

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**ESTRÉS DE MINORÍA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES
PERUANAS PERTENECIENTES A MINORÍAS SEXUALES**

Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología con Mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachillera:

Sofía Isabel Chávez Palacio

ASESORA

Noelia Rodríguez-Espartal

Lima, 2020

Agradecimientos

Primeramente, agradezco a Noelia, mi asesora, por su paciencia, entendimiento y apoyo incondicional a lo largo de este proyecto. Me ha demostrado no solo ser una gran profesora e investigadora, sino también una gran persona a la que admiro tanto profesional como personalmente.

En segundo lugar, quisiera agradecer a la Facultad de Psicología por haberme brindado los conocimientos y experiencias durante el inefable y substancial periodo en el que me recibió en sus aulas. Lxs maestros que encontré fueron fundamentales para quién soy ahora como profesional, y les agradezco a todxs por ello, por su sabiduría, pero sobre todo por su calidad humana.

Gracias infinitas a mis padres y abuela, por confiar siempre en que llegaría lejos. Muchísimas gracias también a mis mejores amigxs, con los que agradezco haber cruzado camino en Estudios Generales Letras: Adriano, Paloma, Giacomo, Martín. Gracias por haber conocido todas mis distintas etapas durante los años universitarios, y gracias por aceptarme y quererme. Gracias a lxs futuros y presentes colegas: Fernanda, Marina, Miguel. Y gracias Marcelo, por creer en mí incondicionalmente.

Finalmente, gracias a todxs las personas que participaron en esta investigación, en especial a las mujeres de LIFS, por recibirme abiertamente y enseñarme sobre el activismo lésbico-feminista.

La labor que realizan desde hace muchísimos años es más que admirable. Espero que este trabajo llame la atención sobre una población que merece ser escuchada y cuyas necesidades de salud mental merecen ser tomadas en cuenta y satisfechas.

Resumen

La presente investigación busca describir, a través del modelo de estrés de minorías de Meyer (2003), las consecuencias relativas al bienestar psicológico en mujeres pertenecientes a minorías sexuales peruanas. Se distingue en este modelo entre estresores distales (discriminación, violencia) y proximales (ocultación de la orientación sexual, homofobia internalizada, expectativas de rechazo), los cuales tendrían efectos específicos sobre la salud mental al añadir factores de estrés a la vida cotidiana. Se utilizan la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989) y la Sexual Minority Stress Scale (Iniewicz et al., 2017), siendo esta última una exploración de las experiencias de estrés de minoría adaptada a la población de la presente investigación. Como resultado general se obtuvo que, a mayor presencia de componentes del estrés de minorías, se reportaron índices menores de bienestar psicológico. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en estas medidas según el grupo etario, situación de trabajo actual, actividad sexual, religión y pertenencia a colectivos LGB. Finalmente, se recomienda a la comunidad profesional y académica peruana la necesidad de investigar con enfoque clínico las influencias de estos estresores sobre el bienestar psicológico de las minorías sexuales, en específico sobre la población femenina.

Palabras clave: estrés de minoría, bienestar psicológico, orientación sexual, mujeres pertenecientes a minorías sexuales, salud mental

Abstract

This research study seeks to describe, through Meyer's minority stress model (2003), the consequences related to psychological well-being in Peruvian sexual minority women. A distinction is made in this model between distal (discrimination, violence) and proximal stressors (concealment of sexual orientation, internalized homophobia, expectations of rejection), which would have specific effects on mental health by adding stress factors to daily life. The Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989) and the Sexual Minority Stress Scale (Iniewicz et al., 2017) are used, the latter being an exploration of minority stress experiences adapted to the population in this research. The overall result was that the greater the presence of minority stress components, the lower the rates of psychological well-being were reported. Likewise, significant differences were found in these measures according to age group, current work situation, sexual activity, religion and belonging to LGB groups. Finally, it is recommended to the Peruvian professional and academic community the need to investigate with a clinical approach the influences of these stressors on the psychological well-being of sexual minorities, specifically on the female population.

Keywords: sexual minority stress, psychological well-being, sexual orientation, sexual minority women, mental health

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	18
Análisis de Datos	19
Resultados	21
Análisis factorial exploratorio de la Sexual Minority Stress Scale (SMSS)	21
Objetivo general e hipótesis	25
Discusión	29
Conclusiones y Limitaciones	40
Referencias	41
Apéndices	57
Apéndice A: Ficha de Datos Sociodemográficos	57
Apéndice B: Interpretaciones de las Áreas del Bienestar Psicológico	59
Apéndice C: Consentimiento Informado para las Participantes	61
Apéndice D: Versión traducida de Escala del Estrés de Minoría Sexual (SMSS)	62

Introducción

En la recientemente publicada “II Encuesta Nacional de Derechos Humanos: Población LGBT” realizada por Ipsos por encargo del Ministerio de Justicia del Perú (MINJUS), se reveló que un 8% (más de 1.7 millones) de peruanxs adultxs se identifican con una orientación sexual no heterosexual (Ipsos, 2020). Asimismo, en la “Primera encuesta virtual para personas LGTBI” desarrollada en 2017 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), un 54% habían sufrido algún percance de salud, indicando además que el principal problema que les afectaba estaba referido a depresión y ansiedad (INEI, 2018).

La prevalencia de trastornos mentales entre la población MSG (minorías sexuales y de género) solía ser pensada como inherente a la identidad sexual y/o de género del individuo, lo cual promovió la patologización y el estigma social alrededor de la misma. La necesidad de una explicación para las comprobadas disparidades en las condiciones de salud mental de las minorías sexuales y de género es alta, especialmente en Perú, en donde la población se muestra de acuerdo con frases como “Las personas se vuelven homosexuales por traumas en su infancia o por malas experiencias”, “Es peligroso dejar a un/una niño/a con un homosexual” y “La homosexualidad es una enfermedad” (Ipsos, 2020, p. 12). Lo anterior brinda argumento a favor de que existen estereotipos y actitudes discriminatorias hacia las minorías sexuales, al igual que situaciones de discriminación y violencia teñidas de una historia y carácter esencialmente excluyente y jerárquico (Cornejo, 2015).

Si bien en 1837 las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se despenalizaron en el Perú, la persecución hacia las minorías sexuales y de género ha continuado bajo la excusa de resguardar “la moral y las buenas costumbres” (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2015). El Estado peruano continúa siendo, en la actualidad, uno de los pocos que en Latinoamérica sigue sin formular una legislación afirmativa de protección con respecto a las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer* (referidas por sus siglas LGBTIQ) (No Tengo Miedo, 2016). Al no garantizar la seguridad de esta comunidad, se genera un permiso institucional hacia la violencia, llegando incluso a perpetuarla y justificarla. Se comprueba esto en la exclusión de la población LGBTIQ del sistema laboral, en la falta de protocolos existentes para un acceso óptimo a servicios de salud y educación, en la ausencia de viviendas y comunidades seguras y respetuosas de la diversidad, en el incremento

acelerado de los crímenes de odio, en la criminalización de los cuerpos trans en la vía pública, entre muchos otros ejemplos (No Tengo Miedo, 2016; INEI, 2018).

En la ya mencionada Primera Encuesta Virtual para Personas LGTBI que se realizó entre mayo y agosto del 2017 se obtiene un acercamiento a la situación de vulneración de derechos, a pesar de que la muestra estuvo constituida por un segmento de la población relativamente privilegiado en términos socioeconómicos (de lxs 8 630 encuestadxs entre 18 y 29 años de edad, la mayoría era cisgénero y tenía educación superior) (Centro para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX], 2020). En dichos resultados se reportó que el 62.7% de esta población asegura haber sufrido algún tipo de violencia y discriminación. El 95.6% señaló no denunciar los actos de discriminación y violencia, estando en entre los motivos el pensar que es perder el tiempo, que el problema no era grave o que se lo merecían. Además, la mayoría de los actos de discriminación y violencia ocurre en espacios públicos (39.2%) en el ámbito educativo (34.1%), en medios de transporte (24.2%), el ámbito laboral (14.8%), otras instituciones (12.3%), servicios de salud (10.7%), entre otros. Asimismo, el 56.5% manifestó tener temor de expresar su orientación sexual o identidad de género, señalando como principal motivo el miedo a ser discriminadx y/o agredidx (72%), así como el temor a perder a la familia (51.5%), perder el trabajo (44.7%), y a no ser aceptadx por sus amistades (33%). Por otra parte, del total de personas LGBT que tiene hijxs, en el 67.8% de los casos estos no gozan de reconocimiento legal (INEI, 2018).

De enero a noviembre del 2018, los Centros Emergencia Mujer (CEM) del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - AURORA, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) atendieron 74 casos de violencia por orientación sexual e identidad de género. Dentro de los cuales, el 18% tenía entre 0 a 17 años de edad y el 82%, de 18 a 59 años. Luego, 36 (49%) se identificaron como mujeres y 38 (51%) hombres. Los tipos de violencia denunciados fueron: psicológica (49%), física (40%), y sexual (11%), y el vínculo relacional del usuarix con la persona agresora fue: relación de pareja (7%), algún familiar (64%) y ni pareja ni familiar (29%). Según la evaluación de nivel de riesgo, el 14% de estos casos tenía un riesgo severo y requería atención inmediata (Valer y Viviano, 2019).

Asimismo, durante el año 2019 los CEM atendieron 98 casos de personas LGTBI, de los cuales 57 se identificaron como mujeres y 41 como hombres. En el presente año, hasta marzo del 2020 se ha registrado haber atendido un total de 23 casos de personas LGTBI, siendo 16 de los mismos provenientes de personas que se identificaron como mujeres (MIMP, 2020). En relación a esto, es resaltante la diferencia cuantitativa que se da con el reporte brindado para el mismo año por el Observatorio de Derechos Humanos LGBT, el cual en su último informe anual reportó 170 casos de violencia contra esta población (Silva Santisteban et al., 2020). Esto sería explicado por el tipo de respuesta que prevalece en organismos estatales, pues a pesar de existir declaraciones bienintencionadas de parte de funcionarios públicos e incluso proyectos de ley e incluso un lineamiento específico (“Lineamientos para la atención de personas LGTBI en los servicios del PNCVFS” elaborado por el MIMP en el año 2016), claramente aún existe “una responsabilidad por transformar la institucionalidad y hacerla adecuada. Hoy en día la violencia en contra la población LGBT es prácticamente un fenómeno que no existe para la funcionalidad pública” (Observatorio de Derechos Humanos LGBT, 2020, 16:20).

En el caso particular del registro de violencias y crímenes basados en prejuicios dirigidos hacia las lesbianas (denominados “prejuicios lesbofóbicos”), se identificó en el mencionado informe anual 2019 una clara dificultad para obtener las denuncias necesarias que permitirían visibilizar con peso cuantitativo las vulneraciones a esta población (Silva Santisteban et al., 2020). Esto se daría a causa de un bajo incentivo de reporte debido a la ausencia de un mecanismo de respuesta y reparación de parte del sistema de justicia. Tal como se señala en una sección del Informe:

Esta situación legal conlleva a que, al momento de padecer una situación de violencia, la denunciante tenga que tomar en cuenta, que, al denunciar, tendrá que “salir de closet” como víctima y también hacerlo como lesbiana –de ser el caso–. Esto la expondría frente al funcionario público, lo que podría representar una amenaza de discriminación, revictimización y violencia. Otro posible escenario es que, si la victimaria es otra mujer, esta denuncia no sea vista como violencia de género ya que no es reconocida como tal por la ley o por los funcionarios (Silva Santisteban et al., 2020, p. 31)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la investigación y recolección de datos objetivos sobre la situación actual y las necesidades específicas de esta población resulta fundamental. La

violencia vivida constituye un tipo de violencia de género debido a que se ve impulsada por el deseo de castigar a aquellas identidades, expresiones, comportamientos o cuerpos que difieren de las normas y roles de género tradicionales, o que son contrarias al sistema binario imperante hombre/mujer (PROMSEX, 2016).

Dentro de este contexto, la vulneración de la seguridad y de los derechos humanos básicos se traduce en un deterioro generalizado del bienestar psicológico. Según el “Diagnóstico de la situación de personas LGBTIQ” de No Tengo Miedo (2016), se reportó que el porcentaje más alto de personas que reporta algún padecimiento de salud corresponde a aquellas que revelan sufrir depresión, ansiedad y baja autoestima. En esta línea, el diagnóstico hizo visible que un 48.1% de personas LGBTIQ con depresión reportó recibir violencia a manos de su familia nuclear, de compañerxs, y de terceros/desconocidos. Asimismo, el 41.7% señala haber sufrido violencia por parte de guías religiosos y/o espirituales; el 14.8% de psicólogos y psiquiatras; y el 12.0% de médicos y personal de salud (No Tengo Miedo, 2016). Al respecto, en la encuesta del 2017, los participantes manifestaron haber sufrido sentimientos de culpa o impotencia (34.7%), sentimientos de exclusión o aislamiento social (37.2%), estrés e irritabilidad (27.5%), ideas suicidas o intentos de suicidio (20.1%), y trastornos alimenticios (19.4%), entre otros (INEI, 2018).

Dentro de los objetivos relacionados con el acceso a los servicios de salud en el III Plan Nacional de Derechos Humanos (el cual incluyó por primera vez en el año 2018 a la población LGBTI) se resalta la necesidad de adaptar los servicios de atención integral en salud a las necesidades específicas de esta población. Lo mismo incluiría tanto a la salud física, sexual y reproductiva, como a la salud mental. Además, se hace énfasis en que la atención debe de llevarse con sensibilidad, con el objetivo de combatir la violencia perpetrada y anteriormente registrada por parte de servidores de salud (Jáuregui, 2018).

No obstante, en la recientemente promulgada Ley de Salud Mental (2019) se falla en considerar a la población LGBTI dentro de la definición de población especialmente vulnerable (Art. 32), a pesar de tener como principios y enfoques transversales a los de equidad e igualdad, además de claramente definir a los determinantes de la salud como “aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Pueden ser asuntos de opción individual o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y

ambientales que escapan al control de los individuos” (Ley N° 30947, 2019, Art. 5, p.3). Asimismo, en el artículo 17, el cual está abocado a la prevención de los problemas de salud mental, se señala que las acciones de prevención serán formuladas sobre la base de “evidencias epidemiológicas nacionales, antropológicas y determinantes socioeconómicos de riesgo” (p.7), poniendo además énfasis en la “identificación y monitoreo de factores de riesgo en la comunidad para evitar la existencia de problemas psicosociales que lleven a patologías que afecten la salud mental individual y colectiva”, además de la “eliminación del estigma y la discriminación” (p.8), por lo que la ausencia de mención de las minorías sexuales y de género resulta enigmático. Considerando que, en lo respecta a la atención en salud mental, la concentración debería estar en brindar soporte a las dificultades emocionales surgidas en la búsqueda de identidad, de aceptación, y del manejo del estigma y la discriminación (Velarde, 2011), la investigación dirigida hacia señalar y comprender cómo surgen y se mantienen dichas dificultades sería fructífera.

De acuerdo con la literatura, las minorías sexuales y de género califican su salud integral como pobre, reportando un gran número de síntomas tanto agudos como crónicos (Lick et al., 2013 como se citó en Ryan et al., 2017), además de un peor acceso a los servicios de salud (Mayer et al., 2008). Conviene distinguir ejemplos de afecciones más comunes en el campo de la salud mental que afectan a estas poblaciones, las cuales incluyen: el comportamiento suicida y las autolesiones (Blosnich y Bossarte, 2012), ideación suicida (Gilman, et al., 2001), distrés psicológico (Blosnich et al., 2013), depresión (Cochran et al., 2007), y trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Gilman et al., 2001).

