juventud eterna, tan bellos como las perlas” cuando lleguen al paraíso.

En la Edad de Piedra, en América del Norte y en Siberia, las tradiciones chamánicas reconocían los poderes espirituales singulares de estos hombres y mujeres atraídos por el amor hacia el mismo sexo.

En el occidente premoderno, el amor entre hombres sobrevivió prácticamente oculto y sólo salía a la superficie cuando los amantes tenían la desgracia de verse descubiertos o cuando artistas suficientemente resueltos para burlarse de las convenciones se atrevían a mencionarlo. Multitud de artistas, músicos o poetas describieron el amor entre hombres, pero siempre de manera oculta. Por ejemplo, Miguel Ángel adornó la Capilla Sixtina con espléndidos desnudos masculinos, Shakespeare cantó a su amado en sus sonetos y Blake se volvió contra los clérigos que “con zarzas atan mis alegrías y mis deseos”.

La lista de celebridades, artistas, hombres o mujeres de Estado, personalidades de la Iglesia, caballeros y villanos que sintieron la atracción del amor hacia otros hombres, solo o junto con el amor hacia mujeres es infinita. También en los países occidentales, aún tras la afirmación del cristianismo y de su prohibición de la homosexualidad, los testimonios se sucedieron en gran parte de la Edad Media. Las condenas de los papas y los obispos, las sentencias de los procesos y las ejecuciones son una prueba de que este amor prohibido seguía sobreviviendo a pesar de todo.

En los siglos XV y XVI, el Renacimiento estimuló el florecimiento de la homosexualidad, que traía consigo el recuerdo de la Grecia antigua. Asimismo, en la Europa renacentista y en la

Europa moderna han existido célebres personajes que han practicado la homosexualidad de manera exclusiva o en alternancia con la heterosexualidad.

La persecución de la homosexualidad por la Iglesia católica fue constante a lo largo de la Edad Media, si bien la sodomía (concepto utilizado comúnmente durante la época) era una acusación útil que a veces se unía, y no siempre se distinguía, de la herejía.

Los mayas eran relativamente tolerantes con relación a la homosexualidad. Se sabe de fiestas sexuales entre los integrantes de esta cultura que incluían el sexo homosexual, lo que no impide que la sodomía estuviese condenada a muerte en horno ardiente. La sociedad maya consideraba preferible la homosexualidad al sexo prematrimonial, por lo que los nobles conseguían esclavos sexuales para sus hijos.

Bartolomé de las Casas y otros escritores indígenas y misioneros lanzan una contraofensiva literaria. De las Casas consideraba el “bestial vicio de la sodomía como el peor, el más detestable de cualquiera malicia humana”. Negaba con pasión las noticias transmitidas por los conquistadores y exploradores, que habían “difamado a los indios habiéndose acusado de estar infectados con la sodomía, una gran y malvada falsedad”, y consideraba que observaban la “abstinencia hacia las afecciones sensuales, viles y sucias”. (Jurgenson & López, 2013)

En base al contexto histórico de la homosexualidad, la lucha por la diversidad sexual no ha sido una línea recta, sino que avanza y retrocede en función de las corrientes de pensamiento de la sociedad, y de los individuos que ejercen su sexualidad de forma distinta al resto de la misma. En su mayoría se presenta una resistencia ante esta preferencia sexual porque rompe con los esquemas y creencias de las sociedades.

Definición

Según la Asociación Americana de Psicología, APA por sus siglas en inglés, (Association, 2012) define la orientación sexual como un patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia hombres, mujeres o ambos sexos, también se refiere al sentido de identidad de cada persona basada en dichas atracciones, las conductas relacionadas y la pertenencia a una comunidad de otros que comparten esas atracciones.

Diferentes investigaciones han demostrado que la orientación sexual se basa en una atracción exclusiva hacia el sexo opuesto o una orientación exclusiva hacia el mismo sexo. Sin embargo, la orientación sexual generalmente se clasifica en tres categorías: heterosexual (tener atracciones emocionales, románticas o sexuales hacia miembros del sexo opuesto), gay/lesbiana (tener atracciones emocionales, románticas o sexuales hacia miembros del mismo sexo) y bisexual (tener atracciones emocionales, románticas o sexuales tanto hacia hombres como mujeres).

Al hablar de orientación sexual, es común referirse a ella como si solamente fuera una característica de un individuo, como el sexo biológico, la identidad de género o la edad. Esta perspectiva es incompleta porque la orientación sexual se define en términos de las relaciones con los demás. Las personas expresan su orientación sexual mediante conductas con otros, incluidas acciones tan sencillas como tomarse de la mano o besarse. Por lo tanto, la orientación sexual está estrechamente ligada a las relaciones personales íntimas que satisfacen la necesidad de amor, apego e intimidad. Además de las conductas sexuales, estos vínculos incluyen la atracción física no sexual entre compañeros, metas y valores compartidos, apoyo mutuo y compromiso continuo. Por lo tanto, la orientación sexual no es solamente una característica

personal de un individuo. Más bien, la orientación sexual define al grupo en el que una persona probablemente pueda establecer las relaciones románticas satisfactorias y plenas que son un componente esencial de la identidad personal para muchas personas.

Las atracciones fundamentales que forman la base de la orientación sexual adulta por lo general emergen entre la etapa media de la niñez y el principio de la adolescencia. Estos patrones de atracción emocional, romántica y sexual pueden surgir sin ninguna experiencia sexual previa.

Las personas pueden no tener relaciones sexogenitales y aun saber su orientación sexual, ya sea lesbiana, gay, bisexual o heterosexual. Algunas personas saben su orientación sexual desde mucho tiempo antes de que realmente busquen establecer relaciones con otras personas. Algunas personas tienen actividad sexual (con compañeros del mismo sexo y/o del sexo opuesto) antes de asignarle una etiqueta clara a su orientación sexual. Debido a los prejuicios y la discriminación, a muchas personas les cuesta aceptar la identidad de su orientación, por lo que asumir una identidad puede ser un proceso lento.

Una definición operacional de homosexualidad es la de Judd Marmor y Green (1978), quienes la describen como “una fuerte atracción preferencial hacia las personas del mismo sexo”. Otra es la que Álvarez-Gayou (2011) elaboró: “el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo”.

Desde 1973, la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) suprimió de su Manual de Diagnóstico (DSM) a la homosexualidad y, poco tiempo después, la Organización Mundial de la Salud también la eliminó de su clasificación de enfermedades mentales.

Teorías del origen de la homosexualidad

- Teoría del origen genético

En 1952, Kallman publicó un artículo en el que señaló 100% de concordancia para la homosexualidad en un estudio de gemelos monocigóticos varones. Después, Ranier (1960), Kolb (1955) y Davison (1971) comunicaron series de gemelos monocigóticos discordantes para la homosexualidad, con lo que el informe de Kallman se invalidó. Sin embargo, en 1993, Hamer y varios colegas publicaron un estudio realizado desde una perspectiva genética, encontraron que en las familias de varones homosexuales había un mayor número de parientes que también eran homosexuales, por el lado de la línea materna. Esto motivó a los autores a buscar series de hermanos en que ambos fueran homosexuales y realizar en ellos estudios de características genéticas a nivel del cromosoma X (que es lo que los especialistas conocen como un factor hereditario ligado al sexo).

El resultado de la investigación en una serie de hermanos homosexuales fue que en 64% de los casos había marcadores coincidentes de ADN, lo que llevó a postular la probable existencia de “un gen de la homosexualidad masculina”, que se encontraría en la región Xq28 del cromosoma X. Sin embargo, aunque son fuertemente indicativos, estos estudios no son absolutos por no haberse encontrado en 100% de los casos.

Por otro lado, Turner (1995) publica un estudio en el que analizando a 133 familias de homosexuales masculinos y femeninos se ratificó la misma mayor presencia de homosexualidad en parientes por el lado materno en el caso de los varones homosexuales, pero no así en las

mujeres homosexuales. También postula la posibilidad de que el gen de la homosexualidad pueda estar localizado en una región pseudoautosómica de los cromosomas X y Y: Xq28 y Yq11.

De nuevo, en el 2006, Hamer et al. estudian el cromosoma X y encuentran que las madres de varones homosexuales (13 de un total de 97) tienden a realizar mayor inactivación extrema del cromosoma X que las madres de varones heterosexuales (4 de un total de 103), y en las madres de dos o más hijos homosexuales. Para comprender el proceso de inactivación, es necesario recordar que, en los mamíferos, las hembras inactivan uno de los dos cromosomas X (uno lo heredan del padre y el otro de la madre) para no poseer el doble de información genética que los machos (los cuales sólo poseen un cromosoma X). En los seres humanos de sexo femenino, la inactivación del cromosoma X paterno o materno se realiza al azar en cada célula, pero se espera que sea balanceada (es decir, que exista más o menos la misma proporción de inactivación del cromosoma X paterno y materno). Sin embargo, algunas mujeres tienden a inactivar uno de los cromosomas en mucho mayor proporción que el otro (mayor o igual a 90%, según Racchi et al . (1998), y a esto se le conoce como inactivación extrema del cromosoma X.

- Teoría del origen hormonal

Álvarez-Gayou (2011) describe que existen algunos estudios en animales indican que la administración de hormonas o modificaciones de sus cifras pueden producir variaciones en la conducta sexual adulta, posibilitándose extrapolarse a una conducta homosexual.

En homosexuales se han encontrado alteraciones en la excreción urinaria de metabolitos hormonales. En otros estudios, se observan cambios en la concentración de lípidos séricos. En cuanto a la hormona luteinizante y el estradiol, hay autores que los han encontrado con cifras

altas en grupos de homosexuales masculinos. Respecto a la testosterona plasmática, se encontró que no hay diferencia entre heterosexuales y homosexuales, pero sí un aumento de gonadotropinas circulantes en los homosexuales.

