

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS



El apoyo social y estrés percibido en jóvenes adultos gais de Lima Metropolitana

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CON
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTOR

HUGO JOSUE RAYGADA ZOLEZZI

ASESORA:

ALINDA GIANNINA PAREDES GALLEN0

Lima, Mayo, 2019

Agradecimientos

A mis padre Víctor Hugo y a mi madre Ana Yaruska por su apoyo incondicional, su paciencia y por respetar mis decisiones. Por sus constantes motivaciones para lograr terminar la tesis con su frase “*y cómo va la tesis*”. Por el cariño y amor incondicional que me demuestran a diario.

A mi fiel compañero de amanecidas, Kiu, mi perro, mi hijo, gracias por haberme acompañado los últimos 16 años en esta aventura que se llama la vida. Siempre estarás presente en mi corazón, descansa en paz.

A mis hermanos Yordana y Franco quienes a su manera única y especial me brindan su apoyo y me motivan para ser una mejor persona.

A mi sobrina, Antonia, cuyas ocurrencias y juegos me dieron más de una carcajada cuando más fueron necesarias.

A mi abuela, mis tíos y primos quienes siempre se preocupan por mi salud y logros académicos.

A Giannina Paredes, mi asesora, por su paciencia, sus consejos y comprensión.

A todos mis amigos. Por aguantarme, brindarme un espacio de escucha y motivarme a seguir adelante. Tengo los mejores amigos del mundo, gracias por todo.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que se tomaron unos minutos para contestar una encuesta. Gracias aquellas personas que difundieron la encuesta entre sus amigos o grupos sociales. Fue gracias a su colaboración que este proyecto se pudo llevar a cabo.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo central conocer la relación entre el apoyo social y el estrés percibido en jóvenes homosexuales gais entre 18 y 32 años de edad (M=24.53) de la ciudad de Lima Metropolitana. Para ello se elaboró una investigación de metodología cuantitativa (N=53), lo cual permitió explorar dicha relación. Asimismo, se observó la relación de ambos constructos en relación a otras variables sociodemográficas. Para ello, a través de un enlace web, se aplicó una ficha de datos sociodemográficos, el cuestionario de apoyo social (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991) y la escala de estrés percibido (EEP) (Cohen et al., 1983). Los resultados, a diferencia de lo que se esperaba encontrar en base a la bibliografía revisada, indican que no existe una correlación entre el apoyo social y estrés percibido. Sin embargo, se encontró que mientras más amplia la red de apoyo social, mayores niveles de interacción positiva y apoyo emocional.

Palabras claves: Orientación sexual, homosexualidad, apoyo social, estrés percibido.

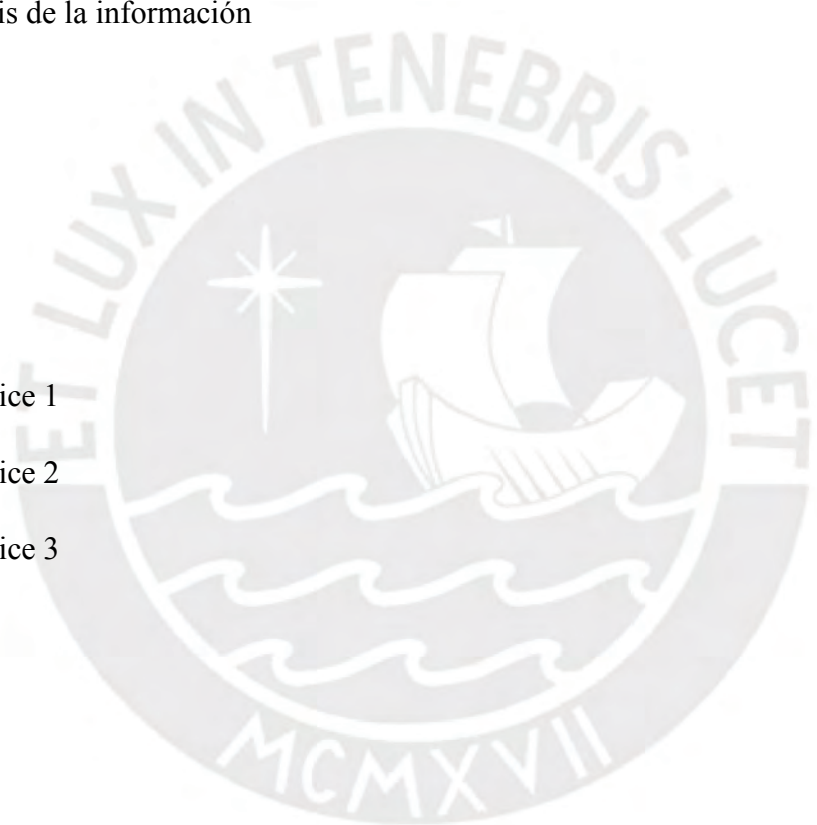
Abstract

This research aims to explore the relationship between social support and perceived stress in young homosexual gays between the ages of 18 and 32 (M=24.53) in the metropolitan city of Lima. For this purpose we conducted a research based on a quantitative methodology (N=53), which allowed to explore such relationship. In addition, we observed the relation between social support and perceived stress with other sociodemographic variables. Through a web link, a social demographic questionnaire, the MOS (Sherbourne & Stewart, 1991) and the EPP (Cohen et al., 1983) was applied. The results, unlike what was expected to be found based on other studies, do not show any correlation between social support and perceived stress. Nevertheless, it was found that the bigger the social support net, higher levels of positive interaction and emotional support.

Key words: Sexual orientation, homosexuality, social support, perceived stress.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	14
Análisis de la información	15
Resultados	17
Discusión	21
Referencias	27
Apéndice	37
Apéndice 1	37
Apéndice 2	38
Apéndice 3	40



Introducción

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), define la orientación sexual como “*la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género*” (CIDH, 2015 pp. 31); siendo las más representativas la heterosexual y la homosexual. Sin embargo, la homosexualidad sigue siendo una de las conductas sexuales poco comprendidas y muy criticadas por la sociedad, a pesar que las personas con esta orientación sexual conforman uno de los grupos sociales más grandes (Barbosa & Jiménez, 2010).

La homosexualidad puede ser definida como la atracción sexual, es decir, el deseo físico y erótico, así como la disposición imaginativa y afectiva hacia alguien del mismo género (Fernández & Áviles, 2003). En los últimos años el tema de la homosexualidad ha despertado un mayor interés, pudiéndose apreciar un incremento en la participación activa de personas homosexuales en distintas esferas de la sociedad. (Toro & Varas, 2004). Sin embargo, a pesar del progreso, aún existen muchos estereotipos, prejuicios, mitos, sentimientos, comportamientos y actitudes negativas en contra de ellos (Barbosa & Jimenez, 2010; Caycho, 2010; Cosme, Jaime, Merino & Rosales, 2007).

Estos estereotipos, prejuicios, mitos, sentimientos, comportamientos y actitudes negativas son difíciles de romper; ya que durante muchas décadas la homosexualidad fue y continúa siendo considerada, por algunas sociedades e individuos, un delito por ir en contra de los valores sociales que ubican a la heterosexualidad como la única posibilidad (Mondimore, 1998; PROMSEX, 2018). Existiendo, según el informe sobre “*State-Sponsors Homophobia*” de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (ILGA) del año 2017, 4 países en los que se castiga con la pena de muerte, la homosexualidad, y 71 países en los que se le considera ilegal.

En el Perú, según la encuesta virtual realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2017 y publicada en el año 2018, de las 8,630 personas Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI) encuestadas el 62,7% afirmaron haber sufrido discriminación o violencia. Sin embargo, según el informe presentado por PROMSEX (2018), en el año 2016 en el Perú, únicamente se reportaron 28

homicidios a personas LGTBI, 109 casos de violencia no terminada en muerte, 2 de violencia psicológica y suicidios, y 90 de discriminación estatal y privada, siendo estos solamente algunos de los casos que se han podido registrar. De acuerdo al diagnóstico realizado por el colectivo “NO TENGO MIEDO” en el año 2014, tan sólo en Lima Metropolitana 260 personas LGTBI fueron víctimas de algún tipo de violencia. De los 260 casos únicamente el 6.5% (17) de las víctimas realizó una denuncia formal y tan sólo 2 de ellas fueron exitosas en términos policiales, llegándose a realizar una investigación del caso. En cuanto al espacio donde se fue víctima de violencia, el 35.4% fue en el hogar, el 32.3% en espacios públicos, 24.6% en instituciones educativas, 12.7% en establecimientos privados, 6.2% en establecimientos del Estado, 4.2% en el espacio laboral y un 3.5% no especificado. Esto ayudo a poner en evidencia que las personas LGTBI son víctimas de diversas formas de discriminación, que van desde la negación del acceso a necesidades básicas hasta la violencia física y psicológica. Además, se resaltó la necesidad de realizar más investigaciones académicas en relación con dicha población.

