

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“NIVELES DE DEPRESIÓN EN JÓVENES HOMOSEXUALES ENTRE 20 Y 30 AÑOS DE LA
CIUDAD DE GUATEMALA.”**

TESIS DE GRADO

MARYSABEL MORALES BRIZ
CARNET 11464-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“NIVELES DE DEPRESIÓN EN JÓVENES HOMOSEXUALES ENTRE 20 Y 30 AÑOS DE LA
CIUDAD DE GUATEMALA.”**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
MARYSABEL MORALES BRIZ

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. SILVIA LISSETTE MOINO CARDENAS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
LIC. MARIO ANNÍBAL HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LICDA. SILVIA MOINO, M. ED.
CLÍNICA PSICOANALITICA
silviamoino@gmail.com

Guatemala, 05 de diciembre 2017

Señores
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente.

Estimados señores:

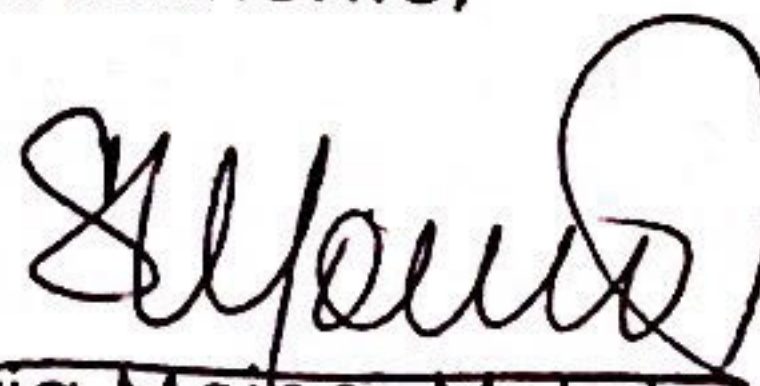
Por medio de la presente les informo que he asesorado el trabajo de tesis del estudiante **Marysabel Morales Briz**, carnet no. **11464-12**, de la Licenciatura en Psicología Clínica.

La investigación se titula "**NIVELES DE DEPRESIÓN EN HOMBRES Y MUJERES HOMOSEXUALES ENTRE 20 A 30 AÑOS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA**". Después de revisar el trabajo de la estudiante **Morales Briz**, considero y concluyo que llena los requisitos que la Universidad y el Departamento requieren para este tipo de investigación.

Por lo que presento el trabajo a su consideración para que continúe el proceso de evaluación y aprobación.

Sin otro particular

Atentamente,



Silvia Moino, M. Ed.
Código 4489



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
No. 052432-2018

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARYSABEL MORALES BRIZ, Carnet 11464-12 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051601-2018 de fecha 10 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

“NIVELES DE DEPRESIÓN EN JÓVENES HOMOSEXUALES ENTRE 20 Y 30 AÑOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA.”

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 12 días del mes de enero del año 2018.



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES**

Universidad Rafael Landívar

DEDICATORIA

A mi padre Ovidio Morales

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Rocío, a mi hermana Paulina, a mi asesora Silvia Moino, a la
comunidad homosexual y a mis amigos

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 DEPRESIÓN	11
1.1.1 DEFINICIÓN	11
1.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	14
1.2 HOMOSEXUALIDAD	18
1.2.1 DEFINICIÓN	18
1.2.2 HOMOSEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA	19
1.2.3 DSM Y HOMOSEXUALIDAD	21
1.2.3 HOMOSEXUALIDAD EN LA ACTUALIDAD	24
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
2.1 OBEJTIVOS.....	27
2.1.1 OBEJTIVO GENERAL	27
2.1.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS	27
2.2 ELEMENTO DE ESTUDIO	27
2.3 DEFINICIÓN DE ELEMENTO DE ESTUDIO	28
2.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	28
2.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	28
2.4 ALCANCES Y LÍMITES	28
2.5 APORTE	29
III. MÉTODO	30
3.1 SUJETOS	30
3.2 INSTRUMENTO.....	32
3.3 PROCEDIMIENTO.....	33
3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN, DISEÑO Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	34

IV. RESULTADOS.....	36
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
VI. CONCLUSIONES	47
VII. RECOMENDACIONES	49
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
IX. ANEXOS	54

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue estudiar los niveles de depresión en jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala. Se trabajó con una muestra de 25 jóvenes homosexuales de género masculino y 25 jóvenes homosexuales de género femenino. Los resultados se obtuvieron a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB), prueba psicométrica que consta de 21 ítems, evalúa las manifestaciones, la profundidad y la intensidad de la depresión.

Los resultados demostraron que los jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala presentaron un rasgo mínimo de depresión. Se pudo determinar que en los jóvenes de género masculino hay una leve incidencia a tener estados de depresión intermitentes. Así mismo, en las jóvenes de género femenino los resultados fueron más estables y presentaron únicamente altibajos del estado de ánimo normales y una leve perturbación del estado de ánimo.

Se llega a la conclusión que no existe una perturbación significativa del estado de ánimo, ni depresión moderada, grave o extrema en los jóvenes homosexuales, específicamente gay, de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala. Por lo que se recomienda a los estudiantes de psicología investigar la ideación suicida, drogadicción y alcoholismo en jóvenes homosexuales, más que los síntomas depresivos.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública, un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, desesperanza ira o frustración interfieren con la vida diaria de la persona, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito laboral, social u otras áreas de la persona afectada. Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios y centros de salud, en los cuales se encuentran personas homosexuales, un grupo de especial preocupación desde el punto de vista de salud mental.

Según Pineda (2013) la depresión puede ser causada por uno o más factores, algunas personas tiene mayor probabilidad de tener depresión que otras y existen diferentes razones que intentan explicar ésta predisposición. Los jóvenes homosexuales tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión y riesgo de suicidio.

Por lo anterior, el objetivo general de la investigación es determinar niveles de depresión en hombres y mujeres homosexuales, específicamente gay, entre 20 a 30 años en la Ciudad de Guatemala.

Se han elaborado diversidad de investigaciones para la comprensión de la homosexualidad y sobre depresión. A continuación se presentan estudios que se han llevado a cabo en el ámbito nacional.

Hoyo (2014) en el artículo titulado Estos son los síntomas de una depresión que aparece en el diario El periódico del mes de agosto, expone que la depresión es uno de los trastornos que más afecta a la población, el término viene del latín depressus, que significa abatido, derribado y todas las definiciones que se encuentran coinciden en destacar el estado anímico negativo bajo, con pérdida de interés por las diversas actividades y sensación de incapacidad o inutilidad para afrontar las diversas demandas cotidianas.

La depresión se manifiesta en tres niveles: de respuesta a nivel cognitivo o del pensamiento, es decir la persona ve el mundo de manera negativa sin poder darle ningún sentido lo cual la hace vulnerable a las opiniones de los demás y con frecuencia sentir rechazo y sentimiento de culpa, esto podría dar como efecto las ideas suicidas y en casos peores la aparición de ideas delirantes o alucinaciones; luego a nivel fisiológico/emocional se refiere al agotamiento físico, muchas veces acompañado de explosiones de llanto, aparecen alteraciones de sueño, falta de apetito y el deseo sexual, en ocasiones se presenta con ansiedad y taquicardia acompañado de opresiones en el pecho; por último a nivel motor o del comportamiento donde se observa la inactividad y pasividad de la persona, aquí se pierde interés por las actividades que antes le causaban satisfacción y la principal respuesta es la evitación.

Por su parte Pérez (2012), realizó una investigación con el objetivo de determinar cómo influye la tendencia depresiva y suicida en la homosexualidad en un grupo de 40 sujetos de género masculino comprendidos entre los 18 y 50 años de edad, los cuales tienen como preferencia sexual la homosexualidad que se encuentran en la zona 1 de la ciudad de Quetzaltenango.

Para la verificación de los datos se trabajó con el test IDB , prueba psicométrica que consta de 21 ítems que sirve para evaluar el estado depresivo en que se encuentra el individuo en diferentes ámbitos y situaciones. Y también el test RS-83 que consta de 35 ítems relacionados con ideación suicida. Se llega a la conclusión de que el rasgo depresivo que presentan es mínimo por lo que la homosexualidad pueda que no sea un factor a la predisposición de la depresión en la persona. La tendencia suicida que presentan los hombres homosexuales es elevada, mayor que la depresión, por lo que se comprobó que no necesariamente tiene que haber depresión para poder atentar contra la propia vida.

Así también Girón (2012), realizó una investigación con el objetivo de establecer la tolerancia hacia la homosexualidad por parte de los estudiantes universitarios de tercer año de la Universidad Rafael Landívar de las carreras de diseño gráfico, arquitectura, mercadotecnia, derecho, psicología industrial/organizacional, clínica y educativa. Para ello aplicó una escala Likert a 130 estudiantes de tercer año de las carreras anteriormente mencionadas, cuyas

edades oscilaban entre los 22 y 25 años, los cuales estaban constituidos por 70 mujeres y 60 hombres. El tipo de investigación que se realizó fue de tipo cuantitativo y el diseño transaccional descriptivo.

