



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

***El papel del apoyo social en los niveles de estrés fisiológico y percibido,
calidad de vida y síntomas depresivo-ansiosos en personas de la diversidad
sexual de la población general adulta.***

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA QUE

PRESENTA:

DANIEL BENJAMÍN MONTOYA MOYA

Tutora teórica

Tutora metodológica

Dra. Beatriz Cerda de la O

Dra. Ana Lilia Cerda Molina

Ciudad de México, Septiembre 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

Resumen.....	1
Marco teórico.....	2
Introducción.....	2
Estigma y salud mental	3
La respuesta al estrés.....	4
Estrés minoritario	6
Estrés y apoyo social.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Pregunta de investigación.....	12
Justificación.....	12
Hipótesis.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Material y método.....	13
Tipo de estudio.....	13
Población en estudio.....	13
Criterios de inclusión.....	14
Criterios de exclusión.....	14
Variables y escalas de medición.....	14
Procedimiento	15
Diseño estadístico	16
Consideraciones éticas.....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	27
Conclusiones.....	28
Referencias.....	29
Anexos.....	34
Consentimiento informado.....	34
Cuestionario de Evaluación del Apoyo Interpersonal (ISEL 40).....	35
Cuestionario de Estrés Percibido (PSS).....	38
Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)....	39
Inventario de Ansiedad de Beck.....	41
Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).....	42

Resumen.

Las personas de la diversidad sexual enfrentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud mental y física en comparación con las personas heterosexuales cisgénero debido a que, además de afrontar los estresores rutinarios, están constantemente expuestas a situaciones de estrés como resultado del estigma, la discriminación, la violencia y de la propia internalización de creencias y actitudes sociales negativas. Algunos estudios han señalado que contar con vínculos sociales estables pudiera reducir los efectos negativos del estrés minoritario.

Objetivo: Analizar la relación que existe entre el apoyo social con el que cuentan las personas de la diversidad sexual y el grado de estrés que perciben, la calidad de vida y la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, y compararlo con sus pares heterosexuales cisgénero.

Resultados: De un total de 155 personas participantes, 34.2% (n = 53) correspondió a personas de la diversidad sexual y de estas 20.64% (n = 32) correspondió a hombres homosexuales (gays), 6.45% (n= 10) a mujeres bisexuales, 3.87% (n = 6) a lesbianas y 1.93% (n = 3) a hombres bisexuales. Se encontró que el grupo de lesbianas fue el que presentó los más bajos niveles de apoyo social ($p = 0.023$ vs mujeres heterosexuales), lo cual correspondió con niveles bajos de calidad de vida ($p = 0.01$ vs gays), además, este grupo presentó niveles graves de depresión ($p = 0.011$ vs heterosexuales, $p = 0.003$ vs gays) y ansiedad ($p = 0.003$ vs mujeres heterosexuales, $p = 0.001$ vs gays) según los puntos de corte de los instrumentos empleados. Las personas gays y lesbianas obtuvieron los niveles más altos de percepción de estrés ($p = 0.009$ vs heterosexuales), pero a pesar de esto, los participantes gays fueron quienes mostraron un nivel más alto de calidad de vida, y niveles bajos de depresión y ansiedad, coincidiendo con una mayor percepción de apoyo social que el resto de los grupos. **Discusión:** Los hallazgos del estudio confirman que existe una correlación significativa entre el apoyo social y la percepción de estrés, depresión, ansiedad y calidad de vida, independientemente de la identidad de género y la orientación sexual, por lo que resalta la importancia del entorno social en la salud mental y en la calidad de vida. A pesar de que la muestra de lesbianas es baja y poco representativa, se encontró en ellas una mayor vulnerabilidad que en el resto de los grupos, lo cual probablemente pudiera deberse a que ellas enfrentan los procesos de estrés tanto de las minorías sexuales, como los inherentes al género femenino. En contraste, los resultados obtenidos de la subpoblación gay pudieran reflejar el papel del apoyo social en el desarrollo de resiliencia.

Marco teórico.

Introducción.

