

ETIOLOGÍA SOCIAL DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES LESBIANAS, GAY Y BISEXUALES: UNA REVISIÓN*

SOCIAL ORIGIN OF THE SUICIDE ATTEMPTS IN ADOLESCENTS AND LGB POPULATION: A REVIEW

Recibido: 24 de septiembre de 2012/Aceptado: 18 de abril de 2013

CARLOS ALEJANDRO PINEDA ROA**

Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Villavicencio - Colombia

Key words:

Suicide risk, Social factors,
Teen and youth LGB.

Palabras clave:

Riesgo suicida, Factores sociales,
Jóvenes y adolescentes LGB.

Abstract

This review paper aims to support the thesis of the social origin of the various factors associated with suicidal ideation and suicide attempts in the adolescent and young adult LGB population. Presented and discussed are several studies that explain the increased risk of suicide in this population compared with studies in heterosexual adolescents and young adults. Several of these studies analyze the role of social factors such as educational background and family support, legal framework among others, psychoactive substance use, alcohol abuse, depression, anxiety, stress, age, disclosure of sexual orientation (coming out), ethnicity, impact of being diagnosed with HIV/AIDS, and cultural nature, as is in the case of religion. We conclude by placing suicide risk factors in LGB people, and not as currently presented, as closely associated with individual factors of psychopathology order.

Resumen

El presente artículo de revisión pretende apoyar la tesis sobre el origen social de los diversos factores asociados a ideación e intento de suicidio en la población adolescente y de adultos jóvenes LGB. Se presentan y discuten diversos estudios que explican el mayor riesgo de suicidio en dicha población al compararse con estudios realizados en adolescentes y adultos jóvenes heterosexuales. Varios de estos trabajos analizan el papel que cumplen los factores sociales, como el contexto educativo, el apoyo familiar, el marco jurídico, entre otros; los factores de tipo psicológico, como el consumo de sustancias psicoactivas, abuso de alcohol, depresión, ansiedad, estrés, edad de la revelación de la orientación sexual, etnia, impacto de recibir el diagnóstico por VIH/SIDA, y de tipo cultural, como el caso de la religión. En conclusión, se termina situando los factores de riesgo suicida de personas LGB en el plano social, y no, como suele ocurrir hoy, limitándolos a aspectos individuales de orden psicopatológico.

Referencia de este artículo (APA):

Pineda, C. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. En *Psicogente*, 16(29), 218-234.

* Esta publicación se deriva del proyecto del autor sobre Prevención del suicidio en minorías sexuales. Agradecimiento a la Fundación para el Avance de la Psicología, Bogotá, Colombia por la financiación parcial.

** Docente tiempo completo Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Villavicencio; Maestrante Universidad El Bosque, Bogotá.
Email: alejandropineda2001@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Antes de analizar en detalle la literatura sobre los factores de riesgo en relación con intento de suicidio en personas LGB, es importante precisar dos conceptos: *Factor de riesgo* y *Factores protectores*.

Factores de riesgo. Se entiende por estos “las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que aumentan la probabilidad de experimentar o sufrir un daño” (Burak, 1999, p. 3).

Factores protectores. Son aquellos que, aún en presencia de riesgo elevado, reducen la probabilidad de un desenlace fatal o, más precisamente, “características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo” (Burak, 1999; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008, p. 145).

Tanto los factores de riesgo como los protectores son moduladores de la vulnerabilidad y deben ser entendidos en relación con un determinado momento del ciclo vital del individuo. Por ejemplo, la adolescencia y la juventud, luego de las cuales pueden no constituirse en un factor de riesgo o de protección, lo que implica reducción de la vulnerabilidad. Vista así, “la vulnerabilidad se entiende como un estado en permanente cambio” (Burak, 1999, p. 3). Para el presente trabajo, la ideación e intento de suicidio constituyen síntomas claves para la depresión y dos factores de riesgo significativos para suicidio.

El suicidio, visto como una forma de violencia hacia sí mismo (violencia autoinfligida), afecta de manera directa la salud. En el orden mundial, es considerado un problema de salud pública, dado que, desde la perspectiva de la salud, “la violencia puede ser conceptualizada como causa y efecto; es causa en tanto es una forma de opresión y es efecto porque tiene repercusiones físicas y psicológicas a la misma” (Ortiz & García, 2005, p. 914). Además, existe una distinción entre violencia física –que incluye desde lesiones leves hasta fatales– y violencia psicológica, que, por ejemplo, se manifiesta en odio de unos grupos hacia otros, como es el caso de los llamados *crímenes de odio* contra la población homosexual.

Los *crímenes de odio* hacia los grupos de personas Lesbianas, Gay y Bisexuales-LGB tienen particular importancia por cuatro razones:

Primero, la mayoría de la población heterosexual sigue teniendo una actitud negativa hacia la población LGB. Segundo, en la mayoría de la población LGB, se han encontrado altos niveles de autculpa debido a la interiorización del rechazo y la estigmatización del cual son objeto, lo que se ha venido denominando homofobia interiorizada. Tercero, es poco probable que se aprendan mecanismos de afrontamiento contra la homofobia social o institucionalizada en colegios, organizaciones, religiones y entidades del estado. Por último, la identidad sexual es desarrollada al límite de la familia en grupos LGB, por ello no cuentan con su apoyo cuando son víctimas de violencia (Garnets, Herek, Levy, citado en Ortiz & García, 2005).

Cada una de las situaciones antes mencionadas

se origina en el plano social, y de manera concreta en la familia, instituciones educativas, organizaciones religiosas y gubernamentales, cuyos miembros en su mayoría se identifican como exclusivamente heterosexuales.

