



UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela de Psicología

**PREJUICIO SEXUAL Y SALUD MENTAL EN GAY Y LESBIANAS DE LA CIUDAD
DE ANTOFAGASTA, CHILE.**

Memoria para optar al grado de Magíster en Psicología Social

Fabiola Gómez Ojeda

Profesor Guía: Dr. Jaime Barrientos D.

**Antofagasta, Chile
2010**

A aquellos que visibilizan lo que preferimos no ver.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, muy especialmente, a las personas protagonistas de esta investigación, aquellos y aquellas que compartieron parte de sus vidas, entendiendo que ello puede ayudar a otros y otras.

Vayan los agradecimientos a mi amigo y profesor guía, Jaime Barrientos, quien en su gran generosidad me ha apoyado siempre y con su infinita paciencia se ha ganado un espacio en mi vida.

A Manuel Cárdenas, por su apoyo y aportes siempre sustantivos, los que han enriquecido mis reflexiones. Por su amistad y compromiso social.

A todas aquellas personas que apoyaron este trabajo y que de algún modo están comprometidos en lograr una sociedad más justa.

TABLA DE CONTENIDOS

Prejuicio sexual y salud mental en gay y lesbianas de la ciudad de Antofagasta, Chile.	5
Resumen	5
Introducción	6
<i>Discriminación, victimización y salud mental en población homo/bisexual</i>	
Método	12
<i>Participantes</i>	
<i>Medidas</i>	
Medidas sociodemográficas	
Indicadores de salud mental	
Indicadores de prejuicio sexual	
<i>Procedimiento</i>	
<i>Análisis estadístico</i>	
Resultados	19
<i>Indicadores de salud mental</i>	
<i>Victimización y discriminación en población homosexual: su relación con indicadores de salud mental</i>	
<i>Percepción de amenaza social: su relación con indicadores de salud mental</i>	
Discusión	26
Referencias	33
Adaptación y Validación de la Escala de Estrés Minoritario (Gay-Related Stressful Life Events Measure)	40
Resumen	40
Introducción	41
Método	44
<i>Participantes</i>	
<i>Medidas</i>	
Medidas sociodemográficas	
Estrés minoritario	
Distrés psicológico	
<i>Procedimiento</i>	
<i>Análisis estadístico</i>	
Resultados	47
<i>Estructura Factorial de la Escala</i>	
<i>Validez de constructo</i>	
Discusión	50
Referencias	53
ANEXO: Escala de Estrés Minoritario	57

Prejuicio sexual y salud mental en gay y lesbianas de la ciudad de Antofagasta, Chile.

Fabiola Gómez Ojeda*

Resumen

Este trabajo se propuso indagar en posibles diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, y en la relación del prejuicio sexual con indicadores de salud mental. Se incluyeron medidas de bienestar psicológico y bienestar social, así como medidas de distrés psicológico (SCL-90-R). La muestra quedó compuesta por 110 personas (55 homosexuales y 55 heterosexuales), cuyas edades fluctúan entre 18 y 49 años. Si bien no se encuentran diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, sí se encuentran diferencias en los análisis segmentados por sexo y orientación sexual. Por su parte, el prejuicio sexual se relaciona significativamente con algunas de las dimensiones de salud mental incorporadas.

Palabras clave: Prejuicio, homosexual, estrés, bienestar

* Universidad Católica del Norte. Correo electrónico: fabigomez.o@gmail.com

Introducción

La homofobia, como fenómeno social, ha sido ampliamente abordada tanto empírica como teóricamente. Las investigaciones han centrado sus esfuerzos en su medición y en delimitar variables asociadas (Alden y Parker, 2005; Cárdenas y Barrientos, 2008; Rosario, Schrimshaw y Hunter, 2006; Štulhofer y Rimac, 2009). En esta línea destacan los aportes de Herek (2000; 2004), quien propone abordar este tema desde el prejuicio sexual, entendiendo como tal, una actitud negativa hacia personas homosexuales y bisexuales, sustentada en la orientación sexual de éstas. De este modo, en tanto que prejuicio, éste aludiría a un fenómeno intergrupar, al menos en dos sentidos: se dirige hacia la totalidad de los miembros del grupo social, por el sólo hecho de pertenecer a dicho grupo, y su orientación es socialmente compartida por los miembros del grupo que lo ejerce (Brown, 1998). Por tanto, se entenderá el prejuicio en general y el prejuicio sexual en particular, como un fenómeno derivado de la relación entre grupos, integrando aspectos relativos a factores estructurales y contextuales, y los propios del individuo, en tanto miembro de un grupo social (op. cit., 1998).

Por otro lado, aunque la expresión en acción no es condición necesaria del prejuicio, ésta nos permite inferir la presencia de una actitud negativa. Allport (1968) describe tres acciones principales en las que puede traducirse el prejuicio: rechazo verbal, discriminación y ataque físico. Cada una de ellas, comprende situaciones que difieren en intensidad, desde leves o sutiles hasta aquellas de mayor gravedad. En este sentido, una de las formas utilizadas para indagar en el prejuicio sexual, desde la perspectiva de las personas que son objeto de éste, ha sido a partir de la medición de experiencias de discriminación y victimización por su orientación sexual.

Siguiendo esta línea, múltiples estudios reportan experiencias de violencia vivida por personas gay, lesbianas y bisexuales, claramente motivada por su orientación sexual, tales como: violencia física, acoso e intimidación, abuso verbal y asalto (Herek, Gillis, Cogan y Glunt, 1997; King et al., 2003; Otis y Skinner, 1996; Pilkington y D'Augelli, 1995). Son muy prolíferas las investigaciones al respecto, existiendo consenso en que una de las formas más frecuentes de violencia sufrida por personas homosexuales es de tipo verbal, entre la que se cuentan insultos, burlas o amenazas (Herek, Gillis y Cogan, 1999; Huebner, Rebchook y Kegeles, 2004; Pilkington y D'Augelli, 1995; Sandfort, Meléndez y Díaz, 2007).

Discriminación, victimización y salud mental en población homo/bisexual

Un importante número de investigaciones ha asociado el prejuicio sexual, expresado en discriminación y victimización, a problemas en la salud mental de las personas víctimas de éste (Burgess, Lee, Tran y Ryn, 2007; Herek et al. 1999; Warner et al., 2004). Se ha podido constatar la existencia de una asociación entre la percepción de discriminación y el haber sufrido malos tratos con síntomas psicológicos, como angustia y estrés (Herek et al., 1997; Fergusson, Horwood y Beautrais, 1999; Mays y Cochran, 2001; Huebner, Rebchook y Kegeles, 2004; Wagner et al, 2004; Sandfort et al., 2007). Por ejemplo, Herek y colaboradores (1999), encontraron una asociación significativa entre haber vivido experiencias de victimización a causa de la orientación sexual y síntomas depresivos, ansiedad, ira y estrés postraumático. Por su parte, Otis y Skinner (1996) reportan que ciertos tipos de eventos de victimización (como aquellos que implican daño físico, amenaza de daño y abuso verbal) estarían significativamente relacionados con síntomas depresivos y baja autoestima.

Ian Meyer (1995; 2003) desarrolla un abordaje psicosocial del tema, entendiendo que las personas pertenecientes a grupos minoritarios, prejuiciados socialmente, se ven expuestos a estresores sociales, definidos por sus grupos de pertenencia. En este sentido, haríamos referencia al concepto “estrés de las minorías” (en inglés, “*minority stress*”), para describir un tipo particular de estrés que cumple con las siguientes características: 1) es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y, por tanto, requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente; 2) es crónico, dado que las posiciones sociales derivadas de estas categorías tienden a ser permanentes y 3) tiene una base social, es decir se deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras, más allá de los acontecimientos individuales (Meyer, 2003).

Desde esta perspectiva, la hostilidad del contexto social activaría una actitud vigilante derivada de la percepción de discriminación sobre el grupo social al que se pertenece (minorías sexuales), a partir de la cual se puede anticipar reacciones negativas de los miembros del grupo dominante (Allport, 1968; Goffman, 1963), aún cuando, no se ha sido víctima directa de prejuicio sexual. Allport (1968) sostiene que las personas pertenecientes a grupos prejuiciados, al identificarse con el grupo devaluado socialmente, experimentan altos niveles de estrés e inseguridad al enfrentar situaciones sociales. En este sentido, Meyer (2003) ha señalado que la expectativa de rechazo social, por sí sola, tiene efectos sobre la salud mental de los grupos devaluados socialmente. Para efectos de este estudio hablaré de “percepción de amenaza social” al referirme a la expectativa de rechazo derivada de la percepción de discriminación y victimización que recae sobre el grupo de pertenencia.

Si bien, las mediciones realizadas por la World Values Survey, aportan datos alentadores respecto a la actitud de la sociedad chilena frente a la homosexualidad

(disminuyendo el porcentaje de personas que señalan que la homosexualidad “nunca es justificable” de un 76.9% en 1990, a un 28% en 1995), esto más bien responde a la emergencia de nuevas formas de expresión del prejuicio (Cárdenas y Barrientos, 2008; Quiles, Betancor, Rodríguez, Rodríguez y Coello, 2003), más sutil y menos explícito. En este sentido, en Chile, aunque no se exprese abiertamente una actitud negativa hacia a la homosexualidad, las personas que real o imaginariamente son vinculadas a orientación sexual homosexual, se ven expuestas frecuentemente a discriminación y son víctimas de violencia. Aunque existe poca evidencia actual y sistemática de lo mencionado, los reportes realizados por las asociaciones de minorías sexuales no dejan de ser importantes. Por ejemplo, el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS), en su informe del 2006, reporta sólo para ese año, 43 casos de violencia física y psicológica, de los cuales 3 causaron la muerte de las víctimas (MUMS, 2007). Por su parte, el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) reporta que las denuncias de discriminación por orientación sexual o identidad de género aumentaron de 65 a 124 casos entre el 2008 y 2009 (MOVILH, 2010). Entre las investigaciones realizadas en Chile, destaca el primer estudio nacional de comportamiento sexual COSECON, el cual muestra que sólo el 5% de los chilenos posee una actitud favorable hacia las personas homosexuales (Barrientos y Páez, 2000).