Con esta investigación se concluyó que existe una actitud favorable hacia la homosexualidad, encontrando que hay mayor aceptación en los estudiantes de la carrera de psicología clínica. Cabe mencionar también que las personas encuestadas se mostraron más tolerantes a las mujeres homosexuales que a los hombres. También manifiestan actitudes negativas tales como que muchos no desean que estas personas hagan públicas sus preferencias sexuales. Además se evidenció que no manifiestan agresiones físicas o verbales hacia los homosexuales.

Soto (2009), en el artículo de cooperación alemana que aparece en el Quezalteco, explica que la depresión es un estado ánimo, en donde la persona que la padece se siente triste, sin interés, desganada, ansiosa, abatida, sin ilusión, sufriendo, sin vitalidad, perdedora, sin escapatoria, culpable, inepta, negativa. Hay dos tipos de depresión, la endógena y la exógena; en la endógena no hay causas aparentes para estar deprimido; en la exógena sí, como pérdida de un familiar, expulsión del empleo, ingreso a la cárcel, pérdida de un amor, Aquí sólo se habla de la exógena, pues la endógena posiblemente tenga causas hormonales, físico, hereditarias, que requerirán tratamiento médico.

Por último Samayoa (2009) creó un estudio con el objetivo de determinar las actitudes de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar ante el paciente homosexual que asiste a psicoterapia. Se trabajó con una muestra de 185 estudiantes de Psicología Clínica de la jornada matutina y vespertina. Con el fin de comparar la actitud entre los estudiantes dependiendo del año de la carrera en el que se encontraban, se tomó 37 sujetos de cada año. Para realizar el estudio se utilizó la escala de Likert elaborada por la autora, la cual constó de 37 ítems.

Se concluyó que en general los estudiantes tienen una actitud positiva ante el paciente homosexual que asiste a psicoterapia. Ellos tienen conocimientos básicos del tema, se sienten cómodos al tratar con personas y pacientes homosexuales y son respetuosos; aunque, manifiestan desagrado ante las muestras de afecto entre ellos. Al comparar a los estudiantes de los cinco años de la carrera, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos

A continuación se presenta la opinión de algunos autores internacionales como aporte para enriquecer el presente estudio:

Fernández (2014) realizó un estudio descriptivo transversal con el propósito de explorar actitudes de rechazo y distancia social hacia las personas homosexuales de sexo femenino y masculino en 565 universitarios de Puerto Rico. Se utilizó una escala para medir Prejuicio y otra escala para medir

Distancia Social. Los participantes reflejaron niveles moderados de prejuicio y distancia social (DS) hacia las personas homosexuales. Los varones ($M=104.5$, $DT= 27.47$) mostraron significativamente más prejuicio que las mujeres ($M=98.8$, $DT= 23.41$). Los hombres ($M=22.7$, $DT= 7.00$) mostraron significativamente mayor DS que las mujeres ($M=21.1$, $DT= 5.41$). Las personas que asisten con regularidad a la iglesia mostraron más prejuicio y distancia social que los que no asisten. Se analiza importancia de incluir el tema de la diversidad sexual a través del currículo para desmontar prejuicios hacia la comunidad homosexual.

Por su parte Pineda (2013), en el artículo de revisión titulado Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes jóvenes auto identificados como homosexuales, que aparece en la revista colombiana de psiquiatría, expone que en la literatura disponible que la homofobia internalizada se asocia con ideación e intento de suicidio en población adulta. Un estado de la ciencia de los principales problemas de salud mental asociados con riesgo de suicidio en población homosexual joven reporta hallazgos contradictorios.

Mientras que en algunos estudios la depresión, la ansiedad y la angustia se asocian con ideación e intento de suicidio, en otros estudios los datos no permiten llegar a tal conclusión. Se señalan asuntos de prevención del suicidio y se enuncian factores protectores que contribuyen a esta, así como elementos de psicoterapia para consultantes homosexuales. Se concluye y se discute sobre la importancia de estudiar a la población sexualmente diversa en cuanto a sus determinantes de salud mental en Latinoamérica, dada la escasez de literatura

encontrada en idioma castellano y los mitos de mayor enfermedad que aún persisten en muchos segmentos de la población. Esta revisión considera necesario superar tales contradicciones con el fin de ilustrar mejor a la población general y evitar mayor estigmatización.

Además Torres (2006), realizó una investigación en donde se analizó la depresión y la influencia de factores internos y externos que influyen en la aparición de trastornos afectivos. Se valoraron algunos factores históricos, filosóficos y médicos que se tienen en cuenta al estudiar la depresión. Se analizó el enfoque del sistema socialista en relación con la salud en Cuba, que tiende a lograr el completo bienestar físico, mental, social del individuo y su soporte económico en la facilitación de la reinserción social del paciente, sobre una relación basada en la ética médica. Se considera la relación médico-paciente como factor de gran importancia para el tratamiento de la depresión, donde la psicoterapia juega un papel significativo.

Así también Hernández (2005), menciona que los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales se enfrentan a diversas formas de exclusión social debido a que en la mayoría de las sociedades se valora de forma negativa su orientación sexual. Estudios realizados en países industrializados han mostrado que las formas de prejuicio que enfrenta la población homosexual pueden tener efectos negativos en su salud mental ya que, en comparación con los heterosexuales, presentan prevalencias más altas de consumo de alcohol y otras drogas, ideación e intento de suicidio y trastornos mentales. Aunque representan un

avance sustancial, estos estudios no permiten explorar los mecanismos por los cuales la opresión lleva a una mayor morbilidad en la población homosexual. A pesar de que en Latinoamérica cada vez más académicos y políticos se preocupan por esta problemática, aún es incipiente el conocimiento que se tiene sobre las condiciones de salud y enfermedad de los homosexual. Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar los efectos que tiene la internalización de la opresión por parte de la población homosexual en el riesgo de presentar los daños a la salud mental. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico.

Entre septiembre y noviembre de 2001 se aplicó un cuestionario a 506 personas homosexuales que acudieron a organizaciones e instituciones de distinta naturaleza ubicadas en la Ciudad de México, a las cuales acuden diversos “subgrupos” de personas homosexuales. Una parte de la población fue contactada por medio de redes personales del autor y una lista de correos electrónicos de un grupo de socialización. El cuestionario fue completado por los mismos sujetos. Por medio del cuestionario se evaluaron las tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma y ocultamiento) y cinco daños a la salud (percepción del estado de salud, ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo).

Para estudiar la asociación de las tres formas de opresión internalizada con los daños a la salud, se calcularon razones de prevalencias e intervalos de confianza a 95%. Los resultados del estudio mostraron que la población

homosexual tiene problemas de salud importantes como la ideación y el intento de suicidio y el alcoholismo en el caso de las mujeres homosexuales. Además, las tres formas de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción del estigma por homosexualidad y ocultamiento) se asociaron con mayor riesgo de presentar ideación suicida, intento de suicidio, trastornos mentales y alcoholismo. Estos hallazgos se pueden aprovechar para prevenir los daños a la salud de la población homosexual.

Artiño (2004), realizó una investigación sobre el suicidio y depresión en jóvenes homosexuales en Argentina. Como primer punto menciona el incremento de suicidios en los últimos años siendo el grupo de mayor riesgo los varones de hasta 25 años. En este grupo el suicidio es la quinta causa de muerte en varones y la segunda en mujeres. Aunque en términos absolutos se traduce en 166 casos para las mujeres y 518 para los varones. es necesario mencionar que la primer causa de muerte es por eventos de intención no determinada (754 casos), seguido por Agresiones (747 casos), Causas externas de traumatismos accidentales (711 casos) y Accidente de tráfico de vehículo de motor (585 casos).

La referencia a todas estas causas es por considerarlas importantes, ya que pueden llegar a tener vinculación con la homosexualidad, principalmente en lo que hace al motivo de la exposición de los jóvenes a situaciones con final trágico. Aparentemente, según lo descrito antes, nada aparecería como vinculante entre el hecho del suicidio y los jóvenes homosexuales. Consideramos que en general

no aparece esta vinculación por diferentes causas, entre ellas el que en cierto modo siga siendo la homosexualidad un tema tabú, que los suicidas no puedan expresar su condición de homosexual y consumen el acto de muerte sin haberlo hecho saber, falta de indagación del investigador, desconocimiento de investigaciones existentes, diluirse la causa en categorías más amplias como depresión, angustia, tristeza, soledad, etc. Es decir la depresión puede ser una causa del aumento de suicidios, en casos en donde los suicidas no pueden expresar su homosexualidad.

