



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista

Latinoamericana

E-ISSN: 1984-6487

mariaglugones@gmail.com

Centro Latino-American em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

Gómez, Fabiola; Barrientos Delgado, Jaime E.

Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile
Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 10, abril, 2012, pp. 100-123

Centro Latino-American em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322076005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.10 - abr. 2012 - pp.100-123 / Gómez, F. & Barrientos, J. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile

Fabiola Gómez

Magister en Psicología Social

Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

> fabigomez.o@gmail.com

Jaime E. Barrientos Delgado

Doctor en Psicología Social

Profesor Asociado, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte
Antofagasta, Chile

> jbarrien@ucn.cl

Resumen: Este artículo caracteriza diferencias en relación al prejuicio sexual en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales. En el estudio se incluyeron medidas de Bienestar Psicológico y Bienestar Social, así como medidas de Distrés Psicológico (SCL-90-R). La muestra con la que se ha trabajado está compuesta por 110 personas (55 homosexuales y 55 heterosexuales), cuyas edades fluctúan entre 18 y 49 años. Si bien no se encontraron diferencias en la salud mental de personas homosexuales y heterosexuales, sí se reportaron diferencias en los análisis segmentados por sexo y orientación sexual. Por su parte, en este estudio, el prejuicio sexual apareció relacionado significativamente con algunas de las dimensiones de salud mental indagadas.

Palabras clave: prejuicio; homosexual; salud mental; Chile

Efeitos do prejuízo sexual na saúde mental de gay e lésbicas, na cidade da Antofagasta, Chile

Resumo: Este artigo caracteriza diferenças em relação ao prejuízo sexual na saúde mental de pessoas homossexuais e heterossexuais. No estudo, incluíram-se medidas de Bem-estar Psicológico e Bem-estar Social, assim como medidas de Distrés Psicológico (SCL-90-R). A mostra com a qual se trabalhou foi formada por 110 pessoas (55 homossexuais e 55 heterossexuais), cujas idades variam de 18 a 49 anos. Embora não tenham sido encontradas diferenças na saúde mental de pessoas homossexuais e heterossexuais, foram reportadas diferenças nas análises segmentadas por sexo e orientação sexual. Por sua vez, neste estudo, o prejuízo sexual apareceu relacionado significativamente a algumas das dimensões de saúde mental indagadas.

Palavras-chave: prejuízo; homossexual; saúde mental; Chile

The effects of sexual prejudice on the mental health of gays and lesbians in Antofagasta, Chile

Abstract: This article explores mental health indicators among homosexuals and heterosexuals. The study involved Psychological and Social Well-Being, as well as Psychological Distress dimensions (SCL-90-R). The sample comprised 55 homosexual and 55 heterosexual individuals, ages 18 to 49 years old. Although no mental health differentials were among either homosexuals or heterosexuals, differences were reported in the analysis by sex and sexual orientation. The correlation between sexual prejudice and some mental health dimension was found to be statistically relevant.

Keywords: prejudice; homosexual; mental health; Chile

Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile¹

Introducción

La homofobia, como fenómeno social, ha sido ampliamente estudiada tanto empírica como teóricamente. Las investigaciones efectuadas han centrado sus esfuerzos en su medición y en delimitar las variables asociadas (Alden & Parker, 2005; Cárdenas & Barrientos, 2008; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006; Štulhofer & Rimac, 2009). En esta línea, se destacan los aportes de Gregory Herek (2000; 2004), quien propone abordar este tema desde la noción de prejuicio sexual, entendiendo como tal una actitud negativa hacia personas homosexuales y bisexuales sustentada en la orientación sexual de éstas. En tanto prejuicio, aludiría a un fenómeno intergrupal, 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). 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 (Brown, 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 el prejuicio sexual desde la perspectiva de las personas que son objeto de éste, ha sido la medición de experiencias de discriminación y victimización por orientación sexual. Siguiendo esta línea, múltiples estudios reportan experiencias de violencia vivida por personas homosexuales y bisexuales, claramente motivadas por su orientación sexual, tales como violencia física, acoso e intimidación, abuso verbal y asalto (Herek et al., 1997; King et al., 2003; Otis & Skinner, 1996; Pilkington & D'Augelli, 1995). Son muy prolíficas las investigaciones al respecto, y existe

¹ El presente artículo contó con el apoyo del proyecto Fondecyt 1110423, titulado: "Homofobia y efectos psicosociales en la calidad de vida de homosexuales en Chile: Hacia un modelo comprensivo."

consenso en que una de las formas más frecuentes de violencia sufrida por personas homosexuales es de tipo verbal: insultos, burlas o amenazas (Herek, Gillis & Cogan, 1999; Huebner, Rebchook & Kegeles, 2004; Pilkington & D'Augelli, 1995; Sandfort, Meléndez & Díaz, 2007).

Discriminación, victimización y salud mental en población homosexual

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 aquél (Burgess et al., 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 & Beautrais, 1999; Mays & Cochran, 2001; Huebner, Rebchook & Kegeles, 2004; Wagner et al, 2004; Sandfort et al., 2007)., Herek et al. (1999), por ejemplo, encontraron una asociación significativa entre haber vivido experiencias de victimización a causa de la orientación sexual y síntomas depresivos, ansiedad, ira y estrés pos-traumático. Por su parte, Otis & 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.