A mediados de los años setenta, con base en la emergente evidencia científica y alentado por el movimiento social para poner fin a la discriminación hacia la orientación sexual, la American Psychological Association y otras organizaciones profesionales afirmaron que la homosexualidad per se no es un trastorno mental. Esta acción, se acompañó de la medida por parte de la American Psychiatric Association de remover la homosexualidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; American Psychiatric Association, 1973), lo que en parte ayudó a contrarrestar el estigma que la profesión médica y de salud mental habían impuesto y mantenido (American Psychological Association, 2009). A pesar de la evidencia científica actual, algunos elementos de la sociedad siguen considerando la homosexualidad como patológica; generalizando el prejuicio y la discriminación contra estas personas y los demás miembros de la diversidad sexual (i.e., gays, lesbianas, bisexuales, transgénero, intersexuales y demás identidades sexuales minoritarias), y el hecho de que fue asumida como una patología durante la mayor parte del siglo XX continúa a la fecha complicando las discusiones sobre la salud mental y su relación con la orientación sexual y la identidad de género. (Herek & Garnets, 2007).

La evidencia sugiere que con respecto a sus pares heterosexuales y cisgénero (i.e., personas cuya identidad de género es congruente a la asignada al nacimiento basado en la apariencia de los genitales externos), las personas que pertenecen a la diversidad sexual tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física y mental como enfermedades crónico-degenerativas, depresión, ansiedad, conductas alimentarias de riesgo, conducta suicida, autolesiones, uso de sustancias, así como de participar en conductas de riesgo (con sus consecuencias en la salud, como el riesgo de infecciones de transmisión sexual). Algunos de estos estudios enfatizan que las altas prevalencias de trastornos mentales y conducta suicida en este grupo son lo suficientemente elevadas para conferirle una atención especial a las necesidades específicas de esta población (Fergusson, Horwood, et al., 2005; Meyer, 2003; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Gonzalez, Przedworski, & Henning-Smith, 2016; King, et al., 2008).

A pesar de que, en este momento histórico, en el que la comunidad conformada por las personas que pertenecen a las minorías sexuales es cada vez una parte más visible y reconocida de la sociedad, el personal de atención a la salud enfrenta ciertas dificultades a la hora de trabajar con esta población, debido a que escasean los estudios sobre los determinantes específicos de la salud de esta comunidad. El colectivo de la diversidad sexual está compuesto por una población diversa no sólo con respecto al género y la orientación sexual, sino también a la raza y etnicidad, estatus socioeconómico, la edad, etc., cada subpoblación con sus respectivas necesidades en términos de salud. A pesar de estas diferencias, el principal aspecto en común en este grupo diverso es el histórico estatus social de marginalización, que surge a partir de que sus miembros se separan de los roles y expectativas de género tradicionales del grupo mayoritario (Graham, Berkowitz, et al., 2011). La situación de las personas que pertenecen a las minorías sexuales ha mejorado mucho en las últimas décadas, pero el prejuicio y la discriminación todavía están presentes en la sociedad; se han realizado estudios que siguen los objetivos de analizar el fenómeno de la discriminación manifiesta y sutil, y cómo esto se relaciona con su estado de salud mental. Algunos de estos estudios han concluido que el apoyo social puede reducir los efectos negativos de la discriminación y el estigma (Molero, Silván-Ferrero, & al., 2017). De esta forma, se sabe que el entorno social puede influir de manera determinante en la forma en las que las personas se desenvuelven y enfrentan problemas cotidianos; de manera que un entorno empobrecido, lleno de carencias económicas, emocionales y sociales puede restringir las habilidades normales de desarrollo, aumentar la vulnerabilidad a padecer estrés y sus consecuencias en la salud mental y física.

Estigma y salud mental

Para hacer un análisis sobre la salud mental de las minorías sexuales uno debe comprender el concepto psicosocial de estigma (Herek & Garnets, 2007). Link y Phelan (2001) definen el estigma como la coocurrencia de los siguientes componentes: el etiquetamiento, la construcción de estereotipos, separación, pérdida de estatus y la discriminación. El fenómeno comienza cuando las personas distinguen y otorgan una etiqueta a las diferencias entre las personas. Estas diferencias pueden ser consideradas características indeseables de acuerdo con las creencias culturales dominantes, lo cual culmina en la formación de estereotipos negativos. Las personas etiquetadas con estereotipos negativos son segregadas por el grupo dominante y experimentan

una pérdida de estatus y discriminación que los lleva a un desenlace de inequidad, lo cual es perpetuado debido a que la estigmatización es completamente contingente al poder sociocultural, económico y político dominante (Meyer I. H., 2003).