Margolese (1970 y 1971) publica resultados referentes a homosexuales que excretan menos testosterona urinaria; Kolodny y Masters (1973) refieren que hay cifras de testosterona circulante más bajas en jóvenes que son exclusivamente homosexuales; otros estudios, como el de Birk y Friedman (1974), no demuestran diferencias en las concentraciones circulantes.

En resumen, los resultados han variado, en varias ocasiones llegan a ser contradictorios y no concluyentes hasta la fecha. Esto puede deberse, como dicen Masters y Johnson (1979) a problemas y limitaciones en las diferentes metodologías de los estudios; al error de considerar a la homosexualidad como un fenómeno unitario, del mismo modo que tampoco es unitaria la heterosexualidad, y a la imposibilidad de descubrir más sobre la homosexualidad hasta que se conozca más sobre los orígenes de la heterosexualidad, al igual que sólo se conocerá con exactitud la fisiopatología digestiva en la medida que se conozca o fisiología normal.

Es un hecho que los varones homosexuales son en general, varones con todas sus características, y a quienes les gustan los varones y las mujeres lesbianas, son mujeres con todas sus características y que les gustan las mujeres. El pensar que los varones tienen pocas hormonas masculinas o exceso de femeninas, deriva de una: “Si a los varones les gustan las mujeres, las mujeres a las que les gustan otras mujeres tienen que tener algo de varones, y si a las mujeres les gustan los hombres, un hombre que le gusten otros hombres debe tener algo de mujer” Nada más falso que esto. Es una visión emanada desde la exclusividad heterosexual.

- Teorías psicosociales

Freud en su teoría psicoanalítica considera una bisexualidad innata, que explica las tendencias latentes hacia la homosexualidad que pueden activarse bajo ciertas condiciones patológicas. Otras teorías del psicoanálisis rechazan la bisexualidad innata, y señalan diversas experiencias de la infancia y adolescencia como causa de conducta homosexual.

Así, Bieber, y otros (1962) describe en homosexuales un patrón paterno, que consiste en una madre posesiva, indulgente en exceso y dominante, y un padre hostil, ambivalente y lejano. El autor Bene señala un patrón de relación inadecuada con un padre débil. Por otro lado, Greenblat encuentra que los padres de homosexuales son generosos, “buenos”, dominantes y poco protectores. La realidad es que, cuando se han analizado estos aspectos buscando la causa de la homosexualidad, se ha encontrado todo tipo de familias (padres y madres), niveles socioeconómicos, culturales y ambientes.

Otro elemento importante es que casi todos los estudios que intentan demostrar el origen psicosocial de la homosexualidad se han realizado en poblaciones de homosexuales que eran pacientes de psicoanalistas, psiquiatras o tratados en instituciones, lo que inevitablemente sesga o invalida la muestra.

En la actualidad, para muchos prevalece el enfoque de Marmor, quien señala que la homosexualidad es “multideterminada por factores psicodinámicos, socioculturales, biológicos y situacionales”. De hecho, el enfoque de Judd Marmor fue una pauta importante para que la Asociación Americana de Psiquiatría eliminara la homosexualidad del Manual Diagnóstico de Desórdenes Mentales y agrega una categoría de alteraciones de la orientación sexual para incluir

ahí a quienes su orientación sexual les creaba conflictos, al igual que otras expresiones comportamentales de la sexualidad.

En general desde que la especie existe, al nacer lo hacemos con la preferencia determinada, en su mayoría heterosexuales y una minoría se identifican siendo homosexuales. Al no haber factores del desarrollo, familiares o sociales que puedan ser los causales de que una persona sea homosexual, queda claro que las influencias sociales enmarcarán la forma como desarrollaremos nuestra heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad, más no van a determinar nuestra preferencia.

Homosexualidad femenina

La homosexualidad femenina ha sido siempre menos entendida y por ello también menos estudiada que la homosexualidad masculina; evidentemente, esto es una situación común a todas las mujeres en general y a cualquier minoría sexual.

Álvarez-Gayou (2011) muestra que la homosexualidad femenina ha sido considerada y estudiada de manera tradicional casi exclusivamente en términos procedentes de la experiencia o estudio de los hombres, concentrándose en aspectos como las formas de establecer las relaciones y acceder a la sexualidad, en la expresión sexual y en la duración de las relaciones. Actualmente, existe abundancia de pruebas que permiten establecer diferencias entre experiencias de mujeres lesbianas y experiencias de homosexuales masculinos.

La “identidad lésbica” específica surgió más tarde que la masculina, el desarrollo subcultural ha sido más lento y las formas de relaciones son diferentes. En el contexto social, la mujer es sectorialmente enfocada en su formación hacia un hiperdesarrollo del mundo afectivo.

La familia y la maternidad constituyen los elementos capitales y básicos de las propuestas que se hacen en este enfoque de la afectividad femenina, pero al mismo tiempo la sexualidad, en su sentido más estricto, es especialmente reprimida.

Así, se lleva a cabo una exclusión de las vertientes más específicamente corporales o genitales. Todo contribuye a que la mujer se constituya en un objeto más que un sujeto de la sexualidad dentro de nuestra sociedad. Tal negación del mundo sexual femenino trae también consigo el que la homosexualidad femenina sea por ello comúnmente más aceptada o, quizás sea más exacto afirmar, menos condenada.

1.03.03 Depresión y homosexualidad

La polarización de afectos incluso con sus moderadas oscilaciones de júbilo y depresión es el proceso por medio del cual el miedo al otro sexo se supera y se alcanza la madurez. Si existen fijación en los conflictos pre-genitales a causa de una bisexualidad disposicional y la consiguiente duda en cuanto a la identidad sexual, la pubertad activa numerosas defensas contra la angustia sexual en los individuos, por lo tanto, el proceso del adolescente puede provocar una confusión de la identidad, con un cortejo de síntomas que representan defensas contra la depresión subyacente (Anthony & Benedek, 1981).

Los homosexuales como todas las personas pueden experimentar los síntomas de cualquiera de los tipos de depresión mencionados anteriormente. Pero la probabilidad de padecerla puede aumentar en este grupo minoritario, por su orientación sexual la carga de emociones tiende a afectar su estado de ánimo.

Considerando también que los eventos sociales pueden reactivar emociones que las personas hayan reprimido, reactivándose en la actualidad por una experiencia que tenga la misma carga emocional y esto acentúa la depresión.

En el estudio realizado en la ciudad de México (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008) se distinguen tres síntomas constantes de sufrimiento psíquico: tristeza, miedo e ideación suicida; que son síntomas representativos de depresión, ansiedad y conducta suicida.

El homosexual transita permanentemente con temor a ser descubierto y agredido emocional o físicamente, pues ha presenciado o tiene conocimiento de agresiones en su contexto; la ansiedad produce angustia y como estrategia de evitación, el homosexual se aísla y limita su participación social obstaculizando el desarrollo de sus potencialidades.

Los entrevistados en dicho estudio mencionaron que tras percibir rechazo se aislaban o se mostraban más solitarios o introvertidos; algunos manifestaron un abierto temor a acudir a la escuela.

Según Preston (2016) los síntomas suelen ser desconcertantes y preocupantes. Muchas personas deprimidas piensan que se están volviendo locas o que tienen una enfermedad física grave. No todas las depresiones son iguales, y los tratamientos varían.

Es conveniente dividir las depresiones clínicas en tres subtipos: depresiones psicológicas (reacciones emocionales ante pérdidas y decepciones), depresiones biológicas (depresiones que en muchos aspectos son verdaderas enfermedades médicas) y un tipo mixto (una mezcla de reacciones emocionales y físicas).

La depresión psicológica puede definirse de dos maneras. En primer lugar, se desencadena por acontecimientos psicológicos o emocionales. Este puede ser repentino o gradual e insidioso. Pero hay un cambio en la situación de la vida cotidiana (en las relaciones, el estilo de vida o el trabajo) que actúa como desencadenante.

La segunda característica de una depresión psicológica es que los síntomas son exclusivamente psicológicos o emocionales. Es decir que el funcionamiento biológico se ve relativamente poco afectado.

Los síntomas característicos son:

- Tristeza y desesperación.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Apatía. Falta de motivación.
- Problemas interpersonales.
- Sentimientos de culpa.
- Pensamiento negativo.
- Pensamientos suicidas.

Una segunda gran categoría es la depresión biológica, desencadenada por algún tipo de evento físico (fisiológico) en lugar de ser una respuesta a cambios en la vida o experiencias dolorosas.

Por esta razón la depresión biológica parece salir de la nada y a menudo deja a la persona afectada desorientada: “No entiendo por qué me siento tan mal... Las cosas me han ido bien en la vida...No tiene sentido”. Esta categoría es poco común, sin embargo, puede presentarse en personas que sufren alguna complejidad o problema en los neurotransmisores.

Suelen darse una serie de síntomas físicos causados por disfunciones químicas en el sistema nervioso y hormonal.

Síntomas físicos de la depresión

- Trastornos del sueño.
- Trastornos del apetito.
- Pérdida del deseo sexual.
- Fatiga y disminución de la energía.
- Incapacidad para experimentar placer (anhedonia).
- Antecedentes familiares de depresión, suicidio, trastornos alimenticios o alcoholismo.

La depresión mixta, es depresión psicológica con síntomas biológicos. Este grupo representa a un número muy grande de personas que sufren depresión clínica. La depresión de tipo mixta tiene un desencadenante psicológico, pero en estos casos la persona experimenta tanto síntomas emocionales como físicos. Lo emocional reside en el nivel de autoestima, ideas irracionales y pensamientos negativos. Si el nivel de autoestima es bajo, si sus ideas son absolutistas y poco reales, y mantiene negatividad en todo su entorno, esto genera el malestar

emocional y si estos factores son constantes provocan un desgaste o malestar físico, por ejemplo, dolor de cabeza, problemas estomacales, dolor de espalda, problemas de corazón, etc.