Meyer (1995; 2003) desarrolla un abordaje psicosocial del tema, entendiendo que las personas pertenecientes a grupos minoritarios, socialmente objeto de prejuicios, se ven expuestos a estresores sociales, definidos por sus grupos de pertenencia. Haríamos entonces referencia al concepto “estrés de las minorías” (*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 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, 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 pueden anticipar reacciones negativas de los miembros del grupo dominante (Allport, 1968; Goffman, 1963), aun cuando no se ha sido víctima directa de prejuicio sexual. Allport (1968) sostiene que las personas pertenecientes a grupos objeto de prejuicios, al identificarse con el grupo devaluado socialmente, experimentan altos niveles de estrés e inseguridad al en-

frentar diversas situaciones sociales. En esa línea, Meyer (2003) ha señalado que la expectativa de rechazo social, por sí sola, tiene efectos sobre la salud mental de los grupos socialmente devaluados. En este artículo se hablará de “percepción de amenaza social” para aludir a la expectación de rechazo derivada de la percepción de discriminación y victimización que recae sobre el grupo de pertenencia.

Las mediciones realizadas por la Encuesta Mundial de Valores (World Values Survey, 2008) 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). No obstante, esto responde a la emergencia de nuevas formas de expresión del prejuicio, más sutiles y menos explícitas (Cárdenas & Barrientos, 2008; Quiles et al., 2003). En Chile, aunque no se exprese abiertamente una actitud negativa hacia a la homosexualidad, las personas real o imaginariamente vinculadas a una orientación sexual homosexual se ven expuestas, frecuentemente, a discriminación y violencia. Sin embargo, existe poca evidencia actual y sistemática de lo mencionado.

La mayor parte de los estudios en Chile se han concentrado en medir las actitudes de la población general hacia las minorías sexuales y, en consecuencia, es escasa la evidencia recopilada en la población víctima de discriminación y violencia. En este contexto, cobran importancia los reportes realizados por las asociaciones de minorías sexuales existentes en el país. Así, 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 derivaron en la muerte de las víctimas (MUMS, 2007). Por su parte, el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) ha reportado 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).

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 et al., 2008). En dicha investigación, las situaciones de violencia más reportadas son burlas, insultos y amenazas. En cuanto al trato discriminatorio, lo más frecuente es que éste se reciba de vecinos, en ambientes religiosos y/o en el lugar de estudios. Esta realidad no es exclusiva de la sociedad chilena: datos similares han sido recolectados por encuestas realizadas en otros países de la región, como Argentina (Jones, Libson & Hiller, 2005), Brasil (Carrara et al., 2007) y Colombia (Brigeiro, Castillo & Murad, 2009).

En cuanto a los efectos del prejuicio sexual sobre la salud mental de las personas víctimas del mismo, sólo se cuenta 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. 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.” (2006:1). No obstante, la mayor parte de los estudios utilizan indicadores negativos de salud, indagando en la prevalencia de sintomatología física y psicológica (Diamant & Wold, 2003; Sandfort et al., 2006). Este enfoque patogénico deja fuera aspectos relevantes como el funcionamiento psicológico positivo y el bienestar social, y son escasos los estudios que los abordan.

En este sentido, Keyes (2005) 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 hedonía y funcionamiento psicosocial positivo) (Díaz et al., 2007; Keyes, 2005). La salud sería mucho más que la ausencia de síntomas (físicos y psicológicos), ya que implicaría también 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. En suma, creemos relevante abordar el prejuicio sexual desde la población víctima del mismo, indagando en el posible impacto del prejuicio sexual sobre la salud mental de las personas homosexuales, e incorporando algunos de los aportes de Corey Keyes (2005; 2007). Así, a los fines de este estudio se utilizaron medidas de distrés psicológico, para corroborar si la posición social de las minorías sexuales tenía relación con cierta sintomatología clínica. Además, se usaron medidas de bienestar psicológico y social. Este trabajo procura 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 las personas homosexuales?

Hipótesis

Las hipótesis de trabajo fueron las siguientes:

1. Constatar diferencias significativas en los niveles de Bienestar Psicológico, Bienestar Social y Distrés Psicológico entre personas homosexuales y personas heterosexuales. Se hipotetiza que las personas homosexuales reportarán niveles menores de bienestar psicológico y social y mayores niveles de distrés psicológico en comparación a las personas heterosexuales.

2. Comprobar 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; esto implicaría que, a mayor victimización y discriminación, mayores niveles de distrés psicológico.
3. Constatar 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 manifestada 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

Con el propósito de realizar una comparación entre personas heterosexuales y personas homosexuales, se usaron muestras pareadas en función de las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel educativo. Se utilizó un muestreo por conveniencia. En primer lugar, se seleccionó el grupo de personas homosexuales mediante la técnica de bola de nieve, partiendo de 3 semillas. Posteriormente, se encuestó a personas heterosexuales de la población general, seleccionadas a partir de que poseyeran las características del primer grupo (compuesto por personas homosexuales). Ambos grupos son idénticos respecto a dichas variables, y para ambos, la selección de los participantes se hizo en función de su propia auto-definición como “heterosexual” u “homosexual”. Tal información fue obtenida en el primer contacto, vía telefónica o correo electrónico.

La muestra total quedó compuesta por 110 personas (55 personas homosexuales y 55 personas 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 manifestaron asumir públicamente su orientación sexual.

Medidas sociodemográficas

Este apartado refiere las preguntas que indagaban respecto de: a) sexo del encuestado (hombre/mujer); b) edad; c) nivel educativo (*¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has alcanzado?*, con alternativas de respuesta que van desde básico incompleto hasta estudios de post-grado); d) orientación sexual (*¿Cuál es tu orientación sexual?*, con alternativas de respuesta dicotómica: heterosexual – homosexual).