Desde este punto de vista, cualquier discusión sobre la salud mental de las minorías sexuales debe centrarse en reconocer el alcance y los efectos del estigma que la sociedad históricamente ha ligado a las personas con orientación sexual o identidad de género *no convencional* (Herek & Garnets, 2007). Cualquier forma de opresión limita la satisfacción de las necesidades básicas de quien la sufre, en tanto que puede deteriorar la salud física y mental, además de limitar la participación de los sujetos en la vida social (Ortíz & Granados, 2003), lo cual ha sido analizado en escritos teóricos y comprobado en investigaciones que sugieren que el inicio, curso, tratamiento y la prevención de los trastornos mentales en esta población difieren de manera sustancial de los de otras categorías sociales (Cochran S. D., 2001). Por lo tanto, el estigma, el prejuicio y la discriminación, son situaciones estresantes que crean un ambiente social hostil que impacta de forma negativa en el bienestar y la calidad de vida de estas personas, y debe ser considerado como un determinante de la alta prevalencia de trastornos mentales en las personas que pertenecen a minorías sexuales (Meyer I. H., 2003).

La respuesta al estrés

En términos generales el estrés se puede definir como la respuesta neuroendocrina y conductual que se activa ante ciertos eventos físicos y psicológicos que desestabilizan la homeostasis. Esta respuesta es limitada tanto en duración como en amplitud y está dirigida a afrontar de forma efectiva la situación generadora de estrés y restaurar el equilibrio fisiológico (Ron de Kloet, Joëls, & Holsboer, 2005; van Oort, Tendolkar, et al., 2017).

El estrés agudo tiene la finalidad de generar una respuesta destinada a afrontar adecuadamente una amenaza física temporal; en la sociedad moderna, sin embargo, el estrés es más frecuentemente de naturaleza psicológica o psicosocial (Lundberg, 2005). En sujetos sanos, la exposición aguda al estrés, independientemente de su origen, pone en marcha una serie de respuestas fisiológicas, como la elevación de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la secreción de cortisol; si esta respuesta se repite de manera crónica se incrementa la vulnerabilidad de tener resultados negativos en la salud, teniendo un mayor riesgo de desarrollar

trastornos mentales, disminución de la respuesta del sistema inmunológico, enfermedades infecciosas, o de empeoramiento de condiciones alérgicas o autoinmunes preexistentes, además de entorpecer la progresión de enfermedades crónicas. (Miller, Chen, & Zhou, 2007; Pascoe & Smart Richman, 2009). Dos sistemas neuroendocrinos han sido de específico interés en el estudio del estrés y la salud: el sistema simpático adrenomedular, con la secreción de dos catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, y el sistema hipotalámico hipofisiario adrenocortical (HHA), con la secreción de cortisol.

Tal como en el caso del estrés de origen físico, el estrés psicológico tiene la capacidad de activar el eje HHA. En primer lugar, el tálamo y los lóbulos frontales (e. g. corteza prefrontal) integran la información sensorial y evalúan la significancia de los estímulos ambientales, generando respuestas emocionales mediante extensas conexiones de la corteza prefrontal con el sistema límbico (e. g. amígdala e hipocampo). Las estructuras límbicas se conectan hacia el hipotálamo y funcionan como vías primarias para activar el eje HHA. La activación de este eje inicia con la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) por el hipotálamo, la cual estimula la hipófisis anterior para secretar hormona adrenocorticotropina (ACTH), cuya función es activar la corteza adrenal para liberar cortisol. El eje HHA juega un papel vital al sostener las funciones fisiológicas normales y regular una gran cantidad de sistemas (Lundberg, 2005; Dickerson & Kemeny, 2004). El cortisol juega un rol clave en el sistema nervioso central, donde está involucrado en el aprendizaje, la memoria y la emoción, en el metabolismo celular y en el sistema inmune, donde regula la magnitud y duración de la respuesta inflamatoria y la maduración linfocitaria (Miller, Chen, & Zhou, 2007). Juster y Hatzenbuehler (2015) demostraron que la diferencia en la respuesta del eje HHA al estrés no se basa únicamente en el sexo biológico, sino que también está modulada por la orientación sexual, y que mujeres y hombres homosexuales y bisexuales, comparados con personas heterosexuales del mismo sexo, se pueden encontrar alteraciones en la reactividad del eje HHA. En otro estudio, se encontró una respuesta disminuida del eje HHA en hombres y mujeres homosexuales y bisexuales que crecieron en comunidades con un alto índice de estigma social, en las que las minorías sexuales son blancos de exclusión social, donde no existen políticas de protección a las minorías sexuales por crímenes de odio y donde no se apoya la no-discriminación laboral o el matrimonio igualitario (Hatzenbuehler & McLaughlin, 2014). Como puede evidenciarse los resultados

parecen depender del contexto, por lo que aún faltan estudios que consideren otras variables. En resumen, las preocupaciones constantes, las experiencias adversas, y las dificultades para enfrentar estas situaciones, generan una respuesta crónica de estrés, que puede detonar diversos problemas de salud mental y física.