Por otra parte, si bien existen muchas situaciones que son relevantes para múltiples grupos estigmatizados (por ejemplo, las experiencias de discriminación), al tener en cuenta los diferentes aspectos del estigma, el estrés relacionado con el mismo no se experimenta de una sola manera universal a través de los diferentes grupos estigmatizados. Respecto a la población de estudio de la presente investigación, Williamson (2000) enfatizó que “desde una perspectiva de estrés de minorías, las mujeres lesbianas experimentan una doble (o múltiple para aquellas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios) estigmatización, con efectos potencialmente mayores de la opresión internalizada” (p. 101). Por lo tanto, resulta que las mujeres que se vinculan con otras mujeres se encontrarían bajo una doble situación de vulneración: su condición

de mujer y su orientación sexual (sea lesbiana, bisexual, u otra). Adicionándose esto a que esta población y los problemas de violencia que existen hacia la misma se encuentran invisibilizados tanto en las leyes como en la sociedad (Silva Santisteban et al., 2020), es entonces relevante diferenciar las experiencias de pertenecer a una minoría sexual entre hombres y mujeres (Lewis et al., 2012).

Ciertamente, la investigación ha rechazado cada vez más la hipótesis de que la orientación sexual femenina y masculina son “dos caras de la misma moneda”, y ha argumentado en su lugar que la orientación sexual de las mujeres tiene mecanismos y manifestaciones fundamentalmente únicas (Chivers et al., 2004; Hyde, 2005; Mustanski et al., 2002, como se citó en Diamond, 2013). De esta manera, la sexualidad de las mujeres puede ser intrínsecamente más “fluida”, lo que significa que sus deseos serían particularmente sensibles a factores circunstanciales o interpersonales (Baumeister, 2000; Diamond, 2008; Peplau, 2001, como se citó en Diamond, 2013). Esta fluidez reflejaría la influencia de la socialización sexual femenina: las fuerzas sociales y culturales han controlado y suprimido por largo tiempo la sexualidad femenina de forma que se ha distorsionado la conciencia de sus propios sentimientos e identidades sexuales mediante la canalización rígida hacia la heterosexualidad con, además, muy pocas oportunidades de expresar y experimentar deseos hacia el mismo sexo (Diamond, 2013).

Por lo mismo, al respecto de la identidad de la orientación sexual, se ha elegido incluir en el presente estudio a todas aquellas mujeres que se identifiquen como parte de una minoría sexual, lo cual incluye a aquellas que se identifican como lesbianas, bisexuales, queer o cualquier identidad de orientación sexual no hegemónica. Es necesario recalcar que no se pretende utilizar una comprensión de “una talla para todxs”, debido a que las experiencias con los distintos estresores y sus consecuencias sobre la salud mental podrían ser diferentes dependiendo de cuál sea la identidad de orientación sexual de las mujeres participantes. Por ejemplo, anteriormente se ha encontrado que los grupos lésbicos y queer experimentarían más heterosexismo que las mujeres bisexuales (Friedman y Leaper, 2010). Asimismo, investigaciones indican que las mujeres que se identifican como bisexuales sufrirían distintas formas de opresión (Brewster y Moradi, 2010; Dyar et al., 2014; Eliason, 1997; Israel y Mohr, 2004; Mohr y Rochlen, 1999, como se citó en Mereish et al., 2017) y presentarían peores condiciones que las mujeres que se identifican como lesbianas en varias métricas de salud física y mental, incluyendo las tendencias

suicidas (Conron et al., 2010; Pompili et al., 2014). De lo anterior, se tiene presente que los modelos integrales sobre minorías sexuales deben tener en cuenta la identidad de orientación sexual, debido a los hallazgos que sugieren que mientras más central sea la identidad LGB con relación a la identidad en general, más puede verse afectada la salud de la persona (Meyer, 2003).

Al llegar a este punto, parece bastante claro que la investigación ha buscado identificar los factores que llevan a perjudicar la salud mental de aquellxs que tienen una orientación sexual no hegemónica. Las múltiples cargas sobre la salud mental entre minorías sexuales estarían determinadas por procesos de estrés específicos a su grupo social, los cuales se adicionarían a los estresores generales experimentados por las todas las personas. En esto consiste el concepto de *minority stress* (o en español: estrés de minoría sexual) el cual se utilizará de referencia en el presente trabajo debido a la relevancia de la indagación sobre los procesos únicos y específicos de nuestra población de estudio en el presente contexto.

Respecto al modelo de estrés de minoría sexual de Meyer (2003), este surgió a partir de un meta análisis que reveló que las personas pertenecientes a minorías sexuales tenían aproximadamente 2.5 veces más probabilidades que las personas heterosexuales de presentar un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o de abuso de sustancias en algún momento de su vida, y el doble de probabilidades de tener un trastorno actual. El modelo fue inferido a partir de diversas teorías psicológicas y sociológicas que examinaron el efecto adverso de las condiciones sociales, como los prejuicios y el estigma, en la vida de los individuos y grupos afectados (Allport, 1954; Crocker et al., 1998; Goffman, 1963; Jones et al., 1984; Link y Phelan, 2001, como se citó en Meyer, 2003). Por dar ejemplo de alguna de ellas, se toma a la descripción de Allport (1954) del prejuicio como un entorno nocivo para la persona de la minoría, así como su sugerencia de que este conduce a efectos adversos, llamados "rasgos debidos a las victimizaciones" (p. 142).

Por lo tanto, los problemas de salud mental serían el resultado del exceso de estrés producido por las condiciones sociales negativas (ej. el prejuicio y la discriminación) hacia el grupo minoritario (Alessi, 2014; Herek y Garnets, 2007; Meyer, 2003). Se entiende esto en el sentido de que las personas LGB se encuentran de manera rutinaria con acontecimientos estresantes que no suelen ser experimentados por los/las heterosexuales (Herek y Garnets, 2007).

Dichos acontecimientos serían el sello del estrés de minoría, concepto desarrollado originalmente por Brooks (1981), que lo definió como

un estado que surge entre los factores de estrés secuenciales del estatus culturalmente sancionado y categóricamente atribuido como inferior, como lo son los prejuicios y la discriminación social, el impacto de estas fuerzas del entorno en el bienestar psicológico, y el consiguiente reajuste o adaptación (Brooks, 1981, p. 84).

La noción del estrés social propone, justamente, que son las condiciones en el ambiente social (y no solo los eventos personales) las que llevarían a efectos negativos en la salud física y mental (Meyer, 2003). Debido a que los prejuicios y la discriminación se producen de forma constante y normalizada, las personas LGB deben reajustarse constantemente al ambiente, el cual se convierte en una adaptación a un perpetuo estado de estrés, o como señala Brooks (1981), un "peligro crónico de alcanzar los límites superiores de su rango de adaptación debido a un estrés excesivo y persistente y a la ausencia de recursos mediadores sustanciales que reducirían suficientemente la condición de estrés crónico" (p.84).

Y, efectivamente, fallar en dicha adaptación podría resultar en una respuesta de estrés patológico como la depresión o la ansiedad (Alessi, 2014). En este sentido, Allport (1954) sostiene que las personas pertenecientes a grupos que son objeto de prejuicios, al identificarse con el grupo devaluado socialmente, experimentan altos niveles de estrés e inseguridad al enfrentar diversas situaciones sociales. Meyer (2003) desarrolla, entonces, un abordaje psicosocial del tema entendiendo que las personas pertenecientes a grupos minoritarios son socialmente objeto de prejuicios y se ven expuestas a estresores sociales definidos por sus grupos de pertenencia. Se haría referencia, entonces, al concepto estrés de minoría para describir un tipo particular de estrés que cumple con las siguientes características: a) es único, en tanto es aditivo al estrés vivido por las personas en general y requiere un esfuerzo adicional para hacerle frente; b) es crónico, dado que las posiciones sociales derivadas de estas categorías tienden a ser permanentes; y c) tiene una base social, es decir, deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras, más allá de los acontecimientos individuales (Meyer, 2003).

Meyer (2003), basado en conceptualizaciones anteriores sobre el estrés, describe los procesos de estrés de minoría a lo largo de un continuo que va desde los estresores distales, tales como la discriminación y la victimización, los cuáles tendrían un origen externo, siendo

independientes de la identificación personal con la condición de minoría sexual del individuo: el ser percibido (o asignado) como “homosexual” por los demás sería suficiente para sufrir del estrés asociado con el prejuicio hacia los no heterosexuales. Esta perspectiva considera a las circunstancias de vida a manera de fenómenos reales y observables que pueden ser experimentados como estresantes (Pitoňák, 2017).

En el otro lado del continuo se encuentran los estresores proximales, los cuales se relacionan a la internalización del prejuicio sexual (es decir, la homofobia internalizada), al desarrollo de expectativas para eventos estresantes distales (es decir, la sensibilidad al rechazo) y a la ocultación de la orientación sexual. En contraste con los procesos de estrés distales, los procesos de estrés proximales son por definición subjetivos al depender de las percepciones y evaluaciones del individuo (Meyer, 2003). Por consiguiente, se reconoce al estrés como dependiente de la relación entre el individuo y su entorno, conceptualizando a la valoración proximal y subjetiva a manera de una manifestación de las condiciones ambientales distales y objetivas (Lazarus y Folkman, 1984, como se citó en Meyer, 2003).

El primer estresor proximal, la homofobia internalizada, es definida como la interiorización de actitudes sociales heteronormativas y su aplicación a unx mismx (Meyer, 2003). Esta tendría “el efecto más insidioso de los procesos del estrés de minoría sobre el individuo” (Baiocco et al., 2010, p. 896). Consecuentemente, han sido corroboradas diversas relaciones significativas entre la homofobia internalizada y resultados adversos de salud mental (Newcomb y Mustanski, 2010; Williamson, 2000). De la misma manera, los otros dos procesos de estrés proximales identificados por Meyer (2003), la expectativa de rechazo y la ocultación de la orientación sexual fueron también predictores de resultados de salud negativos (Cohen et al., 2016; Dyar et al., 2016; Hatzenbuehler et al., 2008; Kosciw et al., 2014).

Aquí resulta pertinente referirse al estudio de Hatzenbuehler y McLaughlin (2014), el cual halló que aquellos jóvenes LGB que crecieron en entornos de alto estigma exhiben un embotamiento de cortisol en respuesta a un factor de estrés, en comparación con aquellos jóvenes LGB que crecieron en ambientes en donde fueron aceptados. Esta misma respuesta se encontró en aquellos que han experimentado trauma u otros eventos adversos de la vida. Al ser uno de los primeros en proporcionar evidencia fisiológica en apoyo de la hipótesis del estrés de

minoría de Meyer, este estudio pone en relieve el destacado papel del contexto social y del estigma en la contribución al riesgo de desventajas en el estado de la salud mental.

Los estudios que relacionan los factores de estrés de minoría con la salud mental tienden a medir los efectos sobre la misma utilizando indicadores negativos de salud. Esta indagación en la prevalencia de sintomatología para determinar la presencia o ausencia de salud mental implica un enfoque patogénico de la salud (Gómez y Barrientos, 2012). La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la misma no consiste solo en la ausencia de enfermedad, sino también en la presencia de un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2013). En este sentido, Keyes (2006) propone que la salud mental debe ser entendida como un estado compuesto por dos dimensiones unipolares relacionadas entre sí: enfermedad mental (sintomatología); y salud mental, medida a partir de indicadores de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento), siendo este último expresado en síntomas de hedonía y un funcionamiento psicosocial positivo según su Modelo del Estado Completo de Salud (Díaz et al., 2007).

La salud sería, entonces, mucho más que la ausencia de síntomas, al implicar también la presencia de indicadores de bienestar como el afecto positivo, el tener metas claras en la vida, la sensación de control sobre sí mismo, relaciones positivas con otras personas y sentimientos de pertenencia, entre otros (Gómez y Barrientos, 2012). No obstante, son muy pocos los estudios sobre minorías sexuales en donde el bienestar aparece como variable de estudio, y aquellos escasos proyectos que sí lo hacen utilizan la ausencia de enfermedad o medidas limitadas de salud mental como variables de resultado (DiPlacido, 1998, como se citó en Selvidge et al., 2008). Este enfoque sobre los resultados negativos en lugar otros indicadores de bienestar (por ejemplo, la capacidad de resiliencia) puede estigmatizar y desmoralizar a un grupo ya oprimido. Por lo tanto, existe una necesidad de investigación metodológicamente sólida que mida la teoría impulsada por el bienestar psicológico positivo en las poblaciones estigmatizadas (Selvidge et al., 2008).

Por lo anterior, en la presente investigación se decidió tomar un enfoque positivo respecto a la salud mental utilizando el constructo de *bienestar psicológico* entendido como eudaimonía, es decir, el vivir plenamente y de forma profundamente satisfactoria, buscando la realización del

potencial propio, en contraste a la hedonía, la cual implica la presencia de afecto positivo y ausencia del negativo (Waterman, 1993). De esta forma, el bienestar no es entendido como un resultado final, sino como el proceso de la realización del *daimon* o la verdadera naturaleza, esto es, el cumplimiento de los potenciales virtuosos y del vivir como uno está destinado a hacerlo (Deci y Ryan, 2006). Por lo mismo, el concepto de bienestar psicológico tendría un involucramiento con los retos de la vida, en donde la condición de minoría sería particularmente relevante para la comprensión de la variación en sus dimensiones (Ryff et al., 2003).

Por esto mismo, en el presente trabajo el bienestar psicológico será abordado a lo largo de las seis dimensiones delineadas por Ryff (1989): a) la autoaceptación, b) las relaciones positivas con los demás, c) la autonomía, d) el dominio del medio ambiente, e) el propósito en la vida y f) el crecimiento personal. Estas dimensiones fueron concebidas por la autora en divergencia con la visión tradicional del bienestar subjetivo, el cual se centró en estudiar los afectos y la satisfacción con la vida. El bienestar psicológico desde esta perspectiva focalizó su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, ambos principales indicadores del funcionamiento positivo, noción articulada en torno a conceptos como la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961), la madurez (Allport, 1954) y la salud mental positiva (Díaz et al., 2006; Jahoda, 1958).

La elección del bienestar psicológico sobre otras medidas de salud positivas como las del bienestar subjetivo se basa en el análisis de Ryff et al. (2003) en donde se analizan los efectos de la discriminación percibida y los desafíos de la pertenencia a una minoría sobre el funcionamiento positivo pleno. Teniendo en cuenta las bases fenomenológicas del bienestar eudaimónico, la experiencia subjetiva de la discriminación es particularmente relevante, debido a la manera en la que las disparidades en las oportunidades de vida que acompañan a la experiencia minoritaria socavarían el propósito y la dirección propia. Efectivamente, el estudio de Ryff et al. (2003) encontró que la discriminación percibida era consistentemente un predictor negativo del bienestar eudaimónico, siendo estos efectos, además, específicos a las mujeres.