Se cree que estas consideraciones negativas, y/o tardías en el caso de las positivas, respecto a la homosexualidad, lleva a que los jóvenes incorporen esas creencias y se vean a sí mismos sin posibilidad de aceptarse, y de esta forma acrecienta la probabilidad de suicidio, donde el origen de ese estado de angustia o depresión difícilmente aparecerá como visible. Así es que consideramos que los jóvenes homosexuales no pueden incorporarse plenamente a la sociedad, pero tampoco pueden sobrevivir sin ello, como lo pueden hacer. Durkheim (2000:171) considera que en caso de la homosexualidad la depresión se enmascara en características propias del modelo masculino hegemónico, como lo es incremento en la tarea laboral, ocultamiento emocional, ira, negación de la debilidad, aislamiento silencioso.

Al no poder ser diagnosticadas a tiempo, la depresión culmina manifestándose en intoxicación por drogas y alcohol, accidentes de circulación, suicidio, entre otros. Durkheim (2000:171) considera que la mujer es menos

víctima del suicidio y depresión, por vivir más que el hombre fuera de la vida común, y por lo tanto es menos penetrada por ésta. La sociedad le es menos necesaria porque está menos impregnada de sociabilidad. Diferentes estudios coinciden en líneas generales, sobre cuáles son las causas de suicidios en jóvenes.

En resumen, los estudios demuestran una baja relación entre depresión con respecto a la homosexualidad. No se encuentran fuertes hallazgos en relación a depresión y homosexualidad, por lo que la homosexualidad puede que no sea un factor a la predisposición de la depresión en la persona. Por otra parte, ante la falta de investigaciones realizadas en Guatemala que permitan conocer sobre el tema, se concluye y se discute sobre importancia de estudiar la población homosexual en cuanto a salud mental.

A continuación se presenta la descripción y definición de la teoría a cerca de la depresión, sus causas y la homosexualidad, para fundamentar éste estudio.

1.1. Depresión

1.1.1 Definición

El término depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. Según Cardona (1990) en términos médicos depresión es una enfermedad severa que

ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento.

De acuerdo con Kramlinger (2002) el término depresión en su uso común es vago y tienen diferentes significados, por lo que se recomienda ser cuidadoso al definir y diagnosticar esta enfermedad, ya que sus síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades o atribuirse a otras condiciones como al estrés, problemas de sueño o al exceso de trabajo.

De esa manera Kramlinger (2002) comenta que no hay que confundir la depresión por ocasiones en las que las personas se sienten triste, apesadumbradas o abatidas, pero por corto tiempo. Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más. Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro. Deterioro en la capacidad para funcionar en la vida diaria y requiere de tratamiento médico, psicológico o ambos.

Rubio (2007) considera que la depresión es un estado emocional mórbido que se caracteriza por la afluencia de ideas destructivas y demoledoras sobre la persona y sobre la vida. La persona se sume en una disposición malsana donde incluso falta la actitud necesaria para emprender las obligaciones del día a día. Implica alto grado de sufrimientos y, en los casos severos, afecta a todas las áreas vitales.

De acuerdo con el DSM 5 (2013) el rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno disfórico mayor (incluye el episodio depresivo mayor) , el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra atención médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Según el DSM 5 (2013) el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el efecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las

alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños.

Según la perspectiva cognitiva de Aaron Beck (1967), el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Su entorno lo interpreta en términos de daños y pérdidas, y el futuro lo interpreta acompañado de fracasos y frustraciones. La persona con depresión se siente desesperanza, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarse.

El problema de depresión de acuerdo a Calderón y Narvárez (1999) tiende a aumentar en los próximos años, por los siguientes motivos:

1. El promedio del índice de expectativa de vida está aumentado en los países, por lo que también se ha incrementado el número y porcentaje de personas con mayor riesgo de padecerla.
2. El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente de tensión intenso y creciente como el que se da en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

3. El aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos como el reumatismo, los trastornos gastrointestinales, cerebrovasculares y los problemas neurológicos que, según se ha demostrado, se asocian con depresión en 20% de los casos.
4. El uso creciente de medicamentos, en algunos de los cuales pueden causar depresión, como los antihipertensivos, las fenotiacinas y carios preparados hormonales, como los anticonceptivos orales que un gran número de mujeres consume.

1.1.2. Signos y síntomas de la depresión

Estado de ánimo:

Según Riveros (2007), este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido nota que hay una parte del día en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

Pérdida del interés:

Pérdida de interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar.

Sentimientos de culpa:

De esa manera Riveros (2007) menciona que este tipo de síntoma es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad.

Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso existir alucinaciones auditivas, que los acusen e insulten.

Ideación suicida:

Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede despertar la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es más, él desea que se le

interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas. (Riveros 2007).

Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión:

De acuerdo con Riveros (2007), el insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. Algunos pacientes con depresión pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado) o insomnio terminal (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin tener la necesidad de ir al baño).

Disminución de energía:

El paciente refiere que tiene gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza.

Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica:

Continuando con Riveros (2007), estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico puede evaluar desde la inspección general al

paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc.

Malestares físicos:

Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc.

Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso:

Es frecuente que los pacientes con depresión presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada.

Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo, si la paciente es mujer (anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado, algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz.

A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica (Riveros 2007).

Disminución del deseo sexual:

Se ha notado una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Manifestaciones diversas:

Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber datos obsesivo-compulsivos, es decir, el paciente tiene pensamientos repetitivos que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos (Riveros 2007).

1.2 Homosexualidad

1.2.1 Definición

Siguiendo a Ugarte (2006) vamos a definir la homosexualidad (del griego homós = que significa igual y no proviene de la palabra homo que significa hombre y el latín sexualis) como “la atracción sexual y emocional hacia personas del mismo sexo, que como tal, lleva implícita (aunque no siempre de forma

exclusiva) el deseo sexual, las fantasías eróticas, la vinculación emocional y las conductas sexuales deseadas con personas del mismo sexo”.

Dentro del colectivo homosexual podemos distinguir dos grupos:

Gais: Hombres que son atraídos por otros hombres.

Lesbianas: Mujeres que se sienten atraídas por otras mujeres

1.2.2 Homosexualidad a lo largo de la historia

En distintas culturas y etapas históricas hay una clara evidencia del ejercicio de conductas homosexuales, así como de distintas maneras de percibir la homosexualidad (Karlen, 1971 y Margolis, 2004); sin embargo, al menos desde el Medioevo la comunidad homosexual ha sufrido discriminación y sus miembros han sido condenados a muerte, linchados, masacrados o perseguidos. Hacia el siglo XII, todas las relaciones sexuales fuera del matrimonio fueron prohibidas por la Iglesia católica, para la cual toda actividad sexual no destinada a la reproducción, ya sea en soledad o con otra persona u objeto, era un pecado atroz.

El término “homosexualidad” surgió durante la revocación de la reforma sexual en Alemania a fines del siglo XIX . Posiblemente fue acuñado por el autor austro-húngaro Karl María Kerbeny en 1869, o bien por el médico alemán Benkert en la misma época, de quien se sabe que fue el primero en utilizarlo (Cruz, 1997).

Durante el siglo XIX la gran mayoría de los psicólogos desarrollaron teorías para explicar el origen de la enfermedad homosexual. Muestra de ello es el libro “*Psychopathia Sexualis*” que Richard von Krafft Ebing publicó en 1886 y que denominó la homosexualidad como una perversión sexual heredada.

Según García (2013), uno de los autores que más reflexionó acerca de este tema fue Sigmund Freud. Caracterizó la homosexualidad como resultante de un conflicto durante el desarrollo de la identidad sexual en el que el hombre (los autores de la época se refieren, en su gran mayoría, a hombres) se identifica con el sexo contrario y comienza a sentir atracción por los hombres muy masculinos.

No fue hasta casi dos décadas (en 1990) después de que la APA retirara la homosexualidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) la eliminó de su lista de enfermedades mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE), del cual se profundiza más adelante en esta investigación.

A lo largo de la historia se han llevado a cabo diferentes métodos para tratar la homosexualidad entre estos esta la terapia reparativa, la terapia psicoanalítica, tratamientos eméticos, tratamientos hormonales, tratamientos médicos, cirugía cerebral y terapias religiosas y morales. (García 2013).

Continuando con García (2013), uno de los defensores más acérrimos de este tipo de terapias es Richard Cohen, este psicoanalista ha escrito diversos libros entre los que se encuentra el polémico “Comprender y sanar la homosexualidad” (2004, año de publicación). En el que da orientaciones sobre cómo curar y reconvertir a las personas que sienten Atracción por el Mismo Sexo (AMS), que es la forma que desde la Iglesia Católica se refieren a la homosexualidad.