Indicadores de salud mental

Distrés psicológico: se incorporó el Inventory de Síntomas de Derogatis, Revisado (1979) (*Derogatis Symptom Checklist, Revised, SCL-90-R*), versión traducida al español por González de Rivera et al. (2002), utilizada en contexto chileno por Yáñez & Cárdenas (2010), con un alpha de Cronbach de .95. Esta escala está compuesta por nueve dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones; sensitividad 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 5 dimensiones. Tal elección se realizó 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 fueron: 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). Además, con el propósito de facilitar el tratamiento estadístico de los datos, se modificaron las opciones de respuesta incorporando un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 para “nada frecuente” hasta 5 para “mucha frecuencia”: a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología.

Bienestar Psicológico: Se incluyó la Escala de Bienestar Psicológico propuesta por Ryff (1989), traducida por Díaz et al. (2006) y utilizada en el contexto chileno por Yáñez & 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 indican 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: Autoaceptación $\alpha = .75$, 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 utilizó la escala de Bienestar Social elaborada por Keyes (1998), traducida por Blanco & Díaz (2005), validada en población nacional por Cárdenas, Barrientos & Bilbao (s/d), 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

A partir de la propuesta de Barrientos et al. (2010), se ha incorporado una escala de 20 ítems orientados a medir diferentes niveles en la expresión del prejuicio sexual. Así esta escala quedó compuesta por dos dimensiones relacionadas entre sí: Victimización y Discriminación ($r = .53$; $p = .004$)

La dimensión Victimización está compuesta por 10 ítems e indaga en hechos de violencia vividos por personas homosexuales atribuidos 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"). La opciones de respuesta tipo Likert, van de 1 para "nada frecuente" hasta 5 para "muy frecuentemente": puntuaciones altas en esta escala indican altos niveles de victimización. 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. En esta aplicación, se obtienen buenos indicadores de consistencia interna, alpha de Cronbach de .92.

Por su parte, la dimensión discriminación contiene 10 ítems que indagan 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”). La opción de respuesta tipo Likert, va de 1 para “nada frecuente” hasta 5 para “muy frecuentemente”: puntuaciones altas en esta escala indican altos niveles de discriminación. 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: se trata de una escala diseñada especialmente para esta investigación, tomando los aportes de Barrientos et al. (2008; 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 gays”). Los hechos de violencia y discriminación por los que se indaga son los mismos que se incluyeron en la escala de Prejuicio Sexual. Las alternativas de respuesta tipo Likert van desde 1 para “nada probable” hasta 5 para “muy probable”: puntuaciones altas en esta escala indican 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 trató de un estudio exploratorio de tipo cuantitativo, con diseño ex post facto de tipo prospectivo simple. En una primera etapa se encuestó a personas

homosexuales (hombres y mujeres) y fueron seleccionadas por un muestreo de conveniencia. Se inició el procedimiento de encuesta con tres personas que se autoidentificaron como homosexuales, quienes debían proveer, así como cada una de las personas encuestadas posteriormente, al menos tres contactos de personas homosexuales posibles de ser encuestadas.

El primer contacto fue realizado vía telefónica o por correo electrónico, a fin de solicitar la colaboración en el estudio y acordar día, hora y lugar de encuentro. Todas las entrevistas fueron efectuadas 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 aplicar la encuesta a personas de la población general que se autodefinieran como heterosexuales y tuvieran las mismas características del grupo de personas homosexuales (según variables de sexo, edad y nivel de estudios).

Análisis estadístico

A fin de realizar comparación entre los grupos, se realizaron pruebas t para muestras independientes y se calculó el tamaño del efecto (d de Cohen). Para la interpretación de éste último (d), se siguió 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, se efectuó un 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) se presentan en la Tabla 1. En el análisis 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, 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. Finalmente, 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.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para indicadores de salud mental

Escala	M	DT
Distrés Psicológico	2.39	0.85
Somatizaciones	2.39	0.83
Ansiedad	2.42	0.96
Depresión	2.47	0.98
Hostilidad	1.96	0.89
Ansiedad Fóbica	1.86	0.95
Bienestar social	3.63	0.43
Integración Social	3.85	0.64
Aceptación Social	3.99	0.70
Contribución Social	4.11	0.66
Actualización Social	3.57	0.67
Coherencia Social	3.78	0.67
Bienestar psicológico	3.91	0.55
Autoaceptación	3.78	0.76
Relaciones Positivas	3.85	0.84
Autonomía	3.81	0.61
Dominio del Entorno	3.90	0.64
Crecimiento Personal	4.11	0.63
Propósito en la Vida	3.98	0.80

Respecto a la hipótesis nº 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 Psicológico y Bienestar Social. El tamaño del efecto en todos los casos es bajo y oscila entre 0.03 y 0.33 (ver Tabla 2). Si bien se rechaza la hipótesis nº 1, encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión integración social (Bienestar Social), entre hombres homosexuales ($M= 3.63$; $DT= 0.68$) y heterosexuales ($M= 3.93$; $DT= 0.56$), siendo éstos últimos los que obtienen puntuaciones mayores ($t_{(70)} = -2.04$; $p < .05$; $d= 0.49$). Esto implica que los hombres heterosexuales evalúan mejor la calidad de sus relaciones sociales en comparación a los hombres homosexuales.