Por otro lado, otra de las tantas razones por la cual la homosexualidad aún continúa siendo rechazada por muchas instituciones y grupos sociales es que existe un gran número de personas que la consideran una amenaza a las buenas costumbres y a la estructura de la sociedad contemporánea (Barbosa & Jiménez, 2010). Resultando en la creación de mitos o creencias que únicamente fortalecen el temor y el rechazo hacia las personas homosexuales, como si se tratase de una especie inferior o un grupo no humano (Barbosa & Jiménez, 2010). Además, en la cultura latinoamericana tradicional, existe un fuerte sentimiento de homofobia, siendo las personas homosexuales, para algunos individuos, una figura que causa risa, burla y objeto de agresión debido a que es visto como una amenaza o por no ser parte de la heteronormatividad; aquella lógica que establece que únicamente lo heterosexual es lo correcto y todo lo que no encaja dentro de esta será señalado como lo “incorrecto”, lo “inaceptable”, lo “anormal”, lo “inmoral”, lo “falso”, lo “errático”, lo “enfermo”, como aquello en lo que se va depositar todo lo malo (Castañeda, 1999; Marchueta, 2014; Moral, 2011; OPS, 2006; Ortiz & García, 2005; Recalde, 2012).

Hasta finales del siglo XIX, la homosexualidad era considerada una enfermedad por las diferentes organizaciones de la salud, llegándose incluso a tratar de buscar una cura para ella. En el año 1951 la American Psychological Association (APA) la incluye en su primera

edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) como una enfermedad mental. Sin embargo, en el año 1974 la APA oficialmente estableció que la homosexualidad no implica ningún tipo de incapacidad emocional, vocacional y social, eliminándola de la categoría de “desviaciones sexuales” (APA, 2008). Posteriormente, en el año 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la eliminó de la clasificación internacional de enfermedades y otros problemas de salud (OMS, 1992; OPS, 2006), es así como, en la décima versión dicha clasificación (CIE-10), se le eliminó de sus manuales. En la actualidad la homosexualidad ya no es considerada como una enfermedad de ningún tipo y dicha iniciativa es respaldada por diferentes gobiernos y organizaciones científicas de diferentes países, tales como: Asociación Americana de Psiquiatría, la Asociación Americana de Medicina, en gobierno de Reino Unido en 1994, la Sociedad China de Psiquiatría en el 2001, entre otros (Ardilla, 1998; APA, 1995, 2001, 2002, 2008; Iguales, 2012).

A pesar del reconocimiento anterior, en la actualidad, aún se mantiene la creencia de que la homosexualidad es una enfermedad, formando parte de los factores que dificultan su aceptación (Pérez, 1999). Existen grupos conservadores que hasta hoy critican la decisión de la APA (OPS, 2006). Además, un gran número de los profesionales de la salud, tanto física como mental, respaldan tales críticas y creencias, promoviendo tratamientos médicos y terapias psicológicas llamadas de conversión o reorientación que resultan antiéticas e ilegales. Incluso existen muchas instituciones educativas donde aún se continúa enseñando que la homosexualidad es una enfermedad (Ortiz & García, 2005).

Tal y como se ha señalado, en párrafos anteriores, en el mundo aún existe mucho rechazo y opresión hacia la homosexualidad. Algunos autores proponen que la opresión y rechazo hacia las personas LGTBI tiene orígenes en el sistema de género, siendo esta la forma en que las sociedades simbolizan al cuerpo sexuado y su uso para articular y ordenar las relaciones sociales (Ortiz-Hernández, 2004). El sistema de género establece una diferencia entre el sexo y género, siendo el primero, las características fisiológicas y anatómicas de los organismos vivos y que pueden ser identificadas, a través de los siguientes niveles: cromosomas, genético, hormonal y genital. Bajo esta perspectiva biológica se puede distinguir diferentes tipos de organismos siendo los dos más

predominantes el macho y la hembra. Mientras que el género es el significado que las sociedades le han atribuido a los rasgos asociados al sexo, generando un sistema binario de clasificación; hombre o mujer. Dentro de este sistema al hombre se le asume e impone características masculinas en aspecto, carácter, cuerpo y comportamiento; al igual como a las mujeres se les asume e impone características femeninas, tales como ser delicadas, débiles, entre otras. Este binarismo termina excluyendo e invisibilizando a todas aquellas personas que no encajan dentro de este sistema (Johnson, 2012). Además, está asociado a la idea que a determinado género le corresponde determinada orientación sexual (Ortiz-Hernández, 2004).

En la actualidad, se sabe que el género es una construcción social que varía dependiendo de cada sociedad y a través del transcurso del tiempo; por lo cual, no es un resultado causal del sexo y tampoco es tan rígido (Butler, 2002; Johnson, 2002; Ortiz-Hernández, 2004). Por lo cual, resulta imposible que los órganos genitales determinen en las personas sus prácticas sociales y/o eróticas (Gonzales, 2001). Sin embargo, la mayoría de las sociedades continúa usando el sistema de género; el cual tiene como consecuencia la creación de reglas acerca del uso del cuerpo y la orientación sexual. Si bien dicho sistema no determina la orientación sexual de las personas, sí determina cuál de ellas es la válida, y cuales no lo son (Ortiz-Hernández, 2004).

La aceptación de la propia homosexualidad es, en la mayoría de los casos, un proceso muy largo y complicado, y no tiene un tiempo específico. Dicha aceptación puede darse en cualquiera de las diferentes etapas de desarrollo; ya sea la adolescencia o la adultez tardía. Además, es un proceso que depende de cada persona (Almonte & Conejero, 2009; Guardarrama & Toro, 2012). Ser homosexual implica ir en contra de la heterosexualidad normativa, aquellas normas basadas en la idea que la heterosexualidad es la única orientación sexual correcta y aceptada, y entrar a un mundo nuevo en el cual se presiente un futuro aislado y marginado, en el que muy probablemente surjan problemas con el entorno social y familiar (Castañeda, 1999; Marchueta, 2014; Meyer, 2001; Witting, 2008); ya que, se estaría contradiciendo los valores sociales establecidos; por lo cual, las personas homosexuales, a diferencia de los heterosexuales, tienen que hacerle frente a una serie de situaciones que resultan estresantes, perjudicando su salud tanto física

como mental. Asimismo, debido a la estigmatización y al rechazo, este proceso puede estar relacionado a dificultades psicológicas tales como la depresión, ansiedad, aislamiento, abuso de drogas, ideaciones suicidas, abandono escolar y conductas sexuales de riesgo (Andújar, Nieves, Toro & Vara, 2006; Castañeda, 1999; Marchueta, 2014).

Debido a que las personas homosexuales aún siguen siendo estigmatizadas, violentadas y discriminadas, pueden pasar largos periodos de su vida negando o rechazando su orientación y/o vivir con una máscara o doble vida ante la sociedad (Galofré et al, 2006; Kurdek, 1988, 2005). Incluso, muchos de ellos, llegan a internalizar estos valores y creencias negativas respecto a su propia orientación sexual, dando como resultado una homofobia internalizada o un sentimiento de incomodidad o malestar para poder aceptar su propia orientación sexual (Monroy, 2017). Dando como resultado una autoimagen devaluada, llegando a considerarse inferiores o limitados en su potencial, tanto en lo social como en lo personal; produciéndose una separación entre su vida sentimental, la cual se limita a la clandestinidad, y su vida social, siendo en muchos casos incapaces de sentirse reconocidos y valorados por dicha sociedad (Castañeda, 1999; Galofré et al, 2006); viéndose obligados a vivir en una sociedad cuyas normas imponen deseos que no son parte de la individualidad de cada sujeto, y que además crean una distinción entre lo que es ser humano y lo que es ser menos que humano, generando que vivan vidas no habitables (Butler, 2004). Teniendo como resultado problemas de salud, tanto física como mental; ya que pueden llegar a rechazar su propia orientación o tener dificultades para integrarse a un modelo social basado en la heteronormatividad que rechaza la homosexualidad (Marchueta, 2014; Meyer, 2001).

El proceso de aceptación y/o vivencia de una orientación sexual homosexual se puede ver dificultado o facilitado dependiendo del apoyo social que tiene la persona. Cuando se percibe una mayor aceptación o apoyo por parte de la familia, los amigos o la sociedad, respecto a la homosexualidad, el proceso de aceptación y/o vivencia se vuelve más sencillo, y se reduce las posibilidades que la persona tenga conductas de riesgo y/o sentimientos y decisiones negativas que pueden poner en riesgo su vida (Castañeda, 1999; D'Augelli, 1994, citado en Dianderas, 2015; Marchueta, 2014). Además, la percepción de apoyo social de cada individuo afecta sus relaciones de pareja; ya que, a mayores niveles de apoyo social más saludable suele ser sus relaciones de pareja. La falta de apoyo social por

parte de la familia suele ser uno de los factores más estresantes para gais y lesbianas. Por otra parte, altos niveles de apoyo social por parte de la familia y amigos suele compensar la falta o ausencia de apoyo social institucional (Kurdek, 1988, 2005).