En la misma línea y como resultado de un congreso en Roma en el año 2008, el Vaticano ha publicado el libro Amar en la diferencia. Las formas de la sexualidad y el pensamiento católico, en el que se considera la homosexualidad como una patología a erradicar.

La Asociación Americana de Psicología (APA), en el año 2000 se vio obligada a firmar una declaración en la que expresaba que no existe una evidencia científica que apoye la terapia reparativa para modificar la orientación sexual, por lo que no se incluye como tratamiento psiquiátrico.

1.2.3. DSM y homosexualidad

En 1952 se publicó la 1ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) con la intención de homologar las distintas clasificaciones de enfermedades mentales existentes hasta ese momento. En este documento, la APA incluyó a la Homosexualidad como una categoría de enfermedad mental, basándose en

teorías sin evidencia científica, que proponían una supuesta conexión entre la homosexualidad y algunas formas de desajuste psicológico, y la idea que ésta era necesariamente el síntoma de una enfermedad mental (APA, 2002).

En la 2ª versión de este manual (DSM-II), publicada en 1973, se eliminó la homosexualidad como categoría diagnóstica de la sección de “Desviaciones Sexuales” (APA, 1973). Esto sucedió en base a evidencia científica emergente y animada por numerosas manifestaciones de la comunidad homosexual, surgidas en Estados Unidos a partir del año 1969, donde se reclamaba por el trato discriminatorio del que eran víctimas (APA, 2002).

En 1970, las protestas lideradas por el “Frente de Liberación Homosexual” fueron dirigidas específicamente hacia los psiquiatras de la APA, quienes se habían basado en teorías psicológicas, sin evidencia científica, para incluir la homosexualidad en la clasificación de los trastornos mentales (Sánchez, 2004).

Aquellos grupos conservadores, que hasta hoy critican la decisión de la APA, aseguran que el cambio de postura de la misma fue el resultado exclusivo de la presión política de grupos activistas; desconociendo que la investigación no ha encontrado relación inherente entre orientación homosexual o bisexual y psicopatología (APA, 2002) y omitiendo que la inclusión de la homosexualidad en estos manuales fue sustentada por teorías y nociones valóricas, sin basamento científico alguno.

Como hemos visto, es innegable la presión política ejercida durante ese período por los grupos de activistas. Sin embargo, la decisión tomada en ese momento ha sido confirmada en todas y cada una de las siguientes ediciones del DSM y se ha hecho extensiva a numerosas asociaciones del ámbito médico. Así, en 1974, la APA confirmó oficialmente su decisión de eliminar la Homosexualidad del DSM II con una mayoría simple (58%) de los miembros generales, quienes decidieron sustituir este diagnóstico por la categoría de “Perturbaciones en la Orientación Sexual”.

Igualdes (2012) nos indica que posteriormente, en 1980, en la 3ª edición de este manual (DSM-III), se produjo una evolución generalizada donde se reemplazó el modelo psicoanalítico con base teórica de la enfermedad por el modelo descriptivo basado en la evidencia. En esta edición se incluyó el diagnóstico de “Homosexualidad Egodistónica”, refiriéndose al persistente e intenso malestar sobre la orientación sexual propia. Este último diagnóstico fue definitivamente eliminado en 1986 de la versión revisada de esa misma publicación (DSM-III R) (APA, 1988).

Esta situación fue confirmada en el año 1994 en la 4ª edición (DSM-IV) (APA, 1995) y en el año 2000 en la versión revisada de la misma edición (DSM-IV TR) (APA, 2001).

Es así como en la actualidad, la APA cataloga el persistente e intenso malestar sobre la orientación sexual propia, en heterosexuales y homosexuales, como uno de los llamados “trastornos sexuales no especificados”.

A partir del año 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plegó a la iniciativa de excluir la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (OMS, 1992) (OPS, 2006). Así, la décima versión de esta clasificación (C.I.E. – 10), eliminó definitivamente a la homosexualidad de sus manuales. Esta iniciativa ha sido seguida por gobiernos y numerosas organizaciones científicas de países desarrollados, tales como: la Asociación Psicoanalítica Americana en 1991 (APA, 2009), el gobierno del Reino Unido en 1994, el Ministerio de Salud de la Federación Rusa en 1999 y la Sociedad China de Psiquiatría en 2001 y la Asociación de Trabajadores Sociales en 2003 (APA, 2009).

Puestos los antecedentes sobre la mesa, parece absurdo seguir insistiendo en considerar la homosexualidad como una enfermedad o trastorno mental.

1.2.4 Homosexualidad en la actualidad

Obando (2003) menciona que debido a la falta de conocimiento del tema de la homosexualidad, provoca generalmente la falta de tolerancia a dicho grupo, lo cual se hace evidente día con día, en los diferentes lugares a los cuales concurren, siendo ridiculizados, amenazados en diferentes formas, rechazando así su presencia, considerándolos como personas que pervierten a otras personas, se les veda tener acceso a los mismos servicios que pueda tener una persona heterosexual y tampoco tener un sentimiento por otra persona.

En Guatemala, al igual que muchos países latinoamericanos, la literatura educativa sobre la homosexualidad es muy reducida, fenómeno que produce que muchos jóvenes homosexuales desconozcan su verdadera identidad y como asumir su preferencia ante el desafío que presentan las sociedades costumbristas, lo cual produce una inmensa represión psicológica y social, no permitiéndole desarrollarse en forma integral durante su vida.

De acuerdo con Pérez (2012), la homosexualidad es un tema que cada día que pasa está tomando más auge, debido a que cada día hay más personas que se declaran con preferencias sexuales distintas, en este caso a homosexuales. Pero que dentro de la sociedad es algo que todavía no es aceptado del todo, ya que todavía se manejan tabúes y un gran rechazo a este grupo que está integrado a la sociedad, de una u otra manera.

Chaire (2009), señala que la homosexualidad es una tendencia sexual predominante y persistente por una persona del mismo sexo. La homosexualidad, no está determinada por la conducta, ya que hay personas heterosexuales que tengan comportamientos homosexuales sin que esto modifique la preferencia sexual. En la actualidad hay tanta propaganda hacia este tipo de preferencia sexual que es imposible cerrar los ojos a esta realidad y es por eso que es fundamental que las personas heterosexuales traten de entender a esta comunidad de personas.

La discusión respecto de la igualdad de derechos de la Comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgéneros (LGBT) ha tomado fuerzas insospechadas durante los últimos años. A estas alturas podría plantearse que no caben dudas de que la homosexualidad no es una enfermedad; sin embargo, algunos grupos de poder persisten dudando de los argumentos planteados al respecto por las organizaciones más relevantes del mundo científico.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación trabajó el tema de depresión en homosexualidad con jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de edad de la Ciudad de Guatemala. Rubio (2007), menciona que la depresión es un estado emocional mórbido que se caracteriza por la afluencia de ideas destructivas y demolidoras sobre la persona y sobre la vida. La persona se sume en una disposición malsana donde incluso falta la actitud necesaria para emprender las obligaciones del día a día. Implica alto grado de sufrimientos y, en los casos severos, afecta a todas las áreas viales.

En los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica (Arrivillaga 2004).

Chaire (2009), señala que la homosexualidad es una tendencia sexual predominante y persistente por una persona del mismo sexo. La discusión respecto de la igualdad de derechos de la comunidad homosexual ha tomado fuerza insospechada durante los últimos años. A estas alturas podría plantearse que no caben dudas de que la homosexualidad no es una enfermedad; sin embargo, algunos grupos de poder persisten dudando de los argumentos planteados al respecto por las organizaciones más relevantes del mundo científico.

Ante la problemática de la persona homosexual y la aceptación en la sociedad surgió la interrogante de la relación entre homosexualidad y depresión de la presente investigación.

La importancia de éste estudio recae en la información aportada sobre el tema para investigaciones futuras o instituciones que trabajen el tema, ya que es un tema poco estudiado en la sociedad guatemalteca.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general:

Estudiar los niveles de depresión en jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Describir los niveles de depresión en jóvenes homosexuales de sexo masculino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala.
- Describir los niveles de depresión en jóvenes homosexuales de sexo masculino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.
- Describir los niveles de depresión en jóvenes homosexuales de sexo femenino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala.
- Describir los niveles de depresión en jóvenes homosexuales de sexo femenino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

2.2. Elemento de estudio

Depresión

2.3 Definición de elemento de estudio:

2.3.1 Definición conceptual de variable:

Según la perspectiva cognitiva de Aaron Beck (1967), el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como tríada cognitiva. El paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Su entorno lo interpreta en términos de daños y pérdidas, y el futuro lo interpreta acompañado de fracasos y frustraciones. La persona con depresión se siente desesperanza, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarse.

2.3.2 Definición operacional de variable:

Los resultados que describieron los niveles de depresión y la tendencia depresiva en jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala, se obtuvieron a través del Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Por medio de las puntuaciones se obtuvieron los niveles de depresión siendo estos: nivel mínimo, leve, moderado y severo.