En tanto, los datos aportados por Barrientos y colaboradores, son contundentes, ya que más del 80% de las personas homosexuales encuestadas reporta haber sido víctima de violencia y discriminación (Barrientos, Meza, Gómez, Catalán, Longueira y Silva, 2008). En la investigación antes mencionada, burlas, insultos y amenazas son las situaciones de violencia más reportadas. En cuanto al trato discriminatorio, lo más frecuente es que éste se reciba de vecinos, en un ambiente religioso y en el lugar de

estudios. Esta realidad no es exclusiva de la sociedad chilena, datos similares han sido reportados por encuestas realizadas en otros países de la región, como Argentina (Jones, Libson y Hiller, 2005), Pernambuco, en Brasil (Carrara, Ramos, Lacerda, Medrado y Vieira, 2007) y Colombia (Brigeiro, Castillo y Murad, 2009).

En cuanto a los efectos del prejuicio sexual sobre la salud mental de las personas víctimas de éste, sólo contamos con evidencia en otros contextos. Por lo demás, el desarrollo teórico y empírico al respecto, se sustenta en el modelo de salud como ausencia de enfermedad. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace ya más de medio siglo definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (2006, p.1). La mayor parte de los estudios utilizan indicadores negativos de salud, indagando en la prevalencia de sintomatología física y psicológica (Diamant y Wold, 2003; Sandfort, Bakker, Schellevis y Vanwesenbeeck, 2006). Este enfoque patogénico deja fuera aspectos relevantes como el bienestar social y el funcionamiento psicológico positivo, siendo escasos los estudios que los abordan.

En consecuencia, sería relevante indagar en el posible impacto del prejuicio sexual sobre la salud mental de las personas homosexuales, incorporando algunos de los aportes que Corey Keyes (2005; 2007) hace al respecto. Keyes propone que la salud mental debe ser entendida como un estado compuesto por dos dimensiones unipolares relacionadas entre sí, enfermedad mental, operacionalizada en la medición de sintomatología, y salud mental, medida a partir de indicadores de bienestar subjetivo (síntomas de hedonia y funcionamiento psicosocial positivo) (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Keyes, 2005). En este sentido, la salud sería mucho más que la ausencia de síntomas (físicos y psicológicos), ya que implicaría al mismo tiempo la presencia de

emociones positivas, tener metas claras en la vida, control sobre sí mismo, relaciones positivas con otras personas y sentimientos de pertenencia entre otros.

De este modo, para los fines de este estudio utilizaré medidas de distrés psicológico, a fin de corroborar si la posición social de las minorías sexuales tiene relación con cierta sintomatología clínica, además de medidas de bienestar psicológico y social.

Por tanto, este estudio pretende responder, en términos generales, a las siguientes preguntas: ¿existen diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales?, ¿el prejuicio sexual, expresado en experiencias de discriminación, victimización y percepción de amenaza social, tiene relación con los indicadores de salud mental de gay, lesbianas y bisexuales?

Las hipótesis de trabajo son las siguientes:

1. Se constatarán diferencias significativas entre personas homosexuales y personas heterosexuales en los niveles de distrés psicológico, bienestar psicológico y bienestar social. Las personas homosexuales reportarán niveles mayores de distrés psicológico y menores de bienestar psicológico y social en comparación a las personas heterosexuales.
2. Se constatará una relación positiva y significativa entre las situaciones de violencia y discriminación reportadas por personas homosexuales y los niveles de distrés psicológico de las mismas. Es decir, a mayor victimización y discriminación mayores niveles de distrés psicológico.
3. Se constatará una relación negativa y significativa entre las situaciones de violencia y discriminación reportadas por personas homosexuales y los niveles de bienestar

psicológico y social de las mismas. Es decir, a mayor victimización y discriminación menores niveles de bienestar psicológico y social.

4. La percepción de amenaza social reportada por las personas homosexuales tendrá una relación positiva y significativa con los niveles de distrés psicológico reportado por éstas. Es decir, a mayor percepción de amenaza social mayores niveles de distrés psicológico.
5. La percepción de amenaza social reportada por las personas homosexuales tendrá una relación negativa y significativa con los niveles de bienestar sociológico y social reportado por éstas. Es decir, a mayor percepción de amenaza social menores niveles de bienestar psicológico y social.

Método

Participantes

Con el propósito de realizar comparación entre personas heterosexuales y personas homosexuales, utilicé muestras pareadas en función de las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel educativo. La muestra de personas homosexuales fue seleccionada por conveniencia, utilizando la técnica de bola de nieve. Posteriormente, se encuestó a personas de población general seleccionadas en función de que poseyeran las características del primer grupo, teniendo como criterio las variable antes señaladas. De este modo, ambos grupos son idénticos respecto a dichas variables. Para ambos grupos, la selección de los participantes se hizo en función de su propia auto-definición como “heterosexual” u “homosexual”, información obtenida en el primer contacto, vía telefónica o correo electrónico.

La muestra total quedó compuesta por 110 personas (55 homosexuales y 55 heterosexuales), 72 hombres (65.5%) y 38 mujeres (34.5%), cuyas edades fluctúan entre los 18 y 49 años ($M= 28.64$; $DT= 6.52$). Cerca del 70% de los participantes cuenta con estudios universitarios incompletos (40%) o completos (27.3%) y estudios de posgrado (1.8%), sólo el 3.6% cuenta con estudios secundarios incompletos o menos. El 73,6% de las personas homosexuales señalan asumir públicamente su orientación sexual.

Medidas

Medidas sociodemográficas

Este apartado contiene las preguntas que indagan en: a) Sexo del encuestado (hombre/mujer); b) Edad; c) Nivel educativo (¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has alcanzado?, alternativas de respuesta que van desde *básica incompleta* hasta *estudios de post-grado*); d) Orientación sexual (¿cuál es tu orientación sexual?, alternativas de respuesta dicotómica: heterosexual – homosexual; y ¿asumes públicamente tu orientación sexual?, con alternativas de respuesta dicotómica: SÍ y NO.

Indicadores de salud mental

Distrés psicológico: Se incorpora el *Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (1979)* (en inglés, Derogatis Symptom Checklist, Revised. SCL-90-R), versión traducida y traducida al español por González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez, y Rodríguez (2002), utilizada en contexto nacional por Yáñez y Cárdenas (2010), con un alpha de Cronbach de .95. Esta escala está compuesta por nueve dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad,

ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, con formato de respuesta que va de 0 para “nada en absoluto” a 4 para “mucho, extremadamente”.

Para este estudio sólo fueron incluidas 6 dimensiones, elección realizada en función de la sintomatología reportada con mayor frecuencia en estudios de salud mental en población homosexual (ansiedad, depresión, manifestaciones de estrés, entre otros). Las dimensiones incluidas son: *Somatización* (12 ítems; ej. “Piense si en las últimas semanas ha tenido dolores de cabeza”), *Depresión* (13 ítems; ej. “Piense si en las últimas semanas se ha sentido bajo en energías o decaído/a”), *Ansiedad* (10 ítems; “Piense si en las últimas semanas se ha sentido temeroso/a”), *Hostilidad* (6 ítems; ej. “Piense si en las últimas semanas has tenido ganas de tirar o lanzar cosas”) y *Ansiedad Fóbica* (7 ítems; ej. “Piense si en las últimas semanas ha tenido miedo a salir de la casa solo/a). El formato de respuesta consta de dos partes, la primera presenta alternativas de respuesta dicotómica (si y no), funcionando como filtro para la segunda, la cual presenta opciones de respuesta con formato Likert que va de 1 para “nada frecuente” hasta 5 para “muchísima frecuencia”: a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología.

Bienestar Psicológico: Se incluye la Escala de Bienestar Psicológico propuesta por Ryff (1989), traducida por Díaz y colaboradores (Díaz et al., 2006) y utilizada en contexto nacional por Yáñez y Cárdenas (2010), con adecuados indicadores de confiabilidad (alpha de Cronbach de .77). Este instrumento consta de 39 ítems distribuidos en 6 dimensiones: *Auto-aceptación* (6 ítems; ej. “En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo”), *Relaciones Positivas* (6 ítems; ej. “Siento que mis amistades me aportan muchas cosas”), *Autonomía* (8 ítems; ej. “No tengo miedo a expresar mis

opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente”), *Dominio del Entorno* (6 ítems; ej. “He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto”), *Crecimiento Personal* (7 ítems; ej. “En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo”) y *Propósito en la Vida* (6 ítems; ej. “Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad”). Las opciones de respuesta tipo Likert van de 1 para “totalmente en desacuerdo” hasta 5 para “totalmente de acuerdo”: puntuaciones altas en esta escala indica un buen ajuste psicológico. Para esta aplicación se obtiene un alfa de Cronbach de .91, para la escala total. Los indicadores por dimensión son los siguientes: *Auto-aceptación* $\alpha = .75$, *Relaciones Positivas* $\alpha = .78$, *Autonomía* $\alpha = .62$, *Dominio del Entorno* $\alpha = .59$, *Crecimiento Personal* $\alpha = .62$ y *Propósito en la Vida* $\alpha = .79$.