Por todo lo mencionado anteriormente, para los fines de este estudio se utilizaron medidas del bienestar psicológico y sus seis dimensiones basadas en la teoría de Ryff (1989), para corroborar de qué manera la posición social de mujeres pertenecientes a minorías sexuales estaría afectando a su salud mental. Asimismo, se usaron medidas de los estresores distales y

proximales basados en el modelo de Meyer (2003). De esta manera, se espera obtener información acerca de cuáles y de qué manera los estresores de minoría se relacionan con las distintas dimensiones del bienestar psicológico. Al respecto, cabe aclarar que a pesar de que estos dos constructos han estado relacionados previamente en la literatura, la metodología utilizada para ello ha sido compleja de estandarizar. En primer lugar, si bien en el estudio de Selvidge et al. (2008) sí se utiliza el modelo de Ryff (1989), en otros estudios que miden el bienestar psicológico se usan indicadores como la autoestima (Snapp et al., 2015) o la simple ausencia de indicadores de humor depresivo, ira y estrés percibido (Gisladdottir et al., 2017). Además, estudios sobre el estrés de minoría emplean cuestionarios que dependen de una sola variable como indicador de estrés. Es menos común la utilización de combinaciones de instrumentos, siendo las más frecuentemente utilizadas aquellas medidas de homofobia internalizada, sexismo/heterosexismo y ocultación. Lo anterior dificulta la comparación entre estudios individuales, factor que influyó en la elección del instrumento para medir estrés de minoría en el presente estudio (Iniewicz et al., 2017).

Dicho lo anterior, la presente investigación se plantea con el objetivo general de identificar los diferentes factores de estrés de minoría y comprobar si el experimentar alguno de estos se encuentra relacionado con el bienestar psicológico eudaimónico, general y con sus distintas dimensiones, en mujeres peruanas pertenecientes a minorías sexuales. Para ello, las hipótesis planteadas son las siguientes:

Hipótesis 1: a mayor presencia de estresores proximales (homofobia internalizada, expectativas de rechazo y ocultación de la orientación sexual) menores niveles en las medidas de bienestar psicológico.

Hipótesis 2: a mayor presencia de estresores distales (eventos negativos por ser minoría sexual), menores niveles en las medidas de bienestar psicológico.

Hipótesis 3: se encuentran diferencias según las variables sociodemográficas en las medidas de estrés de minoría y de bienestar psicológico.

Método

Participantes

La presente investigación contó con la participación de 111 mujeres peruanas pertenecientes a minorías sexuales, en un rango de edad entre los 18 y 59 años ($M = 25.73$, $DE = 7.11$). Esta muestra estuvo compuesta por un 43.2% que se identifican como bisexuales, un 36% de mujeres que se identifican como lesbianas, un 10.8% que no utiliza etiquetas para describir su orientación sexual, un 4.5% que “actualmente no estaban seguras de que etiqueta les encaja mejor”, un 3.6% que se identificaban como queer, y un 1.8% que señalaban que su orientación sexual no estaba listada. Asimismo, el 91% se identificó con el género femenino, mientras que el otro 9% se consideran como de género no binario, género fluido o ágnero. Un 78.4% indicó no pertenecer a ningún colectivo o comunidad LGB, mientras que un 21.6% indicó sí haberlo o haberlo hecho alguna vez.

Del mismo modo, el 59.5% se encuentra trabajando actualmente, el 40.5% se encuentra desempleada. En esta línea, un 40% tiene una modalidad de trabajo independiente, un 35.3% dependiente, un 15.3 señalaron a su modalidad de trabajo como estable y un 9.4% tiene un trabajo temporal. En cuanto al nivel educativo, un 80.2% son estudiantes de pregrado, mientras que el 13.5% tiene educación secundaria y un 6.3% son estudiantes o poseen ya un postgrado.

Asimismo, el 44.1% de las participantes se encuentra en una relación de pareja, mientras que el 55.9% no se encuentran en una. En cuanto a si practican alguna religión, el 89.2% afirmaron no tener ninguna, mientras que un 10.8% afirmaron practicar la religión católica/cristiana. Respecto al lugar de nacimiento, un 62.2% nació en Lima, un 36% nació en alguna provincia del Perú, mientras que un 1.8% nació en el extranjero. Por último, un 86.5% reside en Lima y Callao, mientras que un 13.5% vive en alguna otra provincia del Perú.

Respecto a la preferencia física y/o sexual, un 31.5% enunciaron que solo se encuentran atraídas hacia las mujeres, un 30.6% se encuentra principalmente atraída hacia las mujeres, pero a veces hacia los hombres, un 21.6% se encuentran divididas uniformemente entre hombres y mujeres, y un 16.2% se encuentran atraídas principalmente hacia los hombres, pero a veces hacia las mujeres. Siguiendo esta línea, al preguntarles con quién tenían principalmente actividad sexual, un 43.2% enunciaron que solo con mujeres, un 20.7% con principalmente mujeres pero a

veces hombres, un 11.7% divididos uniformemente, hombres y mujeres, un 17.1% tienen actividad sexual principalmente con hombres, pero a veces con mujeres y un 7.2% declaró tener actividad sexual solo con hombres. Esta información se manejó bajo estándares éticos que aseguran confidencialidad y anonimato.

Medición

Ficha de Datos Sociodemográficos. Se utilizó una ficha sociodemográfica (ver Apéndice A) con el propósito de recopilar datos como la edad, género, orientación sexual, la ciudad de nacimiento, el lugar de residencia actual, si se tiene pareja actual, el grado de instrucción, si se tiene trabajo actualmente, la religión y la pertenencia a algún colectivo LGB.

Escala de Estrés de Minoría Sexual (Sexual Minority Stress Scale; SMSS). Para medir la variable del estrés de minoría se utilizó la *Escala de Estrés de Minoría Sexual* (SMSS, por sus siglas en inglés) la cual es una escala inédita desarrollada por el Centro de Investigación Aplicada LGBTQ basada en la evidencia (en inglés: Center for LGBTQ Evidence-Based Applied Research, CLEAR) en Palo Alto University, EE. UU. (Goldblum et al., texto inédito, como se citó en Iniewicz et al., 2017). La misma fue diseñada con el objetivo de ayudar a la identificación de las áreas estresantes en la vida de las minorías sexuales que tengan relevancia clínica. Asimismo, busca ser una forma objetiva de operacionalizar y medir los factores descritos por Meyer (2003), los cuales aumentan o disminuyen el riesgo de estrés de minorías. La SMSS está conformada por 56 ítems divididos en seis subescalas: Homofobia Internalizada (IH), Expectativas de Rechazo (ExR), la Satisfacción con el *Outness* (o “salir del clóset”) (SO), Ocultación de la Orientación Sexual (CIm), y Eventos Negativos por ser Minoría Sexual (SMNE). De acuerdo con los autores de la escala, se pueden sacar conclusiones sobre el estrés de minoría sexual experimentado por la persona examinada basándose en las puntuaciones de cada subescala por separado. A continuación, se describirán cada una de ellas.

En primer lugar, la subescala de la Homofobia Internalizada (IH) incluye 10 ítems basados en escalas similares de mayor antigüedad (Martin y Dean, 1990; Meyer, 2003, como se citó en Iniewicz et al., 2017). Busca medir el grado en el que la persona rechaza su orientación sexual, experimenta incomodidad ante la atracción hacia personas del mismo sexo, y presenta intentos de evitar la fascinación emocional o el deseo sexual. Presenta un formato de respuesta

en escala Likert (1 = *nunca* hasta 4 = *a menudo*). Los valores más altos indican un mayor nivel de homofobia internalizada. Algunos ejemplos de ítems son: “¿Has intentado dejar de sentirte atraída por personas del mismo sexo?”, “Si alguien te ofreciera la oportunidad de ser completamente heterosexual, ¿aceptarías la oferta?”.

Por otro lado, la subescala de Expectativas de Rechazo (ExR) consta de 6 ítems los cuales también se basan de escalas similares anteriores (Link, 1987; Meyer, 2003, como se citó en Iniewicz et al., 2017). Busca medir el grado en el que la persona homosexual o bisexual experimenta reticencia a los demás y espera el rechazo y la estigmatización. Las respuestas se dan en una escala de Likert (1 = *Fuertemente en Desacuerdo* hasta 4 = *Fuertemente de acuerdo*). Un valor más alto indica un mayor nivel de expectativas de rechazo. Algunos ejemplos de ítems son: “La mayoría de los empleadores no contratan a una persona como tú”, “La mayoría de la gente cree que en una persona como tú no se puede confiar”.

De la misma manera, la subescala de Ocultación (CIm) consta también de 6 ítems que miden el grado en el que una persona oculta intencionalmente su orientación sexual de otros (Blair y Holmberg, 2008, como se citó en Iniewicz et al., 2017). Las respuestas están en una escala Likert (1 = *Nunca* hasta 5 = *Siempre*). Un valor más alto indica un mayor nivel de ocultación. Algunos ejemplos de ítems son: “He ocultado mi orientación sexual a alguien diciendo que yo era heterosexual o negando que yo era LGB”, “He alterado mi apariencia, manierismos, o actividades en un intento de "pasar" como heterosexual”.

Por su parte, la subescala de Satisfacción con el Outness (SO) mide el nivel de divulgación de la orientación sexual de la persona a sus familiares, amigos, compañeros de trabajo/estudio, comunidad religiosa/clero y a proveedores de cuidado de la salud; así como el grado de satisfacción con este nivel de apertura en cada grupo de forma específica. Cada pregunta se compone por una primera parte en donde se pregunta por el nivel de apertura sobre la orientación sexual (e.g. ¿Eres explícita con tu familia sobre tu orientación sexual?") con una escala Likert (1 = *completamente* hasta 4 = *en absoluto*) y una segunda en donde se mide la satisfacción con este nivel de divulgación con una escala Likert (1 = *extremadamente satisfecha* a 6 = *extremadamente insatisfecha*). La puntuación de la escala se hace solo de la segunda parte, siendo un mayor puntaje equivalente a mayor insatisfacción con la situación actual de outness o estar fuera del clóset.

Finalmente, la subescala de Eventos Negativos por ser Minoría Sexual (SMNE) mide los factores de estrés externos que experimentan las personas homosexuales o bisexuales y que se perciben como relacionados a su orientación sexual. Los 26 ítems de la subescala se dividieron en: eventos experimentados por la persona (16 ítems), acontecimientos que la persona había presenciado o escuchado (6 ítems), e ítems relacionados con las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y virus de la hepatitis C (VHC) que afectan a la persona o sus seres queridos (4 ítems). Un valor más alto indica más eventos adversos. Algunos ejemplos de ítems son: “Fui tratada injustamente por mis compañeros o hermanos”, “He escuchado declaraciones negativas sobre personas LGB o no conformes con los roles de género” y “Me han diagnosticado con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual crónica como la hepatitis C”.

La SMSS ha demostrado confiabilidad y validez en el contexto polaco (Iniewicz et al., 2017) en el cual fue adaptada por medio de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, en donde se constató una estructura de 8 factores. Asimismo, la consistencia interna osciló entre 0.70 y 0.86 para todos estos. Hasta el momento, esta es la única adaptación realizada del instrumento. Sin embargo, los autores concluyeron que la SMSS sería adecuada para el uso en la investigación sobre el estrés de minorías sexuales debido a su ajuste a un claro concepto del constructo de estrés de minoría y a la medición de los diversos indicadores de este. El análisis realizado permite concluir que estos indicadores reflejan un nivel relativamente confiable del estrés experimentado por los que responden el SMSS (Iniewicz et al., 2017). Hasta la fecha, este instrumento ha sido utilizado en dos investigaciones, también en Polonia, ambas con población de hombres gays y bisexuales, en relación con variables de la salud sexual (Grabski et al., 2019; Grabski y Kasperek, 2020).

Esta escala fue adaptada al contexto peruano para la presente investigación, mediante un proceso de traducción inversa, revisión de expertos y análisis de consistencia interna. Los distintos factores de la escala presentaron altos niveles de confiabilidad en su nueva estructura factorial: Eventos negativos experimentados: $\alpha = 0.93$, Negación de la Orientación Sexual: $\alpha=0.86$, Expectativas de Rechazo: $\alpha = 0.89$, Homofobia Internalizada: $\alpha = 0.73$, Eventos negativos presenciados: $\alpha = 0.79$.

Escala de Bienestar Psicológico (EBP). Respecto a la medida del bienestar psicológico, se utilizó la adaptación de la *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)* de Ryff (1989). La misma

posee 84 ítems que se responden con una escala Likert de (1 = *Totalmente en desacuerdo* a 6 = *Totalmente de acuerdo*). Los mismos se encuentran distribuidos en 6 dimensiones:

Autoaceptación, Relaciones Positivas con Otros, Autonomía, Dominio Ambiental, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. Esta prueba fue diseñada para operacionalizar las seis dimensiones del constructo bienestar psicológico generado por la misma autora. La versión original de la escala fue formulada con 120 ítems divididos equitativamente en 6 dimensiones y fue validada con 321 hombres y mujeres de múltiples grupos de edad. Con relación a sus propiedades psicométricas, los coeficientes de confiabilidad fueron entre 0.83 y 0.93 en su versión original (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). La versión final de la escala quedó con 84 ítems, con 14 ítems por subescala/dimensión.

En nuestro contexto, la escala ha sido traducida y validada en estudiantes universitarixs de 18 a 31 años por Cubas (2003), en donde se utilizó un proceso de traducción y validación semántica, y mediante un análisis factorial de componente principales se obtuvieron 6 subescalas coincidentes con la versión original, las cuales explicaban el 64.1% de la varianza. Asimismo, como medida de consistencia interna se obtuvieron correlaciones de ítems con valores mayores a 0.50. Además, el coeficiente alfa de confiabilidad para la escala total fue de 0.89, mientras que para cada uno de los factores fue de: 0.79 para Autonomía, 0.87 para Autoaceptación, 0.82 para Sentido de Vida, 0.80 para Relación Positiva con Otros, 0.80 para Dominio Ambiental y 0.78 para Crecimiento Personal.

Esta versión de 84 ítems ha sido utilizada en contexto peruano en distintas poblaciones, como, por ejemplo, con practicantes de yoga (Chávez, 2008), bailarines de danza moderna (Meza, 2010), alumnos de un MBA (Pardo, 2010), pacientes oncológicos (Becerra y Otero, 2013) y estudiantes universitarixs que practican danzas folklóricas (Zapata, 2016). En la presente investigación, la confiabilidad para la escala total fue de 0.96, mientras que para cada uno de los factores fue de: 0.83 para Autonomía, 0.92 para Autoaceptación, 0.84 para Sentido de Vida, 0.85 para Relación Positiva con Otros, 0.89 para Dominio Ambiental y 0.82 para Crecimiento Personal. En el Apéndice B se puede ver el significado de los puntajes altos y bajos en cada subescala.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó la revisión bibliográfica pertinente sobre la población de estudio y constructos a investigarse. Seguidamente, se realizó la adaptación del instrumento SMSS, el cual mide el estrés de minoría. Para obtener la prueba SMSS se contactó con el encargado de la adaptación polaca (Iniewicz et al., 2017), el cual nos redirigió al autor original (Goldblum et al., texto inédito) del cual se obtuvo la autorización para la utilización de la prueba. Después de esto, se procedió a realizar la traducción al español de la escala y la revisión de la misma por un grupo de expertxs en la temática de género y sexualidad. A continuación, se realizó una traducción inversa por una persona de habla inglesa. Posteriormente, se ejecutaron aplicaciones piloto para verificar que la redacción de los ítems era comprendida, obteniendo de esta forma la escala adaptada al español y al contexto peruano.

En cuanto al contacto con las participantes, se contactó con mujeres mayores de 18 años de edad que se identificaran como lesbiana, bisexual, queer o cualquier orientación sexual no hegemónica a través de un modo de captación de tipo bola de nieve, contactando en primera instancia con grupos peruanos en redes sociales de mujeres LGB para que puedan socializar el cuestionario virtual a otras mujeres que cumplan con los criterios de inclusión. Se obtuvieron un total de 122 respuestas (100%), de los cuales 11 (9.02%) fueron eliminados por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión.