Estrés minoritario

El concepto de estrés psicosocial sugiere que las condiciones del ambiente social (como la relación con la familia o los compañeros de trabajo) son fuentes de estrés que pueden tener efectos en la salud mental y física, causando de esta forma un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas que pertenecen a categorías sociales estigmatizadas. A partir de esta perspectiva se desarrolla la teoría del estrés minoritario, la cual explica cómo el estigma y la discriminación afectan directamente la salud de las personas que forman parte de un grupo social minoritario.

El estrés minoritario se define como el exceso de estrés al que las personas de categorías sociales estigmatizadas están expuestas como resultado de su posición social, que es por lo general una minoría (Meyer I. H., 2003). Esta teoría postula que las personas que pertenecen a los grupos minoritarios están en mayor riesgo de algunos tipos de problemas psicológicos porque además de las situaciones de estrés rutinario, se enfrentan a adversidades únicas como resultado de su estatus desfavorecido en la sociedad, requiriendo de un mayor esfuerzo de adaptación que el de aquellos que no son estigmatizados. Estos estresores crónicos están relacionados a una estructura social y cultural subyacente relativamente estable, además, de procesos sociales, instituciones y estructuras que se encuentran en un nivel por encima de la persona, más que por eventos o condiciones individuales, característica de los estresores generales o biológicos, genéticos, u otras características no sociales de la persona o del grupo. La teoría de estrés minoritario, por lo tanto, explica cómo es que la inequidad observada en la salud mental de la población de la diversidad sexual no es una consecuencia de problemas psicológicos inherentes a pertenecer a una identidad sexual minoritaria, sino que es el resultado final del estigma persistente dirigido contra estas personas (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016), de las propias expectativas de la persona estigmatizada ante estas situaciones estresantes externas que son continuamente anticipadas, de la consecuente internalización de las creencias y actitudes

sociales negativas, y de la constante vigilancia que algunas de estas personas requieren para ocultar el estereotipo negativo como una estrategia para sortear estas adversidades (Herek & Garnets, 2007).

Al explorar la evidencia existente sobre el estrés minoritario uno se encuentra con dos enfoques distintos; estudios que comparan las diferencias en la prevalencia de trastornos mentales y físicos entre los grupos minoritarios y los no minoritarios, y estudios que examinan directamente cuáles son las situaciones y mecanismos específicos del estrés y las consecuencias negativas que resultan en inequidades en la salud (Meyer I. H., 2003).

El estrés minoritario surge no sólo de los eventos negativos externos, sino de la totalidad de la experiencia que vivencia la persona que pertenece a una minoría ante una sociedad dominante (Meyer I. H., 1995). El estigma y el estrés minoritario existen a nivel individual, interpersonal y estructural. En el nivel individual encontramos las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales que la persona desarrolla ante el estigma, tales como la homofobia o transfobia internalizada, la sensibilidad al rechazo y el ocultamiento de la identidad sexual. Se han adoptado los términos homofobia o transfobia internalizada, para describir el fenómeno en el que las personas estigmatizadas internalizan las actitudes sociales negativas acerca de las identidades sexuales minoritarias, lo que puede también hacer surgir sentimientos negativos hacia el propio grupo social al que pertenecen. Algunas personas anticipan el rechazo a consecuencia de experiencias previas de prejuicio y discriminación, lo cual puede hacer desarrollen estrategias de afrontamiento maladaptativas y a ocultar su identidad para evitar una victimización futura, lo cual a largo plazo, puede tener consecuencias negativas en la salud mental, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad, pobre autoestima y a un aumento general en otros síntomas psiquiátricos (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Las personas estigmatizadas se vuelven vigilantes de su entorno social para anticipar y de esta forma evitar exponerse a situaciones de discriminación, marginalización y violencia. Repetidos encuentros con estigma y situaciones de estrés minoritario pueden llevar a las personas de la diversidad sexual a adoptar estrategias maladaptativas de regulación emocional, aumentar sentimientos de soledad y rechazo social, común en miembros de grupos estigmatizados, así como afectar las relaciones interpersonales; además, el miedo a un futuro rechazo y a la