Diferentes estudios han confirmado que uno de los factores protectores de la salud en general es el apoyo social (Adler & Matthews, 1994; Feldman et al, 2008; Lam et al, 2008; Marchueta, 2014; Vega & Gonzales, 2009). Por lo cual es uno de los factores más estudiados en los últimos años, ya que proporciona a las personas resistencia ante los diferentes estresores diarios, las transiciones en la vida, crisis personales, y enfermedades, siendo las de carácter crónico las más beneficiadas (Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; Lin, Dean & Ensel, 1986; Marchueta, 2014; Poblete, Glasinovic, Sapag, Barticevic, Arenas & Padilla, 2015). En relación a la aceptación de la homosexualidad, el apoyo social por parte de la familia, los amigos y la sociedad son los principales factores que pueden influenciar en el bienestar psicológico de las personas homosexuales (Castañeda, 1999; Marchueta, 2014; Monsen & Bayley, 2007). También, se ha encontrado que el apoyo social afecta en forma positiva el sentido de uno mismo de las personas LGTBI, sus niveles de depresión y autoconcepción, y de ajuste psicológico (Kurdek, 1988, 2005; Vincke, 1994, 1999).

Por ello, el apoyo social es un concepto complejo que ha sido estudiado y definido sobre la base del efecto que tiene el ambiente sobre el sujeto, por lo tanto se asume para el presente estudio la definición planteada por Lin, Dean y Ensel, (1986, como se citó en López y Chacón, 199, p.185); *“apoyo social como conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos”*. Esta definición recoge los aspectos cognitivos y no subjetivos del apoyo social, realizando una distinción entre lo real y lo percibido por el sujeto.

A partir de la revisión teórica del concepto de apoyo social y de los distintos aspectos del mismo, se ha concluido que se puede encontrar en tres niveles. El primer nivel es el *comunitario o macro*, en el cual se tiene un sentido de pertenencia e integración social con la comunidad. En un segundo nivel o *nivel medio* se tiene el apoyo percibido como resultado de las interacciones sociales más cercanas a las persona dentro de un contexto

social, las cuales generan un sentimiento de vinculación con otros. Y el nivel *micro o de relaciones íntimas*, que resulta de la interacción con las personas con quienes el individuo mantiene vínculos más estrechos, dando lugar a sentimientos de seguridad, compromiso y responsabilidad de su propio bienestar. (Barrera, 1986; Gottlieb, 1983; Lin, Dean, & Ensel, 1986).

Por otro lado, el apoyo social, según Gottlieb (1983), se conceptualiza a través de dos dimensiones: la estructural y la funcional. La primera se refiere al tamaño de la red social y la segunda a la utilidad que esta tiene. El apoyo social, según De Paulo, Nadler & Fisher (1998), desde una perspectiva funcional está compuesto de manera multifactorial por cuatro tipos de recursos: a) emocional/informacional: se expresa a través del cariño y la empatía; b) apoyo instrumental: el uso de las ayudas instrumentales o materiales que ayudan de manera directa a quien la necesita; c) apoyo afectivo: hace referencia a las expresiones de afecto y amor que son ofrecidas al individuo por parte su grupo más cercano; d) interacción social positiva: se refiere a la disponibilidad del individuo para distraerse y divertirse.

Estar conectados socialmente es un elemento central en el sentido psicológico de comunidad (Sarason, 1990) y su ausencia forma parte del aislamiento social y la alienación (Gottlieb, 1983). Una de las funciones principales del apoyo social es ayudar a las personas a superar las adversidades, sirviendo como un amortiguador de los estados de ánimo negativos (Gustafsson y Ahlstrom, 2006).

Tal y como se mencionó en líneas atrás, el apoyo social ha sido estudiado en diferentes países y diferentes poblaciones. Zea, Reisen y Popper (1999) encontraron que dentro de la población lesbiana y gay latina, altos niveles de apoyo social estaban relacionados con bajos niveles de depresión y altos niveles de autoestima.

En un estudio hecho por Marchueta (2014), a personas Lesbianas, Gais y Bisexuales (LGB) entre los 17 y 58 años, de las ciudades de Gipuzkoa, Bizkaia y Navarra, en España. Se encontró que el apoyo social es un importante factor para el bienestar. Asimismo, se observó que a mayor apoyo social percibido de familiares y amigos, menor eran los niveles de depresión y ansiedad; teniendo más estabilidad emocional y una mejor auto-estima. También, se pudo apreciar que el apoyo social sirve como fuente de fortalecimiento para

las personas LGB y reducen el estrés que se podría generar a causa de su orientación sexual.

Tal y como se ha mencionado en párrafos anteriores el apoyo social ha mostrado tener influencia en los diferentes aspectos de los procesos de la salud y la enfermedad; siendo uno de los principales la forma en la que ayuda afrontar el estrés (Barra, 2004). Teniendo un efecto protector y/o amortiguador sobre la salud de las personas (Barra 2003, en Barra, 2004).

Según Cohen & Willis (1985), existen dos modelos que explican la función del apoyo social. El primer modelo (modelo amortiguador), ve al apoyo social como una fuente de protección ante el estrés. Permitiendo que las personas puedan tener una valoración del estrés como menos amenazador, para poder afrontarlo de una mejor forma. El segundo modelo (modelo efectos principales), resalta la importancia del apoyo social independiente de los niveles de estrés de la persona, resaltando al apoyo social como un recurso útil y positivo, sea o no el caso que la personas este o no este expuesta al estrés.

El proceso de aceptación de una orientación sexual homosexual, como la vivencia de la misma, puede ser una experiencia muy estresante, con repercusiones en la salud tanto física como mental de personas LGTBI. Sin embargo, el apoyo social es una fortaleza que sirve para amortiguar el impacto de dicho estrés (Meyer, 2003, 2007). Marchueta (2014) encontró que el apoyo social disminuye los niveles de estrés que pueden experimentar estas personas durante y después del proceso de aceptación de su orientación sexual.

Tal y como se mencionó en párrafos anteriores, uno de los constructos más asociados al apoyo social es el estrés. El estrés percibido es visto como un estado emocional que afecta los niveles de bienestar de la persona (Taylor, 2007), debido a la presencia de estados anímicos depresivos (Costanzo et al, 2007; Groenvold, Petersen, Idler, Bjorner, Fayers & Mouridsen, 2007; Suthahar et al, 2008, citado en Lostaunau & Torrejon, 2013). El estrés percibido ha sido también asociado a la presencia de hostilidad, fatiga, y bajos niveles de actividad en las personas (David, Montgomery & Bovbjerg, 2006). Pieterse et al, (2007), encontraron que el estrés percibido también estaría relacionado a niveles elevados de pensamiento intrusivos, evitación e hiperactivación. Asimismo, se ha

relacionado con la presencia de dificultades interpersonales y la pérdida de control de emocional y conductual (Mosher et al, 2010, citado en Lostaunau & Torrejon, 2013).

La salud física se ve afectada por las experiencias emocionales, trayendo consecuencias fisiológicas y aumentando la vulnerabilidad de la persona a una amplia variedad de enfermedades (Keicolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002; Saloyey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000). Cuando las personas experimentan un gran número de eventos negativos en un determinado periodo de tiempo los niveles de estrés percibido no solo aumentan, sino que también aumenta la posibilidad de contraer enfermedades como el resfriado común (Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin & Gwaltney, 1998).

La mayoría de estudios realizados en población LGTBI se han llevado a cabo en países industrializados, como Estados Unidos, países Europeos y Australia (Ortiz & García, 2005). En América Latina son pocos los estudios enfocados en dicha población. Además, muchos de estos estudios se han centrado en el comportamiento de la infección VIH/SIDA, ignorando otras causales de problemas de salud. Asimismo, son pocas las investigaciones que consideren las diferencias vivenciales de personas LGTBI, y el cómo se ve afectado cada grupo de forma individual; se suele hacer investigaciones que abarcan a todos sin reconocer las diferencias que existen (Castañeda, 1999; Caycho, 2010; Meyer, 2003, 2007). En la cultura latinoamericana se pueden apreciar notorias diferencias en la aceptación y trato hacia las personas homosexuales. Toro & Vara (2004), encontraron que existe un mayor distanciamiento social hacia los hombres gais que hacia las mujeres lesbianas, sobre todo por parte de los hombres heterosexuales. En el Perú, Caycho (2010) encontró que existe mayor tolerancia por parte de las mujeres hacia la homosexualidad masculina. Si bien los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en otros países son importantes y deben ser consideradas, es necesario reconocer que las condiciones de Latinoamérica e incluso de cada país son diferentes debido a las diferencias culturales, la desigualdad socioeconómica y los diferentes niveles de rigidez en la asignación y contenido de estereotipos de género (Castañeda, 2004; Kurdek, 2005; Ortiz & García, 2005). Estas diferencias y desigualdades se pueden encontrar dentro de las diferentes regiones o ciudades de un mismo país llegándose a encontrar diferencias en la percepción de la homosexualidad (Castañeda, 2004), según una encuesta realizada por IPSOS (2014), un

gran número de la población que está a favor de la unión homosexual se encuentra en la ciudad de Lima.