¿HAY FACTORES DE TIPO INDIVIDUAL QUE APORTAN MAYOR RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES LGB?

En países anglosajones del “primer mundo”, como Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido, los jóvenes que se identifican como homosexuales, lesbianas y bisexuales presentan mayor riesgo de trastornos mentales (estrés, ansiedad, depresión severa) que sus pares heterosexuales (King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk, & Irwin, 2008, p. 13). Y, en estos mismos países, el riesgo de ideación e intento de suicidio resulta particularmente alto en hombres *gay* y bisexuales, mientras que el abuso de sustancias fue mayor en mujeres lesbianas y bisexuales.

Según Dohrenwend (2000, p. 12), la experiencia prolongada de estrés contribuye a otros desórdenes mentales como ansiedad y depresión severa (Paykel, 2003, p. 61), asociados a ideación e intento de suicidio en adolescentes, indistintamente del sexo (Marshall, Friedman, Stall, Smith, McGinley, Thoma, Murray, D’Augelli & Brent, 2011, p. 121). Específicamente, la mayoría de quienes cometen suicidio ha experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos al suicidio, tales como: “problemas interpersonales, por ejemplo, peleas entre cónyuges, familia, amigos, amantes; rechazo, por casos tales como separación de la familia y amigos; pérdidas, de tipo financiero, seres queridos; problemas

laborales y económicos, por ejemplo, pérdida del trabajo, retiro, endeudamiento; cambios en la sociedad, por ejemplo, rápidos cambios políticos y económicos; otros acontecimientos estresantes tales como la vergüenza y el temor a ser encontrado culpable” (OMS, 2000, p. 13).

En oposición a los datos de muerte por suicidio, la relación entre orientación sexual y suicidio no fatal ha sido observada en muchos países. Un estudio realizado a lo largo y ancho de los cinco continentes, el cual capturó los datos a través de la Web, halló fuerte evidencia de intentos suicidas en población LGB en todos los continentes, con excepción de Europa (Mathy, 2002, p. 215). No obstante, en tal estudio, la relación entre la orientación sexual y el riesgo de suicidio no se encontró uniformemente en los cinco continentes. Por ejemplo, Asia es el único continente en el cual los suicidios de mujeres heterosexuales son mayores a los de hombres heterosexuales. Asimismo, entre asiáticos y australianos, el estudio no halló mayor probabilidad de ideación suicida para los hombres *gay* y bisexuales comparados con los heterosexuales.

Los resultados de Mathy (2002, p. 223) también sugirieron que la ideación suicida y el intento de suicidio no siempre van de la mano, ya que la ideación puede darse en presencia de síntomas depresivos, mientras que el intento de suicidio no se asocia necesariamente a previos episodios depresivos. Adicionalmente, este autor plantea que los niveles de ideación e intento de suicidio en población LGB podrían estar en función del nivel de heterosexismo de cada región. A pesar de las debilidades del estudio, entre las que sobresalen el contar con un solo mecanismo de recolección de la información, bajos

tamaños muestrales para algunos países, muestreo no probabilístico incapaz de generalizar los hallazgos, entre otros, estos aportan mucho a la tesis de que la opresión social en sus diversas formas y el contexto cultural influyen sobre el suicidio y el riesgo de suicidio en personas LGB. De todos modos, se requieren más estudios transculturales al respecto.

En otro marco relacionado, el estudio de Shenkman y Shmotkin, que comparó 219 heterosexuales y 219 homosexuales israelíes (136 varones *gay* y 83 mujeres lesbianas), también indicó que los adolescentes y jóvenes homosexuales presentan una mayor predisposición a la depresión (Shenkman & Shmotkin, 2011, p. 97), así como a la ansiedad (Pachankis, Goldfried & Ramrattan, 2008, p. 314). En Estados Unidos, otro estudio, en el que participaron diversas razas y grupos étnicos de asiáticos, estadounidenses y latinoamericanos adultos, incluyó 84 hombres *gay*/bisexuales autoidentificados y 161 mujeres lesbianas/bisexuales autoidentificadas, con edades de 18 a 34 años, arrojó mayor probabilidad de reportar un reciente intento de suicidio entre los heterosexuales (Cochran, Mays, Alegría, Ortega & Takeuchi, 2007, p. 785).

En todo caso, a nivel internacional, se reportan mayores tasas de intento de suicidio en población LGB joven que en jóvenes heterosexuales (Garland & Zigler, 1993; Joe, Canetto & Romer, 2008; Ortiz & García, 2005; Zhao, Montoro, Igartua & Thombs, 2010; Haas *et al.*, 2011; Hatzenbuehler, 2011; Hong, Espelage & Kral, 2011). Un reciente meta-análisis de 25 estudios internacionales, que midieron intento de suicidio en adolescentes LGB y/o adultos jóvenes (variadamente definidos), concluyó que la prevalencia de intentos de suicidio fue

cuatro veces mayor en los hombres *gay*/bisexuales con relación a los hombres heterosexuales (King *et al.*, 2008).

En comparación, los factores individuales clave que precipitan mayor riesgo de comportamiento suicida en heterosexuales son los trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión, particularmente en mujeres. Un fenómeno similar ocurre en personas LGB (King *et al.*, 2008). Contrastando los dos grupos (heterosexuales y homosexuales por riesgo suicida), los varones homosexuales y las mujeres heterosexuales presentan riesgos similares de suicidio.