evaluación negativa lleva a estas personas a evitar involucrarse en relaciones cercanas por el miedo a que otros descubran su estigma (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). El estigma tiene una influencia en la formación, la represión y la expresión de la propia orientación sexual o identidad de género, la cual, si es aceptada por la persona, es generalmente ocultada hacia los demás. “Salir del clóset” ante la familia, las amistades y en el ambiente social laboral puede ser uno de los factores de estrés más significativos en las vidas de las personas de la diversidad sexual, pues ocultar la orientación sexual o la identidad de género puede ser una estrategia para evitar ser objeto de estigma, rechazo, discriminación y actos de violencia (Juster & Smith, 2013; Lyons & Pepping, 2017).

En un estudio (Cole, Kemeny, & al., 1996), en el que se le dio seguimiento durante 9 años a 80 hombres homosexuales con infección por VIH, se encontró que aquellos quienes ocultaban su orientación sexual presentaban conteos más bajos de CD4, progresaban más rápido hacia el diagnóstico de SIDA y morían más temprano que aquellos que expresaban más ampliamente su orientación sexual, pero, se encontró dentro de la población en estudio un subgrupo de hombres que eran especialmente sensibles al rechazo social quienes tenían una mejor evolución al ocultar su identidad sexual. Este hallazgo indica que revelar la identidad sexual no siempre resulta benéfico y la importancia de entender los factores que median la asociación entre la salud y el estigma.

Las formas interpersonales de estigma aluden a los procesos que ocurren entre el estigmatizado y el no estigmatizado, que incluye el prejuicio, la discriminación y acciones intencionales como los crímenes de odio, la victimización por pares, el *bullying*, o el rechazo y abuso parental, y alude también a acciones hasta cierto punto inintencionadas, como las microagresiones (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). Las microagresiones pueden no ser percibidas como discriminatorias por las personas que las ejercen, quienes pueden creer que sus acciones son inocentes o inofensivas, sin entender el impacto potencial de estas conductas en las personas que las reciben (Balsam, Molina, & al., 2011).

Las formas estructurales de estigma ocurren por encima de los niveles individual e interpersonal, como condiciones a nivel social, normas culturales, o políticas institucionales que limitan las oportunidades, los recursos y el bienestar de las personas estigmatizadas. Las personas que

pertenecen a grupos minoritarios están sujetas a la estructura social, a las normas, tradiciones, expectativas y a las leyes de la cultura dominante que en muchas ocasiones expresan, perpetúan e institucionalizan el estigma y aunque algunos países han logrado avances significativos en materia de derechos, aún son muchos los gobiernos que, por ejemplo, no otorgan reconocimiento institucional y jurídico a las familias conformadas por individuos del mismo género. En México, aunque algunos estados han legislado a favor de reconocer las uniones civiles y las identidades de las minorías sexuales y han realizado esfuerzos para prevenir la discriminación, en otros sigue existiendo un debate, a pesar de las recomendaciones de órganos nacionales (como la Suprema Corte de Justicia de la Nación) e internacionales. Un claro ejemplo del impacto del estigma estructural es un estudio en el que se encontró un aumento del 36.6% en la incidencia de trastornos afectivos, 248.2% en trastorno de ansiedad generalizada y 41.9% en trastornos por uso de sustancias en una muestra representativa de personas homosexuales y bisexuales que vivían en regiones de Estados Unidos donde se realizaron enmiendas a las leyes para prohibir el matrimonio entre personas del mismo género, en comparación con aquellas personas homosexuales y bisexuales que vivían en estados donde se permitía este tipo de uniones (Hatzenbuehler, McLaughlin, et al., 2010), y otro estudio (Rostosky, Riggle, et al., 2010) en el que se encontró que estas personas experimentaron un aumento en la exposición a situaciones de estrés relacionadas a representaciones negativas y de falsos estereotipos en los medios de comunicación, en debates políticos e incluso en sus interacciones sociales cotidianas. Además del estrés que representa la falta de reconocimiento de sus propias relaciones, en muchos países la condición de minoría sexual constituye un delito, con leyes que abogan por la tortura y persecución; son ocho países en los que la condición es castigada con pena de muerte. Esto claramente es una forma de violencia estructural con obvias consecuencias perjudiciales en la salud y una violación a los derechos humanos universales (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Ortíz & Granados, 2003; Nagata, 2017; ILGA, 2017). Para las personas transgénero o con identidades de género no binarias, además, otros procesos distales de estigma involucran la negación a la afirmación de género; un proceso interpersonal y estructural en el que la persona recibe el reconocimiento legal y apoyo social para expresar su identidad de género (Bockting, Coleman, & al., 2016).