Bienestar Social: Se utiliza la escala de Bienestar Social elaborada por Keyes (1998), traducida por Blanco y Díaz (2005), validada en población nacional por Cárdenas, Barrientos y Bilbao (s.f.), con buenos indicadores de confiabilidad (alpha de Cronbach de .87). La versión utilizada está compuesta por 33 ítems, distribuidos en 5 dimensiones: *Integración Social* (7 ítems; ej. “Siento que soy una parte importante de mi comunidad”), *Aceptación Social* (8 ítems; ej. “Creo que la gente no es de fiar”), *Contribución Social* (6 ítems, ej. “Creo que puedo aportar algo al mundo”), *Actualización Social* (6 ítems, ej. “Veo que la sociedad está en continuo desarrollo”) y *Coherencia Social* (6 ítems; ej. “Me resulta fácil predecir lo que va a pasar en el futuro”). Las opciones de respuesta tipo Likert van de 1 para “totalmente en desacuerdo” hasta 5 para “totalmente de acuerdo”. Puntuaciones altas indican buen ajuste social. Para esta

aplicación se obtienen buenas propiedades psicométricas con un Alpha de Cronbach de .83 para la escala total. Para las dimensiones se obtiene: *Integración Social* $\alpha = .68$, *Aceptación Social* $\alpha = .79$, *Contribución Social* $\alpha = .72$, *Actualización* $\alpha = .64$ y *Coherencia Social* $\alpha = .64$.

Indicadores de prejuicio sexual

Las escalas correspondientes a este apartado fueron aplicadas sólo a población homosexual.

Victimización y discriminación en personas homosexuales

Se incorporan las escalas de *victimización* y *discriminación* tomadas del trabajo de Barrientos y colaboradores (Barrientos et al., 2008; Barrientos, Silva, Catalán, Gómez y Longueira, 2010).

Victimización: escala de 10 ítems que indaga en hechos de violencia vividos por personas homosexuales y que son atribuidas a su orientación sexual (“Piensa si en algún momento de tu vida te ha ocurrido alguno de las siguientes situaciones a causa de tu homosexualidad”). Incluye: Burlas, insultos, amenazas, intento de agresión física, agresión física, intento de agresión sexual, agresión sexual, chantaje o extorsión, asalto o robo sin violencia y asalto y robo con violencia. Para fines de este estudio, se ha modificado el formato de respuesta original (dicotómico), incorporando para cada uno de los ítems formato de respuesta tipo Likert, con opciones que van de 1 para “nada frecuente” hasta 5 para “muy frecuentemente”: puntuaciones altas en esta escala indica altos niveles de victimización. En esta aplicación, se obtienen buenos indicadores de consistencia interna, alpha de Cronbach de .92.

Discriminación: escala de 10 ítems que indaga en hechos de discriminación vividos por personas homosexuales, los cuales son atribuidos directamente a su orientación sexual (“Piensa si en algún momento de tu vida te ha ocurrido alguno de las siguientes situaciones a causa de tu homosexualidad”). Incluye haber sido objeto de discriminación en la familia, escuela, lugares públicos, entre otros (ej. “No haber sido contratado o haber sido despedido de un trabajo”, “haber sido prohibida tu entrada o permanencia en algún local comercial o de entretenimiento”, “Haber sido excluido o marginado de tu ambiente familiar”). Se ha modificado el formato de respuesta original (dicotómico), incorporando para cada uno de los ítems formato de respuesta tipo Likert, con opciones que van de 1 para “nada frecuente” hasta 5 para “muy frecuentemente”: puntuaciones altas indican altos niveles de discriminación. Para esta aplicación, se obtienen buenos indicadores de consistencia interna, alpha de Cronbach de .87.

Percepción de amenaza social en personas homosexuales

Escala diseñada especialmente para esta investigación, tomando los aportes de Barrientos y colaboradores (Barrientos et al., 2008; Barrientos et al., 2010). Esta escala indaga en la *percepción de amenaza social*, entendida como la anticipación de rechazo social por el sólo hecho de pertenecer a un grupo socialmente devaluado (Meyer 1995; 2003). Las personas encuestadas son consultadas sobre la probabilidad de ocurrencia de hechos de victimización y discriminación a personas homosexuales en general (“Qué tan probable es que las siguientes situaciones le ocurran a otras personas homosexuales: lesbianas y gay”). Los hechos de violencia y discriminación por los que se indaga son los mismos que se incluyeron en las escalas de *victimización* y *discriminación*. Las alternativas de respuesta tipo Likert van desde 1 para “nada

probable” hasta 5 para “muy probable”: puntuaciones altas en esta escala indica alta percepción de amenaza social. La escala comprende dos dimensiones: *percepción de victimización* (10 ítems) y *percepción de discriminación* (10 ítems). Para esta aplicación se obtienen buenas propiedades psicométricas, con un alpha de Cronbach de .92 para la escala total, .92 para *percepción de victimización* y .87 para *percepción de discriminación*, mientras la correlación entre ambas dimensiones es de .5.

Procedimiento

Se trata de un estudio cuantitativo, con diseño ex post facto de tipo prospectivo simple.

En una primera etapa se encuestó a personas homosexuales (hombres y mujeres). El primer contacto lo realicé vía telefónica a fin de solicitar su colaboración en el estudio y acordar día, hora y lugar de encuentro. Todas las entrevistas fueron realizadas mediante un encuentro personal e individual con los participantes, previa explicación de los alcances de la investigación y los criterios éticos de la misma, los cuales estaban claramente especificados en el consentimiento informado que debieron firmar. Posteriormente, se reclutó a 6 encuestadores voluntarios (estudiantes de psicología), quienes tuvieron la tarea de encuestar a personas de la población general, que se definieran a sí mismas como heterosexuales y tuvieran las mismas características del grupo de personas homosexuales (según variables criterio sexo, edad y nivel de estudios).

Análisis estadístico

A fin de realizar comparación entre los grupos, realicé pruebas *t* para muestras independientes y calculé el tamaño del efecto (*d* de Cohen). Para la interpretación de éste último (*d*), seguí las consideraciones aportadas por Cohen (1992), quien propone que el *tamaño del efecto* es pequeño cuando los valores están alrededor de 0.20, moderado con valores próximos a 0.50 y grande cuando los valores se aproximan a 0.80. Además, realicé análisis de correlaciones bivariadas (*r* de Pearson), con el propósito de indagar en posibles relaciones entre indicadores de prejuicio y de bienestar.

Resultados

Indicadores de salud mental

Los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para las escalas totales se presentan en la tabla 1. En distrés psicológico se obtienen medias que oscilan entre 1.86 (*DT*= 0.95) para *ansiedad fóbica* y 2.47 (*DT*= 0.98) para *depresión*. Por su parte, las medias para las dimensiones de *bienestar social* van desde 2.99 (*DT*= 0.70) en *aceptación social* hasta 4.11 (*DT*= 0.66) para *contribución social*. Finalmente, para *bienestar psicológico* las medias por dimensión van desde 3.78 (*DT*= 0.76) en *auto-actualización* hasta 4.11 (*DT*= 0.63) en *crecimiento personal*.

Respecto a la hipótesis 1, ésta se rechaza, ya que no se encontraron diferencias significativas entre personas heterosexuales y homosexuales en ninguna de las medidas de salud mental incluidas, es decir, distrés psicológico, bienestar social y bienestar psicológico. El *tamaño del efecto* en todos los casos es bajo y oscila entre 0.03 y 0.30.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos por escala

Escala	M	DT
Distrés psicológico	2.39	0.85
Bienestar social	3.63	0.43
Bienestar psicológico	3.91	0.55
Victimización	2.02	0.85
Discriminación	1.85	0.21
Percepción de amenaza social	2.93	0.82

Sin embargo, si bien los resultados obtenidos no permiten mantener la hipótesis 1, existen diferencias de género en dos de las dimensiones de *distrés psicológico*: *somatizaciones* y *ansiedad*. Así, en estas dimensiones, tanto las mujeres que se identifican como heterosexuales, como aquellas que se identifican como homosexuales obtienen puntuaciones significativamente mayores, en comparación a los hombres de su mismo grupo (ver Tabla 2). Es decir, las mujeres tienen más malestares vinculados a la percepción de disfunciones corporales y síntomas de ansiedad.

Asimismo, para *bienestar social* se encontraron diferencias significativas entre los hombres. Los hombres heterosexuales ($M= 3.93$; $DT= 0.56$) obtienen puntuaciones mayores que los hombres homosexuales ($M= 3.63$; $DT= 0.68$) en la dimensión *integración social* ($t_{(70)} = -2.04$; $p < .05$; $d= 0.49$), lo que implica que, los hombres heterosexuales evalúan mejor la calidad de sus relaciones sociales en comparación a los hombres homosexuales.

Tabla 2
Diferencia de medias para distrés psicológico entre hombre y mujeres por grupo:
Heterosexuales/Homosexuales

Grupo	Dimensión	Sexo	N	M	DT	t	gl	d	
Homosexual	Somatización	Hombre	34	2.12	0.53	-3.18***	49	-0.95	
		Mujer	17	2.70	0.75				
	Ansiedad	Hombre	33	2.25	0.86	-2.56*	48	-0.76	
		Mujer	17	2.94	0.98				
	Depresión	Hombre	36	2.37	1.06	-0.19	52	-0.07	
		Mujer	18	2.43	0.76				
	Hostilidad	Hombre	27	1.91	0.67	-1.30	39	-0.41	
		Mujer	14	2.31	1.07				
	Ansiedad Fóbica	Hombre	22	1.93	0.91	-0.20	28	-0.07	
		Mujer	8	2.0	0.96				
	Heterosexual	Somatización	Hombre	31	2.14	0.90	-2.96**	48	-0.86
			Mujer	19	2.91	0.90			
Ansiedad		Hombre	29	2.13	0.89	-2.29*	43	-0.70	
		Mujer	16	2.78	0.99				
Depresión		Hombre	30	2.44	1.09	-1.04	47	-0.31	
		Mujer	19	2.75	0.86				
Hostilidad		Hombre	23	1.87	0.97	0.01	35	0	
		Mujer	14	1.87	0.91				
Ansiedad Fóbica		Hombre	21	1.73	1.08	-0.44	30	-0.17	
		Mujer	11	1.90	0.87				

* La diferencia es significativa al nivel .05 (bilateral)

** La diferencia es significativa al nivel .01 (bilateral)

*** La diferencia es significativa al nivel .005 (bilateral)

d= tamaño del efecto, d de Cohen.