Otros síntomas que pueden ser observados tanto en depresiones psicológicas como biológicas

- Falta de concentración y mala memoria reciente.
- Hipocondría: preocupación excesiva por la salud.
- Abuso de drogas/alcohol.
- Sensibilidad emocional excesiva (incluso ira e irritabilidad).
- Cambios de humor pronunciados.
- Ansiedad.

Algunas personas experimentan sólo un episodio de depresión, se recuperan, y nunca más vuelven a sufrir un período de síntomas graves. Este tipo de patrón es la excepción y no la regla. Es probable que se repitan aproximadamente dos tercios de las grandes depresiones.

Mientras que algunas personas funcionan normalmente entre los episodios, muchas continúan experimentando síntomas depresivos persistentes de poca intensidad.

El tratamiento con psicofármacos y con psicoterapia, consiguen en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión, será conveniente seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas.

Homofobia

Según Álvarez-Gayou & Camacho (2013) se refiere como homofobia a la aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación contra hombres o mujeres que se sienten atraídos a personas de su mismo sexo, aunque también se considera a las demás personas que integran la diversidad sexual.

Es considerada como un trastorno personal y social, y con frecuencia los homofóbicos no respetan los derechos de las personas homosexuales, como el derecho a la vida y la integridad personal, a la educación y el trabajo, a la privacidad, al desarrollo de la sexualidad, a expresar amor y a formar una familia.

Freud sostiene que la pulsión agresiva es innata al sujeto humano y que existe una predisposición al odio. Puntualiza que esta agresividad desaparece en la formación de un grupo, para ser reemplazada por la hostilidad a una minoría que sea diferente, en algún rasgo, a la comunidad.

Nombró a este fenómeno “narcisismo de las pequeñas diferencias” y postuló que ahí se produce una “satisfacción cómoda e inofensiva de la inclinación agresiva, por cuyo intermedio se facilita la cohesión de los miembros de la comunidad”, siendo complementarios el amor y la solidaridad hacia los pares y la agresión y el odio como la aversión y el temor a la homosexualidad y a los homosexuales.

La fobia que padecen personas heterosexuales se puede ligar a que aún no se han aceptado como homosexuales, sin embargo, el deseo es fuerte y que por la represión se sienten en peligro de ceder ante los ataques de lo prohibido.

Por otra parte, en el enfoque machista, la sexualidad gira en torno al pene: donde no hay pene, no hay sexo y por ello no afecta tanto a las mujeres homosexuales. Lo anterior no significa que las mujeres homosexuales no sean un blanco para la violencia y la discriminación homofóbica; las sociedades machistas castigan duramente a las lesbianas, y cuando no, las ignoran.

Álvarez-Gayou & Camacho (2013) determinan que la homofobia se juega cuestiones subjetivas, pero básicamente su carga negativa tiene que ver con la concepción dominante que la cultura tiene de la sexualidad. En todas las sociedades la dominante fuerza de la sexualidad, de la pulsión sexual, es celebrada, temida, reglamentada y simbolizada.

La mayoría de los homosexuales, asumidos o no, llevan un conflicto existencial permanente. La homofobia internalizada nunca se acaba, vuelve a surgir y a manifestarse de diferentes maneras, a través de todo el ciclo vital. La homofobia se vuelve aparentemente natural, se convierte en un valor implícito que genera reacciones inmediatas, automáticas y aparentemente instintivas.

Otro problema que puede ser resultado de la homofobia internalizada es una autoimagen desvalorizada. Muchos homosexuales se consideran limitados en su potencial, tanto en lo personal como en lo social y profesional.

La disonancia cognitiva consiste en el hecho de sostener al mismo tiempo dos ideas incompatibles. Es la contradicción según la cual “soy homosexual, pero no soy como los demás”. Es un reflejo más de la homofobia internalizada. Los homosexuales también suelen ser homófobos, consciente o inconscientemente, entre otros aspectos por el simple mecanismo de

defensa. Así, para no ser descubiertos suelen denunciar a sus iguales y aprender los prejuicios de la sociedad, por un odio interiorizado que se hace evidente en los actos públicos; ir contra uno mismo. El temor al odio o a la burla lleva al autoengaño.

Rechazar el homoerotismo es desconocer parte de la historia de la humanidad por un estereotipo que se pretende imponer. La homofobia va más allá del simple rechazo a la homosexualidad. Cada vez más explícita y participante, es la que se forma, no sólo contra la homosexualidad sino contra su aceptación. Es un fenómeno cultural que no es universal, ni toma las mismas formas ni dimensiones, y tampoco tiene el mismo significado en todas partes.

A principios del siglo XX, Freud cuestionó la idea de la heterosexualidad como la manera “natural” de comportarse, argumentando que la libido es sexualmente indiferenciada. Desde entonces el psicoanálisis ha mostrado que la pulsión sexual busca su objeto con indiferencia del sexo anatómico y que el deseo humano, al contrario del instinto animal, jamás se colma. El deseo se mueve a través de las elecciones sucesivas, que nunca son decididas de manera autónoma, ya que dichas elecciones le son impuestas al sujeto tanto desde su interior como desde el exterior, por prescripciones sociales de un orden cultural, es decir, por la ley social.

Sin embargo, las personas que, consecuentes con su estructuración psíquica y con su inconsciente, no someten su deseo al imperativo heterosexual de la ley social, esto es, las personas homosexuales que viven abiertamente su “orientación”, son incomprendidas, estigmatizadas y discriminadas.

Se debe aspirar a alcanzar una situación en la que la llamada sexualidad desviada deje de ser marcada como diferente. También proponer alcanzar relaciones sanas, respetuosas, libres,

satisfactorias, gozosas, responsables, solidarias, independientemente de si se dan entre personas del mismo sexo o de distintos.

La homofobia se presenta como una experiencia confusa de autoacusación en el otro, reproduciendo los procedimientos de defensa contra el miedo y la culpabilidad con la posibilidad de defensas, contra fobias dirigidas hacia sustitutos de la situación reprimida.

Esta angustia profunda tiene claramente el valor de sensaciones internas desaprobadas, ya que se trata de pulsiones sexuales o agresivas, o aun de ciertas pulsiones antiguas, descritas con el nombre de instintos parciales.

La homofobia es una obsesión compulsiva en la sociedad actual, influye en todas las etapas del desarrollo de la persona psicológicamente hablando y se expresará de acuerdo con las características de personalidad de esta. Es así como la expresión fóbica restará energía madurativa para la resolución de las demás problemáticas. No será posible que el individuo, establezca relaciones estables con sus objetos internos y externos si no quiere lo que desea o no acepta lo que es, tampoco si la persona no respeta lo que el otro desea y no acepta lo que es. No es posible el crecimiento y la superación a través del rechazo a uno mismo o al otro.

Los padres y familiares de una persona homosexual tratarán directa o indirectamente de “corregir” lo que es una “forma de ser en el mundo”. Por lo impuesto en la educación, tratarán de enfatizar mediante la homofobia la dificultad a la propia sexualidad.

Un entorno homofóbico es el lugar de la doble negación, ya que conviven y sufren una situación que reniegan y no quieren aceptar lo que es. Dicho de otro modo, cuando un miembro de la familia resignifica un lugar, obliga directamente a los demás miembros a establecer nuevas

pautas y valores, es decir, a hacer un corrimiento de significantes en el equilibrio de una situación social, emocional y familiar. Aparecerán en el entorno diferentes defensas para mantener el equilibrio ya modificado. Una de estas será la conducta homofóbica de sus integrantes y el objeto transicional de la persona homosexual.

Algunas personas homosexuales tienen variadas dificultades para establecer una relación estable. Rompen en sí y para sí, varios esquemas y estereotipos establecidos. No obstante, necesitan establecer un tipo de relación que es copia fiel de aquello que no aceptan y rechazan; necesitan imprimir en sus relaciones de pareja parámetros inculcados y establecidos por esa sociedad patriarcal que, de alguna manera, con sus prácticas, conscientes o no, están reformulando. A esto se suman dificultades en el permiso de esa sexualidad asumida; culpas o situaciones incómodas hacen que algunas personas homosexuales, como mecanismo homofóbico, proyecten en sus parejas estos inconvenientes, secundados por una sociedad y un entorno no permisivo.

Cada persona homosexual, exclusivo o no, se mantiene bajo equilibrio inestable. También en mucho menor grado se observa, pero no es lo habitual, parejas estabilizadas con claras reglas de juego y un entorno adecuado, tanto familiar como de amigos que fomentan el equilibrio casi permanente. Dicho de otro modo, si las relaciones que se conforman no son tan estables como es de esperar, las causas que aparecen a primera instancia son consecuencia de la introyección de los aspectos sociales incorporados en la socialización primaria y secundaria, es decir, quedarán como expresión la discriminación social y la propia homofobia internalizada. La homofobia de la persona homosexual con sus propios pares y consigo mismo, fijará diferentes rechazos, tomando en cuenta la idea que es diferente al resto, sin embargo, la misma persona podrá detectar en donde

si tiene aceptación y utilizarlo a su favor para estar estable emocionalmente y que la homofobia se minimice.

La racionalización de la homosexualidad como fase temporal es tan poderosa que puede seguir siendo convincente, en ausencia total de actividades heterosexuales. Pero si una persona también está implicada en actividades heterosexuales, puede explicar fácilmente su homosexualidad como incidental.