Saewyc (2007) reportó otros trastornos asociados a factores individuales de salud mental, como: conducta impulsiva o agresiva, desorden del comportamiento, desesperanza, baja autoestima, desórdenes alimenticios, abuso de sustancias y mayor dependencia de alcohol. Curiosamente, no se incluyó aquí la esquizofrenia, otro de los grandes trastornos que ha sido reportado en la literatura como de alto riesgo de suicidio (OMS, 2002, p. 24). La misma Saewyc (2007, pp. 18-19) clasifica el abuso sexual o físico y el inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 15 años) como factores de orden familiar y de relaciones con pares que se relacionan con la problemática tratada.

La revisión de Saewyc (2007) también reporta que el uso de alcohol y el abuso de sustancias psicoactivas en horas previas al intento de suicidio, constituyen un factor de riesgo tanto en jóvenes heterosexuales como homosexuales, pero con proporciones más altas en este último grupo. Entendiendo que el alcohol es una droga y que, en diversas situaciones, los adolescentes suelen

mezclar alcohol y sustancias psicoactivas en sus espacios de socialización, y tomando en cuenta la enorme cantidad de evidencia aportada por la autora al respecto, el trabajar sobre drogodependencias como factor de riesgo de suicidio en personas sexualmente diversas es un área muy promisoría. La principal explicación en este sentido es que el alcohol y las diversas sustancias psicoactivas generan desinhibición en las personas, lo que los acerca al intento de suicidio: “cuando alguien ingiere alcohol, es mucho más probable que si está deprimido, tenga la desinhibición suficiente para acabar con su vida” (Santacruz, 2011, p. 41).

Sin embargo, un listado mucho más específico y sin afán de clasificaciones es el que aparece en los documentos sobre suicidio dirigidos a profesionales y grupos sociales específicos que la OMS compiló bajo la dirección de J. M. Bertolote, Coordinador del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Los citados documentos son de particular relevancia para fines de prevención del suicidio.

En contraste con los estudios anteriores, que se realizaron en su mayoría en países industrializados y con población residente allí, en países latinoamericanos, hay evidencia, aunque escasa, de que los factores de riesgo de suicidio en población LGB se originan en el orden sociocultural, antes que “dentro” del individuo.

La investigación de Ortiz-Hernández (2005, p. 60), realizada con 318 *gay* y bisexuales y 188 mujeres lesbianas o bisexuales residentes en México D.F., con edades entre 13 y 70 años, promedio de 29 años, la ma-

yoría sin pareja del mismo sexo (74% en varones y 55% en mujeres), concluyó que entre ellos hay problemas de salud mental como ideación e intento de suicidio, y que estas últimas presentan niveles de consumo de alcohol superiores a sus contrapartes heterosexuales. Además, encontró que tales problemas de salud mental se asocian a las distintas formas de opresión social (homofobia interiorizada, percepción de estigma y ocultamiento de la homosexualidad).

En España, el estudio de Espada, Morales, Orgilés y Ballester (2012) no encontró evidencias de altos niveles de ansiedad comparados con jóvenes heterosexuales. En concreto, los niveles de ansiedad social general, en las distintas subescalas, resultaron similares en ambas orientaciones sexuales. No obstante, hallaron un mayor riesgo de padecer depresión entre adolescentes homosexuales. Entre las principales causas de tristeza entre adolescentes homosexuales, los autores destacan “la subvaloración, miedo a hacer sufrir a seres queridos, sentimientos de culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor ante un posible rechazo social”. A pesar de esto, destacan que el grado de aceptación hacia la diversidad sexual de la sociedad española ha mejorado de modo importante.

Una investigación en homosexuales varones auto-identificados quienes vivían en pareja, con edades promedio de 22 años residentes en Colombia, concluyó que estos “no son desadaptados sociales, no tienen desajustes personales, no son depresivos ni suicidas” (Ardila, 1998, p. 65). En la misma dirección, en Guatemala, el trabajo de Monterroso (2004) denominado *Factores socioculturales causantes de depresión en el joven homosexual*

varón, en el que participaron 20 jóvenes homosexuales comprendidos entre 14 y 24 años de edad, manejó la hipótesis de que “las actitudes homofóbicas, el rechazo, la discriminación, los estigmas y los prejuicios sociales hacia los homosexuales, favorecen que se desarrollen trastornos depresivos en esta población”. El autor concluyó que “conforme a lo afirmado por los entrevistados, la sociedad guatemalteca ha sido muy hostil hacia los homosexuales”, y añade que “el discurso religioso pregona que las prácticas sexuales no procreativas son pecado (90% lo percibió así). Los homosexuales son blanco de tales creencias y también son víctimas de portar un estigma visible, por lo que deben de manejar situaciones sociales difíciles y estresantes”. En este sentido, el 75% de los jóvenes entrevistados expresó haber vivido momentos difíciles por la homofobia en la familia, en los grupos de amigos y en la calle (Monterroso, 2004, pp. 31-32).

Análogamente, Díaz, Ayala, Bein, Henne, y Marín (2001, p. 930) mostraron evidencia acerca del impacto de la homofobia, la pobreza y el racismo en población latina autoidentificada como no heterosexual. La investigación tenía como objetivo evaluar la relación entre experiencias de discriminación social (racismo, homofobia y privación financiera) y síntomas de distrés psicológico, incluyendo ansiedad, depresión e ideación suicida. El estudio comprendió a 912 varones *gay* autoidentificados como tales y residentes en Miami, Los Ángeles y New York. Encontró altas tasas de prevalencia de síntomas psicológicos de distrés durante los seis meses anteriores a la entrevista. Más en específico, el estudio reportó 17% de prevalencia de ideación suicida, 14% de ansiedad y 80% de estado de ánimo deprimido. Concluyó que las dificultades de salud mental de hombres *gay* latinos resi-

dentados en las tres ciudades de Estados Unidos se asocian directamente con el contexto social de opresión y alienación, baja autoestima y síntomas de distrés psicológico.