La recolección de información se dio en un solo momento, a través de un formulario virtual de la herramienta Google Forms. El mismo tenía como página inicial un consentimiento informado (ver Apéndice C) en donde se explicó la naturaleza de la investigación, así como el carácter de anonimato de la misma. Asimismo, se indicó que se podían retirar del estudio en cualquier momento y se brindó la información de contacto de la encargada de la investigación y la asesora en caso alguna participante tuviera alguna duda o inquietud. Para acceder a la ficha de datos sociodemográficos y a ambos cuestionarios utilizados (SMSS y Escala de Bienestar Psicológico) la participante tenía que aceptar el consentimiento, garantizando de esta manera su participación voluntaria en la investigación.

Análisis de Datos

Para el procesamiento y análisis de la data obtenida se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v. 24. Luego de la creación de una base de datos, se procedió a realizar los siguientes análisis estadísticos. En primer lugar, se usaron estadísticos descriptivos con el fin de conocer las características a nivel de variables sociodemográficas de la muestra a utilizarse. A continuación, se evaluaron los niveles de confiabilidad de cada uno de los instrumentos, la Sexual Minority Stress Scale (SMSS) y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), así como de cada una de sus dimensiones. También se realizó un análisis factorial exploratorio con el SMSS para comprobar la distribución factorial en la muestra del presente estudio, del cual se obtuvieron cinco factores. Asimismo, se determinó la confiabilidad por consistencia interna por medio del coeficiente Alfa de Cronbach para el puntaje de cada uno sus factores. El análisis de confiabilidad también se realizó para la EBP.

En segundo lugar, se realizaron pruebas de normalidad mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors y los valores de asimetría y curtosis para conocer la distribución de los puntajes. Los puntajes de la subescala de Expectativas de Rechazo (ExR) y Negación de la Orientación Sexual (NOS) de la SMSS, así como la puntuación total de la EBP y sus subescalas de Autonomía, Dominio Ambiental, Crecimiento Personal, Propósito en la vida y Autoaceptación mostraron distribuciones normales; mientras que las subescalas del SMSS de Eventos Negativos Experimentados (ENE), Eventos Negativos Presenciados (ENP) y Homofobia Internalizada (HI), así como la subescala de Relaciones Positivas con Otros de la EBP mostraron distribuciones no normales. De acuerdo a estos resultados, se decidió realizar análisis paramétricos y no paramétricos según era correspondiente.

A continuación, para determinar si existía relación entre el bienestar psicológico y los diferentes tipos de estrés de minoría, se utilizó el coeficiente de Pearson en el caso de las correlaciones entre los puntajes de las subescalas ExR y NOS con todas las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico, a excepción del puntaje de la subescala Relación positiva con otros, para la cual se utilizó el coeficiente Rho de Spearman. Este último se utilizó también para la correlación entre los puntajes de la subescala de HI con todos los puntajes de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico.

Finalmente, luego de detectar las correlaciones significativas entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas, se procedió a profundizar sobre dichos resultados mediante un análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis para determinar si existían diferencias significativas. Luego de ello, se realizó una comparación de medianas mediante el estadístico U de Mann Whitney para profundizar sobre dichos resultados.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteadas. En primer lugar, se presentarán los análisis respecto a la adaptación de la SMSS. Luego, se trabajará sobre el objetivo general, analizando la relación entre las subescalas de la SMSS y las dimensiones de bienestar psicológico. Finalmente, se contrastarán dichos constructos según los datos sociodemográficos de las participantes.

Análisis factorial exploratorio de la Sexual Minority Stress Scale (SMSS)

En esta primera sección, se describe el análisis y los resultados obtenidos al adaptar la SMSS al contexto de aquellas mujeres peruanas que se identifican con una sexualidad no hegemónica/heterosexual. Se tuvo el propósito de saber si su traducción al español mide con precisión el constructo de estrés de minoría planteado por Meyer (2003), el cual propone su división en cuatro principales fuentes de estrés: Homofobia Internalizada, Expectativas de Rechazo, Ocultación, Satisfacción con el Outness, y Eventos Negativos por ser Minoría Sexual.

Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio al ser la primera adaptación de la prueba a nuestro contexto. Se utilizó el método de extracción de componentes principales, asumiendo la ortogonalidad de las subescalas, con el propósito de explicar la varianza total y detectar factores latentes. Luego, se empleó la rotación Varimax debido a que las subescalas del SMSS pueden ser aplicadas separadamente. Estos métodos fueron empleados por los autores de la adaptación polaca de la escala, los cuales a su vez se basaron en los autores originales de la misma para interpretar los datos, por lo que se decidió mantener dicha decisión en el presente estudio. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) dio como resultado 0.74, lo que indicó una aceptable correlación entre los pares de variables; asimismo, la prueba de Esfericidad de Barlett arrojó una significación de .00, lo cual señaló al modelo como significativo (aceptando la hipótesis nula, H_0) demostrando la pertinencia del uso del presente modelo de análisis factorial.

Con respecto a las variaciones en la distribución de las áreas, en primer lugar, el área de Eventos Negativos por ser Minoría Sexual (SMNE) se dividió en Eventos Negativos Presenciados (ENP) y Eventos Negativos Experimentados (ENE), siendo eliminados los cuatro últimos ítems sobre experiencias con el VIH/hepatitis C y suicidio por no cargar en ninguno de

estos dos nuevos factores. En segundo lugar, las áreas de Ocultación y Satisfacción con el Outness cargaron en un mismo factor, generando uno nuevo, el cual se denominará Negación de la Orientación Sexual. Este integraría a todos los ítems de la primera con los ítems 1b, 2b, 3b y 5b de la segunda. Cabe resaltar que el ítem 4b (“¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tu comunidad religiosa?”) fue eliminado al no cargar en ningún factor. Asimismo, también ocurrieron las siguientes variaciones en las distribuciones de los ítems de las demás subescalas: el ítem 17 correspondiente al SMNE (“He escuchado comentarios negativos respecto a las personas LGB o de género no conforme”) pasó a ser parte de *Expectativas de Rechazo*, mientras que en *Homofobia Internalizada* fueron eliminados los ítem 8 y 10 (“¿Le hubiera gustado obtener ayuda profesional para cambiar su orientación sexual para llegar a ser heterosexual?” y “¿Has sentido que tu orientación sexual te ha permitido expresar una parte natural de tu identidad sexual?”, respectivamente) al no cargar en ningún factor. A continuación, en la Tabla 1, se muestra la nueva estructura factorial utilizada en la presente investigación.

Tabla 1

Cargas factoriales de Escala de Estrés por Minoría Sexual según AFE

Item	ENE	NOS	ExR	HI	ENP
¿Con qué frecuencia has sentido que es mejor evitar involucramiento social o personal con otras personas que se identifican como gay, lesbiana, bi o queer?				.355	
¿Has intentado dejar de sentirte atraída por personas del mismo sexo?				.640	
Si alguien te hubiera ofrecido la oportunidad de ser completamente heterosexual, ¿habrías aceptado la oferta?				.637	
¿Has deseado no sentirte atraída hacia gente de tu mismo sexo? ¿Cuántas veces te has sentido así?				.684	
¿Te has sentido alienada de ti misma (dudando de tu identidad) debido a tu orientación sexual?				.419	
¿Has deseado poder desarrollar más sentimientos eróticos por alguien del sexo opuesto? ¿Cuántas veces has sentido esto?				.410	
¿Has sentido que ser lesbiana, gay, bi o queer es un defecto personal? ¿Cuántas veces has sentido esto?				.484	

Item	ENE	NOS	ExR	HI	ENP
¿Has tratado de sentirte atraída sexualmente a la gente del sexo opuesto?				.410	
La mayoría de la gente piensa que una persona como tú es peligrosa e impredecible.			.879		
La mayoría de la gente piensa menos de una persona como tú.			.882		
La mayoría de la gente mira por debajo a gente como tú.			.869		
La mayoría de la gente piensa que la gente como tú no es tan inteligente como la persona promedio.			.703		
He ocultado mi orientación sexual diciéndole a alguien que yo era heterosexual o negando que era LGB.		.740			
He ocultado mi orientación sexual evitando el contacto con otros individuos LGB.		.479			
He evitado los temas de sexo, amor, atracción y/o relaciones para ocultar mi orientación sexual.		.518			
He permitido que otros asuman que soy heterosexual sin corregirlos.		.609			
He alterado mi apariencia, manierismos, o actividades en un intento de "pasar" como heterosexual.		.560			
He permanecido en silencio mientras presenciaba comentarios chistes o actividades anti-gais, porque no quería ser etiquetada como LGB por los involucrados.		.634			
¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tu familia?		.553			
¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tus compañeros de trabajo o de estudios?		.681			
¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tus amigos?		.637			
¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tus proveedores de atención médica?		.478			
Me trataron injustamente pares o hermanos.	.576				

Item	ENE	NOS	ExR	HI	ENP
Fui tratada injustamente por una persona en autoridad, como un padre, un maestro o un jefe.	.627				
Me ponían apodos homófobos.	.617				
Experimenté intimidación, burlas o rechazo.	.621				
Me robaron, me estafaron o me chantajearon.	.721				
Mi propiedad personal fue dañada.	.825				
Me echaron de mi casa o de la escuela.	.772				
No estaba protegida del trato homofóbico por parte de los padres, maestros o jefes.	.679				
Alguien me tiró algo.	.745				
Fui empujada, o golpeada.	.773				
Tuve contacto sexual con alguien contra mi voluntad.	.630				
Alguien amenazó con herirme.	.809				
Alguien me hirió.	.810				
Alguien amenazó con matarme.	.719				
Me amenazaron con un cuchillo, un arma u otra arma.	.782				
Escuché declaraciones negativas sobre los LGB o personas no conformes de género.			.441		
Escuché acerca de alguien más siendo intimidado, burlado, o tratado groseramente por ser LGB o de género no conforme.					.521
He oído hablar de alguien casi lesionarse seriamente o morir por ser LGB o de género no conforme.					.790
Vi que alguien casi se lesiona gravemente o se mata por ser LGB o de género no conforme.					.740
Escuché que alguien resultó gravemente herido o muerto por ser LGB o de género no conforme.					.748
Vi a alguien lesionarse seriamente o morir por ser LGB o de género no conforme.					.695

ENE= Eventos Negativos Experimentados; NOS= Negación de la Orientación Sexual; ExR= Expectativas de Rechazo; HI=Homofobia Internalizada; ENP= Eventos Negativos Presenciados

Objetivo general e hipótesis

De acuerdo con lo planteado como objetivo general de la investigación, este quedó comprobado, al encontrar relaciones significativas entre los factores del estrés de minoría y los indicadores de bienestar psicológico en nuestra población de estudio. Respecto a la primera hipótesis de investigación, en donde se planteó que a mayor presencia de estresores proximales, menores niveles en las medidas de bienestar psicológico, esta se cumple al hallarse que el bienestar psicológico se encontró significativamente correlacionado de manera inversa con la Homofobia Internalizada, Expectativas de Rechazo y Negación de la Orientación Sexual, siendo las dos primeras correlaciones bajas y la última moderada. Respecto a las correlaciones con las distintas áreas del bienestar psicológico, también se encontraron correlaciones bajas y moderadas con las tres áreas del SMSS ya mencionadas (ver Tabla 2).

Acercas de la segunda hipótesis de investigación, esta no se cumple debido a que Eventos Negativos Experimentados y Eventos Negativos Presenciados no correlacionaron significativamente con ningún área del bienestar psicológico ni con su puntuación total.

Tabla 2

Correlaciones entre componentes del estrés de minoría y bienestar psicológico

Subescala	Homofobia Internalizada	Negación de la Orientación Sexual	Expectativas de Rechazo
Relaciones positivas con otros	—	-.32**	-.24**
Autonomía	-.35**	-.37**	—
Dominio Ambiental	-.22*	-.27**	-.29**
Crecimiento Personal	-.20*	-.31**	—
Propósito en la vida	—	-.22*	-.25**
Autoaceptación	—	-.33**	-.20*
Bienestar Psicológico	-.25**	-.36**	-.22*

* $p < .05$; ** $p < .01$

Con respecto a nuestra tercera hipótesis, en la misma se esperaba encontrar diferencias en las medidas de estrés de minoría y de bienestar psicológico según los datos sociodemográficos recogidos. Primeramente, se encontraron correlaciones entre algunas dimensiones de ambas escalas con el grupo etario, género, situación de trabajo actual, religión, pertenencia a algún colectivo/comunidad LGB, atracción física y/o sexual y actividad sexual (ver Tabla 3)

Tabla 3

Correlaciones entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de la SMSS y EBP

	Bienestar Psicológico				Estrés de Minoría Sexual			
	Auto-nomía	Dominio Ambiental	Propósito En la Vida	Autoaceptación	Bienestar Total	Negación de la Orientación Sexual	Eventos Negativos Presenciados	Eventos Negativos Experimentados
Grupo etario		.19*						.24**
Género	-.23*	-.22*			-.20*			
¿Trabajas actualmente?		-.25**	-.20*		-.18*			
¿Cuál es tu religión?						.19*		
Pertenencia a alguna comunidad LGB						.31**	-.21*	-.22*
Atracción física y/o sexual	-.19*		-.20*	-.23**	-.19*			
Actividad Sexual				-.19**				-.22*

N = 111, $p < .05^*$, $p < .01^{**}$

Una vez identificadas las correlaciones, se procedió a revisar las diferencias significativas de medianas a través de los análisis no paramétricos de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Los resultados fueron los siguientes:

En primer lugar, respecto al grupo etario, aquellas mujeres mayores a 40 años ($Me = 72.0$, $DE = 11.6$) obtuvieron un mayor puntaje en Dominio Ambiental que aquellas que pertenecen a los grupos etarios de 25 a 39 ($Me = 56.0$, $DE = 12.5$) y 18 a 24 ($Me = 52.0$, $DE = 12.5$) ($H = 6.9$, $p = 0.03$). Por otro lado, en cuanto a la identidad de género de las participantes, aquellas que se identificaron como con el género femenino obtuvieron mayores puntajes en bienestar psicológico

($Me = 362.0$, $DE = 60.1$) que aquellas que manifestaron tener alguna otra identidad de género (género fluido, género no binario o ágenero) ($Me = 320.0$, $DE = 53.4$) ($U = 301.0$, $p = 0.03$). Esto sucedió también en las áreas de Autonomía, en donde las personas que se identificaron con el género femenino obtuvieron mayor puntaje ($Me = 63.0$, $DE = 10.9$) que las que no ($Me = 57.0$, $DE = 7.01$) ($U = 270.0$, $p = 0.01$) y en Dominio Ambiental en donde las que señalaron tener una identidad de género distinta a la femenina ($Me = 43.0$, $DE = 10.7$) obtuvieron menor puntaje que aquellas que sí lo hicieron ($Me = 56.0$, $DE = 12.8$) ($U = 277.5$, $p = 0.01$).

Respecto a la situación de trabajo actual, se encontraron diferencias significativas en Dominio Ambiental según si la persona contaba con trabajo actualmente ($Me = 56.5$, $DE = 12.9$) o no ($Me = 50.0$, $DE = 11.7$) ($U = 1038.0$, $p = 0.007$). Esta diferencia se halló también en Propósito en la Vida en donde las mujeres que tenían trabajo actualmente ($Me = 63.0$, $DE = 12.54$) puntuaron más alto que las que no ($Me = 56.0$, $DE = 10.3$) ($U = 1125.0$, $p = 0.03$).