Tabla 2

Bienestar Social: Diferencia de medias entre personas homosexuales y heterosexuales

Escala	Grupo	N	M	DT	t	gl	d
Distrés Psicológico (total)	Homosexual	55	2.34	0.74	-0.51	106	-0.11
	Heterosexual	53	2.43	0.96			
Somatizaciones	Homosexual	51	2.33	0.68	-0.69	87	-0.14
	Heterosexual	50	2.45	0.97			
Ansiedad	Homosexual	50	2.48	0.95	0.62	93	0.12
	Heterosexual	45	2.36	0.97			
Depresión	Homosexual	54	2.39	0.96	-0.83	101	-0.17
	Heterosexual	49	2.56	1.01			
Hostilidad	Homosexual	41	2.05	0.84	0.88	76	0.20
	Heterosexual	37	1.87	0.94			
Ansiedad Fóbica	Homosexual	30	1.95	0.90	0.67	60	0.18
	Heterosexual	32	1.78	1.0			
Bienestar Social (total)	Homosexual	55	3.59	0.43	-0.83	108	-0.19
	Heterosexual	55	3.67	0.42			
Integración Social	Homosexual	55	3.80	0.72	-0.82	108	-0.16
	Heterosexual	55	3.90	0.55			
Aceptación Social	Homosexual	55	2.98	0.66	-0.17	108	-0.03
	Heterosexual	55	3.0	0.74			
Contribución social	Homosexual	55	4.07	0.71	-0.75	108	-0.14
	Heterosexual	55	4.16	0.62			
Actualización Social	Homosexual	55	3.47	0.65	-1.56	108	-0.30
	Heterosexual	55	3.67	0.67			
Coherencia Social	Homosexual	55	3.82	0.66	0.52	108	0.10
	Heterosexual	55	3.75	0.69			
Bienestar Psicológico	Homosexual	55	3.83	0.60	-1.4	102	-0.28
	Heterosexual	55	3.98	0.48			
Auto aceptación	Homosexual	55	3.68	0.74	-1.26	108	-0.25
	Heterosexual	55	3.87	0.78			
Relaciones Positivas	Homosexual	55	3.77	0.88	-1.08	108	-0.19
	Heterosexual	55	3.93	0.80			
Autonomía	Homosexual	55	3.78	0.67	-0.50	103	-0.10
	Heterosexual	55	3.84	0.55			
Dominio del Entorno	Homosexual	55	3.79	0.70	-1.71	108	-0.33
	Heterosexual	55	4.0	0.56			
Crecimiento Personal	Homosexual	55	4.09	0.67	-0.36	108	-0.06
	Heterosexual	55	4.13	0.59			
Propósito en la vida	Homosexual	55	3.85	0.86	-1.67	108	-0.33
	Heterosexual	55	4.11	0.71			

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

Prejuicio sexual: su relación con indicadores de salud mental

En este punto se considera sólo a personas homosexuales, en tanto los indicadores de prejuicio sexual sólo fueron aplicados a ese grupo. Los estadísticos descriptivos para las medidas de prejuicio sexual se detallan a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos para Indicadores de prejuicio sexual

Escala	M	DT
Prejuicio Sexual	2.26	1.0
Victimización	2.02	0.85
Discriminación	2.75	1.28
Percepción de Prejuicio sexual	2.93	0.82
Percepción de Victimización	3.24	1.0
Percepción de Discriminación	2.61	0.90

Victimización y discriminación en población homosexual

Respecto de la segunda hipótesis, ésta se verifica parcialmente, puesto sólo se obtiene una relación significativa estadísticamente entre victimización y depresión (ver Tabla 4). Las personas homosexuales encuestadas presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva en la medida que aumentaban las experiencias de victimización por orientación sexual.

La hipótesis nº 3 se verificó sólo parcialmente, en tanto victimización se relaciona significativamente con la subdimensión aceptación social de la escala de Bienestar Social y la subdimensión relaciones positivas de la escala de Bienestar Psicológico. En ambos casos, la relación es negativa y de moderada intensidad (ver Tabla 4). Es decir, la capacidad de las personas homosexuales encuestadas de evaluar positivamente a los otros y la propia vida, y de establecer relaciones sociales positivas es menor cuanto más experiencias de victimización por orientación sexual hubieran tenido.

Las experiencias de discriminación sólo obtienen una relación significativa, de baja intensidad, con contribución social de la escala de Bienestar Social (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Relación entre indicadores de prejuicio sexual e indicadores de salud mental

	P	Sex	Virt	Disc	PAS	PV	PN
SCL-90							
Escala total		.01	.14	.01	.1*	.08	.0*
Somatizaciones		-.19	-.17	.14	-.06	-.07	-.03
Ansiedad		.10	.09	-.01	-.06	-.08	-.01
Depresión		.24	.42**	.12	.23	.30*	.08
Hostilidad		-.06	.08	.04	.31*	.24	.32*
Ansiedad fóbica		.2*	.14	.06	.1*	.04	.16
BIENESTAR SOCIAL							
Escala total		-.001	-.27	.09	-.24	-.33*	-.08
Integración social		.01	-.16	.10	-.18	-.30*	.00
Aceptación social		-.01	-.33*	-.09	-.15	-.25	.02
Contribución social		-.20	-.17	.28*	.14	.10	.15
Actualización social		.19	.00	.07	-.27*	-.24	-.23
Coherencia social		-.002	-.19	.07	-.33*	-.33*	-.24
BIENESTAR PSICOLÓGICO							
Escala total		-.16	-.24	.19	-.17	-.23	-.06
Auto-actualización		-.09	-.17	.08	-.13	-.20	.1*
Relaciones positivas		-.28	-.41**	.18	-.12	-.16	-.04
Autonomía		-.01	-.13	.22	-.25	-.32*	-.10
Dominio del entorno		-.28	-.26	.16	-.18	-.24	.07
Crecimiento personal		.06	.06	.11	.0*	-.06	.09
Propósito en la vida		-.20	-.19	.15	-.17	-.17	-.12