- Estragos sociales de la homofobia

Encierra a las personas en roles de género rígidos y estáticos, disminuyendo así la creatividad y la capacidad de expresión. El condicionamiento homofóbico impide desarrollar vínculos de mayor intimidad entre las personas del mismo sexo, limita la comunicación y los vínculos familiares, entorpece los programas preventivos de VIH-sida, infecciones de transmisión sexual (ITS) y los programas de control de la natalidad, también impide la capacidad de apreciación de la riqueza de la diversidad, desacredita los logros de los grupos marginados, somete y oprime a otros seres humanos.

El proceso por el cual algunas personas llegan a identificarse como homosexuales concuerda de manera sorprendente entre diferentes sujetos. Que las personas se vean obligadas a la necesidad de engaño (establecer relaciones heterosexuales imaginarias o reales para encubrirse), ante el temor de ser identificado como homosexual el individuo proyecta una imagen heterosexual.

Lo anterior conlleva a cuadros de evitación con el repliegue a grupos reducidos de personas, pérdida de la vida social, alejamiento de la familia y pérdida de amistades, con el

consiguiente perjuicio que esto significa, los duelos de esas pérdidas y la disminución de los recursos que aportan los vínculos generan un malestar en las diferentes áreas de las personas, y también un cambio de rol ya establecido.

En general se puede observar síntomas somáticos y psicológicos de ansiedad fóbica y paranoide por ejemplo la sensación del riesgo de ser “descubierto” o sensaciones de catástrofe inminente; síntomas como tristeza, falta de deseo, sentimientos de vacío y soledad, necesidad imperiosa de pareja y como etapa final del estrés como un trastorno adaptativo.

En base a lo expuesto anteriormente se puede suponer la homosexualidad egodistónica no es más que un proceso de enfrentamiento con la homofobia social. La necesidad de cambios sociales que favorezcan el desarrollo de una identidad positiva homosexual se torna imperiosa al descubrir las enormes dificultades con las que los homosexuales deben lidiar en su cotidianidad y en su desarrollo. La incidencia de consultas por motivos emocionales aumenta y se destaca la importancia del riesgo de suicidio y depresión causada por la homofobia internalizada o el rechazo social.

La descalificación de la homosexualidad como enfermedad no debe inducir a errores. No debe entenderse, por ello, que se dispone ya de una justificación para cualquier manera de vivirse dicha orientación sexual. Como dentro de la heterosexualidad, caben muchos modos, perversos y neuróticos, de conducirse.

La homosexualidad en sí parece independiente de los diversos modos de neurosis o psicosis, así como que puede verse íntimamente involucrada en todas sus formas. Sin contradecir

ese principio general, cabría, sin embargo, pensar en cierta prevalencia o tonos de conflictos más frecuentemente asociados a la afectividad homosexual.

1.03.1 Consideraciones éticas

Para la realización de la presente investigación se tomaron en cuenta los principios del código de ética publicado por el colegio de psicólogos de Guatemala en el cual se exige el respeto a la dignidad de las personas y de los pueblos, el cuidado competente del bienestar de otros, la integridad en las relaciones y las responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad. Por lo tanto, se mantuvo el respeto por la dignidad inherente de todos los seres humanos, la diversidad de las personas, sus costumbres y creencias. A la vez que se asegura que el conocimiento es utilizado con propósitos que beneficien a la comunidad y no sean mal utilizados.

En esta investigación se utilizó el consentimiento informado el cual fue aceptado por los participantes previo a responder el Inventario de Depresión de Beck BDI-II y la encuesta estructurada, por medio de un documento informativo virtual donde se establecieron los objetivos del estudio, el uso adecuado y confidencial de los datos y donde los participantes voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación. Para asegurar que el individuo tomara las decisiones libres y racionales de participar, se hizo énfasis en que la información presentada era veraz, clara y precisa. (Anexo 1)

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

El enfoque empleado en la investigación fue de tipo mixto, “los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (Sampieri, 2014).

En resumen, los métodos mixtos utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias.

Por lo tanto, se eligió dicho enfoque y diseño ya que se recopilaban datos cuantitativos a través del Inventario de Depresión de Beck, que evaluó los niveles de depresión en la población de estudio. También se obtuvieron datos cualitativos sobre las posibles causas de depresión por medio de una encuesta estructurada; posteriormente se analizaron ambos resultados.

El diseño incrustado concurrente de modelo dominante permitió recolectar datos cuantitativos y cualitativos simultáneamente, ya que se buscaba como prioridad obtener los niveles de depresión; y como método incrustado o secundario las posibles causas de estos. Lo cual ayudó a determinar la interrelación que existe entre ambos.

2.02 Técnicas

2.02.01 Técnicas de muestreo

Según se plantea en el libro Metodología de la Investigación (Sampieri, 2014) se implementó una muestra probabilística, utilizando un método de muestreo aleatorio simple que permitió analizar a grupos pequeños de una población seleccionados al azar. Este tipo de muestreo permitió medir el tamaño de error en el proceso de investigación y elegir la cantidad de personas que eran necesarias para completar el tamaño de una muestra representativa.

La muestra fue de 44 personas que cumplieron los criterios de estudio. Se tomó en cuenta solamente a personas que se hayan declarado homosexuales, comprendidos en las edades de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala; no se tomó importancia al nivel socioeconómico, religión, cultura y profesión. Buscando la igualdad de oportunidades de participar en el estudio.

2.02.02 Técnicas de recolección de datos

- Autoinforme tipo Likert:

Por medio de esta técnica se buscó alcanzar el siguiente objetivo “Evaluar el nivel de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020. Ésta se utilizó porque se pudo obtener el nivel de depresión que padece una persona; además sirvió para medir actitudes e intensidad de los sentimientos del encuestado hacia cada afirmación planteada.

Se midió el siguiente indicador: nivel de depresión, que está dividido en mínimo, leve, moderado y severo. Acorde a esta técnica se aplicó como herramienta el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

- Encuesta:

Por medio de ésta se pudo alcanzar el objetivo: “Distinguir las causas del nivel de depresión que manifiestan las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020”. Se aplicó esta técnica porque permite responder en parámetros establecidos por el investigador; para poder condensar los resultados y poder cuantificarlos para su posterior análisis. Los indicadores que fueron medidos a través de esta técnica son: familia, relaciones interpersonales, covid-19, duelo y homosexualidad. Acorde a esta técnica se aplicó una encuesta estructurada realizada por las investigadoras en base al fundamento teórico.

2.02.03 Técnicas de análisis de datos

Se utilizó un diseño concurrente por medio de cuantificación de datos cualitativos y cuantitativos con el que se pudo alcanzar el objetivo: “Analizar la interrelación entre los niveles de depresión y las causas en la población homosexual que participan en la organización It Gets Better Guatemala.” Los datos numéricos corresponden a los niveles de depresión y se consideraron su significado y sentido, los cuales se pueden visualizar como diferentes categorías. Los datos cualitativos registran la incidencia de las causas de los niveles de depresión. Posteriormente se interrelacionaron para efectuar un análisis estadístico descriptivo. (Sampieri, 2014)

2.03 Instrumentos

- **Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)**

El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento.

En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. A veces se da la circunstancia de que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Varios estudios psicométricos avalan la fiabilidad y validez del BDI-II en muy diversas muestras. (Anexo 2)

- **Encuesta estructurada**

En el libro metodología de la investigación social cuantitativa (López-Roldan & Fachelli, 2015) la encuesta se describe como una técnica de recolección de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación. Se construye con preguntas determinadas previamente y respuestas cerradas.

Como base para la realización de este instrumento se tomaron en cuenta las categorías existentes en las fundamentaciones teóricas acerca de las causas de depresión en las personas y

los temas que serán abordados fueron seleccionados de acuerdo con su relevancia para el presente estudio.

La encuesta constaba de 26 preguntas estructuradas que evaluaron los siguientes temas: familia, relaciones interpersonales, covid-19, duelo, homosexualidad. Cada tema constaba de diferentes enunciados en los que el participante respondió de acuerdo con lo que mejor se adaptara a su experiencia personal, respondiendo en una escala de valoración constituida en muy buena, buena, regular y mala. Con esta se obtuvieron de manera sistemática datos confiables acerca de las causas de los niveles de depresión en la muestra de estudio. (Anexo 3)

2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/ variables

OBJETIVOS	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
<p>Evaluar el nivel de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020</p>	<p>Depresión: se define como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza como emoción, o el duelo, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de depresión <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mínimo ✓ Leve ✓ Moderado ✓ Severo 	<p>Inventario de depresión de Beck. BDI-II</p>

<p>Distinguir las causas del nivel de depresión que manifiestan las personas homosexuales de 25 a 30 que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de octubre del año 2020</p>	<p>Causas del nivel de depresión:</p> <p>Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión, por ejemplo, perder el empleo, luto, problemas familiares o eventos traumáticos.</p> <p>Estas circunstancias que enfrentan las personas pueden generar diferentes emociones y estas influir en su desempeño personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Relaciones interpersonales • Covid-19 • Duelo • Homosexualidad 	<p>Encuesta estructurada</p>
--	--	--	------------------------------

<p>Analizar la interrelación entre los niveles de depresión y las causas en la población homosexual de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala.</p>	<p>Análisis estadístico descriptivo: es un tipo de metodología que proporciona información sintetizada acerca de los datos que refleja la muestra de estudio.</p>	<p>Interrelación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de depresión • Causas 	<p>Diseño concurrente por medio de cuantificación de datos cualitativos y cuantitativos.</p>
---	---	--	--

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

3.01.01 Características del lugar

It Gets Better es una organización global que eleva, empodera y conecta a los jóvenes LGBTIQ del mundo. El proyecto empezó con un canal de YouTube fundado por Dan Savage en septiembre de 2010, en respuesta al suicidio de su amigo Billy Lucas y otra serie de adolescentes que fueron acosados por ser LGBTIQ o que simplemente sus compañeros de trabajo y familiares sospechaban que eran homosexuales. Su objetivo es prevenir el suicidio entre los jóvenes LGBT empleando mensajes de adultos LGBT para transmitir que las vidas de estos adolescentes mejorarán. El proyecto creció rápidamente, con más de 200 vídeos subidos en la primera semana, realizados por adultos de todas las orientaciones sexuales, incluyendo muchas celebridades. El canal de YouTube del proyecto alcanzó el límite de 650 vídeos en la semana siguiente, y ahora está organizado en su propio sitio web, llamado It Gets Better Project.