2.4 Alcances y límites:

Se trabajó con jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la ciudad de Guatemala. Con los resultados obtenidos se pudo ampliar la visión en cuanto a la relación entre depresión y homosexualidad.

Dentro de los límites se puede mencionar la dificultad para lograr el contacto directo para poder reunirse con los sujetos. Como también el tabú social sobre homosexualidad que pudo interferir en el acercamiento a su experiencia real. Así mismo los resultados son representativos únicamente de la muestra de participantes evaluados.

2. 5 Aporte:

Por medio de esta investigación, se buscó aportar información y material de apoyo para futuras investigaciones en relación al tema, para todo aquel que quiera indagar en depresión y homosexualidad. También se buscó ser fuente de ayuda y apoyo para jóvenes que estén afectados por éstos factores y ampliar una visión sobre la depresión en las personas homosexuales. Así mismo, se realizó un afiche informativo que ayuda a jóvenes homosexuales que se puedan ver afectados por factores mencionados en la presente investigación.

III. METODO

3.1. Sujetos

Los sujetos con los que se trabajó fueron 25 jóvenes hombres y 25 jóvenes mujeres que hayan aceptado su homosexualidad, entre 20 y 30 años, de diversas condiciones socioeconómicas. La muestra se conformó por 50 personas declaradas gay de la Ciudad de Guatemala.

El que sean guatemaltecos entre 20 y 30 años de edad y homosexuales fue el único criterio para formar parte de este estudio. No se tomaron en cuenta aspectos culturales o religioso de los mismos, ni tampoco profesión; debido a que se trabajó únicamente con el factor homosexualidad para los resultados.

SUJETOS	EDAD	GÉNERO
1	21	Masculino
2	24	Masculino
3	21	Masculino
4	21	Masculino
5	24	Masculino
6	24	Masculino
7	22	Masculino
8	21	Masculino
9	24	Masculino

10	24	Masculino
11	24	Masculino
12	21	Masculino
13	21	Femenino
14	22	Femenino
15	24	Femenino
16	24	Femenino
17	22	Femenino
18	22	Femenino
19	23	Femenino
20	21	Femenino
21	21	Femenino
22	24	Femenino
23	24	Femenino
24	24	Femenino
25	21	Femenino
26	29	Masculino
27	27	Masculino
28	27	Masculino
29	27	Masculino
30	29	Masculino
31	29	Masculino
32	27	Masculino
33	27	Masculino

34	26	Masculino
35	26	Masculino
36	26	Masculino
37	26	Masculino
38	27	Masculino
39	29	Femenino
40	29	Femenino
41	29	Femenino
42	28	Femenino
43	27	Femenino
44	27	Femenino
45	27	Femenino
46	26	Femenino
47	29	Femenino
48	29	Femenino
49	27	Femenino
50	26	Femenino

Fuente propia 2017

3.2. Instrumento

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión.

El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo con esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck 1988).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

La prueba puede ser aplicada en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos.

3.3. Procedimiento

Para llevar a cabo ésta investigación se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Se seleccionó el tema
- Se presentó el planteamiento del problema

- Se recabó información teórica y de investigaciones previas con relación al tema, con el objetivo de respaldar el estudio.
- Se inició el trabajo de campo contactando a cada sujeto.
- Se le explicó a cada participante las instrucciones para realizar el Inventario de Depresión de Beck.
- Una vez pasadas las pruebas, se calificaron.
- Se realizó la discusión de los resultados
- Se elaboraron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.
- Por último se presentó el afiche informativo, como uno de los aportes de la investigación.

3.4. Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

La investigación es cuantitativa. Monje (2011), describe que la investigación cuantitativa se inspira en el positivismo. Este enfoque investigativo plantea la unidad de la ciencia, es decir, la utilización de una metodología única que es la misma de las ciencias exactas y naturales, este concepto se basa en Bonilla (1997). El propósito de una investigación cuantitativa es buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en los mismos, esto es, hallar leyes generales que explican el comportamiento social. Con esta finalidad la ciencia debe valerse exclusivamente de la observación directa, de la comprobación y la experiencia.

El conocimiento debe fundarse en el análisis de los hechos reales, de los cuales debe realizar una descripción lo más neutra, lo más objetiva y lo más completa posible.

Continuando con Monje (2011), el positivismo rechaza toda proposición cuyo contenido no esté directa o indirectamente en correspondencia con los hechos comprobados, refutando todo juicio de valor. Lo que importa para el positivismo es la cuantificación, la medición. A través de cuantificar y medir una serie de repeticiones, es que se llega a formular las tendencias, a plantear nuevas hipótesis y construir las teorías, todo fundamentalmente, a través del conocimiento cuantitativo.

Para el análisis estadístico de los resultados, se presentaron gráficas y porcentajes que manifiestan los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck.

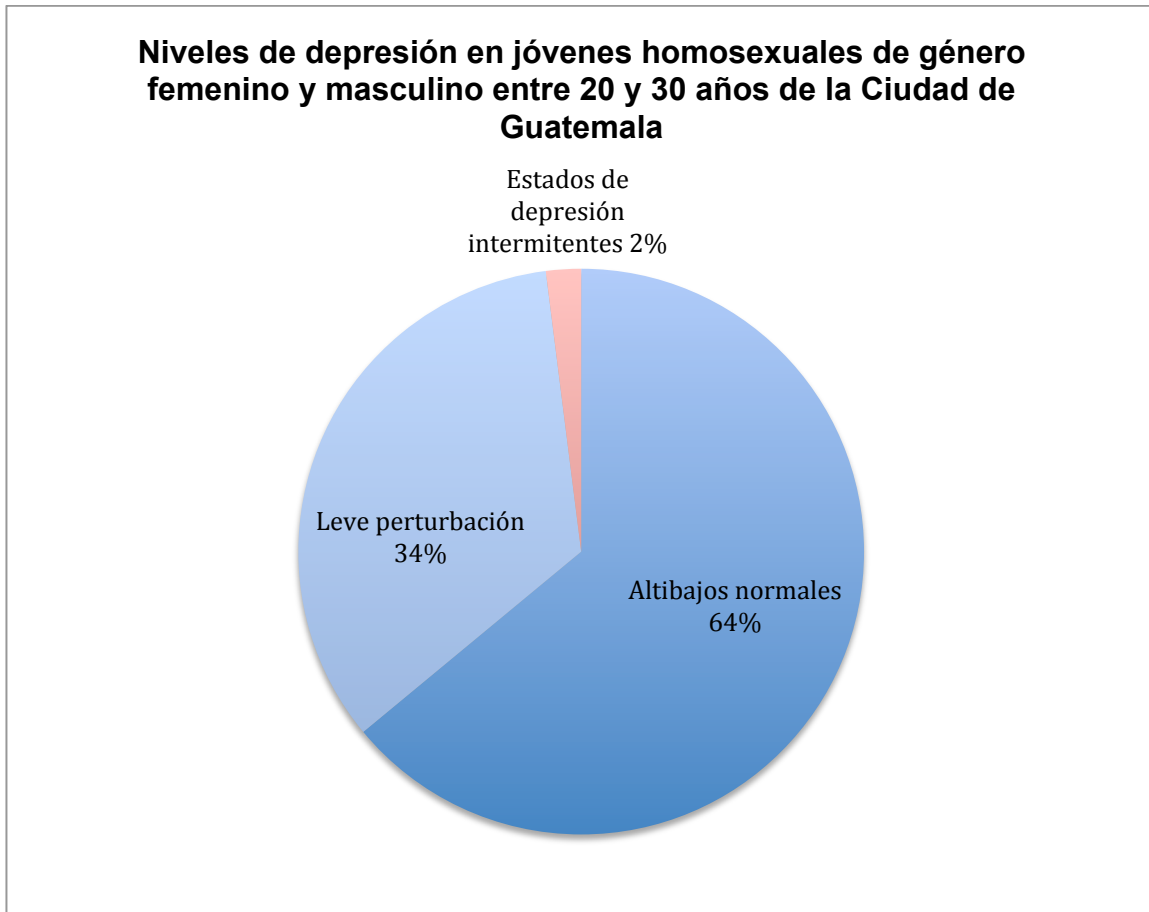
IV. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de investigación. La información se obtuvo a través del test Escala de Depresión de Beck (IDB). Los resultados se analizaron en relación a la guía para la interpretación del inventario de Beck. Se realizó dicho test a 50 jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

De acuerdo a la guía para la interpretación del inventario de depresión de Beck, se presentan los resultados cuantitativos del estudio.