También, se encuentran diferencias de género entre las personas homosexuales. Las lesbianas presentan niveles mayores de *bienestar social general* e *integración social* que los gay. Si bien en la dimensión *coherencia social* no se encuentra una diferencia significativa entre lesbianas y gay, es necesario ser cautos al respecto dada la magnitud de esta diferencia (*d*) (ver tabla 3).

Tabla 3
Bienestar Social: Diferencia de medias entre hombres y mujeres homosexuales

Grupo	Dimensión	Sexo	N	M	DT	T	gl	d
Homosexual	Bienestar social	Hombre	36	3.50	0.38	-2.35*	53	-0.65
		Mujer	19	3.77	0.47			
	Integración Social	Hombre	36	3.63	0.68	-2.52*	53	-0.71
		Mujer	19	4.12	0.71			
	Aceptación Social	Hombre	36	2.89	0.66	-1.42	53	0.40
		Mujer	19	3.15	0.63			
	Contribución social	Hombre	36	4.02	0.71	-0.62	53	-0.18
		Mujer	19	4.15	0.71			
	Actualización Social	Hombre	36	3.42	0.62	-0.76	53	-0.21
		Mujer	19	3.56	0.71			
	Coherencia Social	Hombre	36	3.70	0.65	-1.75	53	-0.50
		Mujer	19	4.03	0.66			

* La diferencia es significativa al nivel .05 (bilateral)
d= tamaño del efecto, d de Cohen.

Por último, se encuentran diferencias de género entre personas homosexuales en las medidas de bienestar psicológico. Las lesbianas obtienen puntuaciones significativamente mayores que gay en las puntuaciones para la escala total y en las dimensiones *relaciones positivas*, *dominio del entorno* y *crecimiento personal*. Si bien, la diferencia de medias para las dimensiones *auto-actualización* no resulta significativa, el tamaño del efecto es moderado, debiendo asumir con precaución estos resultados, tal como se ha señalado con anterioridad (Ver tabla 4).

Tabla 4
Bienestar Psicológico: Diferencia de medias entre hombres y mujeres homosexuales

Grupo	Dimensión	Sexo	N	M	DT	t	gl	d
Homosexual	Bienestar Psicológico	Hombre	36	3.71	0.57	-2.20*	53	-0.63
		Mujer	19	4.08	0.61			
	Auto-actualización	Hombre	36	3.58	0.72	-1.39	53	-0.63
		Mujer	19	3.88	0.76			
	Relaciones Positivas	Hombre	36	3.56	0.93	-2.45*	53	-0.70
		Mujer	19	4.15	0.65			
	Autonomía	Hombre	36	3.76	0.68	-0.41	53	-0.12
		Mujer	19	3.84	0.67			

Dominio del Entorno	Hombre	36	3.66	0.63	-2.37*	53	-0.67
	Mujer	19	4.11	0.74			
Crecimiento Personal	Hombre	36	3.94	0.66	-2.40*	53	-0.69
	Mujer	19	4.38	0.59			
Propósito en la Vida	Hombre	36	3.73	0.75	-1.39	53	-0.43
	Mujer	19	4.10	1.03			

* La diferencia es significativa al nivel .05 (bilateral)
d= tamaño del efecto, d de Cohen.

Victimización y discriminación en población homosexual: su relación con indicadores de salud mental

Respecto a la segunda hipótesis, ésta se mantiene parcialmente en tanto sólo se obtiene una relación positiva entre *victimización* y *depresión* (ver tabla 5). Lo mismo ocurre con la hipótesis 3, en tanto *victimización* se relaciona negativamente con *aceptación social* y *relaciones positivas*, en ambos casos las relaciones son de moderada intensidad (ver tabla 5). Por su parte, *discriminación* sólo obtiene una relación significativa, de baja intensidad, con *contribución social* (ver tabla 5).

Adicionalmente, respecto a las hipótesis 2 y 3, a partir del análisis segmentado por sexo se obtiene que en el grupo de gay, la dimensión *victimización* se relaciona positivamente con *depresión* ($r_{(32)} = .43$; $p = .01$). Por tanto, la expresión de sintomatología depresiva aumentará en la medida que se ha vivido con mayor frecuencia hechos de victimización. En lesbianas se obtiene una relación negativa de moderada intensidad entre *victimización* y *aceptación social* ($r_{(10)} = -.64$; $p = .04$), de modo que, a medida que aumenta la frecuencia de hechos de victimización, se incrementará una actitud negativa hacia los otros.

Tabla 5. Relación entre indicadores de prejuicio sexual e indicadores de salud mental

	Vict.	Disc.	PAS	PV	PD
SCL-90					
Somatizaciones	-.17	.14	-.06	-.07	-.03
Ansiedad	.09	-.01	-.06	-.08	-.01
Depresión	.42**	.12	.23	.30*	.08
Hostilidad	.08	.04	.31*	.24	.32*
Ansiedad fóbica	.14	.06	.11	.04	.16
BIENESTAR SOCIAL					
Escala total	-.27	.09	-.24	-.33*	-.08
Integración social	-.16	.10	-.18	-.30*	.00
Aceptación social	-.33*	-.09	-.15	-.25	.02
Contribución social	-.17	.28*	.14	.10	.15
Actualización social	.00	.07	-.27*	-.24	-.23
Coherencia social	-.19	.07	-.33*	-.33*	-.24
BIENESTAR PSICOLÓGICO					
Escala total	-.24	.19	-.17	-.23	-.06
Auto-actualización	-.17	.08	-.13	-.20	.11
Relaciones positivas	-.41**	.18	-.12	-.16	-.04
Autonomía	-.13	.22	-.25	-.32*	-.10
Dominio del entorno	-.26	.16	-.18	-.24	.07
Crecimiento personal	.06	.11	.01	-.06	.09
Propósito en la vida	-.19	.15	-.17	-.17	-.12

Correlación de Pearson: nivel de significancia al .05* y al .01**

Percepción de amenaza social: su relación con indicadores de salud mental

Las medias por dimensión fueron de 3.24 (*DT*= 1.0) para PV y 2.61 (*DT*= 0.89) para PD. Respecto a la hipótesis 4, ésta se mantiene parcialmente, ya que, sólo se obtiene una relación positiva, significativa estadísticamente, entre PAS (puntuaciones de la escala total) y *hostilidad* (ver tabla 5).

Del mismo modo, los resultados son coherentes parcialmente con la hipótesis 5, en tanto, PAS se relaciona negativamente con *actualización social* y *coherencia social*

(ver tabla 5). Cabe destacar que PAS (escala total) no se relaciona significativamente con ninguna de las dimensiones de *bienestar psicológico*.

Sin embargo, al realizar análisis por dimensión, se encontró que PV se relaciona significativamente con *depresión*, *bienestar social* (escala total), *integración social*, *coherencia social* y *autonomía*, todas correlaciones de baja intensidad (ver tabla 5).

Adicionalmente, para el grupo de gay, PV se relaciona significativamente con las dimensiones de estrés psicológico: *depresión* ($r_{(36)} = .33$; $p = .04$) y *hostilidad* ($r_{(27)} = .58$; $p = .001$). Es relevante esta última relación, dada la intensidad de la misma, por tanto, en la medida que aumenta la percepción de victimización sobre el grupo de pertenencia, aumentarán los sentimientos de hostilidad en gay. En lesbianas, se obtiene una relación significativa, de moderada intensidad, entre esta dimensión y *autonomía* ($r_{(19)} = -.51$; $p = .03$). En este caso, en la medida que las mujeres estiman mayor probabilidad de que las personas homosexuales sean violentadas, menores serán los niveles de autonomía reportados.

Por último, se encontró que PD sólo se relaciona significativamente con *hostilidad* ($r_{(41)} = .32$; $p = .04$), aunque esta relación es de baja intensidad. En lesbianas se obtiene una relación significativa, de intensidad moderada, entre PD y *autonomía* ($r_{(19)} = -.52$; $p = .03$). Por tanto, al igual que para PV, en la medida que las mujeres estiman mayor probabilidad de que las personas homosexuales sean víctimas de discriminación, menores serán los niveles de autonomía reportados.

Discusión

Aún cuando, en la actualidad la “tolerancia” hacia las minorías sexuales se ha convertido en una bandera de lucha política y ha sido utilizada como indicador de progresismo ideológico, ésta supone el reconocimiento, desde un grupo privilegiado, de algo que se debe soportar con resignación, más no un reconocimiento social pleno. En este sentido, la tolerancia social se juega en una suerte de negociación implícita, la cual mantiene a las sexualidades no- normativas relegadas a la invisibilidad, al recato de la vida privada y el disimulo público (Pecheny, 2001), castigando seriamente la transgresión de éstos límites.

Este contexto de hegemonía de lo heterosexual, tiene un impacto permanente y directo sobre la vida de las personas homosexuales, en tanto los sitúa en una posición social desventajosa y estigmatizada (Herek, 2007; Meyer, 1995, 2003). En este sentido, el sentirse parte de un grupo social, que es devaluado socialmente, no sólo influirá en el plano más íntimo, como es el reconocimiento ante sí mismo de sentimientos homoeróticos, también lo hará en la esfera pública, mediando en la calidad de las relaciones que se establecen con el entorno.