Hoy en día It Gets Better cuenta con filiales en 17 países alrededor del mundo, siendo Guatemala la filial más reciente del proyecto con el Colectivo CUATES Guatemala como el ente legal del movimiento. Guatemala es la primera filial en Centroamérica y está formada por un equipo de jóvenes LGBTIQ y sus familias que con el respaldo legal del Colectivo CUATES Guatemala han creado una plataforma de comunicación en redes sociales y organizan eventos de formación y recreación para lograr cumplir con la misión de It Gets Better.

También se dedica a trabajar por el bienestar emocional y la salud mental de las personas LGBTIQ especialmente los más jóvenes, creando estrategias de comunicación en redes sociales y organizando talleres, foros, conversatorios y actividades que contribuyan al empoderamiento de las comunidades en espacios sanos y constructivos para el desarrollo a creatividad, fortaleciendo y procurando redes de apoyo más efectivas.

3.01.02 Características de la muestra

La muestra fue de 44 personas que cumplieran los criterios de estudio. Se tomó en cuenta solamente a personas que se hayan declarado homosexuales, comprendidos en las edades de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala; no se tomó en cuenta el nivel socioeconómico, religión, cultura y profesión. Buscando la igualdad de oportunidades de participar en el estudio.

De las 44 personas que participaron en el estudio fueron 28 hombres y 16 mujeres los cuales estaban divididos de la siguiente manera: 14 personas de 25 años, 11 de 26 años, 9 de 27 años, 5 de 28 años, 5 de 29 años y ninguna de 30 años.

3.02 Presentación e interpretación de resultados

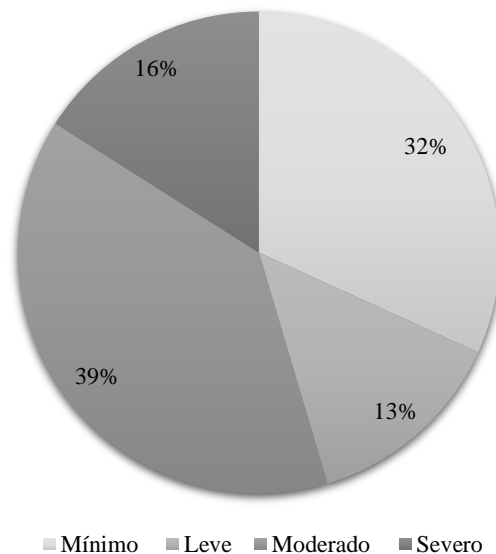
- Inventario de Depresión de Beck BDI-II

Niveles de depresión (Beck BDI-II)		
Nivel	No. De personas	Porcentaje
Mínimo: 0-13	14	31.8 %
Leve: 14-19	6	13.6 %
Moderado: 20-28	17	38.6 %
Severo: 29-63	7	16 %
Total	44	100 %

Fuente: datos obtenidos del inventario de depresión de Beck BDI-II realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Grafica 1

Niveles de depresión (Beck BDI-II)



Fuente: datos obtenidos del inventario de depresión de Beck BDI-II realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

De acuerdo con las emociones y sentimientos que los participantes marcaron en el inventario de depresión de Beck (BDI-II) se encontró que los niveles que más atención requieren son el moderado y el severo, ya que estos repercuten de una manera más notable en la vida diaria y en la salud mental de los participantes.

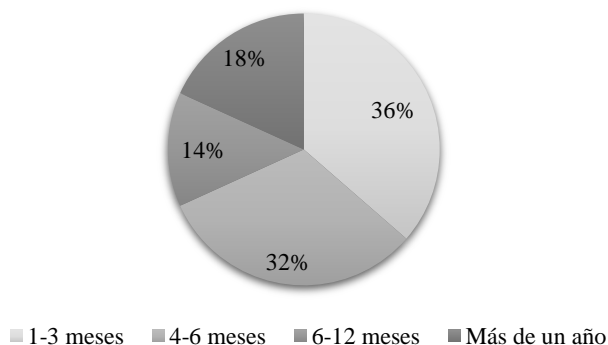
El nivel moderado presenta síntomas como bajo estado de ánimo, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito y desinterés en sus actividades, los cuales si fueron indicados por los participantes y el nivel severo incluye síntomas como disminución de energía, desinterés, molestias físicas, cambios en la alimentación, sueño y pensamientos; teniendo en cuenta que este nivel ya trata una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más evidentes.

Estos rasgos de depresión se pudieron formar a partir de la situación que se vivió durante los primeros meses de pandemia, los cambios que se suscitaron afectaron emocionalmente a los participantes e incidieron en el aumento de la sintomatología.

- **Encuesta estructurada**

Gráfica 2

¿Cuánto tiempo han estado presentes las emociones y sentimientos que marcó en el inventario?



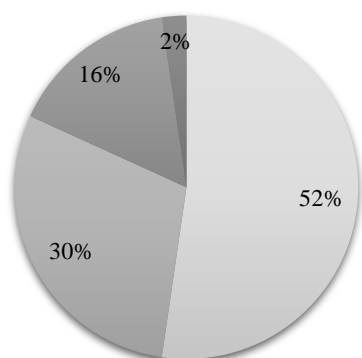
Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Los sentimientos y emociones que se marcaron en el inventario por parte de los participantes han estado presentes con mayor frecuencia en los últimos 6 meses. Teniendo en cuenta el comienzo de la pandemia por Covid-19 en el mes de marzo, podría ser un factor determinante en el resultado de la gráfica, ya que, el 68% de la muestra recurre en dichos meses; y el 32% restante son personas que llevan un año o más presentando las actitudes y síntomas depresivos del inventario lo cual no se puede asociar con lo antes mencionado.

Grafica 3

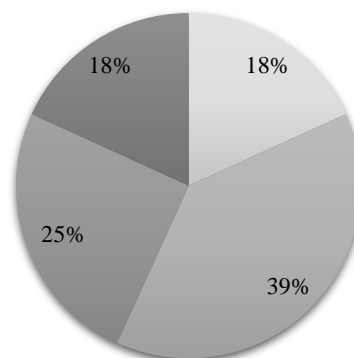
¿Cómo calificaría la relación con sus padres?

Relación con la madre



■ Muy buena ■ Buena ■ Regular ■ Mala

Relación con el padre



■ Muy buena ■ Buena ■ Regular ■ Mala

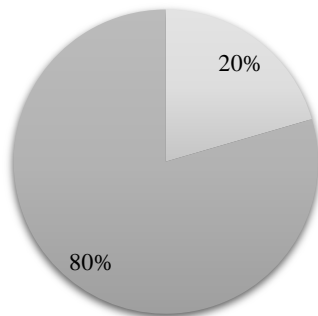
Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Podemos observar que la relación de los participantes con sus padres en términos generales es buena o muy buena, esto puede no afectar en los sentimientos y emociones que los participantes marcaron en el inventario, sin embargo, se presenta un porcentaje que indicó tener una relación regular y mala, lo cual puede ser un factor que, si repercute en los sentimientos y emociones, reflejados en el inventario. Cabe mencionar que dentro de la

población de género masculino se encontró una mayor diferencia al calificar la relación como regular especialmente con el padre.

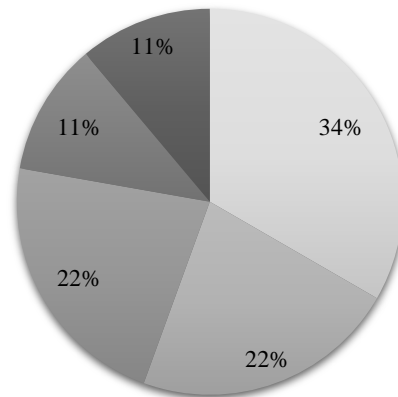
Gráfica 4

¿Tiene algún conflicto con algún familiar que no sean sus padres y hermanos?



■ Si ■ No

¿Con quién?

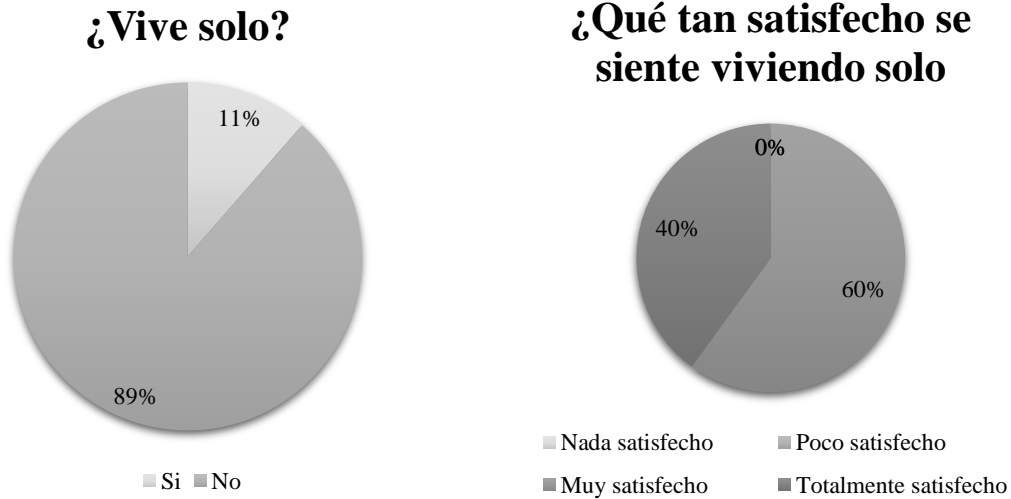


■ Abuelos ■ Tíos ■ Primos ■ Sobrinos ■ Pareja

Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

El 20% corresponde a nueve participantes que indicaron tener conflictos con abuelos, tíos, primos, sobrinos y/o pareja. De este mínimo porcentaje se logró distinguir que estos conflictos inciden más en el género masculino. Esta mala relación con sus familiares, si pudo haber repercutido de manera negativa en los sentimientos y emociones que los participantes marcaron en el inventario.