Este contexto social de rechazo e intolerancia provoca que las personas de la diversidad sexual vivan o estén expuestas a situaciones de violencia. En México no existen estadísticas ni datos oficiales de los crímenes de odio debido a que no son registrados como tal y por temor a sufrir revictimización, muchas veces estas personas no denuncian estos actos ante las instituciones de procuración de justicia.

Estrés y apoyo social.

Algunos estudios han distinguido algunas variables que moderan la relación entre el estrés, la discriminación percibida y la salud, algunas de estas son el apoyo social, los mecanismos de afrontamiento, la identidad étnica y la personalidad. Algunos de estos estudios han demostrado que el apoyo social contribuye a aliviar los efectos negativos de la discriminación en la salud de las personas que pertenecen a minorías sexuales y señalan la optimización del apoyo social como una de las metas principales para el manejo de las consecuencias del estigma, pues la disponibilidad de amigos o familia para recurrir después de vivir una experiencia de discriminación puede ayudar a reconstruir los sentimientos de autoestima del individuo, previniendo el desarrollo de problemas de salud mental. Las formas profesionales de apoyo pueden también ser importantes fuentes de apoyo social, especialmente si existen obstáculos para obtenerlo, por ejemplo, de la familia. Además, tener una fuerte conexión con una identidad grupal puede amortiguar el impacto del estrés resultante de la discriminación al prevenir que los estereotipos negativos *infecten* el autoconcepto (Pascoe & Smart Richman, 2009; Lyons & Pepping, 2017; Molero, Silván-Ferrero, & al., 2017; Beals, L.A., & Gable, 2009).

Es importante identificar cuáles mecanismos ligan el estigma a la salud porque nos señala potenciales objetivos para realizar intervenciones clínicas y de salud pública dirigidas a reducir las disparidades en salud de las minorías sexuales (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Hatzenbuehler, 2009). La gran parte de los estudios sobre la asociación entre el estrés y la salud de las minorías sexuales se han realizado en países industrializados, donde las políticas sociales tienden a ser liberales y progresistas, y aunque los resultados de estas investigaciones deben considerarse, no pueden ser generalizados con las comunidades internacionales, tal es el caso de América Latina, donde la visibilización del tema es reciente, donde las personas pertenecen a comunidades más conservadoras y donde las condiciones del contexto social son diferentes

debido a la mayor desigualdad socioeconómica y la mayor rigidez en la asignación y contenido de los estereotipos de género. Ha sido demostrado, que la opresión social, en cualquiera de sus formas, tiene un efecto negativo en la salud de las personas. La teoría enfatiza que el estrés minoritario es exclusivo del grupo, pero aquellas personas que además de pertenecer a una minoría sexual, pertenecen a otro grupo social estigmatizado, o con múltiples estatus de desventaja, enfrentan todavía más situaciones de estrés y muchas otras formas de discriminación y violencia, ejemplo son las investigaciones que resaltan los mayores niveles de depresión, uso de sustancias, riesgo suicida y discriminación en población afroamericana, asiática y latina de Estados Unidos, en comparación con otras personas de la diversidad sexual de orígenes étnicos no estigmatizados (Meyer, Dietrich, et al., 2008; Cochran, Mays, et al., 2009; Balsam, Molina, et al., 2011).

La teoría de la interseccionalidad, se refiere al estudio de cómo los múltiples sistemas e identidades sociales se suman para producir y mantener inequidades complejas (Grzanka, Santos, & Moradi, 2017), que culminan en diferencias considerables en el estatus socioeconómico. Este término fue inicialmente adoptado por Crenshaw en 1989 como una crítica a la tendencia del feminismo en enfocar sus ideales en las “mujeres de clase privilegiada” y excluir de su discurso otras dimensiones, en este caso el origen racial, al examinar el fenómeno de la marginalización de las mujeres afroamericanas en el contexto de las políticas contra el racismo que representaban principalmente las experiencias del género masculino; “los miembros privilegiados del grupo”. Esta teoría tiene mucho que ofrecer al área de la investigación en salud, pues su aplicación permite abordar con mayor precisión el papel de aquellas variables sociales, como la raza, el género, la orientación sexual, el estatus socioeconómico o la discapacidad en las incidencias y prevalencias de las enfermedades (Bowleg, 2012; Bauer, 2014). Bajo esta perspectiva, estudiar a detalle estas condiciones sociales de inequidad y su relación con el estrés, nos ayuda a entender la realidad de las personas que pertenecen a las minorías sexuales y ubicarla en nuestro contexto, además de servir de sustento en el diseño e implementación de estrategias más específicas para mejorar la salud y la calidad de vida de esta población. (Ortíz & Granados, 2003; Meyer I. H., 2003; Molero, Silván-Ferrero, et al., 2017; Juster, Hatzenbuehler, et al., 2015).