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

Percepción de amenaza social

La hipótesis nº 4, se mantiene parcialmente, ya que sólo se obtiene una relación positiva, significativa estadísticamente, entre Percepción de Amenaza Social (puntuaciones de la escala total) y Hostilidad (ver tabla 4). Las personas encuestadas manifestaron mayores niveles de hostilidad a medida que aumentaba la percepción de vulnerabilidad frente a hechos de discriminación del grupo de pertenencia, en este caso, minorías sexuales. Del mismo modo, los resultados son parcialmente coherentes con la hipótesis nº 5, en tanto Percepción de Amenaza Social se relaciona significativamente con actualización social y coherencia social, ambas dimensiones de la escala Bienestar Psicológico (ver tabla 4). En ambos casos, la relación es negativa: mientras mayor sea la percepción de vulnerabilidad frente a hechos de discriminación del grupo de pertenencia (minorías sexuales) menor es la confianza depositada en la sociedad, así como la capacidad e interés por conocer lo que ocurre en el entorno social. Cabe destacar que Percepción de Amenaza Social

(escala total) no se relaciona significativamente con ninguna de las dimensiones de bienestar psicológico. Sin embargo, al realizar análisis por dimensión, se halló que Percepción de Victimización se relacionaba significativamente con depresión, bienestar social (escala total), integración social, coherencia social y autonomía, todas correlaciones de baja intensidad (ver Tabla 4). Por último, se encontró que Percepción de Discriminación sólo se relacionaba significativamente con hostilidad aunque esta relación es de baja intensidad (ver tabla 4).

Discusión

Actualmente, la tolerancia hacia las minorías sexuales se ha convertido en una bandera de lucha política y ha sido utilizada como indicador de progresismo ideológico. Dicha tolerancia supone el reconocimiento, desde un grupo privilegiado, de algo que se debe soportar con resignación, aunque no un reconocimiento social pleno. La tolerancia social se juega en una suerte de negociación implícita que mantiene a las sexualidades no-normativas relegadas a la invisibilidad, al recato de la vida privada y en el disimulo público (Pecheny, 2001), castigando seriamente la transgresión de estos límites. Este contexto de hegemonía de lo heterosexual tiene un impacto permanente y directo sobre la vida de las personas homosexuales, en tanto las sitúa en una posición social desventajosa y estigmatizada (Herek, 2007; Meyer, 1995; 2003). Sentirse parte de un grupo social devaluado socialmente no sólo influirá en el plano más íntimo, como es el reconocimiento ante sí mismo de sentimientos homo-eróticos: también lo hará en la esfera pública, mediando en la calidad de las relaciones que se establecen con el entorno.

Si bien los resultados de esta investigación apuntan a rechazar diversas hipótesis de investigación, referidas a diferencias en los indicadores de salud mental entre personas homosexuales y heterosexuales, son relevantes los resultados encontrados a partir de los análisis segmentados por sexo y por orientación sexual. Según éstos últimos, es posible constatar diferencias significativas entre hombres heterosexuales y hombres gays en la dimensión integración social de la escala de Bienestar Social. Los participantes gays reportan una peor evaluación de los lazos que mantienen con la sociedad y su comunidad, 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 de la sociedad no dependen exclusivamente de características personales, ya que suponen tanto que el contexto social provea de condiciones objetivamente positivas, como que éstas sean percibidas po-

sitivamente por las personas (Blanco & Díaz, 2006). Se trataría de la experiencia subjetiva de condiciones objetivas de existencia.

Las mujeres homosexuales, en tanto, no se diferencian de sus pares heterosexuales en ninguno de los indicadores de salud mental; para el grupo de mujeres, la orientación sexual no sería un factor determinante sobre su salud mental. Estos resultados son coherentes con los reportados por otros autores (King & Nazareth, 2006; Sandfort, Graaf & Bijl, 2003). Asimismo, Matthews et al. (2002) reportan que no existiría una relación significativa entre orientación sexual y síntomas de distrés en mujeres. Posiblemente estos resultados den cuenta de contextos de mayor hostilidad y rechazo hacia la homosexualidad masculina (Herek, 2007; Whitley, 2001). Se castigaría con mayor intensidad 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 hombres gays son pensados como hombres femeninos y las mujeres lesbianas como mujeres masculinas (Carrier, 1976). En futuras investigaciones será necesario incorporar análisis de cómo se articulan las diferencias de género con otras características sociodemográficas, como edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y etnia, entre otras variables que pueden ser relevantes.

En Chile es posible advertir la existencia de un discurso social que promueve la integración social, pero no es menos cierto que los espacios de sociabilidad homosexual siguen siendo aún bastante marginales e invisibilizados socialmente, y condenadas las expresiones públicas de afecto; a la vez, se arraiga la idea de instituciones sociales privativas de lo heterosexual, como el matrimonio y la familia. Además, Chile posee un marco legal que aún no ha sido capaz de brindar plena igualdad de derechos a las minorías sexuales, favoreciendo las condiciones para el mantenimiento y expresión del prejuicio sexual.