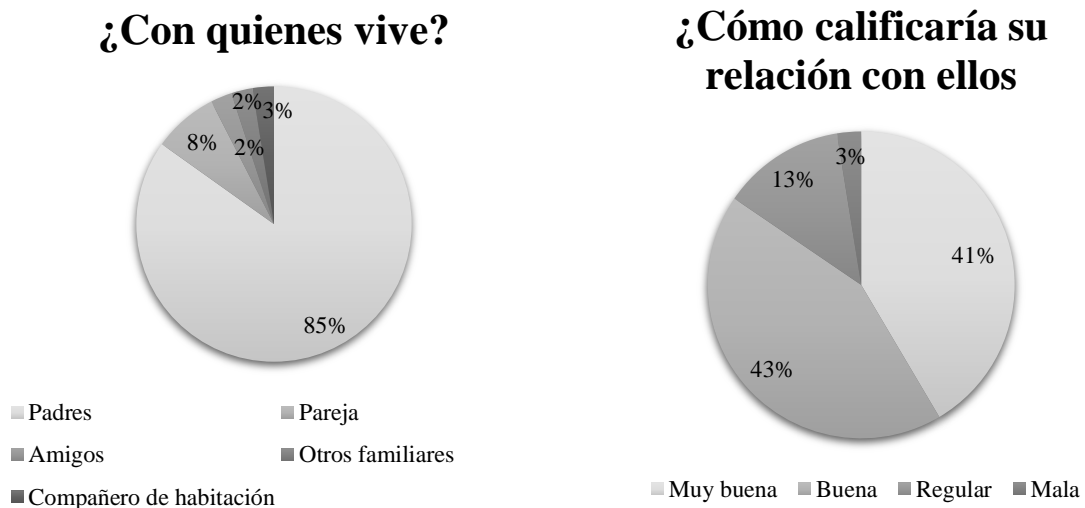
Gráfica 5



Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Un mínimo porcentaje de género masculino refirieron vivir solos e indicaron que se sienten muy satisfechos con ello. Ese sentimiento de satisfacción puede incidir de manera positiva e influir en la estabilidad de su salud mental, esto infiere a que vivir solo no es un factor causante de depresión para los participantes de este estudio.

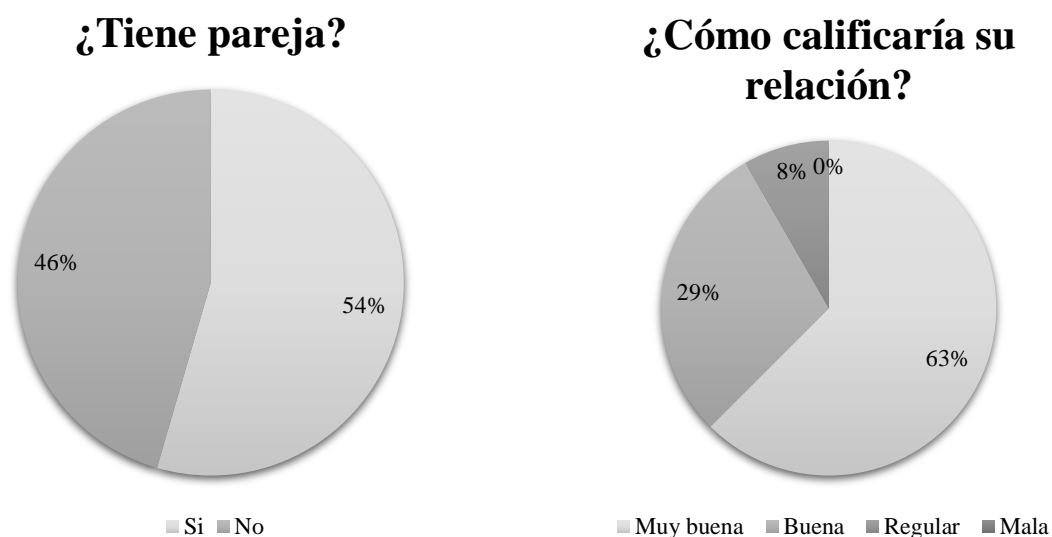
Gráfica 6



Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

La mayoría de participantes indicaron vivir con sus padres, de los cuales únicamente seis calificaron su relación con ellos como regular, los demás la calificaron como buena y muy buena. Otros seis de ellos indicaron que viven con amigos, pareja, compañeros de habitación u otros familiares, y refieren tener una buena relación. El tipo de relación que los participantes tengan con las personas con quienes conviven si pudo originar e influir en los sentimientos y emociones marcados en el inventario, y esto también puede estar afectando positiva o negativamente en su salud mental.

Gráfica 7



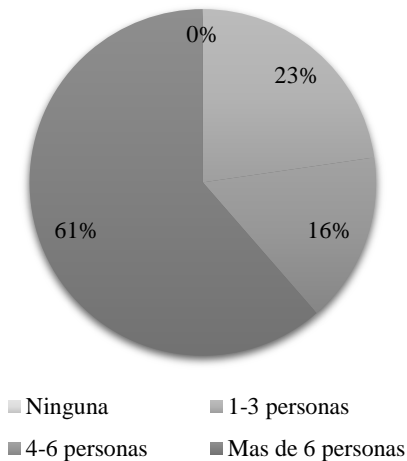
Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Referente al tema de pareja, los participantes que indicaron que, si tienen, calificaron dicha relación como muy buena y buena, entre sus respuestas agregaron que se complementan, que mantienen buena comunicación y que hay confianza y amor. Para los participantes el hecho de tener una pareja y mantener relaciones estables y sanas, puede

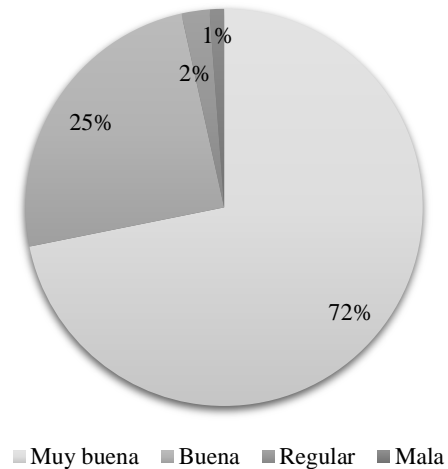
influir positivamente en su salud mental. De acuerdo a las respuestas, se puede deducir que, en esta muestra de estudio, dicho tema no es un causante de rasgos de depresión.

Gráfica 8

¿Cuántas amistades tiene?



¿Cómo calificaría la relación con sus amistades?

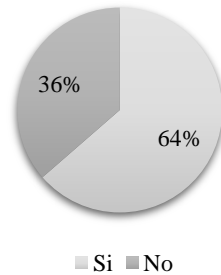


Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

La socialización si influye en la emocionalidad de las personas, el poder crear vínculos de amistad y conservarlos fortalece la salud mental de los participantes ya que estas relaciones son un soporte personal para ellos, como refirieron en la encuesta que son lazos de apoyo, respeto y cariño.

Gráfica 9

¿Considera que le ha afectado el confinamiento?

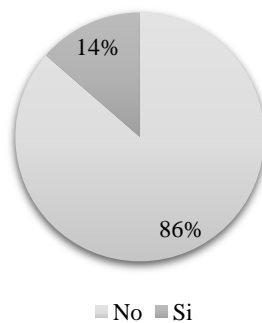


Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

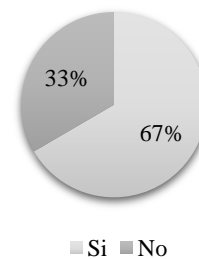
La problemática del Covid-19 en conjunto con el confinamiento afectó a varios de los participantes provocando desestabilidad emocional en ellos, algunos de los participantes indicaron sentirse desesperados, frustrados y sin ánimos. Estos síntomas en conjunto con el constante encierro y la falta de socialización pudieron repercutir generando ansiedad, estrés y problemas de sueño. La sintomatología presentada causó los rasgos de depresión encontrados en dicha muestra de estudio.

Gráfica 10

¿Perdió su empleo debido a la situación actual?



¿Considera que esta situación le provocó alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el inventario?

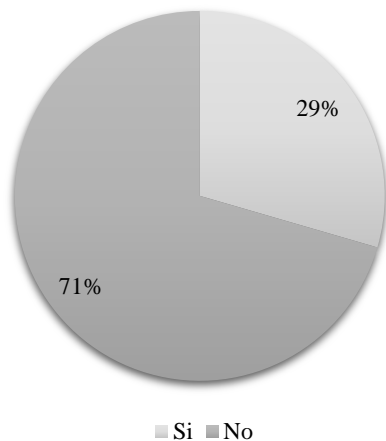


Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

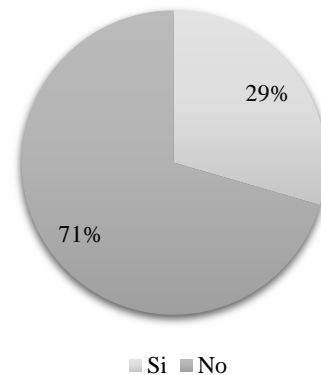
La pérdida de un empleo puede traer consigo desestabilidad económica y también emocional. Dicha pérdida puede influir de manera negativa en los pensamientos y emociones. Los participantes que indicaron haber sufrido esta pérdida respondieron que se vieron afectados emocionalmente. Por lo cual es importante notar que el desempleo si fue una causa que generó malestar en los participantes.