Puntuación	Sujetos	Nivel de depresión
1-10	32	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	17	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	1	Estados de depresión intermitentes
21-30	0	Depresión moderada
31-40	0	Depresión grave
+ 40	0	Depresión extrema

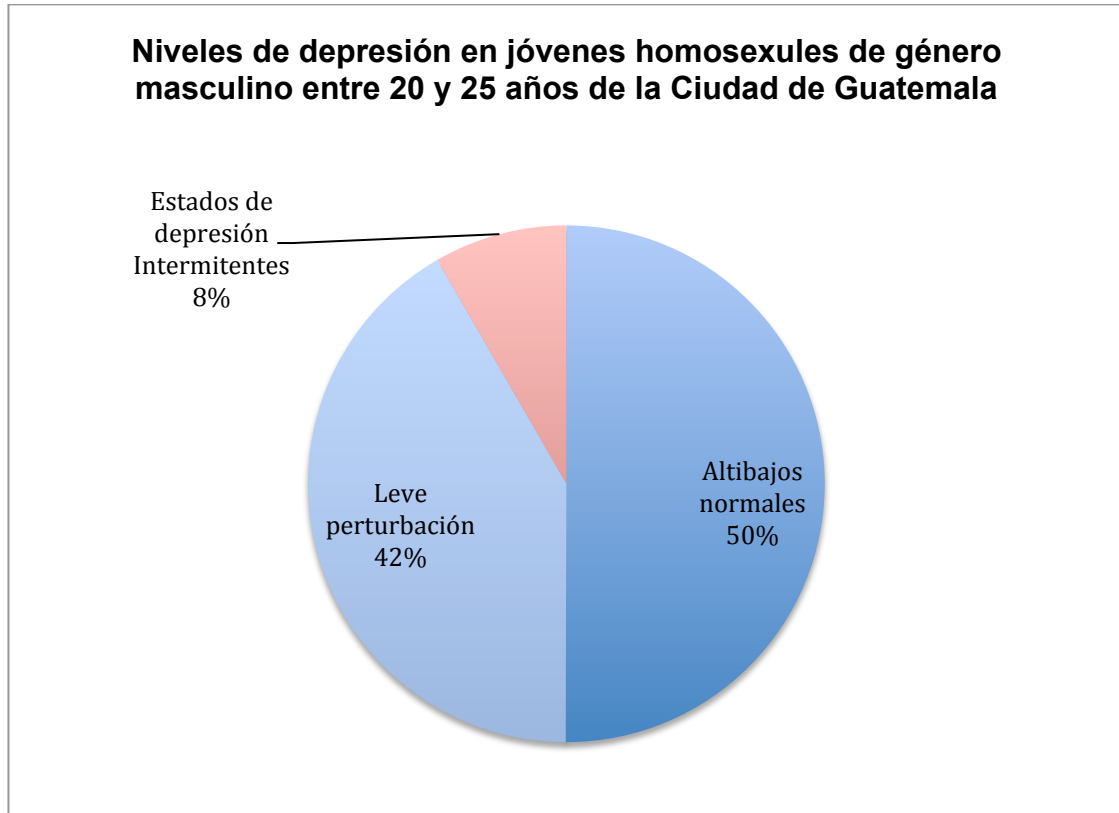
Gráfica 1



Fuente propia 2017

Según los resultados obtenidos en la gráfica anterior se puede observar que el 64% de los jóvenes homosexuales de género masculino y femenino entre 20 y 30 años muestran altibajos considerados normales. El 34% muestran una leve perturbación del estado de ánimo y únicamente el 2% muestran estados de depresión intermitentes.

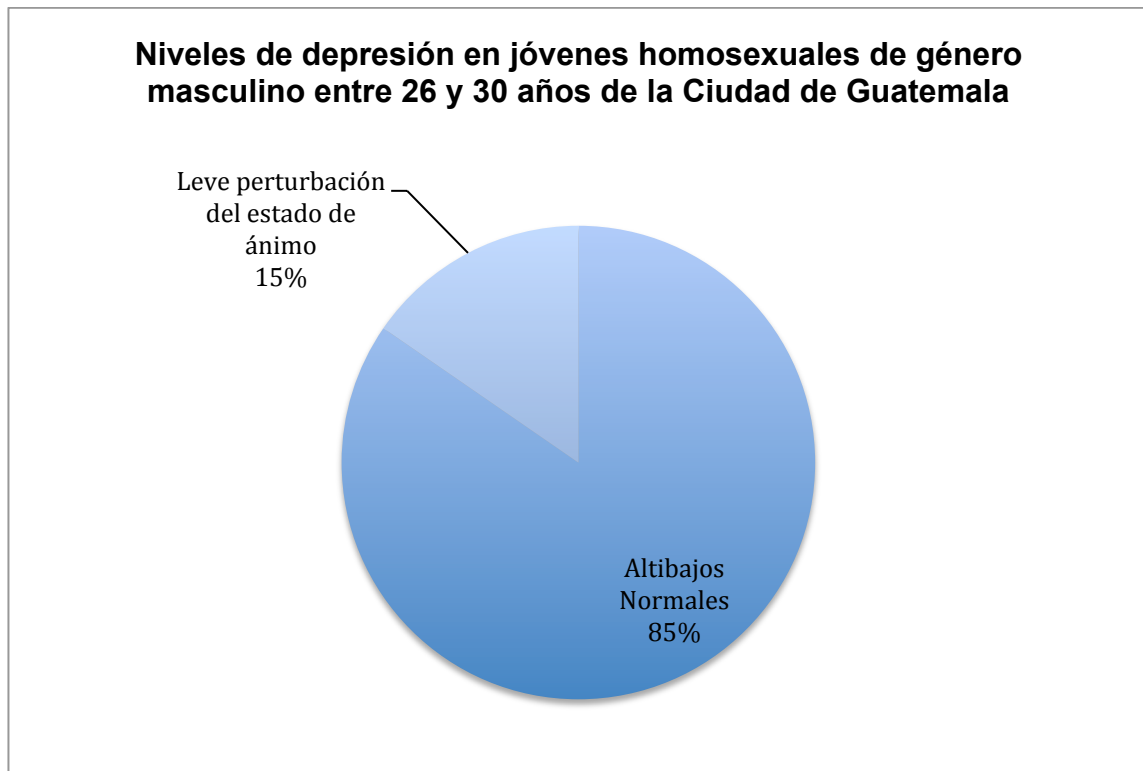
Gráfica 2



Fuente propia 2017

Según los resultados obtenidos en la gráfica anterior se puede observar que el 50% de los jóvenes homosexuales de género masculino entre 20 y 25 años muestran altibajos considerados normales. El 42% muestran una leve perturbación del estado de ánimo y únicamente el 8% muestran estados de depresión intermitentes.

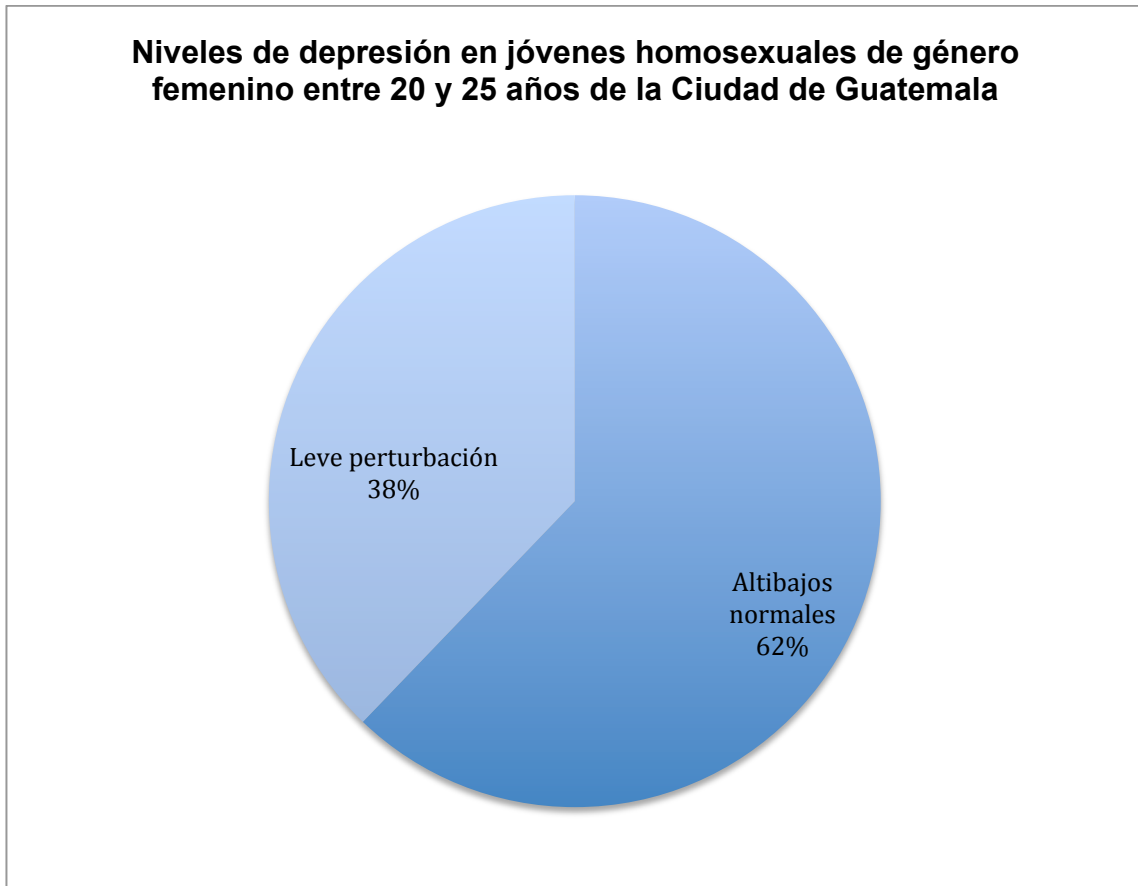
Gráfica 3



Fuente propia 2017

Según los resultados obtenidos en la gráfica anterior se puede observar que el 85% de los jóvenes homosexuales de género masculino entre 26 y 30 años muestran altibajos considerados normales. Y el 15% muestran una leve perturbación del estado de ánimo.