EDADES EN LAS QUE OCURRE EL MAYOR RIESGO DE SUICIDIO

Investigaciones internacionales previas han llegado a la conclusión de que la edad de mayor intento suicida en población *gay* y lesbiana podría estar cercana a los años en que se reconoce y revela su orientación sexual. A esta conclusión llegaron Paul, Cantania, Pollack, Moskowitz, Canchola, Mills, *et al.* (2002, p. 1343) para el caso de hombres *gay*, y Tonda L. Hughes (2003, p. 1752) para el caso de mujeres lesbianas. Dichos autores plantearon que debido a que más de un 70% de los intentos de suicidio en dicha población ocurrió antes de los 25 años, esto podría estar asociado con el desarrollo del reconocimiento del interés por el mismo sexo y generado por la presencia de un medio hostil y de estigmatización.

D’Augelli (2008) señala que los jóvenes LGB son adolescentes que oscilan entre 13 y 21 años de edad, aunque hay estudios que prolongan el muestreo hasta incluir adultos jóvenes de hasta 25 años de edad. D’Augelli señala que, en la literatura de investigación psicológica, aparecieron por primera vez en Roesler y Deisher (1972), es decir, hace 40 años. Sin embargo, agrega que “un análisis no patológico de sus desafíos en la vida no ocurrió sino hasta la década del 80”. Posteriormente, a finales de dicha década, los trabajos de Remafedi (1987, citado en D’Augelli, 2008) en la ciudad de Minneapolis (Estados Unidos) “despertaron el interés por los jóvenes LGB debido no solo a problemas de salud mental sino también

por el maltrato por parte de los demás a causa de su orientación sexual”.

En Colombia, la edad crítica (más proclive) de suicidio se encuentra entre 20 a 24 años en población general, según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010), es decir, en momentos donde las personas inician sus vínculos laborales, son ya adultos y en varios casos establecen su relación de pareja. Para el 2011, se encontraron mayores decesos en el rango etáreo de adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad (38,86%), con un predominio del fenómeno en el grupo de 20 a 24 años (16,62%), seguido por el grupo de 25 a 29 años con 13,23%. Esta tendencia se ha mantenido en los últimos años. En este caso, no hay monitoreo de ideación e intentos de suicidios, lo cual permitiría adelantar programas preventivos, como tampoco reportes para población LGB. En 2010, de los casos de suicidios según grupo vulnerable, solo uno de ellos fue reportado como de persona con orientación sexual diversa.

En forma paralela a la información de Medicina Legal, el estudio realizado por la Universidad CES y el Ministerio de la Protección Social en 2010 es más conciso en su reporte para población adolescente y juvenil heterosexual:

Al observar el comportamiento de la edad en que se informan los planes para suicidarse es más claramente el comportamiento para el sexo masculino mostrando que a los 11 años se presentan más del 45% de los planes para consumir el suicidio, lo cual ubica a este grupo de edad como de mayor riesgo, recordando que en

el caso del sexo masculino se presenta mayor tendencia de suicidio consumado. Para las adolescentes la edad de mayor riesgo no es muy clara, sin embargo entre los 13 y 14 años de edad se reportan la mayor frecuencia de planes (Universidad CES y Minprotección Social, 2010, p. 52).

En resumen, hay coincidencias en el hecho de que la edad puede ser un factor de riesgo de ideación e intento de suicidio entre jóvenes heterosexuales y homosexuales. Sin embargo las razones podrían explicarse de modo distinto, principalmente debido a que estos últimos atraviesan por etapas exclusivas de ellos como el denominado *salir del clóset*, es decir, la revelación de la identidad sexual.

PROCESO DE COMING OUT O SALIR DEL CLÓSET

Se denomina así al proceso que lleva a la aceptación de la propia orientación sexual diversa y la revelación a otros de la misma, no solamente en tanto revelación en sí misma sino como percepción de algo positivo de sí mismo (Taylor, 1999, p. 521). Las investigaciones sugieren que entre más temprano se realice la revelación de la orientación sexual, hay mayor riesgo de suicidio (Savin-Williams, 2001, p. 989). No obstante, en la literatura científica, la revelación de la orientación homosexual constituye también una fuente de alivio para el propio individuo, que se traduce en baja homofobia internalizada y de obtención de apoyo social, por ejemplo, por haber revelado su orientación LGB a sus padres (Herek, Rey & Cogan, 2009, p. 39), lo que contribuye

a la salud mental y al bienestar subjetivo del individuo. En consecuencia, *salir del clóset* parece que constituye un factor protector de ideación e intento de suicidio en minorías sexuales LGB.

VIH-SIDA

El diagnóstico de VIH es otro factor de riesgo en una etapa posterior del diagnóstico y, de hecho, aumenta la posibilidad de que aparezca la conducta suicida en varones *gay* y bisexuales en edades comprendidas entre 18 años o más, aun en ausencia de síntomas del SIDA (Schneider, Taylor, Hammen, Kemeny & Dudley, 1991, p. 776). Aunque se ha dicho que el diagnóstico *per se* no constituye necesariamente un riesgo de suicidio ni de intento, revisiones sistemáticas corroboran que el conjunto de episodios depresivos y otros desórdenes psiquiátricos, como abuso de sustancias psicoactivas y previos intentos de suicidio, pueden ser predictores de comportamiento suicida consumado en individuos portadores del VIH (Komiti, Judd, Grech, Mijch, Hoy, Lloyd, 2001, p. 752).

¿QUÉ DICE LA OMS SOBRE EL SUICIDIO Y EL RIESGO DE SUICIDIO?