Gráfica 11

¿Tiene o tuvo un familiar que padeciera Covid-19?



¿Considera que esta situación le provocó alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el inventario?

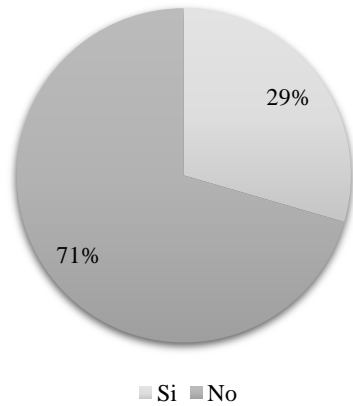


Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

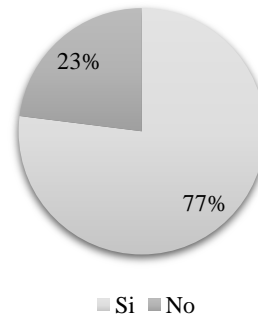
Algunos participantes indicaron que sus familiares se contagiaron de Covid-19, esta situación provocó desestabilidad emocional, porque se creó incertidumbre de lo que podía pasar, esto conllevó a sentimientos de tristeza, preocupación, angustia, pesimismo, entre otros. Estos forman parte de la sintomatología de la depresión que estos participantes experimentaron durante la enfermedad.

Gráfica 12

¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?



¿Considera que esta situación le provocó alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el inventario?



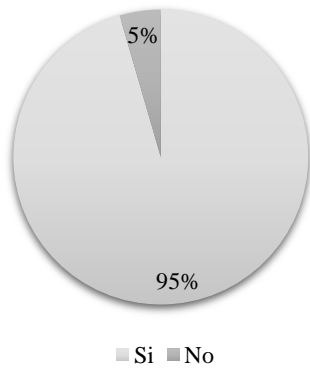
Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Recientemente algunos de los participantes sufrieron la pérdida de alguna persona significativa, el valor que está pérdida conlleva pudo haber generado cambios físicos y emocionales, ya que el duelo puede presentar síntomas y emociones que se padecen durante una depresión.

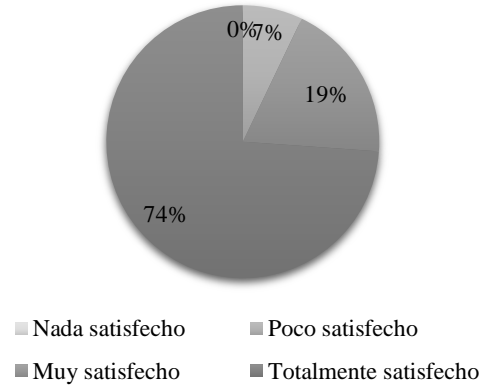
Los participantes respondieron en el inventario de acuerdo a como les afectó ese duelo que estaban experimentando.

Gráfica 13

¿Acepta su orientación sexual?



¿Qué tan satisfecho está con su orientación sexual?



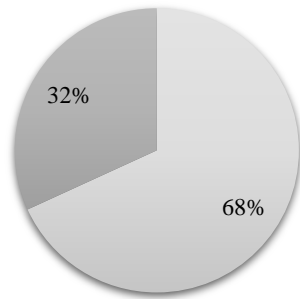
Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Todos los participantes indicaron ser declarados homosexuales, El mayor porcentaje indicó aceptar su orientación sexual y estar muy satisfechos con ello. Dos de ellos indicaron no aceptarla, dichas respuestas se pudieron originar debido a la falta de aprobación de los padres y de la idea que no es lo correcto refirieron los participantes.

La satisfacción que los participantes sienten al poder aceptarse tal y como son, puede generar emociones y sentimientos positivos, y así lograr cierta estabilidad emocional respecto a su orientación y poder descartar este tema como un causante de rasgos depresivos.

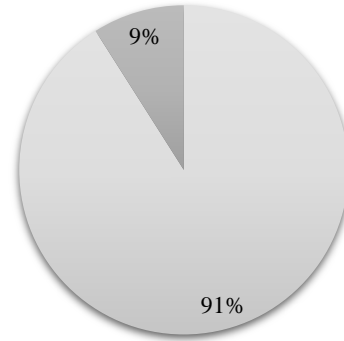
Gráfica 14

¿Es aceptado por su orientación sexual por parte de sus familiares y amigos?



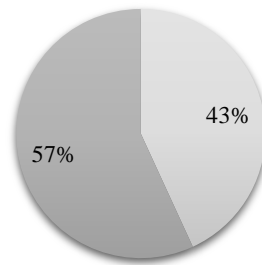
■ Si ■ No

¿Considera importante dicha aceptación?



■ Si ■ No

¿Considera que esta situación le provocó alguno de los sentimientos o emociones que marcó en el inventario?



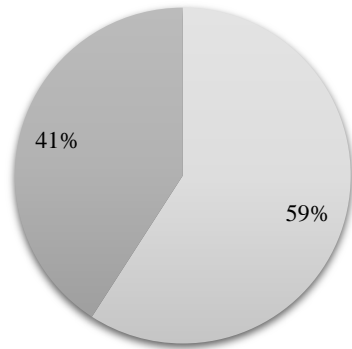
■ Si ■ No

Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

Los participantes en su mayoría respondieron ser aceptados por su orientación sexual por parte de sus familiares y amigos. Dicha aprobación al ser obtenida pudo incidir en sus emociones, pensamientos y sentimientos, ya que indicaron que para ellos si es importante ser aprobados según su orientación sexual.

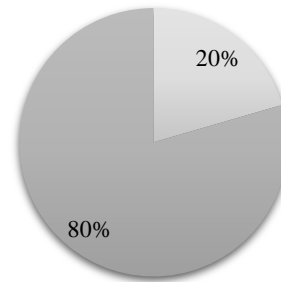
Gráfica 15

¿Ha sufrido discriminación por su orientación sexual?



■ Si ■ No

¿Considera que esta situación provocó alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el inventario?



■ Si ■ No

Fuente: datos obtenidos de la encuesta de autoría propia, realizada por personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala, en el mes de octubre del año 2020.

La discriminación por la orientación sexual es algo que han sufrido varios de los participantes. Esta situación puede presentarse en el hogar, por parte de las amistades, dentro del área de trabajo y por redes sociales, esto puede deberse a que la homosexualidad aún se presenta como un tema tabú en la sociedad y a partir de ello pueden originarse muchos prejuicios ante estas personas. No obstante, esta discriminación no influyó en los sentimientos y emociones del inventario que los participantes respondieron.

3.03 Análisis general

Esta investigación planteó como objetivo general evaluar el nivel de depresión en personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala y tras la aplicación del inventario de Depresión de Beck BDI-II se pudo encontrar que esta población padece rasgos de depresión en mayor o menor intensidad, los resultados mostraron que los niveles con mayor incidencia fueron: moderado y severo. Pero como lo afirma Beck (2006): no es posible realizar un diagnóstico clínico, porque se desconoce la preexistencia de un trastorno afectivo, sin embargo, si refleja el grado de depresión padecido por los participantes.

Al mismo tiempo se tomó en cuenta que los rasgos depresivos dependerán de la persistencia, la severidad y la capacidad de afectar al individuo (Alonso, 2011), esto permitió distinguir los síntomas clínicos de la depresión de aquellos que fueron estados o fluctuaciones emocionales en respuesta a las circunstancias que se vivieron durante el confinamiento por la pandemia del Covid-19, y que al analizar los resultados obtenidos del inventario no se consideraron como una enfermedad sino como una respuesta adaptativa a la situación vivida.

Por ende, la relación que existe entre los niveles de depresión y el tiempo de duración de los rasgos depresivos fue bastante significativa, ya que el nivel mínimo y leve de depresión se vinculó a una temporalidad de 1 a 6 meses, mientras los niveles moderado y severo se vincularon a una temporalidad de 6 a 12 meses o más; los participantes que conformaron estos dos últimos niveles fueron quienes podrían haber tenido un problema emocional previo a la pandemia de Covid-19.

Se planteó como objetivo específico distinguir las causas de los niveles de depresión de los participantes, lo cual al analizar los resultados se pudo identificar que el Covid-19 y la relación conflictiva con la familia son las causas que afectaron mayormente a las personas que participaron en este estudio.

Por lo tanto, el confinamiento vivido durante el año 2020 fue una causa determinante para que los niveles de depresión se activaran o aumentaran durante los meses previos a responder los instrumentos de investigación, esto es una depresión exógena la cual está relacionada con un evento o circunstancias que puedan detonarla (Anthony & Benedek, 1981). Los participantes indicaron en la encuesta que el aislamiento social, la incertidumbre y en algunos casos el desempleo fueron las circunstancias por las cuales sus sentimientos y emociones se vieron afectados.

Asimismo, la relación conflictiva con familiares fue el segundo factor desencadenante de los síntomas depresivos en los participantes. En los resultados se pudo notar que algunos de ellos buscaban la aprobación de su orientación sexual por parte de sus padres y refirieron que es un tema que genera incomodidad en la dinámica familiar; otro motivo que causa disconformidad para los participantes es la convivencia con familiares fuera del núcleo cercano, porque indicaron que intervienen en su vida privada.