En cuanto a la religión, se halló que aquellas que reportaron ser practicantes de la religión católica obtuvieron mayores puntajes en el área de Negación de la Orientación Sexual ($Me = 3.25$, $DE = 0.83$) que aquellas que no practican ninguna ($Me = 2.6$, $DE = 0.87$) ($U = 379.0$, $p = 0.04$).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en los puntajes de Eventos Negativos Experimentados según la actividad sexual ($H = 18.01$, $p = 0.001$). Específicamente, aquellas que reportaron tener actividad sexual dividida uniformemente entre hombres y mujeres obtuvieron los mayores puntajes ($Me = 0.44$, $DE = 0.63$), en comparación a aquellas que tienen actividad sexual con solo hombres ($Me = 0.06$, $DE = 0.18$) ($U = 21.0$, $p = 0.02$) y principalmente hombres, pero a veces mujeres ($Me = 0.06$, $DE = 0.20$) ($U = 38.5$, $p = 0.001$). Además, este último grupo también obtuvo significativamente menores puntajes en Eventos Negativos Experimentados en comparación a aquellas que reportaron actividad sexual con principalmente mujeres, pero a veces hombres ($Me = 0.19$, $DE = 0.30$) ($U = 110.0$, $p = 0.005$), y con solo mujeres ($Me = 0.19$, $DE = 0.44$) ($U = 235.0$, $p = 0.002$).

Finalmente, se encontraron diferencias significativas respecto a la pertenencia a algún colectivo LGB. En primer lugar, aquellas que sí pertenecen o pertenecieron obtuvieron un mayor puntaje en Eventos Negativos Experimentados ($Me = 0.41$, $DE = 0.54$) que las que no ($Me = 0.19$, $DE = 0.37$) ($U = 712.5$, $p = 0.01$). Lo mismo sucedió con Eventos Negativos Presenciados,

en donde sí pertenecer o haber pertenecido implicó un mayor puntaje ($Me = 1.20$, $DE = 0.68$) que no hacerlo ($Me = 1.00$, $DE = 0.64$) ($U = 704.0$, $p = 0.02$). Asimismo, aquellas que pertenecen/pertenecieron a algún colectivo LGB obtuvieron un menor puntaje ($Me = 2.15$, $DE = 0.80$) en Negación de la Orientación Sexual que aquellas que no ($Me = 2.80$, $DE = 0.84$) ($U = 587.5$, $p = 0.001$).



Discusión

El objetivo principal de la presente investigación buscaba identificar si el experimentar los diferentes factores de estrés de minoría se encontraba relacionado con el bienestar psicológico eudaimónico en mujeres peruanas pertenecientes a minorías sexuales. Los resultados demostraron que existe una correlación inversa entre los factores de estrés proximales—Homofobia Internalizada, Expectativas De Rechazo y Negación de la Orientación Sexual—y el Bienestar Psicológico. Esto era esperado, pues el bienestar psicológico eudaimónico sería particularmente pertinente para las personas LGB cuyas identidades implican un proceso continuo de autodescubrimiento y revelación como parte de la expresión de un yo "auténtico" o "verdadero" (Riggle et al., 2009).

Respecto a nuestra primera hipótesis, a continuación, se ahondará en las relaciones específicas entre los estresores proximales con las subdimensiones del bienestar psicológico. En primer lugar, la relación inversa entre la Homofobia Internalizada (HI) y un estado de bienestar psicológico es consecuente con la literatura, al haber sido corroboradas diversas relaciones significativas entre la homofobia internalizada y resultados adversos en la salud mental (McLaren, 2015; Newcomb y Mustanski, 2010; Szymanski y Henrichs-Beck, 2014; Williamson, 2000). En la presente investigación encontramos a la homofobia internalizada inversamente relacionada con la capacidad de autonomía, dominio ambiental y crecimiento personal.

Se teoriza a la homofobia internalizada como el resultado de crecer en una sociedad en la que se asume que las personas son heterosexuales y se estigmatiza la no heterosexualidad (Balsam y Mohr, 2007; Mohr y Fassinger, 2000). Asimismo, la interiorización de dichas actitudes sociales heteronormativas y su aplicación a uno mismo, es decir, el proceso de auto-estigmatización (Meyer, 2003; Herek y Garnets, 2007) tendría una dinámica de círculo vicioso: las actitudes negativas de la sociedad generarían una auto infligida y constante devaluación de la propia orientación sexual, la cual permanecería incluso en ausencia del estímulo externo, estableciendo una guía de las creencias del individuo (Kaysen et. al, 2014; Meyer y Dean, 1998).

En el caso de la capacidad de autonomía, la misma involucra cómo la persona maneja las presiones sociales. Puntajes bajos en la subescala de Autonomía implican una mayor dependencia de las expectativas y evaluaciones de los demás para la toma de decisiones, así como una constante conformidad a lo que se espera de ellas en cuestiones de acciones y

pensamientos (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). Tiene sentido, entonces, que la capacidad de autodeterminación e independencia, así como la regulación intrínseca de la conducta, sean influenciadas por la presencia de homofobia internalizada. Esta relación ha sido corroborada desde los inicios del modelo teórico del estrés de minoría: en una temprana investigación, se halló que el estigma internalizado mediaba al estrés psicológico a través de la presencia de estrategias de afrontamiento mal adaptativas y conducta evasiva (Meyer y Dean, 1998).

Asimismo, el Dominio Ambiental implica la habilidad de elegir o crear los ambientes más adecuados para unx mismx, así como también la participación activa y esfuerzos para dominar el entorno, siendo estos elementos importantes para el funcionamiento psicológico positivo (Ryff, 2017). Al ser resultado de la socialización desde pequeñxs, la mayoría de personas que experimentan la HI lo hacen desde antes de identificarse a sí mismxs como parte de una minoría sexual (Herek, 2000; Mohr y Fassinger, 2000), por lo que la sensación de elección o dominio del ambiente en donde se encuentran es muy improbable. Es fundamental considerar que existen factores únicos que también influirían en la formación de la identidad lésbica, los cuales incluyen los efectos de la socialización de los roles de género, la represión del deseo sexual femenino y la experiencia del sexismo en la vida de las mujeres (Szymanski y Chung, 2002).

Por otro lado, el Crecimiento Personal se relaciona con el logro del potencial personal, con énfasis en los aspectos dinámicos del funcionamiento positivo los cuales evolucionan a través del tiempo (Ryff, 2017). Una puntuación baja en esta subescala implicaría una sensación de estancamiento y carencia de sensación de mejora (Ryff y Keyes, 1995). En relación con esto, se ha comprobado en anteriores investigaciones la relación entre la homofobia internalizada y evaluaciones negativas sobre unx mismx, en función a una alta autocrítica, pues la HI podría conducir a la persona LGB a una visión más negativa de sí misma y de otras personas LGB de manera general, y no solo sobre la orientación sexual. Más aún, esta autoevaluación negativa se manifestaría como pensamientos o sentimientos autocríticos (Puckett et al., 2015).

En segundo lugar, según los resultados obtenidos, el estresor proximal de Expectativas de Rechazo impacta de una manera negativa al bienestar psicológico. Esto es coherente con lo hallado anteriormente relacionando la expectativa de rechazo a la orientación sexual con el distrés psicológico (Feinstein et al., 2012; Lewis et al., 2006; Quinn y Chaudoir, 2009).

Específicamente, la subescala de Relaciones Positivas con los Otros se encuentra relacionada con la capacidad de entablar relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza (Ryff, 1989), la cual se vería afectada por una constante anticipación de estigma y rechazo (Meyer, 2003). Esto es respaldado por investigaciones al respecto. Por ejemplo, aquellas mujeres jóvenes que se identifican como lesbianas y bisexuales expresarían temor de perder amistades debido a su orientación sexual, y más de una de cada tres expresaron miedo a sufrir abuso físico o verbal en sus ambientes más cercanos, como la casa y la escuela (D'Augelli, 2003). Asimismo, una alta vigilancia sería un factor estresante en las relaciones de pareja al fomentar una actitud crónica de monitoreo sobre el actuar en público (Green y Mitchell, 2002).

Más aún, la relación inversa encontrada de las Expectativas de Rechazo con el Dominio Ambiental, podría encontrar una explicación en una dinámica de impedimento del desarrollo de relaciones íntimas y duraderas consecuente con la ausencia del soporte social estructural. Un ejemplo de esto es el caso del derecho a casarse, acto vinculado al objetivo social básico de la intimidad. En nuestro contexto, a nivel de reconocimiento de este derecho, el avance ha sido casi nulo, estando el proyecto de Ley N° 718/2016-CR que establece la Unión Civil, presentado en noviembre de 2016 y el proyecto de ley N°00961/2016-CR sobre Ley del Matrimonio Igualitario, ingresado en febrero de 2017 estancados en su totalidad (PROMSEX, 2020). La negación de este derecho en el país implica una exclusión de la participación total en la sociedad, al ser el matrimonio un componente clave de la ciudadanía (Herdt y Kertzner, 2006, como se citó en Meyer y Frost, 2012). Por lo tanto, la consecuencia de la internalización del estigma sexual a manera de Expectativas de Rechazo llevaría a las mujeres pertenecientes a una minoría sexual a una sensación de incapacidad de cambiar o mejorar el contexto en donde se encuentra (Meyer y Frost, 2012; Ryff, 1989).

Asimismo, se encontró también una relación inversa de las Expectativas de Rechazo con el área Propósito en la Vida, definido como la capacidad de establecerse metas, objetivos y un sentido de vida (Ryff, 1989) y con el área de Autoaceptación, el cual implicaría el tener actitudes positivas hacia unx mismx, reconocer y aceptar cualidades buenas y malas, y tener afectos positivos respecto al pasado (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). En este punto sería conveniente mencionar a los constructos *consciencia del estigma*, definido por Pinel (1999) como la concentración en las percepciones de las visiones de los demás sobre la identidad propia y

sensibilidad al rechazo, propuesto por London et al. (2012) para referirse a la interacción entre la ansiedad respecto a la estigmatización potencial (componente afectivo) y la probabilidad percibida del rechazo (componente cognitivo) (Dyar et al., 2016). Ambos extienden al constructo de Expectativas de Rechazo y surgen como una forma de entender de mejor manera cómo los diferentes estresores de minoría afectan a la salud mental. La teoría de la Sensibilidad al Rechazo sugeriría que las expectativas ansiosas de rechazo pueden conducir a la hipervigilancia y a la sensibilidad a las señales de rechazo potencial, que son manifestaciones de preocupación por el estigma (London et al., 2012; Mendoza-Denton et al., 2002). Además, aquellxs con alta conciencia de estigma tenderían a evitar las oportunidades de comportamiento que podrían proporcionar pruebas desconcertantes sobre sus expectativas (Pinel, 1999, como se citó en Lewis et al., 2006). Sería entonces coherente la presencia de puntajes bajos en la dimensión de Propósito en la Vida, pues esto implica un sentido de dirección en la vida disminuido, con pocos objetivos o metas y sin una perspectiva positiva de la vida (Ryff, 1989).

De igual manera, la alta conciencia de estigma también estaría relacionada con estar más propensxs a preocuparse por cómo lxs perciben los demás y a tener una conciencia relativamente alta de sí mismxs (Lewis et al., 2006). Al relacionarse con puntajes bajos en Autoaceptación, la presencia de Expectativas de Rechazo se asociaría con una sensación de insatisfacción con unx mismx, a considerar ciertas cualidades como problemáticas e incluso a desear ser diferente (Ryff, 1989). Esto corrobora lo hallado en investigaciones anteriores respecto a la preocupación con el estigma y su relación con la dificultad para desarrollar una identidad sexual positiva (Dyar et al., 2016; Mohr y Kendra, 2011).

Finalmente, también se comprobó que, a mayores niveles de Negación de la Orientación Sexual se tiene un menor nivel de Bienestar Psicológico. En la presente investigación, este proceso no solo se encontró relacionado en la con la medida total del Bienestar Psicológico, sino también con todas las subescalas del mismo, corroborando lo encontrado en investigaciones anteriores (Pachankis y Bränström, 2018; Riggle et al., 2017) Esto implica que, en una sociedad altamente conservadora /como la peruana, en donde la homofobia cumple la función normativa de regular y defender a la heterosexualidad como moralmente “superior” y como la más aceptable forma de relación de género (Castañeda, 2006, como se citó en Rottenbacher, 2012), el ocultar, evadir y negar explícitamente las conductas, pensamientos e incluso apariencias no-

heterosexuales serían las estrategias utilizadas para evitar ser objeto del estigma sexual. Esto llevaría a los efectos insidiosos en la salud mental que surgen desde una extrema represión social y familiar de la no-heterosexualidad (Herek et al., 2007).

Mientras que, a corto plazo, la ocultación podría ser un factor protector desde la perspectiva del *self-monitoring* (capacidad de alteración de la presentación del sí mismo frente a los demás) al relacionarse con un afrontamiento flexible (Selvidge et al., 2008), a largo plazo dejaría de ser un método de afrontamiento saludable para convertirse en una fuente significativa de estrés (Meyer, 2003). Esto se corrobora en la relación inversa encontrada entre la Negación de la O.S y todas las subescalas del Bienestar Psicológico, en especial con las de autonomía, crecimiento personal y dominio ambiental (implicando vigilancia de las expectativas de los demás, sensación de estancamiento e incapacidad de manejar el entorno de manera efectiva) (Keyes, 2006; Ryff, 1989).

El acto de salir del clóset ha sido relacionado en diversas investigaciones con la reducción del nivel de homofobia internalizada y el consecuente estrés que este provoca (Hoy-Ellis, 2016). Sin embargo, en la presente muestra, esto no se cumple. El salir o no “del clóset” es intrínseco de la ocultación de la orientación sexual debido a que, en nuestro contexto, la alta prevalencia social del estigma sexual percibido jugaría un rol central en la toma de decisiones de la persona acerca de la revelación de su orientación sexual, la cual involucra ponderar los costos y beneficios de “salir del clóset” en un contexto determinado (Cole, 2006; Herek, 1996, como se citó en Herek y Garnets, 2007). En el nuestro, el declararse lesbiana implica la decisión de ponerse voluntariamente en una posición ambigua frente a la “normalidad” de lo heterosexual, creencia aún muy arraigada en el Perú, lo cual parece restarle significativamente al aspecto liberador que podría tener el salir del clóset (Grupo de Autocuidado Lésbico Feminista [GALF], 2003).

Teniendo esto en cuenta, a partir de nuestra primera hipótesis podríamos discernir que las mujeres peruanas de la muestra pertenecientes a una minoría sexual tienden a experimentar mayores barreras para apreciar una salud mental positiva, al lidiar con estresores proximales tales como las expectativas de rechazo por su orientación sexual, una auto-estigmatización alimentada con las experiencias en un entorno heteronormativo lo cual llevaría a un esfuerzo permanente de tener que negar su orientación sexual como estrategia de afrontamiento, lo cual genera, adicionalmente, más estrés y consecuencias sobre el bienestar psicológico.

Respecto a nuestra segunda hipótesis, acerca de la relación entre los estresores distales y menores niveles en las medidas de bienestar psicológico, esta no se cumplió. Las subescalas Eventos Negativos Experimentados y Eventos Negativos Presenciados no correlacionaron significativamente con el bienestar psicológico ni con ninguna de sus áreas. A primera vista, esto no estaría en concordancia con la teoría, debido a que diversos estudios han relacionado significativamente a estresores distales como la discriminación con efectos a la salud mental en población LGB (Hatzenbuehler et al., 2010; McCabe et al., 2010; McLaughlin et al., 2010). No obstante, en los mencionados estudios se utilizaron indicadores negativos de salud mental, como la presencia de trastornos psiquiátricos o de uso de sustancias.