Para la Organización Mundial de la Salud-OMS (2000), el suicidio “no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio” (p. 7). La OMS añade al respecto: “se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión)

es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia, 4-10%”.

Sin embargo, la misma OMS señala que “un hallazgo común en aquellos que cometen suicidio es la presencia de más de un trastorno”. Y precisa: “los trastornos comunes que ocurren al mismo tiempo son alcoholismo y trastornos del humor (depresión), trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos”. Sin embargo, el informe de la OMS no es específico con relación a la orientación sexual.

Para cerrar esta sección de los principales factores individuales de riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB, es preciso volver sobre la principal conclusión de la obra pionera de la psicóloga Evelyn Hooker (1957), quien fue la primera investigadora en demostrar científicamente que los homosexuales no son más patológicos que los heterosexuales. Hooker, en efecto, aplicó pruebas psicológicas y concluyó junto con otros muchos investigadores que no hay diferencias en el funcionamiento y salud mental de varones homosexuales y heterosexuales (Ardila, 1998, p. 17; Toro-Alfonso, 2005, p. 80).

El sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), en su clásica obra *El suicidio*, señala que “los suicidios son fenómenos individuales que responden básicamente a causas sociales” (Durkheim, 1998, citado en Carmona, 2010). Entonces, el suicidio como hecho social se nutre de los vaivenes (exceso o déficit de control) que la sociedad provee a sus miembros. Por ello, a continuación, se presenta una descripción de los factores proximales y ambientales que influyen en el riesgo de suicidio en población adolescente y jóvenes LGB.

FACTORES PROXIMALES Y AMBIENTALES DE IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES LGB

Se refieren al ambiente más próximo al individuo, como algunas de sus características sociodemográficas y la interrelación con el entorno cercano más significativo, por ejemplo, la familia, el vecindario de la vivienda, la escuela y el trabajo.

El papel del apoyo familiar

Como se señaló al comienzo, la identidad sexual es desarrollada al margen de la familia por lo que la población LGB no disfruta de modo directo del apoyo familiar cuando son agredidos (Ortiz & García, 2005, p. 914).

Según D'Augelli y Hershberger (1993), entre minorías sexuales LGB, las reacciones negativas y de rechazo, principalmente del padre, ante la revelación de la orientación sexual por parte del hijo *gay* y las reacciones adversas de otros miembros de la familia son difíciles de manejar, debido a que el proceso de salir del *clóset* es emocionalmente complejo para ellos, lo que puede conducir a comportamiento suicida entre minorías sexuales jóvenes. En este sentido, la teoría del apego es crucial a la hora de explicar el vínculo emocional de los niños y sus cuidadores a una edad temprana. Aquellos jóvenes cuyo apego y relaciones con sus padres son negativos, tienen menos probabilidad de desarrollar un vínculo positivo en el hogar durante su adolescencia y, en cambio, pueden desarrollar problemas psicosociales, lo cual faci-

lita la aparición de la conducta suicida (Roalson, 2007, citado en Hong, Espelage & Kral, 2011).

Relaciones con pares en el contexto educativo

Las investigaciones en población joven de estudiantes indican consistentemente que, en un contexto educativo, 84% de mujeres que se identificaron como lesbianas, *gay*, bisexuales y transgeneristas-LGBT reportaron ataques verbales, 40% manifestaron ser víctimas de ataques físicos y 19% denunciaron ser asaltadas en la escuela por causa de su orientación sexual (GLSEN, 2009, p. 3). Lo anterior conlleva a una mayor presencia entre ellas de planes suicidas que quienes no fueron víctimas de tal tipo de violencia (Shields, Whitaker, Glassman, Heather & Kelli, 2011, p. 2).

En Estados Unidos, Hatzenbuehler (2011) llevó a cabo una investigación titulada *The social environment and suicide attempts in lesbian, gay and bisexual youth*. Reportó el uso de un "Índice de Soporte Ambiental", compuesto por cinco medidas objetivas que no dependían del autorreporte. El autor aisló previamente los factores individuales, como síntomas depresivos, abuso de alcohol, victimización de los pares o compañeros, abuso sexual por parte de un adulto, con el fin de medir si el medio social, medido a través del índice de soporte ambiental, puede explicar la asociación entre estatus LGB e intento de suicidio. El índice se compuso de: proporción de parejas del mismo sexo residiendo en el poblado, proporción de demócratas viviendo en el condado, proporción de alianzas entre homosexuales y heterosexuales en la escuela, proporción de escuelas con políticas antiperse-

cución específicamente que protegieran a estudiantes LGB y la proporción de escuelas con políticas de antidiscriminación incluyendo orientación sexual (Hatzenbuehler, 2011, p. 896). Se trata de un índice completamente cuantitativo en el que interactúan varios elementos del microsistema o entorno significativo del individuo.

Los datos del estudio que se viene reseñando fueron recogidos a través de un muestreo probabilístico en 34 poblados del estado de Oregón, entre los años 2006-2008, con el fin de ampliar la muestra de población LGB. Más en concreto, Hatzenbuehler tomó una muestra de 32.852 estudiantes que cursaban entre 8° y 11° de bachillerato, de los cuales 30.439 se autodescribieron como heterosexuales, 301 como homosexuales o lesbianas, 1.112 como bisexuales, y 653 afirmaron que no estaban seguros de su orientación sexual. Estos últimos se excluyeron del estudio.

El autor encontró que una vez controlados los factores de riesgo de nivel individual, como síntomas depresivos, ansiedad, uso de alcohol, abuso de drogas, abuso sexual, persecución por pares, los adolescentes LGB que viven en un ámbito desprotegido tienen un 20% más de riesgo de suicidio que los que viven en un área de mayor soporte. Dicho en otras palabras, que las “características del ambiente social incrementan el riesgo para intento de suicidio entre jóvenes LGB”.