Tal y como resaltó el diagnóstico realizado por el colectivo “NO TENGO MIEDO” en el año 2014, lo cual se ha podido apreciar durante esta investigación, hacen falta más investigaciones académicas con población LGTBI. Asimismo, teniendo en cuenta lo estresante que puede llegar a ser el proceso de aceptación de una identidad homosexual y las vivencias únicas relacionadas con dicha identidad sexual es importante el estudio del apoyo social en las diferentes etapas de vida. Según Almonte & Cornejo (2009), es mucho más probable que las personas asuman su orientación sexual homosexual culminada su adolescencia. Sin embargo, debido a que el trabajo con adolescente también requiere el consentimiento informado de los padres, y muchos de ellos desconocen que sus hijos son homosexuales, y además, probablemente los adolescentes no desean que sus padres se enteren aún de su homosexualidad, resulta aún más difícil realizar investigaciones con dicha población a pesar de su importancia.

Por todo lo mencionado anteriormente, la presente investigación se plantea con el objetivo general de analizar la relación que tienen los constructos de apoyo social y estrés percibido en jóvenes adultos gais de la ciudad de Lima Metropolitana. Además, su relación con otras variables sociodemográficas.

Para ello se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: A mayores niveles de apoyo social percibido, menores niveles de estrés percibido.

Hipótesis 2: A mayor edad, mayores niveles de apoyo social.

Hipótesis 3: Aquellos participantes cuyas familias conocen acerca de su orientación sexual tienen mayores niveles de apoyo social percibido en comparación con aquellos cuyas familias desconocen de su orientación sexual.

Hipótesis 4: Aquellos participantes cuyas familias conocen acerca de su orientación sexual tienen menores niveles de estrés percibido en comparación con aquellos cuyas familias desconocen de su orientación sexual.

Método

Participantes

La investigación estuvo conformada por una muestra de 53 jóvenes gais. Para ello, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) rango de edad entre los 18 y 32 años ($M=24.53$, $DE=2.8$), 2) identificarse a sí mismos como homosexuales, 3) ser hombre gay y 4) que hayan vivido la mayor parte de su adolescencia en Lima.

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes, la edad promedio fue de 24.53 ($DE: 2,83$), siendo la edad mínima 18 y la máxima de 29. Con respecto a su estado civil, la mayoría eran solteros (83%), seguidos por los que tenían pareja (13.2%) y por último los casados (1.9%) y aquellos en una relación abierta (1.9%). El 43.4% de los participantes tenía con un grado de instrucción superior universitario incompleto, el 24.5% presentó un grado de instrucción de universitaria completa, el 11.3% secundaria completa/superior no universitaria incompleta, 11.3% superior no universitaria completa y un 9.4% tiene un grado de instrucción de post-grado universitario.

El 37.7% de los participantes indicaron que ambos padres nacieron en provincia, el 30.2% que ambos padres nacieron en Lima, el 20.8% que su madre era de Lima pero su padre de provincia y un 11.3% su padre era de Lima y su madre de provincia. En relación a las personas con quienes viven los participantes, el 73.6% vive con alguno o ambos de sus padres, 18.9% que viven solos, 3.8% viven con su pareja y un 3.8% viven con amigos.

Los participantes fueron contactados, inicialmente, a través de miembros pertenecientes a colectivos, asociaciones, organizaciones y otros grupos para personas LGTBI, quienes fueron contactados a través de correos electrónicos y mensajes a las respectivas páginas web. Asimismo, los participantes pudieron referir a más participantes que cumplan con los criterios establecidos, para de esta manera crear un efecto de bola de nieve.

Para respetar la privacidad y el anonimato de los participantes y poder acceder a la población, se optó por crear una encuesta a través de una página web. Debido a que el tema de la sexualidad aún suele ser visto como un tema tabú por nuestra sociedad, la encuesta virtual les permitía a los participantes responder con mayor libertad; asimismo, facilita

retirarse del proceso sin sentirse obligados a terminar por la presencia del encuestador. Dicha encuesta fue enviada a los contactos iniciales para que se publique en las páginas oficiales de los diferentes grupos, colectivos, asociaciones organizaciones y grupos para personas LGTBI. Esto, generó un efecto de bola de nieve, ya que los contactos iniciales fueron capaces de enviar a través de correos electrónicos el enlace de la encuesta a personas que cumplieran con los criterios de inclusión.

Al ingresar al enlace, lo primero que los participantes encontraban era el consentimiento informado (Apéndice 1), el cual debían leer y aceptar para poder continuar con la encuesta. En dicho consentimiento informado, se resaltó los objetivos de la investigación y su carácter voluntario y confidencial. Cumpliendo con los estándares éticos. Al final de la encuesta, los participantes podían visualizar información de diferentes asociaciones y centros psicológicos especializados prevención y promoción de la salud en población homosexual, a quienes pueden contactar o acercarse si así lo requieren o desean. Además, se incluyó un correo electrónico al cual podían escribir en caso tuvieran alguna pregunta o inquietud respecto a la investigación.

Medición

Ficha de datos sociodemográficos. Se utilizó una ficha sociodemográfica (Apéndice 2) con el propósito de recopilar datos importantes sobre los participantes tales como edad, grado de instrucción, orientación sexual, estado civil, con quien(es) vive, si su familia conoce acerca de su orientación sexual, si existen personas que conocen de su orientación sexual, si puede hablar libremente de cualquier tema con las personas que conocen sobre su orientación sexual, entre otros.

Para la evaluación del **Apoyo social percibido**, se utilizó el cuestionario **Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS)**, diseñado por Sherbourne y Stewart en 1991. Este es un cuestionario auto administrado de 20 ítems. El primer ítem valora el apoyo estructural (el tamaño de la red social de apoyo) y se evalúa contando la cantidad de personas que brindan apoyo al encuestado. Los 19 ítems restantes miden el apoyo social funcional que recibe la persona, los cuales conforman cuatro dimensiones: interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18), apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15) y apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19).

La medición del cuestionario se realiza a través de una escala de Likert de 5 puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre) (Sherbourne & Stewart, 1991). Además, el índice global de apoyo social se obtiene a través de la sumatoria de los 19 ítems relacionados al apoyo social funcional. Los resultados muestran que tiene una alta consistencia interna.

Para la presente investigación se utilizó la adaptación peruana trabajada por Cruz (2009). El instrumento obtuvo una confiabilidad interna, a través del coeficiente de alfa de Cronbach, de 0.97 y en un rango de $\alpha = 0.91$ a $\alpha = 0.96$ para las sub escalas. Asimismo, la validez se realizó a través del método de test-retest, siendo el resultado $r = .91$

En su versión original la escala obtuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .94. Asimismo, se obtuvo un $\alpha = .96$ para la escala de apoyo emocional/informacional, $\alpha = .92$ para apoyo instrumental, $\alpha = .94$ para interacción positiva y $\alpha = .91$ para apoyo afectivo (Sherbourne & Stewart, 1991).

En el presente trabajo se obtuvo un coeficiente de consistencia interna alfa Cronbach global de 0.94, mientras que los puntajes para sus áreas obtuvieron: Interacción social positiva $\alpha = 0.82$; Apoyo afectivo $\alpha = 0.83$; Apoyo instrumental $\alpha = 0.87$; y Emocional/informacional $\alpha = 0.94$.

En cuanto a la evaluación del estrés percibido, se utilizó el *Perceived Stress Scale (PSS) o escala de estrés percibido (EEP)* (Gonzales & Landero, 2007), siendo esta una versión adaptada de la versión original de Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983. Esta prueba tiene como objetivo conocer que tan estresantes perciben las personas aquellos eventos de su vida cotidiana.

La PSS o EEP está conformada por 14 ítems. Dichos ítems son puntuados por una escala de Likert de frecuencia, en la cual 0 es *nunca* y 4 es *muy frecuente*. Esta escala de medición puede dar puntuación que van desde 0 a 56 puntos, la puntuación más alta refleja un mayor nivel de estrés percibido global. La prueba se agrupa en dos factores. Cada factor cuenta con 7 ítems; los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 corresponden al factor 1 (expresión de estrés) y son inversos, dicho factor hace referencia a la percepción de pérdida de control en el manejo del estrés. Por otro lado, los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 corresponden al factor 2

(control de estrés) y son directos, este factor hace referencia a la percepción de satisfacción o éxito en el manejo del estrés (Cohen et al., 1983).

La EEP fue aplicada a tres muestras: 332 universitarios de primer ciclo, 114 estudiantes de psicología y 67 estudiantes que se encontraban en un taller para dejar de fumar. En dicha investigación se obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de Cronbach .84, .85 y .86 respectivamente. Asimismo, se obtuvo una confiabilidad por medio del método de test-retest a las 6 semanas y dos días fue de .85 para primera muestra y de .55 para la tercera muestra.