Como ya se mencionó, en la presente investigación se buscó tener un enfoque positivo de la salud mental, para el cual la misma implica un estado de bienestar en donde la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y tiene la capacidad de realizar contribuciones a la comunidad (OMS, 2013). Investigaciones respecto al estrés de minoría bajo este enfoque usualmente están enfocados en los estresores proximales (Douglass et al., 2019; Riggle et al., 2017; Selvidge et al., 2008) o buscan comprobar modelos de mediación psicológica entre los eventos de estrés distales y la salud mental (Dyar et al., 2016; Feinstein et al., 2012; Mereish y Poteat, 2015; Velez y Moradi, 2016). En esta última, por ejemplo, la relación entre discriminación y bienestar psicológico eudaimónico se dio a través del heterosexismo internalizado, teniendo a su vez como variable moderadora de esta relación indirecta a la *acción colectiva*, definida como “la medida en que las personas de un grupo estigmatizado participan en actividades relacionadas con el grupo con el objetivo de mejorar la condición del grupo en su conjunto” (DeBlaere et al., 2014, como se citó en Velez y Moradi, 2016, p.1134).

De esta manera, al no ser el objetivo planteado en la presente investigación el de determinar algún modelo de mediación psicológica, y por lo tanto no haber utilizado los instrumentos necesarios para poder medir objetivamente alguna posible variable mediadora, escapa del presente estudio el establecer análisis similares a los anteriormente mencionados. Sin embargo, la ausencia de relación directa entre las variables de estrés distales y la medida de bienestar psicológico eudaimónico dejaría un fundamental espacio a llenar por futuras

investigaciones, al ser evidente que la relación entre la discriminación y/o victimización percibida y el bienestar psicológico en nuestra población sería mucho más compleja.

Respecto a nuestra tercera hipótesis, se brindarán algunos alcances acerca de aquellas variables sociodemográficas que demostraron tener un efecto significativo sobre la experiencia del estrés de minoría y de las distintas subescalas del bienestar psicológico. En primer lugar, se encontraron diferencias según el grupo etario en donde las mujeres adultas mayores de 40 años poseen un mayor nivel de sensación de dominio del ambiente. Este, como se mencionó anteriormente, implica la capacidad de controlar contextos y situaciones complejas, tal como la de ser explícitas sobre su orientación sexual o estar fuera del clóset y enfrentar las consecuencias sociales del estigma sexual (Herek y Garnets, 2007; Lewis et al., 2012). La vivencia de las mujeres pertenecientes a este grupo etario se enmarca en el período de 1970, en donde las mujeres no-heterosexuales eran prácticamente inexistentes para la sociedad y tenían una vida escindida, forzadas a esconder su orientación sexual frente a la sociedad peruana (Rodríguez, 2017).

Dentro de este contexto, se encuentra también la creación de espacios comunitarios como el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) y el Grupo de Autoconsciencia Feminista (GALF), el cual buscó el reconocimiento de las relaciones amorosas entre mujeres, en contra al discurso hegemónico de que las mismas debían ser reprimidas y escondidas (GALF, 2003). Por lo tanto, la sensación de dominio ambiental (precisamente, la capacidad de superar las dificultades del entorno de manera efectiva) que presentan las mujeres lesbianas en edad adulta, sería coherente con la vivencia y manera colectiva de enfrentar aquel contexto que vivieron.

En segundo lugar, aquellas participantes que se identificaron como con el género femenino obtuvieron mayores puntajes en el Bienestar Psicológico, en Autonomía y Dominio Ambiental que aquellas que manifestaron tener alguna otra identidad de género (género fluido, género no binario o ágnero). El término género no binario se refiere a personas que tienen una identidad de género que no cae exclusivamente en las categorías normativas de hombre/masculino o mujer/femenino. Pueden identificarse a sí mismxs con un género ni exclusivamente masculino ni femenino, más allá del binario de género (no-binario), fluctuar entre los géneros (género fluido), o identificarse como ninguno (agénero) (American Psychological Association [APA], 2015; Monro, 2019). Los estudios sobre esta población son

escasos, al ser un segmento específico dentro de la población transgénero, y tendría necesidades de salud y experiencias distintas (Scandurra et al., 2019). Lo encontrado en la presente investigación podría coincidir de cierta manera con la de Aparicio-García et al. (2018), en donde se buscó explorar indicadores de salud y bienestar psicológico comparando a jóvenes cisgénero, transgénero y no binarixs, encontrando, entre otras cosas, que las personas no binarias reportaban el más bajo soporte de parte de familia y amigos, además de una menor participación en actividades de involucramiento social.

No obstante, al no ser objetivo principal de la presente investigación, no se considera pertinente generalizar dichos resultados respecto a la identidad de género de lxs participantes debido a la proporción de la muestra (91% mujeres cisgénero vs. 9% personas de género binario/fluido o agénero). Sin embargo, se consideró valioso reportar estas diferencias encontradas debido a que deja en claro que la vivencia de la identidad de género representa un rol sustancial en el bienestar psicológico, y que mientras que el género y la orientación sexual pueden superponerse en la experiencia minoritaria, no son lo mismo. Al respecto, es relevante mencionar el modelo de estrés de minoría de género (Gender Minority Stress) (Lefevor et al., 2019; Testa et al., 2015) el cual toma el modelo de Meyer (2003) como base y lo ajusta a las experiencias de la población transgénero y de género no conforme.

Con referencia a tener un trabajo actual, lo mismo estaría relacionado a una mayor sensación de dominio ambiental y propósito en la vida. En nuestro contexto, una de las principales razones para no expresar la orientación sexual es el temor a perder el empleo o a no conseguir uno (INEI, 2018). Coincidentemente, en la encuesta de Ipsos (2020), ante la pregunta “Si tuviera una empresa ¿qué tan dispuesto estaría a contratar a una persona homosexual?”, un 30% respondió que no estarían dispuestxs. Investigaciones señalan que los potenciales empleadores tienden a percibir a los candidatos LGB como menos deseables o adecuados para un puesto de trabajo (Holman, 2018).

Del mismo modo, existen investigaciones acerca de las distintas experiencias de discriminación, hostilidad y actos de heterosexismo dentro del mismo ambiente laboral (Allan et al., 2018; Hebl y Griffith, 2002) entre las que se incluyen, por ejemplo, cuando los colegas de trabajo asumen que todos tienen una identidad heterosexual o expresan sistemas de creencias que devalúan las identidades no heterosexuales (Button, 2001; Ragins y Cornwell, 2001, como se

citó en Holman, 2018). Por lo tanto, el obtener un empleo sería un proceso distinto para las mujeres pertenecientes a minorías sexuales. Meyer (2003) consideró que la ocultación también podría actuar como un posible mecanismo de defensa frente a ciertas formas de estigmatización. En tal sentido, es posible que, al ser conscientes de las dificultades del contexto, las mujeres LBQ+ que poseen un trabajo actual hayan encontrado estrategias y habilidades para sobrellevar las mismas, lo cual las llevaría a tener un mayor sentido de competencia en el manejo del ambiente, así como una mayor claridad en sus metas y en el sentido de autodirección.

Por otro lado, también se encontró que aquellas participantes que señalaron practicar la religión católica obtuvieron un mayor puntaje en Negación de la Orientación Sexual que aquellas que indicaron no practicar ninguna religión. La religiosidad podría estar relacionada con un ambiente social caracterizado por el rechazo y estigma, lo cual tiene un efecto patogénico (Meyer, 2003). En el estudio de Barnes y Meyer (2012) se resalta la importancia de diferenciar entre ambientes religiosos ‘afirmativos’ y ‘no afirmativos’, siendo estos últimos los que habrían demostrado tener un efecto significativo en la población LGB. La socialización temprana y continua en entornos religiosos no-afirmativos generaría una internalización de creencias homofóbicas, las cuales serían difíciles de eliminar cuando los individuos comienzan a verse a sí mismos como personas LGB (Barnes y Meyer, 2012).

Más aún, incluso cuando la homofobia en sus instituciones religiosas es percibida, los individuos LGB mantendrían su afiliación debido al significado personal del entorno religioso: el sentido de afiliación y conexión con una comunidad sería difícil de descartar para esta población específica (Haldeman, 2004). Entonces, para poder perpetuar esta afiliación a un entorno religioso no afirmativo emplearían diversas estrategias para resolver o tolerar las tensiones inherentes a la misma. Una de estas es compartimentar las identidades LGB y religiosas, de modo que, en los entornos religiosos donde sobresale la identidad religiosa se suprime la identidad LGB (Rodríguez y Ouellette, 2000). Por lo tanto, es coherente que la Negación de la Orientación Sexual sea mayor en lxs participantes que practiquen la religión católica.

En el presente estudio también se encontró que aquellas mujeres que pertenecen/han pertenecido a grupos LGB reportan un mayor nivel de eventos negativos tanto presenciados como experimentados. Esto podría explicarse a partir de la naturaleza política de los movimientos lésbicos. Cuando la identidad de un grupo refleja la pertenencia a una minoría

estigmatizada, esto termina formando una comunidad sociopolítica que se politiza y construye en un movimiento de cambio social (Cornejo, 2015; Rust, 1992). De esta manera, al explícitamente retar a la heteronorma, estarían aún más expuestas a experimentar eventos en una sociedad en donde el estigma y prejuicio sexual son aún normalizados (Herek, 2004).

Esto último se comprobó en contexto peruano en la tesis de Pecho (2019), en donde se encontró que el activismo feminista implicaría un proceso con costos y beneficios, siendo parte de los primeros el enfrentarse constantemente contra la violencia cisheteronormativa en todas las esferas de la vida. Por otra parte, serían mayores los beneficios al incrementar el sentido de autoeficacia al percibir un impacto positivo de sus acciones y al brindarles una red de soporte (Pecho, 2019).

Sobre esto último, en la presente investigación se encontró también que la pertenencia a un grupo LGB podría ser un factor protector, al relacionarse inversamente con la Negación de la Orientación Sexual. En su propuesta original, Meyer (2003) hipotetizó que el soporte social amortiguaría los efectos negativos del estrés de minoría. Efectivamente, los efectos positivos de sentirse conectadxs a una comunidad LGB se han demostrado en relación con la salud mental y el bienestar (Bergfeld y Chiu, 2017; Meyer y Frost, 2012; Toomey et al., 2017; Velez y Moradi, 2016). Al identificarse y afiliarse con otras personas similarmente estigmatizadas, se tendría la oportunidad de experimentar un ambiente social libre de estigma, permitiéndoles invalidar estereotipos negativos y otros sesgos, lo cual promovería una evaluación más positiva de la propia orientación sexual (Herek y Garnets, 2007). Entonces, aquellas mujeres que pertenecen a una comunidad y/o grupo centrado alrededor de la identidad LGB serán menos propensas a negar su orientación sexual, quedando expuestas a mayor cantidad de actos de discriminación y estigma. No obstante, la identidad y acción colectiva brindaría factores de protección al añadir recursos como el sentido de autoeficacia (Pecho, 2019) y estrategias colectivas de afrontamiento (Velez y Moradi, 2016) para lidiar con el estigma.

Finalmente, en el presente estudio también se encontró que aquellas participantes que reportan tener actividad sexual dividida uniformemente entre hombres y mujeres puntuaron más en Eventos Negativos Experimentados que sus pares cuya actividad sexual es exclusiva y principalmente con hombres. Asimismo, aquellas cuya actividad sexual se da principalmente con hombres puntuaron menos en Eventos Negativos Experimentados que aquellas cuya actividad

sexual se da exclusiva y principalmente con mujeres. Estos resultados se explicarían a partir de cómo la actividad sexual es un aspecto de la orientación sexual que podría llevar a estrés debido a las suposiciones de los demás basadas en las parejas sexuales de la persona. En la investigación al respecto de Dyar et al. (2014), se describen las experiencias de mujeres bisexuales en una relación con otra mujer, las cuales serían diferentes a aquellas en una relación con un hombre. Mientras que sobre las primeras se supone que son lesbianas y sobre las últimas se supone que son heterosexuales, las mujeres bisexuales que tengan actividad sexual predominantemente con su mismo sexo estarían más expuestas a la discriminación por parte de la sociedad heteronormativa debido a su alta visibilidad como no-heterosexuales (Hequembourg y Brallier, 2009; Ross et al., 2010, como se citó en Dyar et al., 2014).

Sin embargo, ¿cómo se explica que aquellas mujeres que dividen uniformemente su actividad sexual entre hombres y mujeres reporten la mayor cantidad de eventos negativos experimentados? Está identificado que las mujeres que se identifican como bisexuales sufren distintas formas de opresión al experimentar formas únicas de hostilidad tanto de parte de los heterosexuales como de la comunidad lesbiana y gay (Bostwick y Hequembourg 2014; Mereish et al., 2016). Esto se podría traducir en una mayor probabilidad de experimentar estresores tanto distales como proximales que sus pares lesbianas (Balsam y Mohr, 2007).

La bisexualidad tiende a ser entendida a nivel social como que “no existe, o existe solo como una híbrida combinación inestable de la heterosexualidad y la homosexualidad, una variación sexual intermedia, o una versión ‘light’ de la homosexualidad” (Rust, 2000, como se citó en Carr, 2011, p.5). Entonces, las personas bisexuales carecerían de la posibilidad de presentarse a sí mismas con una identidad unificada, conocida y aceptada por otras personas cercanas, lo cual tendría consecuencias psicológicas (Volpp, 2010). Un constructo relevante para entender las diferencias encontradas en el presente estudio sería el de bifobia o prejuicio anti-bisexual, definido como la serie de creencias respecto a las personas cuya atracción sexual se da hacia más de un género. Estas involucran el percibir a lxs bisexuales como personas inmorales e inestables, con tendencia a ser desleales, hipersexuales y sexualmente promiscuas (por lo que tendrían más probabilidades de transmitir enfermedades sexuales) (Bostwick y Hequembourg 2014; Brewster y Moradi, 2010; Flanders et al., 2016). Estos prejuicios provendrían desde heterosexuales como homosexuales, los cuales generalmente estarían menos dispuestos a tener una relación romántica

con una persona bisexual (Dyar et al., 2014; Flanders et al., 2016). Por lo tanto, las mujeres dentro del espectro bisexual estarían expuestas a un estigma adicional, al enfrentar no solo prejuicios y eventos de violencia y discriminación homofóbicos, sino también bifóbicos de parte incluso de otras minorías sexuales (Mereish et al., 2017), explicando el resultado en la presente investigación.

Conclusiones y Limitaciones

En virtud de los resultados obtenidos, la principal conclusión de la presente investigación es que los estresores de minoría—y de manera específica los estresores proximales, es decir, la homofobia internalizada, las expectativas de rechazo y la negación de la propia orientación sexual— estarían afectando a nuestra población de estudio en su capacidad de alcanzar su mayor potencial y desarrollarse plenamente. Se especula, además, que este efecto negativo estaría vinculado a la experiencia subjetiva de la discriminación, es decir, ser percibida como mujer LGB podría afectar la salud mental de la persona a través de la internalización de la violencia, generando mecanismos internos que le alejan de su bienestar.

La presente investigación busca dejar una línea base para ahondar en el funcionamiento específico de dicha internalización, analizando la presencia de otras variables mediadoras en la relación violencia-bienestar psicológico en las minorías sexuales, tal como propone Hatzenbuehler (2009) en su modelo de mediación psicológica. A partir de lo hallado en la presente investigación, se podrían identificar potenciales variables mediadoras alrededor de la situación de trabajo, la pertenencia a una comunidad LGB, la actividad sexual percibida o a la práctica de la religión católica.