Planteamiento del problema.

A pesar de que la situación social y política de las minorías sexuales ha mejorado en las últimas décadas, esta población continúa enfrentando adversidades como resultado del persistente estigma, prejuicio y discriminación, lo cual ha demostrado que además de afectar el bienestar y la calidad de vida de estas personas, contribuye a las inequidades en su situación de salud, confiriéndoles un riesgo elevado de presentar problemas de salud mental y física. Aunque se cuenta con evidencia científica acerca de los efectos deletéreos del estrés minoritario, la preocupación por este tema es reciente y aún existen brechas en el conocimiento sobre la realidad que enfrenta esta población y una necesidad de comprender las variables que moderan los efectos negativos del estrés minoritario, como lo es recibir o no apoyo social, por parte de la familia y compañeros de trabajo o amigos, principalmente en regiones como la nuestra, donde las condiciones políticas, económicas y socioculturales conservadoras difieren considerablemente de aquellas encontradas en los países donde se han realizado la mayoría de estos estudios.

Pregunta de investigación.

¿Juega el apoyo social un papel significativo en los niveles de estrés percibido, en la presencia de síntomas fisiológicos de estrés, calidad de vida y en los síntomas depresivos y ansiosos de las personas de la diversidad sexual?

Justificación.

Las altas prevalencias de problemas de salud mental y física de esta población vulnerable le confieren a este grupo la necesidad de recibir una atención específica y diferenciada. Estudiar los mediadores específicos relacionados con el estrés minoritario y sus consecuencias en la salud mental nos ayuda a entender la realidad que enfrentan las personas que pertenecen a las minorías sexuales. Esto beneficiaría la atención y ayudaría a diseñar estrategias de intervención preventivas y de tratamiento específicas para este grupo, con la finalidad de reducir el impacto del estrés minoritario y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Hipótesis.

El apoyo social será menor en las personas de la diversidad sexual quienes presentarán mayores niveles de estrés, más síntomas de ansiedad y depresión, así como una menor calidad de vida en comparación con sus pares heterosexuales cisgénero.

Objetivo general.

Estudiar si existe relación entre el apoyo social con el que cuentan las personas que pertenecen a la minoría sexual y el grado de estrés que estas personas perciben, la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, así como la calidad de vida.

Objetivos específicos

1. Medir a través de cuestionarios y pruebas clinimétricas autoaplicables, de acceso vía internet, el grado de apoyo social, así como determinar la percepción del grado de estrés y sus síntomas fisiológicos, presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, y la calidad de vida de participantes voluntarios de la población general adulta.
2. Comparar los resultados de los cuestionarios y pruebas clinimétricas entre las personas que pertenecen a la diversidad sexual y sus pares heterosexuales cisgénero.
3. Analizar si existe un efecto moderador del apoyo social en las demás variables de estudio.

Material y método.

Tipo de estudio.

Estudio transversal, analítico, comparativo.

Población en estudio.

Personas de la población general adulta.

Criterios de inclusión.

Personas de la población general, de cualquier sexo, identidad de género u orientación sexual, que sean mayores de 18 años.

Criterios de exclusión.

Personas menores de edad.

Variables y escalas de medición.