En este sentido, si bien los resultados de esta investigación apuntan a rechazar las hipótesis de investigación referidas a la existencia de diferencias en los indicadores de salud mental entre personas homosexuales y heterosexuales, son relevantes las diferencias encontradas a partir de los análisis segmentados por sexo y por orientación sexual. Según éstos, es posible constatar diferencias significativas entre hombres heterosexuales y hombres gay, así como entre gay y lesbianas.

En cuanto a las diferencias encontradas, los participantes gay reportan una peor evaluación de los lazos que mantienen con la sociedad y su comunidad (integración

social), en comparación a su contraparte heterosexual. Esto es relevante como indicador de salud mental, en tanto se espera que una persona se sienta parte de la sociedad, al punto de desarrollar sentimientos de pertenencia y lazos sociales satisfactorios (Keyes 1998, 2005). Sin embargo, los sentimientos o vivencias positivas respecto a la sociedad, no depende exclusivamente de características personales, ya que, supone tanto que el contexto social provea de condiciones objetivamente positivas, así como que éstas sean percibidas positivamente por las personas (Blanco y Díaz, 2006). Se trataría de la experiencia subjetiva de condiciones objetivas de existencia.

En Chile, si bien es posible advertir la existencia de un discurso social que promueve la integración social de todos y todas por igual, no es menos cierto que los espacios de sociabilidad homosexual, siguen siendo marginales e invisibilizados socialmente y condenadas las expresiones públicas de afecto, a la vez que se arraiga la idea de instituciones sociales privativas de lo heterosexual, como son el matrimonio y la familia.

Sin embargo, los resultados obtenidos sustentan la idea de que no es lo mismo ser gay o ser lesbiana, ya que éstas presentan mejores indicadores positivos de salud mental que los hombres homosexuales, hallazgos similares a los obtenidos por estudios realizados en otros contextos (King y Nazareth, 2006; Sandfort, De Graaf y Bijl, 2003). Las mujeres homosexuales de este estudio evalúan mejor la calidad de las relaciones que establecen con su comunidad (integración social) y, además, reportan niveles superiores de bienestar social general. También, reportan mejor ajuste psicológico en general (bienestar psicológico), mayor capacidad para establecer relaciones estables y confiables con otras personas (relaciones sociales), y mejores condiciones para desarrollar al máximo sus capacidades y potencialidades (crecimiento personal).

Es posible que estos resultados den cuenta de contextos de mayor hostilidad y rechazo hacia la homosexualidad masculina (Herek, 2007; Whitley, 2001). Se castiga con mayor fuerza aquello que cuestiona directamente la supremacía de lo masculino, fundamento del heterosexismo, toda vez que prevalece la tendencia a considerar que la homosexualidad es una transgresión de los estereotipos de género, es decir, los gay son pensados como hombres femeninos y las lesbianas como mujeres masculinas (Carrier, 1976). Sin embargo, es necesario incorporar en futuras investigaciones análisis de cómo se articulan las diferencias de género con otras características sociodemográficas como edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, entre otras variables que pueden ser relevantes.

Por otro lado, las mujeres homosexuales no se diferencian de sus pares heterosexuales en ninguno de los indicadores de salud mental, es decir, que para el grupo de mujeres la orientación sexual no es un factor determinante sobre la salud mental de éstas. Estos resultados son coherentes a los reportados por otros autores (King y Nazareth, 2006; Sandfort, Graaf y Bijl, 2003). Por ejemplo, Matthews y colaboradores reportan que no existiría una relación significativa entre orientación sexual y síntomas de distrés en mujeres (Matthews, Hughes, Johnson, Razzano y Cassidy, 2002).

Sin embargo, se constatan diferencias importantes entre hombres y mujeres en las medidas de distrés psicológico, ya que, tanto las mujeres homosexuales como las heterosexuales presentan niveles mayores de ansiedad y sintomatología depresiva, en comparación a su contraparte masculina. Estos resultados son similares a los encontrados por Casullo (2004) en población general argentina. En tanto, un estudio chileno, realizado en población general, confirma la mayor prevalencia de desórdenes

mentales comunes en mujeres, en comparación a los hombres (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña y Lewis, 2001).

En este sentido, es posible que en un contexto de hegemonía masculina, la orientación sexual de las mujeres no se haga tan saliente como lo es el género, el cual las sitúa, por igual, en espacios de alta exigencia social. La aparente evolución de los roles de género, que se materializan en la incorporación de la mujer a la esfera pública, trae como contrapartida nuevas exigencias y sacrificios, propios de la buena mujer (Montecino, 1997), es decir que a las demandas propias de los tradicionales roles de género se han sumado aquellas que derivan de los nuevos roles que deben desempeñar, con costes emocionales importantes.

En cuanto a los indicadores de prejuicio sexual, dado que éstos sólo fueron medidos en población homosexual, las conclusiones al respecto se limitarán a este grupo. Al respecto, las hipótesis de investigación se corroboran sólo para la relación de estos indicadores con algunas de las dimensiones de salud mental.

Contrariamente a lo reportado por otros autores (Riggle et al., 2009, Sandfort, 2003), la relevancia de la relación entre los hechos de discriminación y salud mental de las personas homosexuales, es muy pobre. Es posible que los resultados tengan que ver con una de las limitaciones de este estudio, en tanto no se indaga en el momento en que ocurrieron los hechos reportados, pues se espera que hechos recientes tengan mayor impacto en la salud mental de las personas que hechos de discriminación ocurridos con mucho tiempo de distancia (Pascoe y Rishmann, 2009). Sin embargo, también es plausible sostener que los hechos de discriminación cotidiana tienden a naturalizarse o invisibilizarse (Barrientos et al., 2008).

Por su parte, los hechos de victimización, sí tienen un mayor alcance en su relación con indicadores de salud mental. Al menos una de las dimensiones de estrés psicológico, bienestar social y bienestar psicológico se relaciona significativamente con los hechos de violencia reportados. Sin embargo, es necesario tener presente que la forma utilizada para medir discriminación y victimización, puede estar enmascarando o subestimando algunas correlaciones. También, se debe considerar, que aún cuando, más del 70% de los participantes reporta asumir públicamente su orientación sexual, no contamos con indicaciones precisas de los ámbitos en que se ha asumido. Tal como señala Pecheny (2001), muchos homosexuales viven su orientación sexual en la coexistencia del reconocimiento en lo privado y el disimulo en lo público, ambivalencia que es normalizada. Esta condición podría contribuir a la subestimación del prejuicio sexual.

Por otro lado, son relevantes las relaciones encontradas entre percepción de amenaza social y algunos indicadores de salud mental, resultados que superan a los obtenidos para las experiencias personales de victimización y discriminación. PAS, especialmente su dimensión PV, se relaciona con varias de las dimensiones de bienestar social. Es decir que, la percepción de hostilidad social, sustentada en la idea de vulnerabilidad de las personas homosexuales como grupo social, se relaciona con un ajuste social negativo en las personas que se sienten parte de este grupo.

En el caso de los hombres homosexuales, la percepción de victimización del grupo al que pertenecen, se relaciona con la experiencia de pensamientos, afectos y acciones hostiles, características asociadas, tradicionalmente, a masculinidad (Ortiz-Hernández, 2004). En tanto, en el caso de las mujeres homosexuales, tanto la percepción de discriminación como la percepción de victimización del grupo de

pertenencia, se relaciona con la pérdida de autonomía, es decir falta de autodeterminación e independencia, características típicamente asociadas a la feminidad (Ortiz-Hernández, 2004). Es posible que estos resultados reflejen un tipo de respuesta diferenciada por género que funcionaría como protector de otras dimensiones de la salud mental. Sin embargo, esta presunción deberá ser abordada en futuras investigaciones, aventurando posibles modelos explicativos de la relación de PAS y salud mental.

Dentro de las limitaciones de este estudio se debe tener presente que la muestra con la que se ha trabajado no favorece el que los datos sean generalizados. Se trata, principalmente, de personas jóvenes y con altos niveles educativos, variables que pueden influir en la relación de las personas con su entorno, en tanto pueden estar haciendo saliente otros aspectos de la identidad social. Por tanto, es necesario incorporar en futuras investigaciones, muestras más heterogénea, en cuanto a la representatividad de distintas posiciones dentro de la estructura social, de modo de poder indagar en cómo se articula la orientación sexual de las personas con otras variables sociodemográficas, como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y nivel educativo.

Del mismo modo, el tamaño de la muestra, en muchos casos no permite obtener resultados precisos, en tanto incrementa la posibilidad de incurrir en falsos negativo (error tipo II). Tal es el caso de las diferencias encontradas entre gay y lesbianas en varias de las dimensiones incluidas como indicadores de salud mental, ya que, aún cuando no llegan a ser significativas estadísticamente, la magnitud de la diferencia (tamaño del efecto) apunta a que no se puede descartar que exista una diferencia importante que esté siendo enmascarada por el tamaño de la muestra. Las

dimensiones aludidas son: hostilidad, aceptación social, coherencia social, auto-actualización y propósito en la vida.

Sin embargo, las mayores limitaciones son las referidas a las medidas de victimización y discriminación utilizadas. En primer lugar, estas variables no se han medido en población heterosexual, por lo cual no poseo parámetros de comparación que me permitan interpretar los resultados obtenidos en función del contexto. En segundo lugar, la medida utilizada no precisa el tiempo en el que ocurrieron los hechos de discriminación y victimización, esto hace dificultosa la interpretación de la relación que éstos tienen con los indicadores de salud mental. Finalmente, el trabajar sobre un promedio que incorpora situaciones, ya sea de discriminación o de victimización, que pudiesen tener pesos emocionales distintos, tiene el riesgo de encubrir el verdadero impacto que éstas pueden tener en la vida de las personas que las han padecido.