Asimismo, el presente estudio tuvo algunas limitaciones que deberían superarse en estudios futuros. En primer lugar, no fue posible explorar en la vivencia subjetiva de la discriminación debido a su enfoque cuantitativo, por lo que se recomienda una investigación cualitativa o mixta en un futuro para complementar los resultados obtenidos. Por otro lado, sería conveniente que el número de muestra pueda ser ampliada para la comprobación y validación al contexto peruano del SMSS, el cuál que además de ser un potencial instrumento de investigación con esta población específica, también sería una herramienta útil para la práctica clínica, al señalar cuáles son los estresores principales en la vivencia particular del individuo. Finalmente, sería necesario también para futuras investigaciones continuar con la decisión de no tomar a las

mujeres pertenecientes a minorías sexuales como un grupo uniforme, debido a que los resultados obtenidos darían evidencia de las diferencias en la experiencia del estrés de minoría entre mujeres bisexuales, queer y lesbianas.

Referencias

- Alessi, E. J. (2014). A framework for incorporating minority stress theory into treatment with sexual minority clients. *Journal of Gay y Lesbian Mental Health*, 18(1), 47-66.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2013.789811>
- Allan, B. A., Tebbe, E. A., Bouchard, L. M., y Duffy, R. D. (2018). Access to decent and meaningful work in a sexual minority population. *Journal of Career Assessment*, 27(3), 408-421. <https://doi.org/10.1177/1069072718758064>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
<https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Aparicio-García, M., Díaz-Ramiro, E., Rubio-Valdehita, S., López-Núñez, M., y García-Nieto, I. (2018). Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2133.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15102133>
- Baiocco, R., D'Alessio, M., y Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive Behaviors*, 35(10), 896-899.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.004>

- Balsam, K. F., y Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.306>
- Barnes, D. M., y Meyer, I. H. (2012). Religious affiliation, internalized homophobia, and mental health in lesbians, gay men, and bisexuals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 505-515. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
- Becerra, I. y Otero, S. (2013). Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. TESIS PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5176>
- Blosnich, J., y Bossarte, R. (2012). Drivers of disparity: Differences in socially based risk factors of self-injurious and suicidal behaviors among sexual minority college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 141-149.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2011.623332>
- Blosnich, J., Foyne, M. M., y Shpherd, J. C. (2013). Health disparities among sexual minority women veterans. *Journal of Women's Health*, 22(7), 631-636.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4214>
- Bostwick, W., y Hequembourg, A. (2014). 'Just a little hint': Bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Culture, Health y Sexuality*, 16(5), 488-503.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2014.889754>
- Brewster, M. E., y Moradi, B. (2010). Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 451-468. <https://doi.org/10.1037/a0021116>
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Free Press.

Carr, C. L. (2011). Women's bisexuality as a category in social research, revisited. *Journal of Bisexuality*, 11(4), 550-559. <https://doi.org/10.1080/15299716.2011.620868>

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX]. (2016). *Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gais y bisexuales en el Perú 2015-2016*. <http://promsex.org/publicaciones/informe-anual-sobre-ddhh-de-personas-tlgb-en-el-peru-2012015-2016/>

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [PROMSEX]. (2020). *Informe trinacional: Litigio estratégico de casos de violencia por prejuicio por orientación sexual, identidad y expresión de género en Colombia, Perú y Honduras*. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe-trinacional-Colombia-Per%C3%BA-y-Honduras.pdf>

Chávez, S. (2008). Bienestar psicológico en practicantes de yoga [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. TESIS PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/627>

Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., y Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 785–794. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.785>

Cohen, J. M., Blasey, C., Barr Taylor, C., Weiss, B. J., y Newman, M. G. (2016). Anxiety and related disorders and concealment in sexual minority young adults. *Behavior Therapy*, 47(1), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.006>

- Conron, K. J., Mimiaga, M. J., y Landers, S. J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health, 100*(10), 1953-1960. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.174169>
- Cornejo, G. (2015). (Des) Encuentros anales con la identidad: Explorando los límites de la representación movimiento TLGB peruano. *Nomadías, (19)*.
<https://doi.org/10.5354/0719-0905.2015.36766>
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. En D. Gilbert, S. T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., págs. 504–553). McGraw-Hill.
- Cubas, M. (2003). Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes universitarios [Tesis de Licenciatura sin publicar]. Universidad de Lima.
- D'Augelli, A. R. (2003). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 433-456.
<https://doi.org/10.1177/1359104502007003010>
- Diamond, L. M. (2013). Concepts of female sexual orientation. En Patterson, C. J., y D'Augelli, A. R. (Eds.), *Handbook of Psychology and Sexual Orientation* (págs. 3-17). Oxford University Press.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema, 19*(2), 286-294.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.

- Dyar, C., Feinstein, B. A., y London, B. (2014). Dimensions of sexual identity and minority stress among bisexual women: The role of partner gender. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 441-451. <https://doi.org/10.1037/sgd0000063>
- Dyar, C., Feinstein, B. A., Eaton, N. R., y London, B. (2016). The mediating roles of rejection sensitivity and proximal stress in the association between discrimination and internalizing symptoms among sexual minority women. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 205-218. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0869-1>
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., y Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 917-927. <https://doi.org/10.1037/a0029425>
- Flanders, C. E., Robinson, M., Legge, M. M., y Tarasoff, L. A. (2016). Negative identity experiences of bisexual and other non-monosexual people: A qualitative report. *Journal of Gay y Lesbian Mental Health*, 20(2), 152-172. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1108257>
- Friedman, C., y Leaper, C. (2010). Sexual-minority college women's experiences with discrimination: Relations with identity and collective action. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 152-164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01558.x>
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., y Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(6), 933-939. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.933>

- Gísladóttir, B., Gronfeldt, B., Kristjánsson, A. L., y Sigfusdóttir, I. D. (2017). Psychological well-being of sexual minority young adults in Iceland: Assessing differences by sexual attraction and gender. *Sex Roles*, 78(11-12), 822-832. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0847-7>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon y Schuster.
- Gómez, F., y Barrientos, J. E. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays Y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (10), 100-123. <https://doi.org/10.1590/s1984-64872012000400005>
- Grabski, B., y Kasperek, K. (2020). Sexual anal pain in gay and bisexual men: In search of explanatory factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 716-730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.020>
- Grabski, B., Kasperek, K., Müldner-Nieckowski, Ł., y Iniewicz, G. (2019). Sexual quality of life in homosexual and bisexual men: The relative role of minority stress. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 860-871. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.274>
- Green, R. J., y Mitchell, V. (2002). Gay and lesbian couples in therapy: Homophobia, relational ambiguity, and social support. En A. S. Gurman y N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 546-568). The Guilford Press.
- Griffith, K. H., y Hebl, M. R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1191-1199. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.6.1191>
- Grupo de Autoconciencia de Lesbianas Feministas (GALF) (1985, abril). Un encuentro para recordar. *Al Margen*, 1, 3-4.

Grupo de Autoconciencia de Lesbianas Feministas (GALF) (2003). *La Libre orientación sexual, un derecho de las mujeres*. GALF.

Haldeman, D. C. (2004). When sexual and religious orientation collide: *The Counseling Psychologist*, 32(5), 691-715. <https://doi.org/10.1177/0011000004267560>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

Hatzenbuehler, M. L., y McLaughlin, K. A. (2013). Structural stigma and hypothalamic–pituitary–Adrenocortical Axis reactivity in lesbian, gay, and bisexual young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 39-47. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9556-9>

Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., y Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.168815>

Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., y Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, 27(4), 455-462. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.455>

Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19-22. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00051>

Herek, G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24. <https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>

Herek, G. M., y Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 353-375.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>

Herek, G. M., Chopp, R., y Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. *The Health of Sexual Minorities*, 171-208. [https://doi.org/10.1007/978-](https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_8)

[0-387-31334-4_8](https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_8)

Holman, E. G. (2018). Theoretical extensions of minority stress theory for sexual minority individuals in the workplace: A cross-contextual understanding of minority stress processes. *Journal of Family Theory y Review*, 10(1), 165-180.

<https://doi.org/10.1111/jftr.12246>

Hoy-Ellis, C. P. (2015). Concealing concealment: The mediating role of internalized heterosexism in psychological distress among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 487-506.

<https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1088317>

Iniewicz, G., Sałapa, K., Wrona, M., y Marek, N. (2017). Minority stress among homosexual and bisexual individuals – from theoretical concepts to research tools: The sexual minority stress scale. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3), 69-80.

<https://doi.org/10.12740/app/75483>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2018). *Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI, 2017: Principales Resultados*. INEI.

<https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf>

Ipsos (2020). *II Encuesta Nacional de Derechos Humanos: Población LGBT*.

https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-06/presentacion_ii_encuesta_nacional_ddhh.pdf

Jáuregui, A. (13 de marzo de 2018). *PNDH: Inclusiones y omisiones sobre los derechos de la población LGBTI*. Instituto de Democracia y Derechos Humanos (IDEHPUCP).

<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/plan-nacional-de-derechos-humanos-inclusiones-y-omisiones-sobre-los-derechos-de-la-poblacion-lgbti-por-ariana-jauregui/>

Kaysen, D. L., Kulesza, M., Balsam, K. F., Rhew, I. C., Blayney, J. A., Lehavot, K., y

Hughes, T. L. (2014). Coping as a mediator of internalized homophobia and psychological distress among young adult sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(3), 225-233. <https://doi.org/10.1037/sgd0000045>

Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>

Kosciw, J. G., Palmer, N. A., y Kull, R. M. (2014). Reflecting resiliency: Openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. *American Journal of Community Psychology*, 55(1-2), 167-

178. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9642-6>

Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., y Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385-395.

<https://doi.org/10.1037/cou0000339>

Lewis, R. J., Derlega, V. J., Clarke, E. G., y Kuang, J. C. (2006). Stigma consciousness, social constraints, and lesbian well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 48-56.

<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.48>

Lewis, R. J., Kholodkov, T., y Derlega, V. J. (2012). Still stressful after all these years: A review of lesbians' and bisexual women's minority stress. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 30-

44. <https://doi.org/10.1080/10894160.2011.557641>

Ley N° 30947. Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, 23 de mayo de 2019.

Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., y Landers, S. (2008).

Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989-995. <https://doi.org/10.2105/ajph.2007.127811>

Mays, V. M., y Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.11.1869>

McLaren, S. (2015). The interrelations between internalized homophobia, depressive symptoms, and suicidal ideation among Australian gay men, lesbians, and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 63(2), 156-168. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083779>

Mereish, E. H., y Poteat, V. P. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 425-437. <https://doi.org/10.1037/cou0000088>

Mereish, E. H., Katz-Wise, S. L., y Woulfe, J. (2016). We're here and we're queer: Sexual orientation and sexual fluidity differences between bisexual and queer women. *Journal of Bisexuality*, 17(1), 125-139. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1217448>

- Mereish, E. H., Katz-Wise, S. L., y Woulfe, J. (2017). Bisexual-specific minority stressors, psychological distress, and suicidality in bisexual individuals: The mediating role of loneliness. *Prevention Science*, 18(6), 716-725. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0804-2>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., y Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals*, 160-186. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8>
- Meyer, I. H., y Frost, D. M. (2012). Minority stress and the health of sexual minorities. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*, 252-266. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>
- Meza, B. Z. (2010). *Bienestar psicológico en practicantes de danza contemporánea* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. TESIS PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1217>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP] (mayo, 2020) *Boletín Estadístico del Programa Nacional Para La Prevención Y Erradicación De La Violencia Contra Las Mujeres E Integrantes Del Grupo Familiar – Aurora*. https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_mayo_2020/BV_Mayo_2020.pdf

- Mohr, J. J., y Kendra, M. S. (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: The lesbian, gay, and bisexual identity scale. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 234-245. <https://doi.org/10.1037/a0022858>
- Mohr, J., y Fassinger, R. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33(2), 66-90. <https://doi.org/10.1080/07481756.2000.12068999>
- Monro, S. (2019). Non-binary and genderqueer: An overview of the field. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 126-131. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538841>
- Newcomb, M. E., y Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019-1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- No Tengo Miedo. (2016). *Nuestra Voz Persiste: Diagnóstico de la situación de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer en el Perú*. (p.266). Tránsito-Vías de Comunicación Escénica. <https://www.notengomiedo.pe/nuestravoz>
- Observatorio de Derechos Humanos LGBT (2020, Junio 25). *INFORME ANUAL DEL OBSERVATORIO DE DDHH LGBT 2019* [Transmisión en vivo de Facebook]. Facebook. https://www.facebook.com/watch/live/?v=197963358200707yref=watch_permalink
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Pitoňák, M. (2017). Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. *Mental Health y Prevention*, 5, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2016.10.002>

- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., Amore, M., y Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903-1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Quinn, D. M., y Chaudoir, S. R. (2015). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Stigma and Health*, 1(S), 35-59. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.s.35>
- Riggle, E. D., Rostosky, S. S., y Danner, F. (2009). LGB identity and Eudaimonic well being in midlife. *Journal of Homosexuality*, 56(6), 786-798. <https://doi.org/10.1080/00918360903054277>
- Riggle, E. D., Rostosky, S. S., Black, W. W., y Rosenkrantz, D. E. (2017). Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 54-62. <https://doi.org/10.1037/sgd0000202>
- Rodríguez, E. (2017). *Reconstrucción de las memorias colectivas de los grupos de lesbianas feministas de Lima en el periodo 1984-2014* [Tesis de Maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú]. TESIS PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/9395>
- Rodriguez, E. M., y Ouellette, S. C. (2000). Gay and lesbian Christians: Homosexual and religious identity integration in the members and participants of a gay-positive church. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(3), 333-347. <https://doi.org/10.1111/0021-8294.00028>
- Rottenbacher, J. M. (2012). Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima.

Pensamiento Psicológico, 10(1), 23-37.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80124028002>

Rust, P. C. (1992). The politics of sexual identity: Sexual attraction and behavior among lesbian and bisexual women. *Social Problems*, 39(4), 366-386.