En la teoría de Bronfenbrenner, el exosistema consiste en dos o más interacciones o ámbitos, una de las cuales no contiene al individuo. No obstante, las interacciones indirectas pueden influenciar de mane-

ra negativa el ámbito donde el individuo está inmerso. Como ejemplo, Hong, Espelage y Kral (2011) señalan que “muchos padres de jóvenes de minorías sexuales comúnmente expresan sentimientos de culpa (porque creen que ellos causaron la homosexualidad de sus hijos) y un sentimiento de fracaso, el cual necesita de soporte social de sus redes de apoyo”. A pesar de lo anterior, afirman, “no hay estudios empíricos que hayan probado la relación entre riesgo de suicidio en jóvenes LGB de minorías sexuales y falta de apoyo social de los padres” (p. 889).

Religión: ¿Factor protector o factor de riesgo?

La religión constituye uno de los factores cuyo papel no está claro en personas LGB. Un número importante de estudios ha hallado que las creencias cristinas se asocian con más baja probabilidad de padecer problemas emocionales en la juventud y de experimentar bajo riesgo de suicidio (Nonnemaker, McNeely & Blum, 2003, p. 2049; Wallace & Forman, 1998, p. 721). Las mismas creencias cristianas se han asociado negativamente con ideación e intento de suicidio así como con abuso de sustancias, tanto en adolescentes como en población en general (Donahue & Benson, 1995, p. 145).

En el caso de minorías sexuales, por el contrario, las creencias cristianas pueden incrementar la probabilidad de pensamiento y comportamiento suicida. Schneider, Farberow y Kruks (1989) argumentan que “la falta de afiliación religiosa puede ser atribuida a creencias cristianas más que a no estar suscrito en una comunidad de fe en particular”. Tradicionalmente, señalan, “la fe

cristiana puede reforzar sentimientos de culpa, distrés, daño a sí mismo, seguido de comportamiento autodestructivo, como es el suicidio en estos jóvenes” (p. 890).

En un sentido relacionado, Hong, Espelage y Kral (2011) “no encontraron estudios empíricos acerca de la relación entre creencias no cristianas (por ejemplo, Islam) y riesgo suicida en minorías sexuales jóvenes” (p. 890). En Latinoamérica, sería muy relevante indagar por el papel que cumple la religión en la vida de las minorías sexuales. Muchos de nuestros países continúan siendo de tradición fuertemente católica, pero la conducta sexual parece no estar alineada a las normas del catolicismo (González, Ardila, Guerrero, Penagos & Useche, 2004, p. 51).

Adicionalmente, la tradición católica cristiana ha sido ambigua con respecto a la homosexualidad, como lo señaló el más reciente libro de Benedicto XVI (2011): “Como seres humanos (los homosexuales) se merecen el respeto ..., no deben ser rechazados por ello. El respeto del ser humano es totalmente fundamental y decisivo”. Sin embargo, añadió que: “Pero eso no significa que, por eso, la homosexualidad sea correcta, sino que sigue siendo algo que está contra la esencia de lo que Dios ha querido originalmente” (González, *et al.*, 2004, pp. 72-73).

Todo lo anterior converge en que es urgente la concretización de una agenda para el cambio social con inclusión, donde el ejercicio pleno de las ciudadanías no sea una opción sino un derecho, de modo que conlleve al ejercicio pleno y sin restricciones de los derechos sexuales y reproductivos de todos y todas. Aunque el papel de un marco jurídico abona el terreno para pro-

teger los derechos de poblaciones vulnerables LGB, no resulta suficiente. “Es importante reconocer que los homosexuales enfrentan discriminación social, cultural y a veces legal y económica, debido a su comportamiento sexual, con efectos nefastos para su salud mental y el libre disfrute de la vida” (Carleton, 1999; Mays & Cochran, 2001, citados por Toro, 2012).

CONCLUSIONES

En resumen, existen diversas fuentes sociales que contribuyen a la ideación y al intento suicida en personas LGB y, según lo expuesto, la familia ha sido uno de los principales espacios de homonegatividad. En el contexto latinoamericano, las instituciones educativas aún ven con recelo el tema de la diversidad sexual, principalmente los colegios. No hay reglamentos o manuales de convivencia que incluyan explícitamente a personas lesbianas, *gay* y bisexuales. La religión ha mantenido una actitud opuesta a temas como el matrimonio entre homosexuales, la adopción por parejas del mismo sexo, la educación sexual e incluso el aborto.

Por todo ello, los estudios expuestos anteriormente nos permiten apoyar la tesis de la etiología social del riesgo de suicidio en minorías sexuales LGB. Conforme a los pronunciamientos de las organizaciones de salud a nivel mundial, “la homosexualidad no es un trastorno o desorden mental” ni la causa de mayores niveles de riesgo suicida en minorías sexuales. En tal sentido, se puede decir que es “enfermo” el contexto mas no el individuo. La homosexualidad no es pecado, ni enfermedad, ni delito. Es un estilo de vida de un grupo social minoritario presente en toda cultura.

No se desconoce el elemento biológico implicado en el suicidio, ni las enfermedades mentales que lo precipitan, como es el caso de la depresión, que ha jugado un importante papel en la predicción de la conducta suicida. No obstante, la mayor proporción de ideación e intento de suicidio en minorías sexuales no da lugar para otorgarles el calificativo de *suicidas* a personas lesbianas, *gay* y bisexuales. Hay evidencia suficiente de que las orientaciones no heterosexuales son más propensas a riesgo de suicidio, mas no que tales grupos tengan mayores tasas de suicidio.