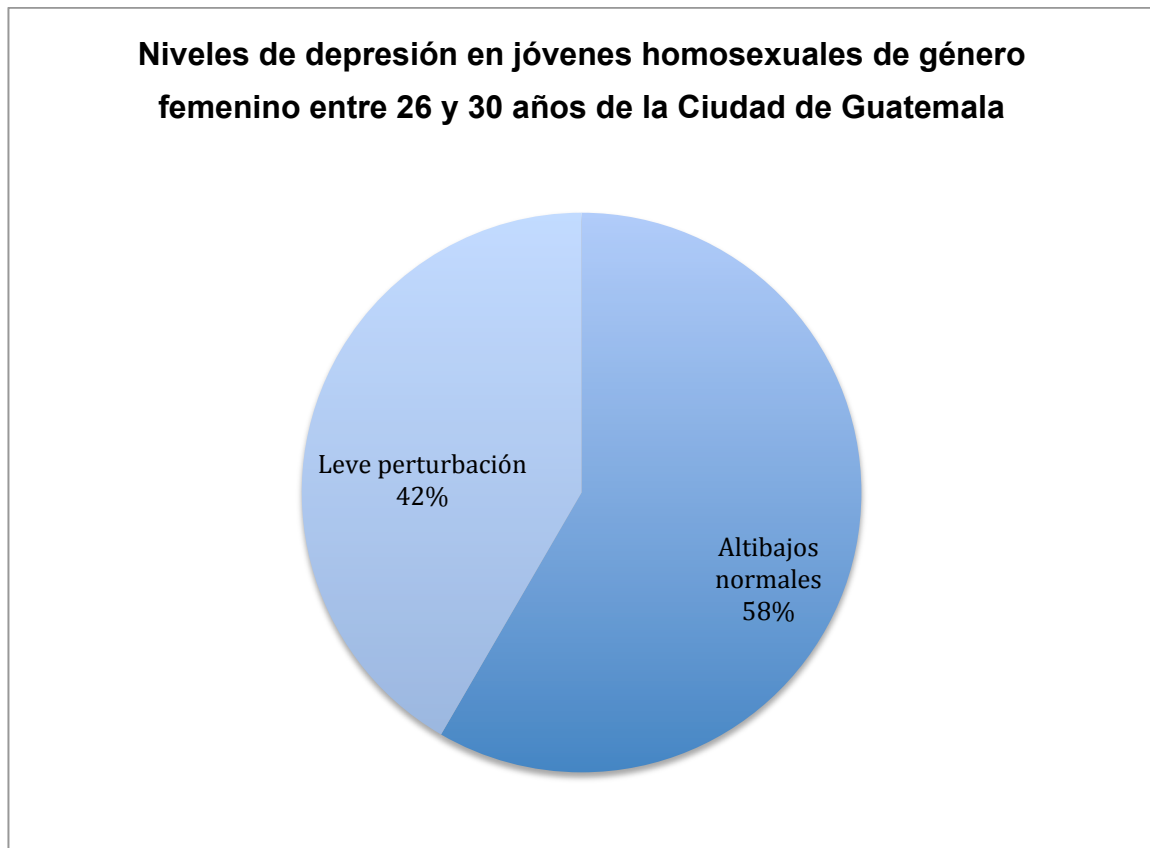
Gráfica 4



Fuente propia 2017

Según los resultados obtenidos en la gráfica anterior se puede observar que el 62% de los jóvenes homosexuales de género femenino entre 20 y 25 años muestran altibajos considerados normales. Y el 38% muestran una leve perturbación del estado de ánimo.

Gráfica 5



Fuente propia 2017

Según los resultados obtenidos en la gráfica anterior se puede observar que el 58% de los jóvenes homosexuales de género femenino entre 26 y 30 años muestran altibajos considerados normales. Y el 42% muestran una leve perturbación del estado de ánimo.

Los resultados expuestos con anterioridad demuestran que los jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala presentan un rasgo mínimo de depresión. Se pudo determinar que en los jóvenes de género masculino hay una leve incidencia a tener estados de depresión intermitentes. Así mismo se pudo determinar que

en las jóvenes de género femenino los resultados son más estables y presentaron únicamente altibajos del estado de ánimo normales y una leve perturbación del estado de ánimo. Por lo tanto se pudo concluir que no existe una perturbación significativa del estado de ánimo, ni depresión moderada, grave o extrema en los jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar los niveles de depresión en jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala. Se trabajó con 25 jóvenes hombres y 25 jóvenes mujeres que hayan aceptado su homosexualidad. Se obtuvieron los resultados por medio del test de Escala de Depresión de Beck (DBI). Después de analizar los resultados se concluyó que no existe depresión en los jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

Varios autores se han interesado en investigar la interrogante de la relación entre homosexualidad y depresión. Pérez (2012), realizó una investigación con el objetivo de determinar cómo influye la tendencia depresiva y suicida en la homosexualidad. Los resultados se analizaron a través del test IDB, prueba psicométrica que consta de 21 ítems que sirve para evaluar el estado depresivo en que se encuentra el individuo en diferentes ámbitos y situaciones.

Se llegó a la conclusión de que el rasgo depresivo que presentan es mínimo por lo que la homosexualidad pueda que no sea un factor a la predisposición de la depresión en la persona. Estos resultados son similares a los obtenidos en la presente investigación; ya que no se encontraron rasgos de depresión en los jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

Así mismo, Hernández (2005), mencionó que en estudios realizados en países industrializados han mostrado que las formas de prejuicio que enfrenta la población homosexual pueden tener efectos negativos en su salud mental ya que, en comparación con los heterosexuales, presentan prevalencias más altas de consumo de alcohol y otras drogas, ideación e intento de suicidio y trastornos mentales. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos que tiene la internalización de la opresión por parte de la población homosexual en el riesgo de presentar los daños a la salud mental.

Por medio de un cuestionario a 506 persona homosexuales, se evaluaron formas de opresión internalizada y cinco daños a la salud. Los resultados del estudio mostraron que la población homosexual tiene problemas de salud importantes como la ideación y el intento suicida así como también el alcoholismo en el caso de las mujeres.

Al comparar los resultados del estudio con los del presente estudio se puede inferir que dentro de los efectos negativos a la salud mental de la muestra de personas homosexuales estudiadas no se encuentra la depresión por lo que este no es un signo de alerta en la salud mental en las personas homosexuales. La prevalencia de trastornos se inclina más hacia la ideación suicida, problemas con alcohol y drogas. Esto concuerda con los hallazgos de esta investigación que no encontró rasgos determinantes de conducta depresiva en la muestra.

Antiño (2004) realizó una investigación sobre suicidio y depresión en jóvenes homosexuales en Argentina. Estudió la relación del incremento de suicidios y depresión. Los resultados evidenciaron que las causas de muerte se dan por eventos de intención no determinada (747 casos). Causas externas de traumatismos accidentales (711 casos) y Accidente de tráfico de vehículo de motor (585 casos). La referencia a todas estas causas es por considerarlas importantes, ya que pueden llegar a tener vinculación con la homosexualidad, principalmente en una homosexualidad que no haya sido aceptada por el individuo. Antiño cita a Durkheim (2000:171) el cual considera que en caso de la homosexualidad la depresión se enmascara en características propias del modelo masculino hegemónico, como lo es incremento en la tarea laboral, ocultamiento emocional, ira, negación de la debilidad, aislamiento silencioso.