Es necesario indagar en futuras investigaciones, si los resultados esperados respecto a las diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, no quedaron velados por las características de la muestra u otras variables protectoras que no han sido incorporadas en este estudio, a saber: estilos de afrontamiento, redes de apoyo, autoestima o simplemente por efectos de la naturalización de la devaluación.

Referencias

- Alden, H. y Parker, K. (2005). Gender role ideology, homophobia and hate crime: linking attitudes to macro-level anti-gay and lesbian hate crimes. *Deviant Behavior*, 26(4), 321-343
- Allport, (1968). *La Naturaleza del Prejuicio (3ª ed.)*. Buenos Aires: EUDEBA
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. y Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlatos. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Barrientos, J. y Páez, D. (2000). Identidad homo-bisexual en Chile. En: CONASIDA & ANRS (2000). *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Resultados* (pp. 123-129). MINSAL, Santiago.
- Barrientos, J., Meza, P., Gómez, F., Catalán, S., Longueira, J. y Silva, J. (2008). *Política, derechos, violencia y diversidad sexual: primera encuesta Marcha por el Orgullo y Diversidad Sexual: Santiago de Chile 2007*. Chile: Clam.
- Barrientos, J., Silva, J., Catalán, S., Gómez, F. y Longueira, J. (2010). Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (lgbt) pride, in Chile. *Journal of Homosexuality*, 57, 760–775.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Brigeiro, M., Castillo, E. y Murad, R. (2009). *Encuesta LGBT: Sexualidad y Derechos. Participantes de la Marcha de la Ciudadanía. Brasil: Instituto de Medicina Social*. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

- Brown, R. (1998). *Prejuicio. Su psicología social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Burgess, D., Lee, R., Tran, A. y Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 1-14.
- Cárdenas, M., Barrientos, J. y Bilbao, M. (s.f.). *Adaptación y validación chilena de la escala de Bienestar Social (Social Well-Being Scale)*. Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte en Antofagasta, Chile.
- Cárdenas, M. y Barrientos, J. (2008). The attitudes toward lesbians and gay men scale (ATLG): adaptation and testing the reliability and validity in Chile. *Journal of Sex Research*, 45(2), 140-149.
- Carrara, S., Ramos, S., Lacerda, P., Medrado, B. y Vieira, N. (2007). *Política, derechos, violencia e homossexualidade. Pesquisa 5ª Parada da Diversidade – Pernambuco 2006*. Rio de Janeiro.
- Carrier, J. (1976). Cultural factors affecting urban mexican male homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 5(2), 103-124.
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Diamant, A.L. y Wold, Ch. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41-49.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psichotema*, 19, 286-294.

- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psichotema*, 18, 572-577.
- Fergusson, D, Horwood, J. y Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 876-880.
- Goffman, E. (1968). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Goldstein, M. (1979). The sociology of mental health and illness. *Annual Review of Sociology*, 5, 381-409.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Herek, G. (2000). The psychology of sexual prejudice. *American Psychological Society*, 9(1), 19-22.
- Herek, G. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. (2007). Sexual orientation and mental health. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Herek, G., Gillis, J., Cogan, J. y Glunt, E. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(2), 195-215.
- Herek, G., Gillis, J. R. y Cogan, J. (1999). Psychological sequelae of hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 945-951.

- Huebner, D., Rebchook, G. y Kegeles, S. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health, 94(7)*, 1200-1203.
- Jones, D., Libson, M. y Hiller, R. (2006). *Sexualidad, política y violencia. La marcha del orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005, segunda encuesta*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Keyes, C. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121-140.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539-548.
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychological Association, 62(2)*, 95-108.
- King, M. y Nazareth, I. (2006). The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health, 6(127)*, 1-12.
- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Wright, L., Blizard, R. y Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry, 183*, 552-558.
- Matthews, A., Hughes, T., Johnson, T., Razzano, L. y Cassidy, R. (2002). Prediction of depressive distress in a community sample of women: the role of sexual orientation. *American Journal of Public Health, 92(7)*, 1131-1139.

- Mays, V. y Cochran, S. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91(11)*, 1869-1876.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36(1)*, 38-56.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129(5)*, 674-697.
- Montecino, S. (1997). *Palabra Dicha. Estudios sobre género, identidades, mestizajes*. Santiago: Universidad de Chile.
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (2010). VIII Informe Anual. Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Chilena. Extraído el 24 de agosto de 2010, de <http://www.movilh.cl>
- Movimiento Unificado de Minorías Sexuales. (2006). *Informe de Derechos Humanos y Discriminación 2006*. Extraído el 1 de noviembre de 2007, de <http://www.mums.cl/sitio/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (45ª ed.)*. Descargado el 6 de julio de 2009 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Ortiz-Hernández, L. (2004). La opresión de las minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura, 22*, 161-182.
- Otis, M. y Skinner, W. (1996). The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality, 30(3)*, 93-117.

- Pascoe, E. y Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554.
- Pecheny, M. (2001, septiembre). *De la “no-discriminación” al “reconocimiento social”*. *Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina*. Ponencia presentada al XXIII Congreso de la Latin American Studies Association, Washington DC.
- Pilkington, N. y D’Augelli, A. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology*, 23, 34-56.
- Quiles, M. N., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A. y Coello, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15(2), 197-204.
- Riggle, E., Rostosky, S. y Danner, F. (2009). LGB identity and eudaimonic well being in midlife. *Journal of Homosexuality*, 56(6), 786-798.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. y Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education And Prevention*, 18(5), 444-460.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sandfort, T., de Graaf, R. y Bijl, R. V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 15-22.

- Sandfort, T., Bakker, F. Schellevis, F.G. y Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health, 96(6)*, 1119-1125.
- Sandfort, T., Meléndez, R. y Díaz, R. (2007). Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in latino gay and bisexual men. *Journal of Sex research, 44(2)*, 182-189.
- Štulhofer, A. y Rimac, I. (2009). Determinants of homonegativity in Europe. *Journal of Sex Research, 46(1)*, 24-32
- Warner, J., McKeown, E., Griffin, M., Johnson, K., Ramsay, A., Cort, C. y King, M. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry, 185*, 479-485.
- Whitley, B. (2001). Gender-role variables and attitudes toward homosexuality. *Sex Roles, 45(11)*, 691-719.
- World Values Survey (2008), en www.valuessurvey.org.
- Yáñez, S. y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista de Salud y Sociedad, 1(1)*, 51-70.

Adaptación y Validación de la Escala de Estrés Minoritario (Gay-Related Stressful Life Events Measure)

Fabiola Gómez Ojeda*

Resumen

Este trabajo presenta la adaptación y validación de la Escala de Estrés Minoritario (EEM) propuesta por Rosario, Rotheram-Borus y Reid (1996). La muestra quedó compuesta por 55 personas homosexuales, 36 hombres y 19 mujeres (34.5%), cuyas edades fluctúan entre los 19 y 45 años. Se trata de una escala de 12 ítems con formato de respuesta dicotómica, sin embargo tras el proceso de adaptación se optó por una versión de 10 ítems. Se obtienen buenos indicadores de confiabilidad con un alfa de Cronbach de .85, con una estructura factorial de dos factores. Sin embargo, 2 de los 10 ítems presentan dificultades de ajuste al modelo, por tanto, se propone una versión de 8 ítems, con una estructura unifactorial que mediría estrés derivado de conflictos por orientación sexual en el entorno cercano.

Palabras clave: estrés, escala, homosexualidad

* Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Social
Profesor guía: Jaime Barrientos Delgado
Escuela de Psicología de la Universidad Católica del Norte. fabigomez.o@gmail.com

Introducción

El estrés, desde un acercamiento psicosocial, puede asociarse a la posición social que ocupan las personas y sus grupos de pertenencia, ya que esta ubicación supone diferencias sociales, conflictos y una distribución diferencial de poder (Goldstein, 1979). En este sentido, dado que dicha posición tiende a ser permanente en el tiempo, las diferencias que en ella se sustentan, tendrán un impacto importante y permanente en la salud mental de las personas que ocupan una posición social desventajosa. Lazarus y Folkman (1984) señalan que el estrés social es el resultado de la relación entre la persona y su experiencia social. Esta relación puede traducirse en una fuente importante de tensión social crónica, con el consecuente impacto sobre la salud mental de las personas.

Desde esta perspectiva, Meyer (1995, 2003) ha propuesto que las personas que pertenecen a grupos minoritarios, relativos a categorías como nivel socioeconómico, raza, etnia, género o sexualidad y que son prejudiciados socialmente, se ven expuestos a ciertos estresores sociales, que se suman a los vividos por las personas en general. En este sentido, haríamos referencia a estrés de las minorías (en inglés, “*minority stress*”), tipo particular de estrés que cumple con las siguientes características: 1) es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y, por tanto, requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente; 2) es crónico, dado que las posiciones sociales derivadas de esta categorías tienden a ser permanentes y 3) tiene una base social, es decir, se deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras, más allá de los acontecimientos individuales (Meyer, 2003).

Un número importante de autores ha abordado el estudio del estrés minoritario en homosexuales. Específicamente, se ha buscado explicar la prevalencia de

problemas en la salud mental de gay y lesbianas a partir de la vivencia de una posición social devaluada y estigmatizada (Herek y Garnets, 2007; Meyer 1995, 2003; Riggle, Thomas, Rostosky, 2005), confirmándose la existencia de una asociación entre la percepción de discriminación por orientación sexual y el haber sufrido malos tratos, con síntomas psicológicos, como angustia y estrés (ej. Herek, Gillis, Cogan y Glunt, 1997; Fergusson, Horwood y Beautrais, 1999; Mays y Cochran, 2001; Huebner, Rebchook y Kegeles, 2004; Wagner et al, 2004; Sandfort, Meléndez y Díaz, 2007). Por ejemplo, Herek (Herek, Gillis y Cogan, 1999), encontraron una asociación significativa entre haber vivido experiencias de victimización a causa de la orientación sexual y síntomas depresivos, ansiedad, ira y estrés postraumático. En conclusión, los estudios señalados respaldan la idea de que el estrés minoritario –referido a la percepción de discriminación y victimización por orientación sexual- está relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiedad.