En el Perú el EEP fue utilizado en un estudio realizado en mujeres adultas entre 30 y 69 años de edad por Lostaunau & Torrejon (2013). En este estudio se obtuvo una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach de .80 y .72 para los factores 1 y 2, respectivamente (Lostanau & Torrejon, 2013). Dicho resultado coinciden con los resultados mencionados previamente.

Los resultados obtenidos en la presente investigación arrojan un alfa de Cronbach global de .77, mientras que los puntajes para sus áreas obtuvieron .75 (expresión del estrés) y .64 para (control del estrés).

Procedimiento

Se realizó un primer contacto con miembros pertenecientes a colectivos, asociaciones, organizaciones y otros grupos para personas LGTBI, a través de correos electrónicos y el acercamiento a los respectivos establecimientos. Se explicó acerca del propósito de la investigación, y las características de la muestras (criterios de inclusión) con la que se buscaba trabajar. Posteriormente, se envió un enlace web, el cual contenía el consentimiento informado, la ficha de datos sociodemográficos y los diferentes instrumentos de evaluación, cuyo formato de presentación fue adaptado para ser aplicado por internet. El enlace fue publicado en sus páginas webs y/o enviado de forma directa a personas que cumplían con los criterios.

Una vez recolectada la información a través del cuestionario virtual, se procedió a pasar la información al programa SPSS, creando una base de datos.

Análisis de la Información

Por medio del software estadístico SPSS versión 21 se realizaron los análisis respectivos. Primero, se corrieron los datos estadísticos descriptivos para obtener la información proveniente de la ficha de datos sociodemográficos y los instrumentos. Luego, se identificó la consistencia interna de cada una de las escalas y sus dimensiones mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Posteriormente, se realizaron los análisis de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov (Apéndice 3), encontrándose distribuciones normales y no normales en el MOS, distribuciones normales en el EEP y distribución no paramétrica en la variable edad.

Posteriormente, se realizó el análisis correlacional entre el índice global de apoyo social y el índice global de estrés percibido, mediante el estadístico r de Pearson, debido a que ambas mostraron tener distribuciones normales. Luego, se realizó el mismo procedimiento para las diferentes dimensiones del apoyo social y los factores estrés percibido, haciendo el uso respectivo de Spearman o Pearson dependiendo de los resultados de la prueba de normalidad de cada variable, para determinar si existía correlación entre alguna de ellas. Asimismo, se realizó el análisis correlacional de ambas escalas, sus dimensiones/factores, con la variable edad.

Finalmente, con la finalidad de realizar un contraste de medias entre los participantes cuyas familias directas conocen acerca de su orientación sexual y aquellos cuyas familias desconocen, se realizaron, en primer lugar, los análisis de normalidad con el estadístico Shapiro-Wilk, debido a que las muestras eran menores a 50 para ambos grupos. Debido a que los análisis de normalidad arrojaron distribuciones paramétricas y no paramétricas, se estudió previamente si la falta de normalidad era extrema, para ello se analizó la asimetría y curtosis (Kline, 2010). No se encontraron casos extremos (asimetría < 3 y curtosis < 10), por lo cual se procedió a realizar la comparación de medias utilizando el estadístico de T-Student.



Resultados

A continuación se presentaran los resultados obtenidos respecto a los objetivos de la investigación. Asimismo, para facilitar la comprensión de los resultados se analizaron en función de las hipótesis de trabajo planteadas.

Análisis descriptivos del MOS y sus dimensiones

En cuanto a los indicadores de apoyo social, la escala global del apoyo social percibido alcanzó una media de 67.98 (DE=15.74, Min= 31, Max=95).

Tabla 1:

Descripción de apoyo social estructural y percibido y sus dimensiones del MOSS

	M	DE	Mín.	Máx.
Apoyo social estructural (1)	15	13.36	1	72
Apoyo social percibido (19)	67.98	15.74	31	95
Interacción Social Positiva (4)	15.1	3.19	8	20
Apoyo Afectivo (3)	11	3.09	3	15
Apoyo Instrumental (4)	14	4.35	4	20
Apoyo Emocional/informacional (8)	27.7	7.78	8	40

N = 53

Análisis descriptivos del EEP y sus factores

En cuanto a los indicadores de estrés, la escala global del estrés percibido alcanzó una media de 25.6 (DE=6.24, Min= 13, Max=45), mientras en relación a sus dos factores el control del estrés obtuvo mayores puntuaciones promedio que la expresión del estrés (ver tabla 2).

Tabla 2:

Descripción del estrés percibido y los factores de la prueba EEP

	M	DE	Mínimo	Máximo
Estrés percibido (14)	25.6	6.24	13	45
Expresión del estrés (7)	10.13	3.76	2	21
Control del estrés (7)	14.92	3.69	6	24

N = 53

Objetivo general e hipótesis

El objetivo principal de esta investigación era analizar si existía una correlación entre la variable de apoyo social y sus dimensiones con la variable de estrés percibido y sus factores. En relación a dicho objetivo, no se pudo encontrar ninguna correlación entre ambas variables (ver tabla 3). Asimismo, a continuación, se exponen los resultados de las hipótesis propuestas:

Hipótesis 1: Se esperaba que a mayores niveles de apoyo social percibido, menores niveles de estrés percibido. Esta hipótesis no se cumple. No se pudo encontrar ningún tipo de relación estadísticamente significativa entre dichas variables (ver tabla 3).

Sin embargo, se encontró una correlación directamente proporcional entre la variable de apoyo social estructural (red social de apoyo) e interacción social positiva ($r = .28$, $p < 0.05$). Del mismo modo, entre la variable de apoyo social estructural y apoyo emocional ($r = .48$, $p < 0.01$).

Por otro lado, no se pudo encontrar una correlación estadísticamente significativa entre apoyo social estructural y las variables de apoyo afectivo e instrumental (ver tabla 3).

Tabla 3
Correlaciones entre apoyo social y estrés percibido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Apoyo social percibido	-	,360**	,782**	,812**	,632**	,922**	-.167	-.109	-.171
2. Apoyo social estructural		-	,279*	.093	.067	,476**	-.083	-.046	-.097
3. Interacción social positiva			-	,601**	,362**	,744**	-.135	-.147	-.079
4. Apoyo afectivo				-	,512**	,582**	-.143	.018	-.259
5. Apoyo instrumental					-	,410**	-.157	-.127	-.104
6. Apoyo emocional						-	-.198	-.175	-.092
7. Estrés percibido global							-	,841**	,834**
8. Expresión del estrés								-	,401**
9. Control del estrés									-

N = 53 *p<0.05, **p<0.01

Hipótesis 2: A mayor edad, mayores niveles de apoyo social. Esta hipótesis no se cumple, ya que no se pudo encontrar correlaciones estadísticamente significativas entre ambas variables (tabla 4).

Tabla 4
Correlaciones de apoyo social y estrés percibido con la variable edad

	Edad
1. Apoyo social percibido	0.37
2. Apoyo social estructural	-0.001
3. Interacción social positiva	-0.03
4. Apoyo afectivo	0.15
5. Apoyo instrumental	-0.04
6. Apoyo emocional	0.04
7. Estrés percibido global	-0.16
8. Expresión del estrés	-0.1
9. Control del estrés	-0.15

N = 53 *p<0.05, **p<0.01

Hipótesis 3: Se esperaba encontrar que aquellos participantes cuyas familias conocer acerca de su orientación sexual tuvieran mayores niveles de apoyo social percibido en comparación con aquellos cuyas familias desconocen de su orientación sexual. Esta hipótesis no se cumple, ya que no se pudo encontrar una diferencia de medias estadísticamente significativa (ver tabla 5).

Hipótesis 4: Se esperaba encontrar que aquellos participantes cuyas familias conocen acerca de su orientación sexual tuvieran menores niveles de estrés percibido en comparación con aquellos cuyas familias desconocen de su orientación sexual. Esta hipótesis no se cumple, ya que no se pudo encontrar una diferencia de medias estadísticamente significativa (ver tabla 5).