En cuanto a los indicadores de prejuicio sexual, dada su naturaleza teórica, sólo fueron medidos en la población homosexual, por lo que las conclusiones al respecto se limitarán a este grupo. La relación del prejuicio sexual con la salud mental de las personas homosexuales encuestadas se manifiesta diferencialmente según la intensidad de su expresión. En sentido contrario a lo reportado por otros autores (Riggle et al., 2009; Sandfort, 2003), la relación entre los hechos de discriminación y salud mental de las personas homosexuales es muy débil. Es factible que los resultados tengan que ver con una de las limitaciones de este estudio, puesto que no se indaga en el momento en que ocurrieron los hechos reportados, y se espera que hechos recientes tengan mayor impacto en la salud mental de las personas que hechos de discriminación ocurridos muy distantes en el tiempo (Pascoe & Rishmann, 2009). 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, tienen un mayor alcance en su relación con indicadores de salud mental. Al menos algunas de las dimensiones de distres psicológico, bienestar social y bienestar psicológico se relacionan significativamente con los hechos de violencia reportados. Sin embargo, es preciso tener presente las limitaciones de la medida de Prejuicio Sexual utilizada –que discuten más adelante–, ya que pueden estar enmascarando o subestimando algunas correlaciones.

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. Es así como Percepción de Amenaza Social, y especialmente su dimensión Percepción de Victimizeración, se relaciona con varias de las dimensiones de Bienestar Social. La percepción de hostilidad social, sustentada en la idea de vulnerabilidad de las personas homosexuales como grupo social, afecta negativamente el ajuste social de las personas que se sienten parte de este grupo. En este sentido, cobra relevancia el constatar cómo un contexto discriminador percibido como hostil puede tener un impacto importante en el bienestar de las personas, en tanto sostiene una actitud ante posibles amenazas (Allport, 1968; Goffman, 1963; Meyer, 2003).

Dentro de las limitaciones de este estudio podemos mencionar que las características de la muestra no favorecen la generalización de los datos a toda la población homosexual del país. Se trata, principalmente, de personas jóvenes y con altos niveles educativos, variables que pueden influir en la relación de las personas con su entorno, y pueden estar destacando otros aspectos de la identidad social. Sería entonces necesario incorporar, en futuras indagaciones, muestras más heterogéneas en cuanto a la representatividad de distintas posiciones dentro de la estructura social. Creemos especialmente relevante poder avanzar incorporando otras variables sociodemográficas, como sexo, edad, nivel socioeconómico y nivel educativo, a fin de evaluar su interacción con la orientación sexual. El tamaño de la muestra no permite obtener resultados precisos, en tanto incrementa la posibilidad de incurrir en falsos negativos (error tipo II). Aun cuando se haya calculado el tamaño del efecto a fin de minimizar este riesgo, es necesario avanzar con la incorporación de muestras de mayor tamaño.

Por otro lado, si bien el tipo de muestreo utilizado (muestra por conveniencia) puede ser una limitación importante a hora de generalizar los resultados de esta investigación, se debe considerar que por tratarse de una población de difícil acceso, carecemos de un marco muestral que permita obtener una muestra aleatoria de esta población. Los resultados obtenidos deben ser observados teniendo presente dichas limitaciones.

Sin embargo, las mayores limitaciones se refieren a las medidas del prejuicio sexual utilizadas. En primer lugar, estas variables no se han medido en población heterosexual, por lo cual no poseemos parámetros de comparación que nos

permitan interpretar los resultados obtenidos en función del contexto. Se sugiere que, en futuras investigaciones, se incorporen medidas de discriminación para la población general, con el propósito de obtener un mejor acercamiento al impacto de la discriminación sobre diferentes grupos sociales y diversas condiciones de exclusión, como edad, clase social o etnia. En segundo lugar, la medida utilizada no da precisiones sobre el tiempo en el que ocurrieron los hechos de discriminación y victimización, lo que dificulta la interpretación de la relación que éstos tienen con los indicadores de salud mental. Trabajar sobre un promedio que incorpora situaciones –sea de discriminación o de victimización– que pueden tener pesos emocionales distintos, acarrea el riesgo de encubrir el verdadero impacto que aquellas situaciones pueden tener en la vida de las personas que las han padecido. Por último, dado que no contamos con un indicador preciso de *coming out*, desconocemos cuán expuestas están las personas encuestadas a ser víctimas de prejuicio sexual, lo que puede estar enmascarando posibles relaciones. 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.

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

Finalmente, en Chile se está discutiendo la aprobación de una ley que sanciona la discriminación, poniendo cierto énfasis en diversas minorías sociales. Sin embargo, no hay estudios sistemáticos previos sobre este tema respecto de la población general, y la investigación en esta área es reciente en el país. Creemos que este estudio permite apoyar ciertas hipótesis e instala otras nuevas referidas al posible impacto de la discriminación sobre el bienestar de las personas víctimas de la misma. Este trabajo, aunque realizado sobre una población determinada y cuyos resultados no pueden ser generalizados al resto de la población homosexual del país, permite explorar el tema y formular nuevas hipótesis que, se espera, puedan ser corroboradas en otras poblaciones.