Rosario, Schrimshaw, Hunter y Gwadz (2002), sostienen que existe un tipo de estrés específico a gay, lesbianas y bisexuales, definiéndolo como el estigma asociado a ser o ser percibido como gay o lesbiana en una sociedad que sanciona la homosexualidad. Es decir, las personas pertenecientes a minorías sexuales deben convivir con eventos derivados de asumir su orientación sexual (“coming out”) en su entorno cercano (padre, familia y amigos), con que su identidad sexual sea “descubierta” y ser ridiculizado a causa de ésta (Rosario et al., 2002).

Siguiendo esta línea, Rosario, Rotheram-Borus y Reid (1996) diseñan una escala para medir situaciones estresantes en población homosexual -Gay Related Stressful Life Events Measure-.

Tendiendo en cuenta lo expuesto y considerando que no existen medidas en español que den cuenta de los estresores propios a población homosexual, creo indispensable avanzar en este sentido, de modo de generar conocimiento contextualizado respecto a la realidad psicosocial de las minorías sexuales en nuestro país. Por ello, el objetivo de este estudio fue la adaptación al español y la validación de la escala propuesta por Rosario y colaboradores (1996), además de describir y caracterizar su estructura factorial. Para efectos de este estudio, he traducido la escala como “Escala de Estrés Minoritario” (EEM).

Con el propósito de poner a prueba la validez de constructo se trabajará con la siguiente hipótesis de investigación:

1. Se constatará la existencia de una relación positiva entre las puntuaciones en la Escala de Estrés Minoritario y la presencia de sintomatología depresiva. Es decir que, a mayor puntuación en la EEM mayor presencia de sintomatología depresiva.
2. Se constatará la existencia de una relación positiva entre las puntuaciones en la Escala de Estrés Minoritario y la presencia de síntomas de ansiedad. Es decir que, a mayor puntuación en la EEM mayor presencia de síntomas de ansiedad.

Método

Participantes

Las personas fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico de bola de nieve, utilizando como criterios de inclusión ser mayor de 18 años y auto-identificarse como homosexual. La muestra total quedó compuesta por 55 participantes, 36 hombres (65.5%) y 19 mujeres (34.5%), cuyas edades fluctúan entre 19 y 45 años ($M= 28.64$; $DT= 6.2$). El 73.6% de los participantes reporta asumir públicamente su orientación sexual.

Medidas

Medidas sociodemográficas

Este apartado contiene preguntas que indagan en: sexo del encuestado (hombre/mujer), edad (número de años) y orientación sexual (¿cuál es tu orientación sexual?, con alternativas de respuesta dicotómica: heterosexual/homosexual y, por último, ¿asumes públicamente tu orientación sexual?, con alternativas de respuesta dicotómica: SÍ y NO)

Estrés minoritario

Se utilizó la escala Gay-Related Stressful Life Events Measure (Rosario et al., 1996), la cual indaga en eventos estresantes vividos a causa de la homosexualidad de los entrevistados. El instrumento original está compuesto por 12 ítems con formato de respuesta dicotómica (SI/NO). Con el propósito de adaptar la escala a distintas etapas evolutivas, los ítems 9 y 10, de la escala original, se unieron a los ítems 5 y 6,

respectivamente. De este modo, la escala aplicada contiene 10 ítems, con formato de respuesta dicotómica (ver anexo).

Los encuestados deben indicar si han experimentado los eventos propuestos durante los últimos tres meses. El número de eventos reportados son sumados para conformar un indicador de “estrés minoritario”. Las puntuaciones para esta escala pueden ir de 0 a 10 puntos: a mayor puntuación mayores niveles de estrés minoritario.

Distrés psicológico

Con el propósito de poner a prueba la validez de constructo, se incluyeron dos de las nueve dimensiones del *Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (1979)* (en inglés, Derogatis Symptom Checklist, Revised, SCL-90-R), versión traducida y adaptada al español por González de Rivera et al. (1989), utilizada en Chile por Yáñez y Cárdenas (2010), con un alpha de Cronbach de .95. Esta escala está compuesta por 9 dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, con formato de respuesta que va de 0 para “nada en absoluto” a 4 para “mucho, extremadamente”.

Las dimensiones incluidas, representan la sintomatología que se ha asociado positivamente a estrés minoritario, a saber: *Depresión* (13 ítems; ej. “Piense si en las últimas semanas se ha sentido bajo en energías o decaído/a”) y *Ansiedad* (10 ítems; “Piense si en las últimas semanas se ha sentido temeroso/a”). Se utilizó un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 para “nada en absoluto” hasta 5 para “muchísima frecuencia”: a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología.

Procedimiento

En primer lugar, la Escala de Estrés Minoritario fue traducida por investigadores expertos en el tema. Posteriormente, la traducción fue sometida a juicio experto, quienes sugirieron juntar el ítem 9 con el ítem 5 y el ítem 6 con el ítem 10. De este modo, la escala final quedó conformada por 10 ítems (ver anexo).

Los participantes fueron reclutados a partir de la técnica bola de nieve, comenzando por dos personas que se identificaron a sí mismos como homosexuales. El primer contacto se realizó, vía telefónica, solicitando la colaboración en el estudio y acordando día, hora y lugar de encuentro. Una vez finalizada la entrevista, le solicité a cada uno de los entrevistados que me pusiera en contacto con dos o tres personas que se auto-identificaran como homosexuales (hombres o mujeres) y que quisieran participar del estudio.

Todas las entrevistas fueron realizadas mediante un encuentro personal e individual con cada uno de los participantes, previa explicación de los alcances de la investigación y los criterios éticos de la misma, los cuales estaban claramente especificados en el consentimiento informado que debieron firmar.

Análisis estadístico

Dado que la escala de Estrés Minoritario tiene formato de respuesta dicotómica, la consistencia interna de ésta responde a la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20). Posteriormente, realicé el análisis de la estructura factorial de la escala a partir del análisis factorial exploratorio, utilizando la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). La extracción de factores se realizó mediante el método de componentes principales, sin rotación.

Para todos los análisis utilicé el paquete estadístico SPSS, versión 15.0.

Resultados

Las puntuaciones obtenidas para la Escala de Estrés Minoritario (EEM) oscilan entre cero y ocho puntos, con una media de 0.60 ($DT= 1.56$). La consistencia interna de la escala es aceptable, con un alpha de Cronbach de .85. En la tabla 1 se reporta la media y desviación típica para cada uno de los ítems, así como la correlación ítem total y el alpha de Cronbach si se elimina un elemento. Como es posible observar, 8 de los 10 ítems obtienen correlaciones ítem total, aceptables, en tanto, el alpha corregido aumenta levemente si se eliminan los ítems 9 y 10.

Tabla 1
Descriptivos por ítem, correlación ítem total y alpha si se elimina elemento.

Ítem	M	DT	r	α
I1	.07	.26	.72	.82
I2	.07	.26	.78	.82
I3	.13	.34	.61	.84
I4	.07	.26	.66	.83
I5	.02	.14	.60	.84
I6	.07	.26	.66	.83
I7	.04	.19	.83	.82
I8	.09	.29	.58	.84
I9	.02	.14	-.05	.87
I10	.02	.14	.13	.86

r: correlación ítem total corregida
 α : alpha de Cronbach si se elimina un elemento

Estructura Factorial de la Escala

Para evaluar la estructura factorial efectué un Análisis Factorial Exploratorio. Las medidas de adecuación muestral, KMO y prueba de esfericidad de Bartlett, para la EEM indican un buen ajuste de los datos ($KMO= 0.78$; $\chi^2_{(45)}= 337.47$, $p < 0.001$). En tanto, el análisis de las comunalidades indica que el modelo obtenido explicaría buena parte de la varianza de 9 de los 10 componentes, con pesos factoriales que oscilan entre .53 para el ítem cinco (problemas con tus profesores o jefes por tu homosexualidad) y .90 para el ítem dos (Aumento de problemas con tus hermanas o hermanos debido a tu homosexualidad). En tanto, el ítem nueve obtiene una comunalidad extremadamente baja (.005) (Problemas con la policía a causa de tu homosexualidad).

El análisis factorial, método de extracción de componentes principales, sin rotar, arroja 2 factores que, en conjunto, explican el 64.17% de la varianza total. Se observa un primer factor que aporta el 48.19% de la varianza y un segundo factor con un 15.99% de aporte a la varianza. El detalle del peso de los ítems por factor está detallado en la tabla 2.

El primer factor alude a dificultades o problemas en el ámbito privado o entorno más cercano (familia, colegio, trabajo, amigos), derivados de la homosexualidad de los encuestados. En tanto, el segundo factor, conformado sólo por un ítem, refiere a la victimización en el plano público.

Tabla 2
Matriz de componentes

Ítem	Componentes	
	1	2
I1	.80	.17
I2	.82	.48
I3	.69	.55
I4	.77	-.34
I5	.71	-.14
I6	.77	-.34
I7	.91	-.14
I8	.70	-.36
I9	-.06	-.03
I10	.13	.79

Método de Extracción sin rotación

Validez de constructo

En cuanto a la validez de constructo, los resultados no son concluyentes, ya que la EEM correlaciona positivamente sólo con sintomatología depresiva (ver tabla 3). Por tanto, se mantiene la hipótesis 1 y se rechaza la hipótesis 2.