Tabla 5

Prueba t-student para diferencia de medias

	Padres conocen de su orientación sexual				Diferencia de Medias	Prueba t para la igualdad de medias				
	Sí (N=40)		No (N=13)			Sig.	t	gl	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	M	DE	M	DE					Inferior	Superior
	1. Apoyo social percibido	68.73	15.5	65.7		14.5	3.03	0.53	0.62	51
2. Apoyo social estructural	15.03	11.06	14.92	19.4						
3. Interacción social positiva	15.45	2.89	14.08	4.1	1.37	0.28	1.13	15.90	-1.21	3.96
4. Apoyo afectivo	11.18	3.09	10.69	3.2	0.48	0.63	0.49	51	-1.51	2.48
5. Apoyo instrumental	13.83	4.47	14.85	4.04	-1.02	0.47	-0.73	51	-3.82	1.78
6. Apoyo emocional	28.27	8.02	26.08	7.04	2.19	0.38	0.88	51	-2.80	7.20
7. Estrés percibido global	25.4	6.8	24	4.3	1.4	0.49	0.70	51	-2.62	5.42
8. Expresión del estrés	10.3	4.12	9.62	2.5	0.69	0.57	0.57	51	-1.75	3.12
9. Control del estrés	15.1	3.93	14.4	2.9	0.71	0.55	0.60	51	-1.67	3.10

N=53 *p<0.05, **p<0.01

Discusión

La vivencia y aceptación de una orientación sexual diferente a la heterosexual es un proceso que se ve afectado por factores socioculturales y psicológicos a los que se encuentran expuestas las personas homosexuales (Dianderas, 2015). Debido a que la homosexualidad es vista, para muchas personas en diferentes lugares, como una ruptura a la heteronormatividad, lo que algunos consideran como las buenas costumbres, lo aceptado y saludable (Barbosa & Jiménez, 2010; Castañeda, 2004; Marchueta, 2014; Moral, 2011; Pérez, 1999, Recalde, 2012). Por ello, el proceso de aceptación y la vivencia de la propia homosexualidad pueden estar acompañados de una carga muy fuerte de sentimientos de angustia, temor, vergüenza, estrés, confusión, y muchos otros sentimientos negativos (Andujar et al., 2006; Castañeda, 2004; Dianderas, 2015; Marchueta, 2014). Sin embargo, el apoyo social ha sido comprobado como uno de los factores de mayor protección de la salud en general y facilitador de los procesos de aceptación y vivencia de la homosexualidad (Adler & Matthews, 1994; Castañeda, 2004; Kurdek, 1988, 2005; Marchueta, 2014; Monsen y Bayley, 2007; Vega & Gonzales, 2009; Vincke, 1989). Es bajo este contexto que el principal objetivo de este estudio recaía en comprobar si es que existía una correlación entre el apoyo social percibido y sus dimensiones con la variable de estrés percibido y sus factores en una muestra de jóvenes adultos gais de la ciudad de Lima Metropolitana.

En primer lugar, en base a la bibliografía revisada se esperaba encontrar una relación inversa entre ambas variables; ya que, el apoyo social funciona como un amortiguador del estrés percibido, reduciéndolo (López & Chacón, 1999; Marchueta, 2014). Según los hallazgos de Meyer (2003, 2007) el apoyo social sirve como una fortaleza para las personas homosexuales y ayuda a disminuir el estrés que pueden sufrir debido a su orientación sexual. Sin embargo, los resultados obtenidos, en la presente investigación, no concuerdan con los hallazgos de otras investigaciones (Marchueta, 2014; Meyer, 2003, 2007), en donde se pudo encontrar una correlación inversamente proporcional entre apoyo social y estrés percibido.

Sin embargo, se encontró una correlación directamente proporcional entre la dimensión de apoyo social estructural y las dimensiones de interacción social positiva y

apoyo emocional. Esto estaría indicando que tener una red social de apoyo más amplia estaría contribuyendo a que las personas puedan pasar tiempo con otros y tengan una mayor disponibilidad para distraerse y divertirse. Además, según De Paulo et al. (1998), un aumento de la red social de apoyo da una mayor sensación de cariño y empatía.

Por otra parte, no se pudo encontrar correlación entre apoyo social estructural y las dimensiones de apoyo social afectivo y apoyo social instrumental; ya que, el tamaño de la red social de apoyo, en cuanto al recibimiento de expresiones de afecto y amor que son ofrecidas a las personas y el uso de ayuda instrumentales, no depende de las cantidad sino de la calidad (Gaminde, 2000, en Villalobos, 2015. Pg.18).

En relación al estrés percibido, se encontró que hay un mayor uso del control del estrés (cuanto denota la percepción de satisfacción o éxito frente al manejo de situaciones demandantes o amenazantes), en comparación con la expresión del estrés (denota la percepción de pérdida de control en su manejo). Esto quiere decir que un gran número de los participantes perciben que se enfrentan de manera adecuada a los diferentes estresores que se les presentan. Según Cohen & Willis (1985) a medida que las personas se sienten integradas socialmente, aumenta la sensación de control.

Se espera que a medida que van pasando los años, las personas vayan consolidando redes de apoyo social y estableciendo amistades de más confianza y durabilidad (López & Chacón, 1999). Por ello, se esperaba encontrar que a mayor edad, mayores niveles de apoyo social. Sin embargo, no se encontró correlación significativa entre dichas variables. Esto indicaría que la edad no es un factor que estuviera relacionado con el apoyo social o estrés percibido. Una posible explicación, podría ser que la vivencia de la homosexualidad depende del tipo de apoyo, la influencia del entorno y las características emocionales y psicológicas de cada persona, las cuales no son determinadas por la edad (Castañeda, 2004; Dianderas, 2015). Además, si bien el cuestionamiento de la sexualidad puede darse en la adolescencia, no siempre es así en todos los casos. El proceso de aceptación de una orientación sexual homosexual no toma parte durante edades específicas (Dianderas, 2015). Además, debido a todo lo negativo relacionado con la homosexualidad (Barbosa & Jiménez, 2010; Castañeda, 2004; Marchueta, 2014; Moral, 2011; Pérez, 1999, Recalde, 2012), su vivencia en si puede experimentarse como muy estresante sin importar la edad de

la persona. Incluso pueden pasar largos periodos de su vida negando o rechazando su orientación y/o vivir con una máscara o doble vida ante la sociedad (Galofré, Generelo, Fernández, Juárez, Machado, Pichardo y Palma, 2006; Kurdek, 1988, 2005).

La familia constituye la red de apoyo más importante para las personas (Alderson, 2003; Kurdek, 1988, 2005). Distintos autores resaltan la importancia de la familia como un factor de bienestar, y como a mayor apoyo por parte de la familia se puede encontrar menores niveles de depresión y ansiedad, así como una mejor autoestima y afectos más positivos (Kurdek, 1988, 2005; Marchueta, 2014; Vincke, 1994, 1999). Muchas personas homosexuales pueden vivir ocultando su orientación sexual, únicamente a sus familias, por las fantasías y temores de ser rechazados o discriminados (Castañeda, 2004; Dianderas, 2015). Además, el desconocimiento o rechazo de la familia acerca de la orientación sexual de la persona está relacionado con mayores niveles de ansiedad y depresión, así como una baja autoestima y afectos más negativos (Elizur & Michael, 2001). Por ello, se consideró importante comparar los puntajes de apoyo social y estrés percibido entre los participantes cuyas familias conocen de su orientación sexual y aquellos participantes cuyas familias desconocen de la misma.

Los resultados obtenidos no apoyan lo encontrado en otras investigaciones y en la bibliografía revisada (Castañeda, 2004; Dianderas, 2015; Elizur & Michael, 2001; Meyer 2001, 1007; Marchueta 2014). Se esperaba encontrar diferencias significativas entre las medias de ambos grupos. Asimismo, que aquellos participantes cuyas familias conocen acerca de su orientación sexual tuvieran, en todas las dimensiones excepto apoyo social instrumental, puntajes más elevados que aquellos cuyas familias desconocen acerca de su orientación sexual; ya que, tal y como se mencionó en el párrafo anterior, el apoyo social por parte de la familia ayuda a la salud mental y física de las personas. Asimismo, aquellas personas homosexuales que asumen públicamente su orientación sexual, sobre todo a su familia de origen (los padres), son menos susceptibles a la ansiedad, depresión y somatización (Castañeda, 2004, Marchueta, 2014).

Una posible explicación, al por qué no se encontraron diferencia significativas, podría encontrarse en el método utilizado para la recolección de la muestra; ya que el contacto inicial fue a través de miembros pertenecientes a colectivos, asociaciones,

organizaciones y otros grupos para personas LGTBI. Entonces habría que preguntarse si la importancia que la familia conozca acerca de la orientación sexual o no, ha sido remplazada por la pertenencia a un grupo; ya que según Perez-Witch (2017, pg.20), *“un ambiente que otorgue seguridad y entendimiento, así como espacio de experimentación sin miedo, lleva a que las personas puedan tener una identidad sana y empoderada, con capacidad de compartirla con los demás sin miedo al rechazo”*.

Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos y el apoyo social instrumental. Se esperaba encontrar un mayor puntaje significativo en aquellos participantes cuyas familias desconocen acerca de su orientación sexual, ya que, uno de los temores o fantasías de las personas homosexuales es ser rechazados o discriminados si se conoce acerca de su orientación sexual (Castañeda, 2004; Dianderas, 2015). Estas fantasías o temores, no están muy alejados de la realidad. En muchos países, sobre todo en los latinoamericanos, existe mucho rechazo social por parte de instituciones o grupos sociales, hacia personas homosexuales (Barbosa & Jiménez, 2010; Castañeda, 2004; Marchueta, 2014; Mora, 2011; Recalde, 2012). En el Perú, la población LGTBI vive una situación de violencia, discriminación y desigualdad en distintas áreas como el acceso a derechos, protección de vida, acceso a salud y promoción de la salud mental y oportunidades laborales (Gómez, 2016). Sin embargo, los resultados obtenidos indican que no hay una diferencia en la percepción de apoyo social instrumental. Nuevamente, el contar o pertenecer a un grupo de apoyo podría estar reemplazando la influencia que tiene la familia.