Por último, al analizar todos los datos obtenidos del inventario de depresión se encontró como característica en común que la mayoría de los participantes padecen de baja autoestima, pues los ítems con mayor incidencia son los de autocrítica, disconformidad consigo mismo y desvalorización. Por otra parte, respecto a la sintomatología de depresión,

los ítems que destacaron fueron la agitación, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, pensamientos o ideas suicidas, pérdida del interés e indecisión.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

- Se identificaron rasgos depresivos y mayor incidencia en los niveles de depresión: moderado y severo, que son clínicamente significativos en las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la Organización It Gets Better Guatemala.
- Las causas principales de los niveles de depresión en el grupo de estudio fueron por la convivencia constante con la familia, en algunos casos ya existían conflictos y debido al confinamiento por Covid-19 estos se intensificaron. Teniendo en cuenta que ningún determinante se relacionó con la homosexualidad, las relaciones interpersonales, o el duelo por un ser querido.
- El Covid-19 influyó en los niveles de depresión en las personas homosexuales de 25 a 30 años que participaron en It Gets Better Guatemala, debido a los cambios drásticos del ritmo de vida cotidiana, siendo una respuesta normal a la situación lo cual generó el malestar emocional en los participantes.
- La no aprobación de la orientación sexual por parte de la familia genera conflicto y desencadena los rasgos depresivos en las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en It Gets Better Guatemala.

- Una característica en común encontrada dentro de los participantes del estudio fue la baja autoestima, porque existe una desvalorización, autocrítica y poco afecto hacia sí mismo, sin tener una relación con factores externos, de acuerdo con las respuestas obtenidas con mayor frecuencia en el Inventario de Depresión de Beck BDI-II.
- Existe una relación significativa entre los niveles de depresión y las causas principales encontradas y analizadas en el grupo de estudio, porque provocan variaciones en el estado de ánimo y las respuestas emocionales, que pueden convertirse en un problema de salud emocional serio.

4.02 Recomendaciones

- Participar en actividades recreativas, sociales o espirituales que minimicen los síntomas de depresión, ya que ayudan a la socialización, a salir de la rutina y pueden mejorar el estado anímico de las personas homosexuales de 25 a 30 años de la Organización It Gets Better Guatemala
- Solicitar el servicio de ayuda psicológica para que puedan resolver los conflictos familiares, ya que esto mejorará su dinámica familiar y por consiguiente los niveles de depresión de los participantes de este estudio disminuirán.
- Dar importancia e investigar los efectos psicológicos y emocionales derivados de la pandemia Covid-19 para su debido tratamiento, por parte de las personas dedicadas a la salud mental, porque se pudo observar como un factor influyente en el estado anímico de las personas homosexuales de este estudio.
- Realizar actividades de desarrollo personal que ayuden a los participantes a aumentar el amor propio y favorecer la buena relación consigo mismos, esto ayudará a que no busquen la aprobación de los demás y que mantengan relaciones interpersonales estables.
- Incentivar el buen desarrollo de la autoestima de las personas homosexuales, y enfatizar en la importancia de esta tanto en el hogar como en las instituciones en

las que se desenvuelva el individuo, y así poder fortalecer el valor de sí mismo desde una edad temprana.

- La realización de talleres, foros y charlas por parte de la Organización It Gets Better Guatemala que concienticen sobre la depresión y puedan exhortar a la búsqueda de ayuda psicológica al identificar algún síntoma, para recibir un tratamiento adecuado y prever que la sintomatología se agrave.

4.03 Referencias

4.03.01 Bibliografía

- Aaron T. Beck, J. R. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Alonso, I. Z. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2011). *Sexoterapia Integral*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J. L., & Camacho, S. M. (2013). *Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Anthony, E. J., & Benedek, T. (1981). *Depresión y Existencia Humana*. Barcelona: Salvat.
- Barrios-Klee, W., & Vargas, P. (2018). *Violencia ejercida contra las personas LGBTI: El caso de Ciudad de Guatemala*. Guatemala: FLACSO.
- Beck, A. T. (1967). *Depresión: Causas y Tratamiento*. Filadelfia: Universidad de Pensilvania.
- Emanuela Muriana, L. P. (2007). *Las caras de la depresión*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1930 (29)). *El malestar en la Cultura*.
- Freud, S. (1976). *Duelo Y Melancolía. Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- López-Roldan, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de investigación social cuantitativa*. Barcelona: Creative Commons.
- Morano, C. D. (2001). *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones*. España: Descleé de Brouwer.
- Preston, J. (2016). *Tú puedes superar la depresión*. Madrid: Ediciones Obelisco.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: McGRAW-HILL.

4.03.02 E-grafías

- Association, A. P. (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado el 05 de Febrero de 2020, de http://www.theldsfamilyfellowship.org/wp-content/uploads/2013/01/Answerstoyourquestions_apabrochure.pdf
- Barcelona, U. A. (01 de Septiembre de 2016). *dipòsit digital de document de la UAB*. Recuperado el 10 de Julio de 2020, de https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf
- OMS, O. M. (22 de Marzo de 2018). *OMS*. Recuperado el 05 de Febrero de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS, O. P. (2013). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. *52° Consejo Directivo de la OPS; 65a. Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas*, (pág. 10). Washington, D.C. Recuperado el 05 de Febrero de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-18-s.pdf>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado

Yo _____ (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información al paciente en relación con el estudio arriba citado - He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con el investigador _____ (nombre)
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo en el momento en que lo desee, sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante.....

Fecha.....

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional.....

Fecha.....

Anexo 2: Inventario de Depresión de BeckII (BDI-II)

Nombre: Edad: Sexo: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 No estoy descontento de mí mismo.
- 1 Estoy descontento de mí mismo.
- 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3 Me detesto

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo normal.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy especialmente irritado.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritado continuamente.
- 4 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.3a. No tengo apetito en absoluto.
 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Salud

- 0 No estoy preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros.
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3: Encuesta estructurada



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



Tema: La depresión en personas de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de septiembre del año 2020

Género: F _____ M _____

Edad: _____

Nombre: _____

Objetivo: Distinguir las causas del nivel de depresión que manifiestan las personas homosexuales de 25 a 30 años que participan en la organización It Gets Better Guatemala durante el mes de septiembre del año 2020.

Instrucciones: Al terminar de responder el Inventario, marque con una “X” la respuesta según su experiencia personal.

- **TIEMPO**

1. ¿Cuánto tiempo han estado presentes las emociones y sentimientos que marcó en el inventario?

1-3 meses _____ 4-6 meses _____ 6-12 meses _____ Más de un año _____

Indique los meses _____

- **FAMILIA**

- Relación con los padres

2. ¿Cómo calificaría la relación con sus padres?

2.1 Relación con el padre

Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

2.2 Relación con la madre

Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

o Relación con otros familiares

3. ¿Tiene algún conflicto con algún familiar que no sean sus padres?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue si, indique con quien

Abuelos _____ Tíos _____ Primos _____ Sobrinos _____

Otros _____ Especifique _____

o Relación con las personas con que convive

4. ¿Vive solo?

Si _____ No _____

5. ¿Qué tan satisfecho se siente viviendo solo?

Nada satisfecho _____ Poco satisfecho _____ Muy satisfecho _____

Totalmente satisfecho _____

Justifique su respuesta: _____

Si su respuesta fue no, responda las siguientes preguntas:

6. ¿Con quienes vive?

Padres _____ Pareja _____ Amigos _____ Otros familiares _____

Compañeros de cuarto _____

7. ¿Cómo calificaría su relación con ellos?

Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

Justifique: _____

- **RELACIONES INTERPERSONALES**

- Problemas de pareja

8. ¿Tiene pareja?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue si, responda las siguientes preguntas:

9. ¿Cómo calificaría su relación?

Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

Justifique: _____

- Amistades

10. ¿Cuántas amistades tiene?

Ninguna _____ 1-3 personas _____ 4-5 personas _____ Mas de 6 personas _____

11. ¿Cómo calificaría la relación con sus amistades?

Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

Justifique: _____

- **COVID-19**

- Confinamiento

12. ¿Considera que le ha afectado el confinamiento?

Si _____ No _____

13. ¿Cómo le ha afectado?

- Desempleo

14. ¿Perdió su empleo debido a la situación actual?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue si, responda las siguientes preguntas:

15. ¿Considera que esta situación le provoco alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el Inventario?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

o Enfermedad

16. ¿Tiene o tuvo un familiar que padeciera covid-19?

Si _____ No _____

17. ¿Considera que esta situación le provoco alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el Inventario?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

• **DUELO**

o Pérdida significativa

18. ¿Ha fallecido recientemente alguien significativo para usted?

Si _____ No _____

19. ¿Ha sido traumática la pérdida para usted?

Si _____ No _____ / Mucho _____ Poco _____

20. ¿Considera que esta situación le provoco alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el Inventario?

Si _____ No _____

- **HOMOSEXUALIDAD**

- Aceptación personal

21. ¿Acepta su orientación sexual?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue no, justifique: _____

Si su respuesta fue si, responda ¿Qué tan satisfecho se siente con su orientación?

Nada satisfecho _____ Poco satisfecho _____ Muy satisfecho _____

Totalmente satisfecho _____

Justifique su respuesta: _____

- Aceptación social

22. ¿Es aceptado por su orientación sexual por parte de sus familiares y amigos?

Si _____ No _____

23. ¿Considera importante dicha aceptación?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue si, contesta las siguientes preguntas:

¿De quienes considera importante la aceptación de su orientación sexual?

Padres _____ Hermanos _____ Amigos _____ Otros Familiares _____

¿Considera que esta situación le provoco alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el Inventario?

Si _____ No _____

¿Por qué? _____

o Discriminación

24. ¿Ha sufrido discriminación por su orientación sexual?

Si _____ No _____

25. ¿Considera que esta situación le provocó alguno de los sentimientos y emociones que marcó en el Inventario?

Si _____ No _____