Las personas sexualmente diversas a menudo perciben la opresión y la interiorizan hasta el punto de subvalorar su condición sexual respecto de la heterosexualidad normativa. La violencia en contra de minorías sexuales LGBT no les permite a estas el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, afecta la autoestima, los acerca a la desesperanza y por esa vía los conduce al riesgo de experimentar ansiedad, victimización y persecución, abuso de alcohol, consumir sustancias psicoactivas, depresión, suicidio o riesgo suicida.

Es un error pensar o afirmar que los homosexuales son más patológicos que los heterosexuales. La orientación sexual *per se* no es factor de riesgo de suicidio, conforme muchas investigaciones lo han venido reportando. Por otro lado, las personas homosexuales no desean cambiar su orientación como se sigue creyendo en algunos sectores. El contexto social ha levantado barreras que impiden el libre desarrollo de su personalidad y el ascenso social de esta subcultura. A este fenómeno se le ha denominado *homofobia institucionalizada*, debido

al fuerte arraigo del rechazo a la diversidad sexual en instituciones de salud, educativas, eclesiásticas, gubernamentales y militares que la sostienen.

Como ocurre con otros prejuicios sociales, pasarán probablemente muchos años más para que la homofobia social se elimine de fondo de nuestra cultura occidental. En este sentido, se requiere un cambio a nivel de la subvaloración de las mujeres, pues, esto podría ayudar a superar la homofobia social, que se entiende como feminización del varón y ridiculiza a los varones homosexuales.

Una estrategia que integre en un diálogo de saberes personas sin distinción de raza, orientación sexual, creencias religiosas, en donde converjan, en síntesis, todas las identidades de género, políticas, sociales y culturales, podría dar como resultado el rompimiento de la jerarquización de unos grupos sociales frente a otros.

No obstante, al interior de los grupos LGBT también hay exclusión. Por ejemplo, en Colombia, al interior de la comunidad LGBT, durante finales del siglo XX y comienzos del actual, la norma ha sido la formación de grupos de lesbianas, de homosexuales varones, de sitios de encuentro y de homosocialización, como bares exclusivos para lesbianas, grupos de encuentro para hombres *gay* y para transgeneristas y para distintos grupos étnicos, en forma de *ghettos*, principalmente en las grandes ciudades, situación que aún perdura y que parece enfatizar lo que Cantor (2007) denomina la “endodiscriminación”, haciendo referencia con ello a la discriminación que ejercen personas homosexuales o lesbianas hacia otras personas que comparten su misma identidad sexual.

Aunque tales grupos en torno a espacios específicos existían antes, su número ha venido en aumento. Pueden ser vistos como espacios libres de homofobia que promueven una identidad *gay*, pero también pueden convertirse en otras formas de exclusión, debido a que muchas veces “se reservan el derecho de admisión a otros individuos LBGT”, lo que a su vez promovería el aislamiento y la pérdida de apoyo social y, en consecuencia, ir en deterioro de la “salud mental” de cada uno de sus miembros, pues mantiene el rechazo al interior del colectivo de personas con orientaciones sexuales diversas. Varias teorías desde la psicología social dan importantes luces sobre la forma como se podría superar tales *ghettos*.

Es claro, en todo caso, que la legislación de un país puede ayudar a incorporar a los grupos vulnerables al ejercicio de una ciudadanía plena, que les garantice el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Un ejemplo claro es la aprobación del matrimonio y la adopción de niños(as) por parte de parejas del mismo sexo en muchos países. Recientemente, en Colombia se promulgó la ley 1482 de 2011 sobre antidiscriminación, la cual permite avanzar en esta lucha. El proyecto de ley nació inicialmente con el fin de penalizar el racismo, pero terminó incluyendo en su articulado sanciones penales y económicas para cualquier tipo de discriminación, incluidas las expresadas contra la población LGBT.

Se requieren, además, políticas públicas específicas para los colectivos sexualmente diversos con alcance local, nacional e internacional. No obstante, ello no es lo único que podría cambiar el estado actual de discrimi-

minación. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, entidad adscrita a la Organización de Estados Americanos-OEA, está cumpliendo un papel importante en la protección de los derechos de las minorías sexuales en la región. Pero se requiere la confluencia de diversos actores sociales, los mismos que se han encargado por décadas de excluir y marginar a las personas por su orientación sexual. Se requiere, en fin, del concurso de todos y todas, incluido el colectivo LGBT.

REFERENCIAS

- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y psicología*. Bogotá: Manual Moderno.
- Benedicto XVI (2011). *La luz del mundo*. Recuperado de <http://diazepes.files.wordpress.com/2011/09/45793059-luz-del-mundo-benedicto-xvi2.pdf>
- Burak, S.D. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(4), 222-230.
- Cantor, E. (2007). *Los rostros de la homofobia en Bogotá, descifrando la situación de derechos humanos de homosexuales, lesbianas y transgeneristas*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Carmona, J.A., Tobón, F., Jaramillo, J.C. & Areiza, Y. (2010). *El suicidio en la pubertad y la adolescencia: Un abordaje desde la psicología social*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó, Universidad de San Buenaventura y Colciencias.