Conocer acerca de la orientación sexual de los hijos no necesariamente implica que aceptan dicha orientación. Son muchos casos en los cuales los padres o la familia conocen acerca de la orientación sexual de sus hijos; a pesar de ello, esto se puede convertir en un tema tabú dentro del círculo familiar. Incluso, debido a todos los prejuicios, estigmas y negatividad que se tiene hacia la homosexualidad, son muchos los padres que rechazan al hijo/a homosexual, llegando a negar su homosexualidad, echándolo del hogar o inclusive negando su pertenencia a la familia (Castañeda, 2004). No solo habría que tener en consideración si los padres conocen acerca de la orientación sexual de sus hijos; también si estos son capaces de hablar con ellos de sus sentimientos y vida privada; ya que los niveles

de apoyo social pueden verse fuertemente influenciado por ello. Según Castañeda (2004), para una persona homosexual es más fácil poder asumir su propia orientación sexual si su familia cuenta con un estilo de comunicación relativamente abierto, en el cual se permita hablar de los sentimientos y de la vida privada.

Las personas homosexuales en el Perú, siguen formando parte de un grupo invisibilizado por el Estado y la mayoría de las personas que lo conforman. Evidencia de ello es la falta de investigaciones, organizaciones, campañas y leyes por parte del Estado que fomenten el respeto, la tolerancia y protección. La discriminación y violencia física y psicológica son hechos frecuentes en nuestra sociedad. Sin embargo, no se incluyen legislaciones que protejan los derechos humanos de las personas LGTBI (Gómez, 2016; PROMSEX, 2018). Existen pocas investigaciones que ayuden a evidenciar y reflexionar acerca de los obstáculos y dificultades que ocurren durante el proceso de aceptación y la vivencia de una orientación sexual no heterosexual. La figura de la persona homosexual continúa siendo sinónimo de burla y discriminación para muchas instituciones y medios de comunicación (Cosme, Jaime, Merino & Rosales, 2007; PROMSEX, 2016), y a pesar que es una práctica que se considera ilegal y en contra de la ética profesional, existen profesionales de la salud mental que realizan labores en terapias de conversión porque aún la consideran una patología (Ortiz-Hernández, 2005).

Por otro lado, y a modo de sugerencia para futuras investigaciones, sería óptimo, no solo ampliar el tamaño de la muestra, sino también incluir otras orientaciones sexuales, para visibilizar otras realidades. Además, debido a que la vivencia de la homosexualidad, puede variar dependiendo de la persona, se recomienda realizar entrevistas cualitativas o grupos focales para poder recoger mayor información que ayude a la discusión y aclaración de ciertos temas. Asimismo, esto último puede ayudar a explorar si existen otros factores relevantes que no se hayan tomado en cuenta de la manera adecuada o en absoluto. También, cómo se estaría entendiendo y viviendo el apoyo social y el estrés.

Las puntuaciones de apoyo social se pueden ver influenciadas por el grado de aceptación de la propia homosexualidad de las personas, ya que tendría una gran influencia en su percepción (Castañeda, 2004; Savin-Williams, 1989; Vargas Villalobos, Trevisi, Gonzales & García, 2002). Por lo cual se considera importante, buscar la forma de explorar

los niveles de aceptación de la homosexualidad de los participantes. Asimismo, debido a que la homofobia internalizada está relacionada negativamente con la percepción que se tiene respecto al apoyo que los jóvenes reciben de su red social y la calidad de este, sería también, importante e interesante explorar los niveles de homofobia internalizada.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, es una población de difícil acceso, complejizando y limitando la recolección de participantes. Además, debido a que los temas relacionados a la orientación sexual, sobre todo en las personas homosexuales, por lo visto anteriormente, puede llegar a ser un tema difícil de aproximar, esto, también, podría limitar la participación de las personas. De la misma manera, la distribución de los datos, que conciernen al conocimiento de las familias de la orientación sexual, no se encuentra balanceada, ya que, el 75% (40) de los participantes reportan que sus familias conocen acerca de su orientación sexual.

Finalmente, la presente investigación y sus hallazgos pretenden ayudar con la escasez de investigaciones respecto al apoyo social y estrés percibido en la población homosexual de nuestro país. Asimismo, resalta la importancia del apoyo social y sus beneficios para la salud física y mental. Por otro lado, evidencia lo difícil y perjudicial que puede ser para la salud de las personas gais vivir en una sociedad llena de estigmas, discriminación, homofobia, rechazo, desigualdad y prejuicios. Por último, busca motivar futuras investigaciones y ayudar en la elaboración de proyectos que busquen la prevención de enfermedades y conductas de riesgo asociadas a la falta de apoyo social y los altos niveles de estrés percibido, a través de la reflexión y concientización.

Referencias

- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some People Get Sick and some Stay Well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259. doi: 10.1146/annurev.ps.45.020194.001305
- Alderson, K. (2003). The ecological model of gay male identity. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(2), 75-85.
- Almonte, C., & Conejero, J. (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 47(3), 201-208. doi: 10.4067/S0717-92272009000300004
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>
- Andújar, I., Nieves, L., Toro, J., & Vara, N. (2006). Strength and Vulnerabilities of a sample of gay and bisexual Male Adolescents in Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 59-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28440106.pdf>
- Ardila, R. (1998). *Homosexualidad y psicología*. México, D. F., México: Manual Moderno.
- Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (ILGA) (2017). *State-Sponsored Homophobia. A world survey of sexual orientation laws: Criminalisation, protection and recognition*. Recuperado de https://ilga.org/sites/default/files/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf
- Barbosa, A & Jiménez, P (2010). Significados asignados al establecimiento de vínculos afectivos y la posible conformación familiar por parte de jóvenes adultos homosexuales. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1, 33-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815122.pdf>
- Barra, E. (2004). Apoyo Social, Estrés y Salud. *Psicología y Salud*, 14(2) 237-243. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. doi: 10.1007/BF00922627

- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. Routledge. New York, USA: Routledge.
- Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. Barcelona, España: Paidós.
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G., Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a07.pdf>
- Carrobbles, J., Remor, E., & Rodriguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 15(3), 420-426. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
- Caycho, T. (2010). Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. Universidad Mayor de San Marcos. *Revista de Psicología*, 12, 81-101, 2010. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a04.pdf
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W., Doyle, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in adults. *Health Psychology*, 17, 214-223. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/types%20of%20stressors.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/fulltext/1986-01119-001.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Violencia contra personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
- Cosme, C., Jaime, M., Merino, A., Rosales, J. (2007). *La imagen in/decente: Diversidad Sexual, prejuicio y discriminación en la prensa escrita peruana*. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos.

- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Matees, M., Trehan, S., Robinson, C., Tewfik, F., & Roman, S. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, *97*, 1625-1631. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2360272/>
- Cruz, J. (2009). *Relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima en los adultos mayores que asisten al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud de Surquillo*. Tesis de licenciatura. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- David, D., Montgomery, G., & Bovbjerg, D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers Indiv Dif*, *40*(2), 203-213. doi: 10.1016/j.paid.2005.05.018.
- De Paulo, M., Nadler, F., & Fisher, R. (1998). *Familia y apoyo social*. Nueva York, USA: Academic Press.
- Dianderas, D. (2015). *El proceso de aceptación de una identidad sexual homosexual en hombres jóvenes de Lima*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. *Universitas Psychologica*, *7*(3), 739-751. Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V07N03A10.pdf>
- Fernández, P & Ávila D. (2003). Indicadores de homosexualidad en el dibujo de la figura humana: Comparación entre homosexuales y heterosexuales. Lima: *Pontificia Universidad Católica del Perú. Revista de Psicología de la PUCP*. *12*(2), pp.335-361.
- Galofré, G., Generelo, J., Fernandez, B., Juárez, N., Machado, M., Pichardo, J., & Palma, A. (2006). *Adolescencia y sexualidades minoritarias: voces desde la exclusión*. Madrid: COGAM

- Gómez, S. (2016). *Representaciones sociales elaboradas por psicólogos y psicólogas sobre personas gays y lesbianas: un análisis desde los aportes de los estudios de género*. Tesis para optar el título de Magister en Estudios de Género. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/SJOP0707120199A/28976>
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills, California. Sage Publications.
- Groenvold, M., Petersen, M., Idler, E., Bjorner, B., Fayers, P., & Mouridsen, H. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 105, 209–219. doi: 10.1007/s10549-006-9447-x
- Gustafsson, M., y Ahlstrom, G. (2006). Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 557–565. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.006>
- Instituto Nacional de Estadística e Información. (2017). Primera encuesta virtual para personas LGBTI, 2017. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>
- Ipsos (2014) Unión Civil Homosexual en el Perú. *Encuesta nacional urbana – Abril 2014*. Lima
- Johnson, L. (2012). Sex and Gender: Beyond the Binaries. En L. Johnson y L. Greaves (Eds). *Designing and conducting gender, sex, & health research* (pp. 17-37). London, United Kingdom: SAGE Publications, Inc.
- Keicolt-Glaser, J., Mcguire, L., Robles, T., Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 70(3), 537-547. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.537
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). New York; Guilford Press