<https://doi.org/10.1525/sp.1992.39.4.03x0044r>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D., y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Ryff, C. D., Keyes, C. L., y Hughes, D. L. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and Eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 275. <https://doi.org/10.2307/1519779>

Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., y Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and Genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01453>

Selvidge, M. M., Matthews, C. R., y Bridges, S. K. (2008). The relationship of minority stress and flexible coping to psychological well being in lesbian and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 55(3), 450-470. <https://doi.org/10.1080/00918360802345255>

Silva Santisteban, A., Amat y León, H., León, F., García, G., Castillo, J.M, Vilela, J. y Salazar, X. (2020). *Informe Anual de Observatorio de Derechos LGBT 2019*. Centro de investigación interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad – CISSS/UPCH;

Proyecto Unicxs – Personas Trans por Inclusión Social; Observatorio de Derechos Humanos LGBT.

http://iessdeh.org/usuario/ftp/Informe_observatorio_2020.pdf?fbclid=IwAR0ExmrJluth5a16mdVPYfUKKAprdGOwCUDI9pxfjn8Pd1-pYWxqtWIHLnI

Snapp, S. D., Watson, R. J., Russell, S. T., Diaz, R. M., y Ryan, C. (2015). Social support networks for LGBT young adults: Low cost strategies for positive adjustment. *Family Relations*, 64(3), 420-430. <https://doi.org/10.1111/fare.12124>

Szymanski, D. M., y Chung, Y. B. (2002). Internalized homophobia in lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 115-125. https://doi.org/10.1300/j155v07n01_08

Szymanski, D. M., y Henrichs-Beck, C. (2013). Exploring sexual minority women's experiences of external and internalized heterosexism and sexism and their links to coping and distress. *Sex Roles*, 70(1-2), 28-42. <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0329-5>

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., y Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Valer, K. y Viviano, T. (10 de enero de 2019). *La violencia por orientación sexual e identidad de género*. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. <https://observatorioviolencia.pe/comprendiendo-la-violencia-por-orientacion-sexual-e-identidad-de-genero/>

Velarde, C.T (2011). *La igualdad en lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay*. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf>

- Velez, B. L., y Moradi, B. (2016). A moderated mediation test of minority stress. *The Counseling Psychologist*, 44(8), 1132-1157. <https://doi.org/10.1177/0011000016665467>
- Volpp, S. Y. (2010). What about the “B” in LGB: Are bisexual women's mental health issues same or different? *Journal of Gay y Lesbian Mental Health*, 14(1), 41-51.
<https://doi.org/10.1080/19359700903416016>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15(1), 97-107. <https://doi.org/10.1093/her/15.1.97>
- Zapata, A. (2016). Bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios que realizan danzas folklóricas [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. TESIS PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7712>

Apéndice A**Ficha de Datos Sociodemográficos**

1. Edad: _____
2. Género: _____
3. Por favor indica cuál de las siguientes etiquetas se ajusta mejor a tu orientación sexual:
 - a. Lesbiana o Gay
 - b. Bisexual
 - c. Heterosexual
 - d. Queer
 - e. No utilizo etiquetas para describir mi orientación sexual
 - f. Actualmente no estoy segura de qué etiqueta me encaja mejor
 - g. No listado
4. ¿En qué ciudad naciste?: _____
5. ¿En qué distrito resides actualmente?: _____
6. ¿Tienes pareja en la actualidad?
 - a. Sí
 - b. No
7. Si la tienes, ¿hace cuánto tiempo?: _____
8. ¿Cuál es tu grado de instrucción y/o educación?
 - a. No asistió a la escuela
 - b. Primaria Completa
 - c. Primaria Incompleta
 - d. Secundaria Completa
 - e. Secundaria Incompleta
 - f. Superior Técnica Completa
 - g. Superior Técnica Incompleta
 - h. Superior Universitaria Incompleta
 - i. Superior Universitaria Completa
 - j. Estudios de maestría completos
 - k. Estudios de maestría incompletos
 - l. Estudios de doctorado completos
 - m. Estudios de doctorado incompletos

9. ¿Trabajas actualmente?
- Sí
 - No
10. Si lo haces, ¿de qué manera?
- Dependiente
 - Independiente
 - Estable
 - Temporal
11. ¿Te consideras practicante activa de alguna religión?
- Sí
 - No
 - No practico ninguna religión
12. Si marcaste sí en la anterior pregunta, específica, por favor, cuál es tu religión y hace cuánto la practicas: _____
13. ¿Pertenece a algún colectivo o comunidad LGTBQ?
- Sí
 - No
 - No actualmente, pero sí en el pasado
14. Si marcaste sí en la anterior pregunta, específica, por favor, a cuál y hace cuánto perteneces al mismo: _____

Apéndice B

Interpretaciones de las Áreas del Bienestar Psicológico según Carol Ryff

<i>Subescala</i>	<i>Puntajes altos</i>	<i>Puntajes bajos</i>
<i>Autonomía</i>	Personas autodeterminadas e independientes, capaces de pensar y actuar de determinada manera, resistiendo las presiones sociales. Autorregulan su conducta desde sí mismas y se evalúa a sí mismas de acuerdo con estándares personales.	Personas que están pendientes de las expectativas y evaluaciones de los demás para tomar decisiones importantes. Se conforma con presiones sociales para pensar y actuar de determinada manera.
<i>Relación con Otros</i>	Personas que tienen relaciones cálidas, satisfactorias y confiables y se preocupan por el bienestar de los demás. Poseen fuerte capacidad de empatía, afecto e intimidad y comprenden el dar y recibir de las relaciones humanas	Personas con baja calidad en los vínculos interpersonales, indica que la persona tiene pocas relaciones cálidas y confiables y le es difícil abrirse y preocuparse por los demás. Son personas frustradas y aisladas en sus relaciones y no están pendientes de hacer compromisos para mantener vínculos con los demás.
<i>Dominio Ambiental</i>	Personas que tienen una sensación de competencia en el manejo del ambiente. Poseen capacidad de manipular y controlar contextos complejos. Son conscientes y utilizan efectivamente las oportunidades que el entorno les ofrece.	Personas con capacidad disminuida de manejar el entorno de manera efectiva, dificultad para manejar los asuntos del día a día y de una sensación de incapacidad de cambiar o mejorar el contexto. No son conscientes de las oportunidades que el entorno ofrece y no posee una sensación de control sobre el medio ambiente.

<i>Crecimiento Personal</i>	Personas que están en continuo desarrollo de su propio potencial. Tienen una sensación de desarrollo continuo y se ven a sí mismas cómo creciendo y expandiéndose, permaneciendo abiertas a las experiencias. Tienen una sensación de estar realizando su potencial y perciben una mejora constante en su self y su conducta. Están en constante cambio reflejando un mayor conocimiento personal y efectividad.	Personas con sensaciones de estancamiento y carencia de una sensación de que están mejorando y expandiéndose a través del tiempo. Son personas que se sienten aburridas y desinteresadas con la vida e incapaces de desarrollar nuevas actitudes y comportamientos.
<i>Sentido de Vida</i>	Las personas con propósito de vida tienen metas, objetivos y un sentido de autodirección. La vida presente y pasada tiene un significado importante.	Las personas que no poseen un propósito de vida son carentes de un sentimiento de que la vida tiene un significado. Son personas que tendrán pocas metas y cuyo sentido de dirección se encontrará disminuido.
<i>Autoaceptación</i>	Personas con actitudes positivas hacia uno mismo, reconociendo y aceptando múltiples aspectos de sí mismo, incluyendo cualidades buenas y malas. Sentir afectos positivos respecto a la vida pasada.	Personas con la sensación de insatisfacción consigo mismo y de decepción respecto a vivencias pasadas. También implicaría el percibir como problemáticas ciertas cualidades personas y un deseo de ser diferente a quien él o ella es.

Adaptado de Cubas, 2003 (como se citó en Zapata, 2016)

Apéndice C

Consentimiento Informado para las Participantes

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la estudiante de Psicología Sofía Chávez Palacio, estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Perú y que se encuentra bajo la supervisión de la Dra. Noelia Rodríguez-Espartal, docente e investigadora de la misma universidad.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de explorar el efecto del estrés que se experimenta al ser una mujer perteneciente a una minoría sexual en nuestro contexto.

Asimismo, soy consciente de que si decido participar en el proyecto, me van a preguntar aspectos relacionados a cómo me siento y cómo pienso, sin embargo, tengo en claro que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas, a excepción de la investigadora y la asesora. Mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código. De la misma forma, los resultados obtenidos solo podrán utilizarse para los objetivos mencionados en la investigación y para ningún otro.

Es de mi conocimiento que llenaré unos cuestionarios y que esto me tomará entre 30 y 40 minutos. Mi participación es totalmente voluntaria, y si deseo, puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis resultados de manera aislada en ningún momento.

Por último, si tengo cualquier duda, he sido informada que puedo comunicarme con la encargada de la investigación a ichavez@pucp.pe, o con la asesora a nrodrigueze@pucp.edu.pe

- He leído y entendido este consentimiento informado. Deseo continuar con los cuestionarios.
- No deseo continuar.

Apéndice D

Versión traducida de Escala del Estrés de Minoría Sexual (SMSS)

Orientación sexual							
	Solo hombres	Principalmente los hombres, pero a veces las mujeres	Divididos uniformemente, hombres y mujeres	Principalmente las mujeres, pero a veces los hombres	Solo mujeres		
¿Hacia quién tienes atracción física y/o sexual?	1	2	3	4	5	6	7
¿Con quién tienes actividad sexual?	1	2	3	4	5	6	7
IIH							
<p>Por favor, responda las siguientes preguntas en el orden en que aparecen en el cuestionario. Dé su primera respuesta y no dedique mucho tiempo a ningún ítem en particular.</p> <p><i>Las siguientes preguntas buscan saber cómo la gente se siente al tener una orientación sexual gay, bisexual o queer.</i></p>							
En el último año:	Nunca				A Menudo		
1. ¿Con qué frecuencia has sentido que es mejor evitar la participación personal o social con otras personas que se identifican como gais, lesbianas, bi o queer?		1	2	3	4		
2. ¿Has intentado dejar de sentirte atraída por personas del mismo sexo?		1	2	3	4		
3. Si alguien te ofreciera la oportunidad de ser completamente heterosexual, ¿habrías aceptado la oferta?		1	2	3	4		
4. ¿Has deseado no sentirte atraída hacia gente de tu mismo sexo? ¿Cuántas veces te has sentido así?		1	2	3	4		
5. ¿Te has sentido alienada de ti misma (dudando de tu identidad) debido a tu orientación sexual?		1	2	3	4		

6. ¿Has deseado que pudieras desarrollar más sentimientos eróticos por alguien del sexo opuesto? ¿Con qué frecuencia has sentido esto?	1	2	3	4
7. ¿Has sentido que ser lesbiana, gay, bi o queer es un defecto personal? ¿Con qué frecuencia has sentido esto?	1	2	3	4
8. ¿Te hubiera gustado obtener ayuda profesional para cambiar tu orientación sexual para llegar a ser heterosexual?	1	2	3	4
9. ¿Has tratado de sentirte atraída sexualmente a la gente del sexo opuesto?	1	2	3	4
10. ¿Has sentido que tu orientación sexual te ha permitido expresar una parte natural de su identidad sexual? (R)	1	2	3	4

EXR

Las seis frases siguientes son acerca de cómo la sociedad, en general, trata a las personas que son similares a usted en su orientación sexual (lesbiana, gay, bi, queer). ¿Qué tanto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas?

	<u>Fuertemente en Desacuerdo</u>	<u>Algo en Desacuerdo</u>	<u>Algo de Acuerdo</u>	<u>Fuertemente de Acuerdo</u>
1. La mayoría de los empleadores no contratarán a una persona como tú	1	2	3	4
2. La mayoría de la gente cree que no se puede confiar en una persona como tú.	1	2	3	4
3. La mayoría de la gente piensa que una persona como tú es peligrosa e impredecible.	1	2	3	4
4. La mayoría de la gente piensa menos de una persona como tú.	1	2	3	4
5. La mayoría de la gente mira por debajo a gente como tú.	1	2	3	4
6. La mayoría de la gente piensa que la gente como tú no es tan inteligente como la persona promedio.	1	2	3	4

CLM					
Por favor lee cada frase cuidadosamente y determina en qué medida cada uno es cierto para ti en los últimos 3 meses. Indica su respuesta marcando con un círculo el número que mejor corresponde.					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. He ocultado mi orientación sexual diciéndole a alguien que yo era heterosexual o negando que era LGB.	1	2	3	4	5
2. He ocultado mi orientación sexual evitando el contacto con otros individuos LGB.	1	2	3	4	5
3. He evitado los temas de sexo, amor, atracción y/o relaciones para ocultar mi orientación sexual.	1	2	3	4	5
4. He permitido que otros asuman que soy heterosexual sin corregirlos.	1	2	3	4	5
5. He alterado mi apariencia, manierismos, o actividades en un intento de "pasar" como heterosexual.	1	2	3	4	5
6. He permanecido en silencio mientras presencié comentarios chistes o actividades anti-gais, porque no quería ser etiquetado como LGB por los involucrados.	1	2	3	4	5

SO						
Las siguientes preguntas son acerca de lo abierta que eres con otros acerca de tu identidad sexual y de género, y lo satisfecha que estás con tu nivel de apertura al respecto.						
1. ¿Eres explícita con tu familia sobre tu orientación sexual?	Totalmente	Mayormente	Algo	En absoluto		
	1	2	3	4		
	Extremadamente Satisfecha			Extremadamente Insatisfecha		
1a. ¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tu familia?	1	2	3	4	5	6

2. ¿Eres explícita con tus compañeros de trabajo o de estudio acerca de tu orientación sexual?	Totalmente 1	Mayormente 2	Algo 3	En absoluto 4		
	Extremadamente Satisfecha			Extremadamente Insatisfecha		
2a. ¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tus compañeros de trabajo o de estudio?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Eres explícita con tus amigos sobre tu orientación sexual?	Totalmente 1	Mayormente 2	Algo 3	En absoluto 4		
	Extremadamente Satisfecha			Extremadamente Insatisfecha		
3a. ¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre su orientación sexual con tus amigos?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Eres explícita con tu comunidad religiosa o clero acerca de tu orientación sexual?	Totalmente 1	Mayormente 2	Algo 3	En absoluto 4		
	Extremadamente Satisfecha			Extremadamente Insatisfecha		
4a. ¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de nivel de apertura sobre tu orientación sexual en tu comunidad religiosa?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Eres explícita con tus proveedores de atención médica acerca de tu orientación sexual?	Totalmente 1	Mayormente 2	Algo 3	En absoluto 4		
	Extremadamente Satisfecha			Extremadamente Insatisfecha		
5a. ¿Qué tan satisfecha estás con tu nivel de apertura sobre tu orientación sexual con tus proveedores de atención médica?	1	2	3	4	5	6

SMNE

¿Cuál de estos eventos crees que te pasó porque fue percibido que eras lesbiana, gay, bisexual o de género no conforme?

Por favor marca <u>todas</u> las casillas que apliquen	Antes de los 18 años en casa	Antes de los 18 años en la escuela	A 18 o más	No me pasó a mí
1. Me trataron injustamente pares o hermanos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fui tratada injustamente por una persona en autoridad, como un padre, un maestro o un jefe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me excluyeron de actividades sociales o atléticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me ponían apodos homófobos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Experimenté intimidación, burlas o rechazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me robaron, me estafaron o me chantajearon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi propiedad personal fue dañada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me echaron de mi casa o de la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No estaba protegido del trato homofóbico por parte de los padres, maestros o jefes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alguien me tiró algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fui empujado, empujado, o golpeado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tuve contacto sexual con alguien contra mi voluntad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Alguien amenazó con herirme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Alguien me hirió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alguien amenazó con matarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me amenazaron con un cuchillo, un arma u otra arma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles de estos eventos presenciaste o escuchaste pasar a otra persona porque fue percibido que era lesbiana, gay, bisexual o de género no conforme?

Por favor marca <u>todas</u> las casillas que apliquen.	Antes de los 18 años en casa	Antes de los 18 años en la escuela	A los 18 o más	No me pasó a mí
17. Escuché declaraciones negativas sobre los LGB o personas no conformes de género.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Escuché acerca de alguien más siendo intimidado, burlado, o tratado groseramente por ser LGB o de género no conforme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. He oído hablar de alguien <i>casi</i> lesionarse seriamente o morir por ser LGB o de género no conforme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ví que alguien <i>casi</i> se lesiona gravemente o se mata por ser LGB o de género no conforme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Escuché que alguien resultó gravemente herido o muerto por ser LGB o de género no conforme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. VI a alguien lesionarse seriamente o morir por ser LGB o de género no conforme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, ¿Cuáles de estos eventos, si los hubiese, se aplican a ti? Por favor marca sí o no para cada declaración.

	Sí	No
23. Me han diagnosticado VIH u otras enfermedades de transmisión sexual crónicas como la hepatitis C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. He conocido a una persona LGB que ha intentado o ha terminado de suicidarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. He perdido una persona importante por el SIDA/VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. He perdido muchos amigos por el SIDA/VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>