Recibido: 09/02/2011

Aceptado para publicación: 13/01/2012

Referencias bibliográficas

- ALDEN, Helena & PARKER, Karen. 2005. "Gender role ideology, homophobia and hate crime: linking attitudes to macro-level anti-gay and lesbian hate crimes". *Deviant Behavior*. Vol. 26, nº 4, p.321-343.
- ALLPORT, Gordon. 1968. *La Naturaleza del Prejuicio* (3^a ed.). Buenos Aires: EUDEBA.
- ARAYA, Ricardo; ROJAS, Graciela; FRITSCH, Rosemarie; ACUÑA, Julia & LEWIS, Glyn. 2001. "Common mental disorders in Santiago, Chile. Prevalence and socio-demographic correlatos". *British Journal of Psychiatry*. N° 178, p. 228-233.
- BARRIENTOS, Jaime & PAEZ, Darío. 2000. "Identidad homo-bisexual en Chile". In: CONASIDA & ANRS. *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Resultados*. Santiago de Chile: MINSAL. p. 123-129.
- BARRIENTOS, Jaime; MEZA, Patricio; GÓMEZ, Fabiola; CATALAN, Susan, LONGUEIRA, Jimena & SILVA, Jimena. 2008. *Política, derechos, violencia y diversidad sexual: primera encuesta Marcha por el Orgullo y Diversidad Sexual*. Santiago de Chile: CLAM/IMS/UERJ.
- BARRIENTOS, Jaime; SILVA, Jimena; CATALAN, Susan; GÓMEZ, Fabiola & LONGUEIRA, Jimena. 2010. "Discrimination and victimization: parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) pride, in Chile". *Journal of Homosexuality*. N° 57, p. 760-775.
- BLANCO, Amilio & DÍAZ, Darío. 2005. "El bienestar social: su concepto y medición". *Psicothema*. Vol.17, nº 4, p.582-589.
- BLANCO, Amilio & DÍAZ, Darío. 2006. "Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social". *Clínica y Salud*. Vol.17, nº1, p.7-29.
- BRIGUEIRO, Mauro; CASTILLO, Elizabeth & MURAD, Rocío. 2009. *Encuesta LGBT: Sexualidad y Derechos. Participantes de la Marcha de la Ciudadanía*. Río de Janeiro: CLAM/IMS/UERJ.
- BROWN, Rupert. 1998. *Prejuicio. Su psicología social*. Madrid: Alianza Editorial.
- BURGES, Diana; LEE, Richard; TRAN, Alisia & VAN RYN, Michelle. 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*. Vol. 3, nº 4, p.1-14.
- CÁRDENAS, Manuel; BARRIENTOS, Jaime & BILBAO, Marian (s/d). "Adaptación y validación chilena de la escala de Bienestar Social (*Social Well - Being Scala*)". Manuscrito no publicado, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte en Antofagasta, Chile.
- CÁRDENAS, Manuel & BARRIENTOS, Jaime. 2008. "The attitudes toward lesbians and gay men scale (ATLG): adaptation and testing the reliability and validity in Chile". *Journal of Sex Research*. Vol. 45, nº 2, p.140-149.
- CARRARA, Sergio; RAMOS, Silvina; LACERDA, Paula; MEDRADO, B. & VIEIRA, Nara. 2007. *Política, direitos, violencia e homossexualidade. Pesquisa 5a Parada da Diversidade – Pernambuco 2006*. Río de Janeiro: CLAM/IMS/UERJ.

- CARRIER, Joseph. 1976. "Cultural factors affecting urban mexican male homosexual behavior". *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 5, nº 2, p.103-124.
- CASULLO, Martina. 2004. "Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos". *Psicología y Ciencia Social*. Vol. 6, nº 1, p. 49-57.
- COHEN, Jacob. 1992. "A power primer". *Psychological Bulletin*. Vol. 112, nº 1, p.155-159.
- DEROGATIS, Leonard. 1983. *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- DIAMANT, Allison & WOLD, Cheryl. 2003. "Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women". *Journal of Women's Health*. Vol. 12, nº 1, p. 41-49.
- DÍAZ, Darío; BLANCO, Amilio; HORCAJO, Javier & VALLE, Carmen. 2007. "La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión". *Psichotema*. N° 19, p. 286-294.
- DÍAZ, Darío; RODRIGUEZ, Raquel; BLANCO, Amilio; MORENO, Bernardo; GALLARDO, Ismael; VALLE, Carmen & DIERENDOCK, Dirk. 2006. "Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff". *Psichotema*. N° 18, p. 572-577.
- FERGUSSON, David; HORWOOD, John & BEAUTRAIS, Annette. 1999. "Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?" *Arch Gen Psychiatry*. N° 56, p. 876-880.
- GOFFMAN, Erving. 1968. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDSTEIN, Michael. 1979. "The sociology of mental heath end illness". *Annual Review of Sociology*. N° 5, p. 381-409.
- GONZALEZ DE RIVERA, José Luis; DE LAS CUEVAS, Carlos; RODRIGUEZ, Manuel. & RODRIGUEZ, Francisco. 2002. *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- HEREK, Gregory. 2000. "The psychology of sexual prejudice". *American Psychological Society*. Vol. 9, nº 1, p. 19-22.
- HEREK, Gregory. 2004. "Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century". *Sexuality Research & Social Policy*. Vol. 1, nº 2, p. 6-24.
- HEREK, Gregory. 2007. "Sexual orientation and mental health". *The Annual Review of Clinical Psychology*. N° 3, p. 353-375.
- HEREK, Gregory; GILLIS, Roy; COGAN, Jeanine & GLUNT, Eric. 1997. "Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 12, nº 2, p. 195-215.
- HEREK, Gregory; GILLIS, Roy & COGAN, Jeanine. 1999. "Psychological sequelae of hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 67, nº 6, p. 945-951.