Tabla 3
Validez de constructor: relación entre EEM y sintomatología depresiva y ansiedad.

Ansiedad	.14
Depresión	.30*

* p< .05

Adicionalmente, en función de los resultados obtenidos, puse a prueba la estructura factorial de la escala quitando los ítems 9 y 10. Así, a partir del análisis factorial exploratorio, método de extracción de componentes principales con rotación Varimax, se obtiene un modelo de dos factores, que en conjunto explican el 75.81% de

la varianza total. Sin embargo, el primer factor, por sí sólo, explica el 60.04% de la varianza y obtiene saturaciones altas de todos los ítems (entre .68 a .91), por tanto, es posible plantear que se trataría de una escala básicamente unidimensional que mide estrés derivado de conflictos por orientación sexual en el entorno cercano.

Discusión

Los resultados de esta investigación me permiten señalar que la Escala de Estrés Minoritario posee buenas propiedades psicométricas, sin embargo, el ítem nueve (Problemas con la policía a causa de tu homosexualidad) y el ítem 10 (Ser asaltado o agredido físicamente en un incidente o ataque anti-homosexual) obtienen correlaciones ítem total muy bajas, indicando que se alejan del contenido de los demás ítems. Por otro lado, la extracción de éstos, aumentaría la consistencia interna de la escala, aunque, no sustancialmente.

En este sentido, una explicación posible es que la mayor parte de los ítems indagan en dificultades presentadas en el entorno cercano a causa de la homosexualidad de los participantes, en tanto, los ítems 9 y 10 apuntan a eventos de discriminación y victimización (respectivamente) ocurridos en la esfera pública.

Por otro lado, si bien no se cuenta con información respecto a la estructura factorial propuesta por los autores de la escala, y aun cuando, el análisis factorial exploratorio arroja una estructura de dos factores, es posible sostener que se trata, más bien de una escala unidimensional, que mide la presencia de conflictos en la esfera privada y entorno cercano de los encuestados, originados por la homosexualidad de éstos.

En tanto, al excluir los ítems 9 y 10, la estructura factorial tiende a la unidimensionalidad, ya que el primer factor explica un porcentaje importante de la varianza del modelo (Carmines y Zeller, 1979, citado en Burga, 2005; Zwick, 1985, citado en Burga, 2005), y cada uno de los ítems presentan saturaciones altas en este factor.

En cuanto a la validez de constructo, los resultados no son concluyentes, ya que, se ha señalado la vinculación de esta medida con sintomatología depresiva y ansiedad (Rosario, Rotheram-Borus y Reid, 1996), no obstante, sólo la primera se relaciona significativamente con la EEM. Esto puede explicarse, en la tanto la escala supone que el entorno cercano conoce o asume en alguna medida la homosexualidad de los encuestados. Sin embargo, aun cuando un gran porcentaje de las personas encuestadas reporta asumir públicamente su orientación sexual, esto no implica necesariamente que ello ocurra en su entorno cercano.

Otros estudios, en cambio, han dado cuenta de la ausencia de relación entre síntomas de distrés y las puntuaciones de la EEM (Rosario, Hunter y Gwadz, 2002; Rosario, Schrimshaw y Hunter, 2006), proponiendo como posible explicación el acotado tiempo de medición incluido por esta escala (tres meses). En este sentido, los autores de los estudios señalados, proponen aumentar el tiempo dentro del cual se evalúa la ocurrencia de los eventos estresantes.

En conclusión, en razón de los resultados obtenidos, sugiero considerar una escala de ocho ítems, a fin de contar con un instrumento en español que permita medir, aunque parcialmente, estrés minoritario en población homosexual. En este sentido, se debe tener presente que esta escala sólo aborda un ámbito o fuente de estrés propio de las personas homosexuales.

Como ya he señalado, los eventos que la escala incorpora tienen relación con el entorno cercano, sin embargo, gay y lesbianas, en lo cotidiano deben enfrentar situaciones de discriminación y victimización relativos a la esfera pública ó de menor intimidad (Barrientos, Silva, Catalán, Gómez y Longueira, 2010; Herek, Cogan y Gillis, 2002), fuente importante de estrés minoritario (Herek, Chopp y Strohl, 2007; Meyer, 1995; 2003). Por tanto, sería relevante estudiar la posibilidad de incorporar nuevos ítems que indaguen en otros tipos de estresores, a fin de diseñar un instrumento multidimensional que aborde esta temática más íntegramente.

Respecto a las limitaciones de este estudio, es necesario señalar que la medida referida a asumir públicamente la orientación sexual es insuficiente, por tanto, será indispensable incorporar en futuras investigaciones medidas más precisas respecto a los diversos ámbitos en los que se ha dado a conocer la orientación sexual (coming out), de modo de poner a prueba esta escala en distintas etapas de este proceso.

Finalmente, el tipo de muestreo utilizado restringe las posibilidades de acceder a una muestra heterogénea que sea representativa de la población homosexual.

Referencias

- Barrientos, J., Silva, J., Catalán, S., Gómez, F. y Longueira, J. (2010). Discrimination and Victimization: Parade for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Pride, in Chile. *Journal of Homosexuality*, 57, 760–775.
- Bontempo, D. E. y D'Augelli, A. (2002). Effects of At-School Victimization and Sexual Orientation on Lesbian, Gay, or Bisexual Youths' Health Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 30, 364–374.
- Burga, L. (2005). *La unidimensionalidad de un instrumento de medición: perspectiva factorial*. Ministerio de Educación: Perú.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psichotema*, 19, 286-294.
- Fergusson, D, Horwood, J. y Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 876-880.
- Goldstein, M. (1979). The sociology of mental health and illness. *Annual Review of Sociology*, 5, 381-409.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Herek, G., Chopp, R. y Strohl, D. (2007). Sexual Stigma: Putting Sexual Minority Health Issues in Context, en Meyer & M. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*. New York: Springer.

- Herek, G., Cogan, J. y Gillis, J.R. (2002). Victim Experiences in Hate Crimes Based on Sexual Orientation. *Journal of Social Issues*, 58(2), 319--339
- Herek, G. y Garnets, L. (2007). Sexual orientation and mental health. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 153-375.
- Herek, G., Gillis, J. R. y Cogan, J. (1999). Psychological sequelae of hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 945-951.
- Herek, G., Gillis, J., Cogan, J. y Glunt, E. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(2), 195-215.
- Huebner, D., Rebchook, G. y Kegeles, S. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1200-1203.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* [en línea]. New York: Springer Publishing Company. <http://books.google.cl/books> [consultado: 3 de julio de 2010]
- Mays, V. y Cochran, S. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56.

- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Riggle, E., Thomas, J. D. y Rostosky, S. S. (2005). The Marriage Debate and Minority Stress. *Political Science & Politics*, 38(2), 221-224.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. y Hunter, J. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education And Prevention*, 18(5), 444-460.
- Rosario, M., Rotheram-Borus, M. J. y Reid, H. (1996). Gay-related stress and its correlates among gay and bisexual male adolescents of predominantly black and Hispanic background. *Journal of Community Psychology*, 24, 136-159.
- Rosario, M., Schrimshaw, E., Hunter, J. y Gwadz, M. (2002). Gay-Related Stress and Emotional Distress Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: A Longitudinal Examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 967-975.
- Ryan, C. y Rivers, I. (2003). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: victimization and its correlates in the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, 5(2), 103-119.
- Sandfort, T., Meléndez, R. y Díaz, R. (2007). Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in latino gay and bisexual men. *Journal of Sex research*, 44(2), 182-189.
- Warner, J., McKeown, E., Griffin, M., Johnson, K., Ramsay, A., Cort, C. y King, M. (2004). Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women. *British Journal of Psychiatry*, 185, 479-485.

Yáñez, S. y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista de Salud y Sociedad*, 1(1), 51-70.

ANEXO: Escala de Estrés Minoritario

Escala de Estrés Minoritario (Gay-Related Stressful Life Events Measure)

A continuación encontrarás una lista de cosas que le suceden a la gente. Por favor, dime en cada caso si éstas te han ocurrido o no en los últimos tres meses. Responde sí o no en cada caso.
1. Aumento del número de discusiones entre tus padres debido a tu homosexualidad
2. Aumento de problemas con tus hermanas o hermanos debido a tu homosexualidad
3. Aumento del número de desacuerdos o discusiones entre tú y tus padres debido a tu homosexualidad
4. Incremento del número de desacuerdos o discusiones con otros miembros de tu familia debido a tu homosexualidad
5. Problemas con tus profesores o jefes por tu homosexualidad
6. Problemas con tus compañeros de clase o compañeros de trabajo debido a tu homosexualidad
7. Pérdida de amigos cercanos debido a tu homosexualidad
8. Incremento del número de discrepancias o discusiones con amigos cercanos debido a tu homosexualidad
9. Problemas con la policía a causa de tu homosexualidad
10. Ser asaltado o agredido físicamente en un incidente o ataque anti-homosexual

Escala original: Gay-Related Stressful Life Events Measure (Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Gwadz, 2002)
1. Increased number of arguments <i>between</i> your parents about your homosexuality/bisexuality
2. Increased trouble with brother or sister about your homosexuality/bisexuality
3. Increased number of arguments with parents about your homosexuality/bisexuality
4. Increased number of arguments with other family members about your homosexuality/bisexuality
5. Trouble with your teacher over your homosexuality/bisexuality
6. Trouble with classmates over your homosexuality/bisexuality
7. Losing a close friend because of your homosexuality/bisexuality
8. Increased number of arguments with a close friend over your homosexuality/bisexuality
9. Trouble with your boss or supervisor over your homosexuality/bisexuality
10. Trouble with your workmates over your homosexuality/bisexuality
11. Getting in trouble with the police because of your homosexuality/bisexuality
12. Being physically assaulted in a gay-bashing incident.