- Kurdek, L. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabitating relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 504–509. doi: 10.1037/0022-3514.54.3.504
- Kurdek, L. (2005). What do we know about gay and lesbian couples? *Current Directions in Psychological Science*, *14*, 251-254. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00375.x
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, W., Torrejon E., Hinostroza, R., Coaquira, E., & Hinostroza, W. (2008). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. *Revista peruana de Epidemiología*, *14*(3). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a05v14n3.pdf
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (Eds.) (1986). *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, *5*(1), 142-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- López, M., & Chacón, F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo*. España: Editorial Síntesis.
- Lostanau, A., & Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Marchueta, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de investigación Educativa*, *32*(1), 255-271. doi: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/168461/159351>
- Meyer, I. H. (2001). Why lesbian, gay, bisexual and transgender public health? *American Journal of Public Health*, *91*, 856-859.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674-697.

- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. En I.H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 242-267). Nueva York: Spring.
- Mondimore, F. (1998). *Una historia natural de la homosexualidad*. Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Monroy, C. (2017). Homofobia Internalizada: una revisión desde la teoría de género y la psicología social. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA*, 5(10). doi: 10.29057/icsa.v5i10.2532
- Monsen, J., & Bayley, S. (2007). Educational psychology practice with LGB youth in schools: Individual and institutional interventions. En V. Clarke y E. Peel (Eds.), *Out in Psychology: Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Perspectives* (pp.432-448). John Wiley and Sons, Ltd.
- Moral, J. (2011). Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. *Psicología desde el Caribe*, 27, 112-135. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a06.pdf>
- NO TENGO MIEDO. (2014). *Estado de Violencia: Diagnostico de la situación de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer en Lima Metropolitana*. Lima, Perú: Tránsito. Recuperado de <http://descarga.notengomiedo.pe/archivo/No%20Tengo%20Miedo%20-%20Estado%20de%20Violencia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. España
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Campañas contra la homofobia en Argentina, Brasil, Colombia y México*. Washington, D.C.
- Ortiz-Hernández, L. (2004). La opresión de las minorías sexuales desde la equidad de género. *Política y Cultura*, 22, 161-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26702209>

- Ortiz-Hernández, L., & Garcia, M. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Saúde Pública, 21*(3), 913-925. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300026
- Pérez, F. (1999). *Homosexualidad, homosexualismo y ética humanista*. La Habana: Ed. De ciencias sociales
- Perez-Witch, J- (2017). *La identidad sexual y satisfacción de pareja en hombres homosexuales de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Pieterse, K., Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C., Rijnsburger, A., Koning, H., Klijn, J., Elderen, T., Tibben, A., & Duivenvoorden, H. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology, 16*, (9), 851–858. doi: 10.1002/pon.1135
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A., & Padilla, O. (2015). Apoyo Social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Revista Atención Primaria, 47*(8). doi: 10.1016/j.aprim.2014.10.010
- PROMSEX (2016). Situación de los derechos humanos de la población TLGB en el Perú 2015-2016.
- PROMSEX (2018). Informe Temático LGTB. Derecho a la igualdad de las personas LGTB en el Perú: Perspectivas jurídicas y políticas. 1ª ed. Lima. Perú. ISBN: 978-612-4106-31-6
- Recalde, L. (2012). La materialidad del cuerpo, campo de batalla social. *Revista Encuentros Latinoamericanos, 6*(2), 338-363.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology, 9*(1), 86-93. Recuperado de http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor_2006_article_EurSpanPSS.pdf
- Sarason, B. R. (1990). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley Sons

- Savin-Williams, R. (1989). Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: A reflected appraisals model. *Journal of Homosexuality*, 17(1-2), 93-109. doi: 10.1300/J082v17n01_04
- Sherbourne, C., & Stewart, A (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Solovey, P; Rothman, A; Detweiler, J & Steward, W. (2000). Emotional state and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121. doi: 10A037//0003-O66X.55.1.110
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Toro-Alfonso, J., & Varas-Dias, N. (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 537-551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740306.pdf>
- Vargas, E., Villalobos, S., Trevisi, G., Gonzalez, F., & Garcia, P. (2002). Variables Psicosociales asociadas con el grado de aceptación de la orientación sexual no heterosexual. *Psicología desde el Caribe*, 12, 39-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301204.pdf>
- Vincke, J., & Bolton, R. (1994). Social support, depression, and self-acceptance among gay men. *Human Relations*, 47, 1049–1062. doi: 10.1177/001872679404700902
- Vincke, J., De Rycke, L., & Bolton, R. (1999). Gay identity and the experience of gay social stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1316–1331. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb02041.x
- Villalobos, E (2015). Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz-Chiclayo, 2014. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Chiclayo, Perú.
- Wittig, M. (1978). *LA MENTE HÉTERO*. Congreso Internacional sobre el lenguaje Moderno. New York

Zea, M., Reisen, C., & Poppen, P. (1999). Psychological well-being among Latino lesbians and gay men. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5, 371–379. doi:10.1037/1099-9809.5.4.371





Apéndice

Apéndice 1: Consentimiento informado

Hola, soy Hugo Raygada tesista de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y estoy realizando mi investigación sobre la relación del apoyo social y el estrés percibido en una muestra de jóvenes gais de la ciudad de Lima-Perú.

La participación en esta investigación es estrictamente **VOLUNTARIA**. Toda la información que se recoja será **CONFIDENCIAL** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a participar de esta investigación se le pedirá responder algunas preguntas. Esto tomara aproximadamente unos 3-6 minutos. Debido a que la encuesta es anónima, por favor llenarla en **PRIVADO** y con toda **SINCERIDAD**, esto es muy importante para la calidad de la investigación.

Para poder formar parte de esa investigación deberá cumplir con los siguientes criterios: 1) Tener entre 18-32 años de edad

2) Haber vivido en la ciudad de Lima, como máximo desde los 12-14 años de edad.

3) Reconocerse a si mismo como Homosexual.

4) Ser hombre gay.

Desde ya se le agradece su participación.

***1. He sido informado sobre el objetivo de la investigación y sobre el uso que se le dará a la información que comparta.**



Acepto participar en esta investigación

Apéndice 2: Ficha de datos

Edad: _____

Nivel de

Instrucción:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Sin Educación / Educación Inicial |
| <input type="checkbox"/> | Primaria incompleta o completa / Secundaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> | Secundaria completa/ Superior No Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> | Superior No Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> | Superior Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> | Superior Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> | Post-Grado Universitario |

Orientación sexual:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Heterosexual |
| <input type="checkbox"/> | Homosexual |
| <input type="checkbox"/> | Bisexual |
| <input type="checkbox"/> | Pansexual |
| <input type="checkbox"/> | Asexual |
| <input type="checkbox"/> | Otro (especificar): _____ |

Estado Civil:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Soltero |
| <input type="checkbox"/> | Casado |
| <input type="checkbox"/> | Con Pareja |
| <input type="checkbox"/> | Divorciado |
| <input type="checkbox"/> | En una relación abierta |
| <input type="checkbox"/> | Otro (especificar): _____ |

¿Con quién(s) vives?

<input type="checkbox"/>	Solo
<input type="checkbox"/>	Con pareja
<input type="checkbox"/>	Con padre o madre
<input type="checkbox"/>	Con amigos
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar): _____

¿Su familia directa (papá, mamá, hermanos/hermanas) conocen acerca de su orientación sexual?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

¿Hay personas (tíos, primos, amigos, conocidos, etc) que conocen sobre mi orientación sexual?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

¿Puedo hablar libremente de cualquier tema (incluyendo sobre mi sexualidad) con aquellas personas que conocen de mi orientación sexual?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

¿Dónde nacieron sus padres?

<input type="checkbox"/>	Ambos son de Lima
<input type="checkbox"/>	Ambos son de provincia
<input type="checkbox"/>	Mamá es de Lima, Papá de Provincia
<input type="checkbox"/>	Papá de Lima, Mamá de Provincia

Apéndice 3: Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo social estructural	0.155	53	0.003
Apoyo social percibido	0.107	53	0.189
Interacción social positiva	0.119	53	0.060
Apoyo afectivo	0.113	53	0.091
Apoyo instrumental	0.161	53	0.001
Apoyo emocional	0.131	53	0.025
Estrés percibido global	0.093	53	0.200
Expresión del estrés	0.101	53	0.200
Control del estrés	0.098	53	0.200
Edad	0.125	53	0.039