- Cochran, S.D., Mays, V.M., Alegría, M., Ortega, A.N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders in Latino and Asian-American lesbian, gay and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 785-794.
- D'Augelli, A. R., & Hershberger, S.L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology, 21*, 421-448.
- D'Augelli, A.R. (2008). Factores del desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales. En: Omoto, A.M. & Kurtzman, H.S. (trad.). *Orientación sexual y salud mental* (pp. 35-49). México: Manual Moderno.
- Díaz, R., Ayala, G., Bein, E., Henne, M.A., Marín, B.V. (2001). The impact of homophobia, poverty and racism on the mental health of gay and bisexual latino men: findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health, 91*(6), 927-931.
- Dohrenwend, B.P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health Social Behavior, 41*(1), 1-19.
- Donahue, M.J. & Benson, P.L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues, 51*, 145-160.
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, A. & Ballester, R. (2012). "Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual". *Ansiedad y Estrés, 18*(1), 31-41.
- Garland, A.F. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *American Psychologist, 48*, 169-82.
- GLSEN (2009). The 2009 National School Climate Survey. New York: Gay, Lesbian and Straight Education Network. Recuperado de <http://www.fwsd.org/safe/Documents/National%20School%20Climate%20Report-%20GLSEN.pdf>
- González, J.M., Ardila, R., Guerrero, P., Penagos, G. & Useche, B. (2004). Colombia. In: Francouer, R. (Ed.). *International encyclopedia of sexuality*. (pp. 48-85). New York: Continuum Press.
- Haas, A.P. et al. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Bisexual and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*(1) 10-51.
- Hatzenbuehler, M.L. (2011). The social environment and suicide attempts in Lesbian, Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics, 127*, 896-903.
- Herek, G., Rey, J.R. & Cogan, J.C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 32-43.

- Hong, J.S., Espelage, D.L. & Kral, M.J. (2011). Understanding suicide among sexual minority youth in America: An ecological systems analysis. *Journal of Adolescence*, 34, 885-894.
- Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). Forensis. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/forensis/457-forensis-2010>
- Joe, S., Canetto, S. & Romer, D. (2008). Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide Life Threat Behavior*, 38(3), 354-362.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Irwin, N. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 1-17.
- Komiti, A., Judd, F., Grech, P., Mijch, A., Hoy, J., Lloyd, J. H., et al. (2001). Suicidal behavior in people with HIV/AIDS: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 747-757.
- Ley 1482 de Antidiscriminación (2011). Congreso de la República de Colombia.
- Marshall, M., Dietz, L.J., Friedman, M.S., Stall, R., Smith, H.A., McGinley, J., Thoma, B.C., Murray, P.J., D'Augelli, A.R. & Brent, D.A. (2011). Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Adolescent Health*, (49), 115-123.
- Mathy, R.M. (2002). Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7(2/3), 215-225.
- Monterroso-Borrayo, P.R. (2004). Factores socioculturales causantes de depresión en el joven homosexual varón. (Tesis de licenciatura, Universidad Dan Carlos de Guatemala). Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_1720.pdf
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviors. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nonnemaker, J.M., McNeely, C.A. & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57, 2049-2054.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: OPS.

- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28, 4, 49-65.
- Ortiz-Hernández, L. & García Torres, M.I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad. Saude Pública*, 21(3), 913-925.
- Pachankis, J.E., Goldfried, M.R. & Ramrattan, M.E. (2008). Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76, 306-317.
- Paul, J.P., Cantania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., et al. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1338-1345.
- Paykel, E. (2003). Life events and effective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (418), 61-69.
- Saewyc, E. (2007). Contested conclusions: Claims that can (and cannot) be made from the current research on gay, lesbian, and bisexual teen suicide attempts. En: *Journal of LGBT Health Research*, 3(1), 79-87. Recuperado de [http://www.saravyc.ubc.ca/presentationfiles/92aec47a0e8a3a484900871792903079/Contested%20conclusions%20paper%20for%20upload\[2\].pdf](http://www.saravyc.ubc.ca/presentationfiles/92aec47a0e8a3a484900871792903079/Contested%20conclusions%20paper%20for%20upload[2].pdf)
- Santacruz, H. (2011). Reflexiones acerca del suicidio en niños y adolescentes. En: Barbosa, L.C. *Suicidio: Un reto para las comunidades educativas.* (pp. 39-46). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Savin-Williams, R.C. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: population and measurement issues. *Journal Consulting of Clinical Psychology*, 69(6), 983-991.
- Schneider, S.G., Farberow, N.L. & Kruks, G.N. (1989). Suicidal behavior in adolescent and young adult gay men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 381-394.
- Schneider, S., Taylor, S. Hammen, C., Kemeny, M. & Dudley, J. (1991). Factors Influencing Suicide Intent in Gay and Bisexual Suicide Ideators: Differing Models for Men With and Without Human Immunodeficiency Virus. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 776-788.
- Shenkman, G., Shmotkin, D.J. (2011). Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 97-116.
- Shields, J.P., Kelly, W., Glassman, J., Heather, M.F. & Kelli, H. (2011). Impact of Victimization on Risk of Suicide Among Lesbian, Gay and Bisexual High School Students in San Francisco. *Journal of Adolescence Health*, in press.
- Taylor, B. (1999). "Coming out" as a life transition: homosexual identify formation and its implications

- for health care practice. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 520-525.
- Toro-Alfonso, J. (2005). El estudio de las homosexualidades: Revisión, retos éticos y metodológicos. *Revista de Ciencias Sociales*, 14, 78-97.
- Toro-Alfonso, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica*, 30, 2, 71-76.
- Universidad CES y Ministerio de la Protección Social. (2010). *Situación de salud mental del adolescente en Colombia. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio*. Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/3304339_salud-mental-adolescente.pdf
- Wallace, J.M. & Forman, T.A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health, Education and Behavior*, 25, 721-741.
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, KJ., Brett, D.T. (2010). Suicidal ideation and Attempt Among Adolescents Reporting "Unsure" sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same Sex Attraction or Groups? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104-113.