Al no poder ser diagnosticadas a tiempo, la depresión culmina manifestándose en intoxicación por drogas y alcohol, accidentes de circulación, suicidio, entre otros. Esta investigación comparada con la anterior de Hernández (2005), muestra que ambos trabajos coinciden en que los signos de alerta en las personas homosexuales se inclina más hacia un abuso de drogas, alcohol y suicidio. Estos hallazgos pueden indicar la existencia de síntomas depresivos que no son evidentes y que por lo tanto requieren de un trabajo psicoterapéutico a profundidad.

Al comparar los rasgos de depresión entre hombres y mujeres Durkheim (2000:171) considera que la mujer es menos víctima del suicidio y

depresión, por vivir más que el hombre fuera de la vida común, y por lo tanto es menos penetrada por ésta. A la mujer la sociedad le es menos necesaria porque está menos impregnada de sociabilidad. En la misma línea, Artiño (2004) menciona que el incremento de suicidios en los últimos años se evidencia en el grupo de mayor riesgo, los varones. Estos datos se acercan a los resultados de esta investigación ya que se pudo observar que en los jóvenes de género masculino hay una leve incidencia a tener estados de depresión intermitentes. En las jóvenes de género femenino los resultados son más estables y presentaron únicamente altibajos del estado de ánimo normales y una leve perturbación del estado de ánimo. Por lo que coinciden en que el género más susceptible hacia el suicidio y depresión, así como también abuso de drogas y alcohol, es el masculino.

En conclusión, comparando las investigaciones expuestas sobre depresión en jóvenes homosexuales se encontró que este no es un factor de salud mental importante. Los jóvenes expresan sus conflictos por otros medios como el abuso de drogas y alcohol. Sin embargo autores como Durkheim (2000:171) y Artiño (2004), coinciden que los jóvenes de sexo masculino son más vulnerables a experimentar síntomas depresivos.

VI. CONCLUSIONES

- Los jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala presentan un resultado bajo en la Escala de Depresión de Beck indicando únicamente rasgos mínimos de depresión. Por lo que se puede concluir que no hay evidencia de depresión en los jóvenes homosexuales entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.
- En los jóvenes de sexo masculino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala se pudo determinar que hay más incidencia a tener estados de depresión Intermitentes.
- En los jóvenes homosexuales de sexo masculino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala se pudieron observar resultados estables, dando como resultados altibajos normales del estado de ánimo y en un porcentaje menor una leve perturbación del estado de ánimo.
- En las jóvenes de sexo femenino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala se pudo concluir que no existe depresión. No hay incidencia de síntomas depresivos en este rango.
- En las jóvenes de sexo femenino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala se puede concluir que al igual que las jóvenes entre 20 y 25 años no existe depresión. Los resultados son estables puntuando únicamente altibajos normales y leve perturbación en el estado del ánimo.
- Se pudieron observar resultados más estables en las jóvenes de sexo femenino, en comparación a los resultados de sexo masculino.

- No existe depresión en los jóvenes homosexuales evaluados, por lo tanto se concluye que en la presente la depresión no se encuentra relación entre homosexualidad y depresión,

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los estudiantes de psicología investigar la ideación suicida, drogadicción y alcoholismo en jóvenes homosexuales, más que los síntomas depresivos.
- Indagar más en el bienestar psicológico de jóvenes homosexuales. Elaborar un estudio enfocado en el bienestar psicológico de homosexuales que han aceptado su preferencia sexual.
- Los resultados obtenidos de la presente investigación fueron a través de jóvenes homosexuales los cuales ya aceptaron su sexualidad, por lo que se recomienda investigar la relación depresión y homosexualidad en casos en donde aún no se haya aceptado la preferencia sexual. Y brindarles ayuda para que acepten su preferencia sexual, ya que esto les ayudaría a superar de forma positiva los problemas emocionales y les permitiría expresar su sexualidad.
- Realizar un estudio para verificar la depresión enmascarada en poblaciones similares a la de este estudio.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013), Los trastornos depresivos. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición.
- American Psychiatric Association (1988). DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 3ª edición.
- American Psychiatric Association (1995), DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición.
- Ardila, R. (1998). Homosexualidad y psicología. El manual Moderno. México.
- Arrivillaga Q. (2004), Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Universitas Psychologica, Vol 3. Bogotá, Colombia.
- Artiñano, N. (2004), El suicidio en jóvenes homosexuales. Revista de temas sociales. San Luis, Argentina.
- Calderón, G. (1999). Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México.
- Cardona-Pescador, J. (1990). La depresión. Madrid España. Dossat.
- Chaire, O. (2009). El mayor de los suicidios. Recuperada de: www.articuloz.com/politica-articulos/el-mayor-de-los-suicidios-333347.html.
- Fernández, M. (2014), Prejuicio y distancia social hacia personas homosexuales por parte de jóvenes universitarios. Puerto Rico.
- García, A (2013). La homosexualidad en la sociedad actual. Trabajo final educación social. España.

Girón, M. (2012). Tolerancia en estudiantes universitarios hacia la homosexualidad. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Hernández, L. (2005), influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. Ciudad de México.

Hoyo, M. (2014), Estos son los síntomas de una depresión El Periódico edición electrónica Guatemala C.A. recuperada de <http://www.elperiodico.com.gt/es/20140813/salud/314/Estos-son-loss%C3%ADntomas-de-una-depresi%C3%B3n.htm>

Igualdes (2012), La homosexualidad. Recuperado de: <https://www.iguales.cl/la-homosexualidad-nunca-debio-haber-sido-incluida-en-las-clasificaciones-internacionales-de-las-enfermedades/>

Kramlinger, K., (2002). Guía de la clínica mayo sobre depresión. Barcelona: Plaza Janés.

Mayo, A.. (2014). Estudio sobre genes y cromosomas que influyen en orientación sexual. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/11/17/indica-estudio-que-genes-en-cromosoma-x-influyen-en-orientacion-sexual-8644.html>

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Colombia.

Obando, M., (2003). Homosexualidad un problema de discriminación social. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Pérez, L., (2012). Tendencia depresiva y suicida en el homosexual. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

- Pineda, R. (2013). Revista colombiana de psiquiatría. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629822006>
- Pollit, AM. Russel, S (2015). Depresión y orientación durante adolescencia.
Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/314100990_psiquiatria_universitaria_413_sintomatologia_clinica_en_adolescentes_chilenas_heterosexuales_y_homosexuales
- Riveros, Q. Hernández, H. Rivera. J (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Revista de investigación en psicología. Vol. 10. Lima, Perú.
- Rubio, E. (2007). La vida, paso a paso. Psicología para todas las edades. España.
- Samayoa, C. (2009). Actitud de los estudiantes de psicología clínica ante el paciente homosexual que asiste a psicoterapia. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala, Guatemala
- Sánchez, C (2004) Obstáculos y alternativas políticas del movimiento homosexual en Chile. FLACSO-Chile/Red de Masculinidades/UNFPA. Varones: entre lo público y la intimidad, IV Encuentro de Estudios de Masculinidades, Santiago, Chile
- Soto, O (2009). Depresión Pág. Cooperación Alemana, Periódico el Quezaltenango, Quetzaltenango. Guatemala
- Torres, L. (2006), Factores psicosociales de la depresión. Ciudad de La Habana, Cuba.


Ugarte Pérez, J. (2006). Sin derramamiento de sangre: un ensayo sobre la homosexualidad. Madrid.

IX. ANEXOS

10.1. ANEXO 1


AFICHE

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?



ENFERMEDAD GRAVE Y COMÚN QUE AFECTA FÍSICA Y MENTALMENTE


La depresión es un problema de salud pública, un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, desesperanza ira o frustración interfieren con la vida diaria de la persona, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito laboral, social u otras áreas de la persona afectada.



Tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más. Presenta síntomas específicos, relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión del futuro.

Algunos de los síntomas son:

- Pérdida del interés, ideación suicida, trastornos del sueño, disminución de energía, alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso.



10.2. ANEXO 2

TABLAS

TABLA 1

Niveles de depresión en jóvenes homosexuales de género femenino y masculino entre 20 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

Porcentaje	Sujetos
64%	32
34%	17
2%	1
Total	50

TABLA 2

Niveles de depresión en jóvenes homosexuales de género masculino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala.

Porcentaje	Sujetos
50%	6
42%	5
8%	1
Total	12

TABLA 3

Niveles de depresión en jóvenes homosexuales de género masculino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

Porcentaje	Sujetos
85%	11
15%	2
Total	13

TABLA 4

Niveles de depresión en jóvenes homosexuales de género femenino entre 20 y 25 años de la Ciudad de Guatemala.

Porcentaje	Sujetos
62%	8
38%	5
Total	13

TABLA 5

Niveles de depresión en jóvenes homosexuales de género femenino entre 26 y 30 años de la Ciudad de Guatemala.

Porcentaje	Sujetos
58%	7
42%	5
Total	12