- HUEBNER, David; REBCOOK, Gregory & KEGELES, Susan. 2004. "Experiences of harassment, discrimination, and physical violence young gay and bisexual men". *American Journal of Public Health*. Vol. 94, nº 7, p.1200-1203.
- JONES, Daniel ; LIBSON, Micaela & HILLER, Renata. 2006. *Sexualidad, política y violencia. La marcha del orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005, segunda encuesta*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- KEYES, Corey. 1998. "Social Well-being". *Social Psychology Quarterly*. N° 61, p. 121-140.
- KEYES, Corey. 2005. "Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. N° 73, p. 539-548.
- KEYES, Corey. 2007. "Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health". *American Psychological Association*. Vol. 62, nº 2, p. 95-108.
- KING, Michael y NAZARETH, Irwin. 2006. "The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study". *BMC Public Health*. Vol. 6, art. 127, p. 1-12.
- KING, Michael; MCKEOWN, Eamonn; WARNER, James; RAMSAY, Angus; JOHNSON, Katherine; CORT, Clive; WRIGHT, Lucie; BLIZARD, Robert y DAVIDSON, Oliver. 2003. Mental health and quality of life gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*. N° 183, p. 552-558.
- MATTHEWS, Alicia; HUGHES, Tonda; JOHNSON, Timothy; RAZZANO, Lisa & CASSIDY, Roberta. 2002. "Prediction of depressive distress in a community sample of women: the role of sexual orientation". *American Journal of Public Health*. Vol. 92, nº 7, p. 1131-1139.
- MAYS, Vickie & COCHRAN, Susan. 2001. "Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States." *American Journal of Public Health*. Vol. 91, nº 11, p.1869-1876.
- MEYER, Ian. 1995. "Minority stress and mental health in gay men". *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 36, nº 1, p. 38-56.
- MEYER, Ian. 2003. "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence". *Psychological Bulletin*. Vol. 129, nº 5, p. 674-697.
- MONTECINO, Sonia. 1997. *Palabra Dicha. Estudios sobre género, identidades, mestizajes*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- MOVIMIENTO DE INTEGRACION Y LIBERACION HOMOSEXUAL. 2010. *VIII Informe Anual. Derechos Humanos de la Diversidad Sexual Chilena* [online] Available at: <http://www.movilh.cl> [Accessed on 24/10/2010].
- MOVIMIENTO UNIFICADO DE MINORÍAS SEXUALES. 2006. *Informe de Derechos Humanos y Discriminación 2006*. [online] Available at: <http://www.mums.cl/> [sitio] [Accessed on 01/11/2007].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. *Constitución de la Organización*

- Mundial de la Salud (45a ed.).* [online] Available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. [Accessed on: 6/07/2009].
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, Luis. 2004. "La opresión de las minorías sexuales desde a inequidad de género". *Política y Cultura*. N° 22, p. 161-182.
- OTIS, Melanie y SKINNER, William. 1996. "The prevalence of victimization and its effect mental well-being among lesbian and gay people". *Journal of Homosexuality*. Vol. 30, n° 3, p. 93-117.
- PASCOE, Elizabeth y RICHMAN, Laura. 2009. "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review". *Psychological Bulletin*. Vol. 135, n° 4, p. 531-554.
- PECHENY, Mario. 2001. "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, Neil & D'AUGELLI, Anthony. 1995. "Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings". *Journal of Community Psychology*. Vol. 23, n° 1, p. 34-56.
- QUILES, Nieves; BETANCOR, Verónica; RODRÍGUEZ, Ramón; RODRÍGUEZ, Armando & COELLO, Efrén. 2003. "La medida de la homofobia manifiesta y sutil". *Psicothema*. Vol. 15, n° 2, p. 197-204.
- RIGGLE, E., ROSTOSKY, S. & DANNER, F. 2009. "LGB identity and eudaimonic well being in midlife". *Journal of Homosexuality*. Vol. 56, n° 6, p. 786-798.
- ROSARIO, Margaret, SCHRIMSHAW, & Eric y HUNTER, Joyce. 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*. Vol. 18, n° 5, p. 444-460.
- RYFF, Carol. 1989. "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*. N° 57, p. 1069-1081.
- SANDFORT, Theo; DE GRAAF, Ron & BIJL, Rob. 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, Theo; BAKKER, Floor; SCHELLEVIS, Francois y VANWESENBEECK, Ine. 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, Theo, MELÉNDEZ, Rita y DÍAZ, Rafael. 2007. Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in Latino gay and bisexual men. *Journal of Sex research*, 44, 2, 182-189.
- STULHOFER, Aleksander y RIMAC, Ivan. 2009. "Determinants of homonegativity in Europe". *Journal of Sex Research*. Vol. 46, n° 1, p. 24-32
- WARNER, James, MCKEOWN, Eamonn, GRIFFIN, Mark, JOHNSON, Katherine, RAMSAY, Angus, CORT, Clive & KING, Michael. 2004. "Rates and predictors of

- mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 185, nº 6, p. 479-485.
- WHITLEY, Bernard. 2001. "Gender-role variables and attitudes toward homosexuality". *Sex Roles*, Vol. 45, nº 11, p. 691-719.
- WORLD VALUES SURVEY. 2008. [online] Available at: www.valuestheory.org.
- YÁÑEZ, Susan & CÁRDENAS, Manuel. 2010. "Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile". *Revista de Salud y Sociedad*. Vol. 1, nº 1, p. 51-70.