Variable	Tipo de variable	Definición operacional
Escala de Evaluación de Apoyo interpersonal (ISEL 40).	Predictora	0 – 160 puntos. Sin punto de corte. Las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido.
Cuestionario de Estrés Percibido (PSS)	Dependiente Cuantitativa	Subescala de estrés percibido: 0 – 56 puntos Subescala de estrés fisiológico percibido: 0 – 84 puntos. Sin punto de corte. Las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido
Inventario de Depresión de Beck (BDI).	Dependiente Cuantitativa	0-13 puntos: depresión mínima o ausente. 14-19 puntos: leve. 20-28 puntos: moderada. 29-63: depresión grave.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	Dependiente Cuantitativa	0-21 puntos: Ansiedad muy baja o ausente. 22-35 puntos: moderada. >36 puntos: ansiedad severa.
Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF).	Dependiente Cuantitativa	Sin punto de corte. Las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido.
Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, identidad de género, orientación sexual, antecedentes de discriminación.	Covariables	

Procedimiento

Debido a que la población objeto de estudio se trató de una minoría, se utilizó una técnica de muestreo no probabilística, del tipo bola de nieve y se sustentó en la propia red social de los potenciales participantes, quienes participaron de forma completamente anónima. Se hizo uso de la plataforma Formularios de Google, que permite el diseño y aplicación en línea de test y cuestionarios autoaplicables. El diseño del formulario en línea se realizó siguiendo las recomendaciones de Regmi, Waithaka, Paudyal, Simkhada, & van Teijlingen (2016).

El enlace al formulario en línea fue publicado en redes sociales públicas, además enviado vía correo electrónico a personal que labora dentro de instituciones y asociaciones dedicadas a la atención de personas de la diversidad sexual. Los potenciales participantes, tuvieron la posibilidad de compartir el enlace al formulario del estudio a las personas que conforman su grupo social.

Al momento de acceder al enlace, se les invitó a leer el Consentimiento Informado, en el que se expusieron brevemente los objetivos y características del estudio. El formulario incluyó información de contacto del investigador principal con la finalidad de resolver posibles dudas y actuar en caso de presentarse alguno de los riesgos que se explicarán más adelante.

Al concluir el formulario, los participantes tuvieron la oportunidad de generar un código de identificación de sus respuestas que fue enviado al investigador principal con la finalidad de poder otorgar los resultados individuales de las evaluaciones realizadas de quienes lo solicitaron.

Se planteó trabajar con un mínimo de 68 participantes para tener representatividad estadística (con un 90% de confianza) de acuerdo con la siguiente fórmula de tamaño de muestra:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

Diseño estadístico

Cada cuestionario se calificó de acuerdo con sus propias instrucciones. El análisis estadístico fue llevado a cabo con el software SPSS V25.0. Dado que las variables dependientes son de naturaleza continua, se utilizó un modelo de análisis lineal generalizado, uno para cada variable dependiente (Soporte social, calidad de vida, estrés, depresión y ansiedad), utilizando como predictores la identidad de género (IS) y la orientación sexual (OS) y se evaluaron los efectos principales de cada variable y su interacción. Como análisis *post-hoc* se utilizó la prueba de Bonferroni. Las covariables en este estudio incluyen la edad, estado civil, escolaridad, ocupación y antecedentes de discriminación.

En todos los casos, los resultados se consideraron como significativos a una $p \leq 0.05$; los resultados se reportan en todos los casos como la media y el error estándar de la media ($\bar{X} \pm$ E.E.M).

Consideraciones éticas

El estudio cumplió con las recomendaciones y principios éticos de la Declaración de Helsinki para la experimentación con seres humanos y se apegó a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Se consideró como una investigación con riesgo mínimo, esto debido a que el estudio incluyó por cada sujeto la autoadministración de pruebas clinimétricas, así como la aplicación de cuestionarios sobre aspectos psicológicos y de calidad de vida, considerando que los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación pudieran en algunas personas ocasionar estrés emocional. En el caso de esta investigación, ninguna de las personas participantes contactó al investigador principal por haber presentado algún síntoma que hubiera requerido de atención. La participación en esta investigación fue completamente anónima y no se solicitó información que permita identificar a las personas participantes, salvo a aquellas que voluntariamente decidieron recibir sus resultados individuales.

Resultados.

Un total de 155 participantes de la población general ingresó a la plataforma en línea y aceptó el Consentimiento Informado. El 34.2% (n = 53) de las personas participantes correspondió a personas de la diversidad sexual, y de éstas, a excepción de una persona que se identificó a sí misma con una identidad de género *no binaria*^a, todas las personas participantes se identificaron como cisgénero. Con respecto a la orientación sexual, una mujer se identificó a sí misma como pansexual^b, el 20.64% (n = 32) de la muestra correspondió a hombres homosexuales, el 6.45% (n= 10) a mujeres bisexuales, 3.87% (n = 6) a mujeres homosexuales (lesbianas) y 1.93% (n = 3) a hombres bisexuales. En la Tabla 1 pueden observarse las características sociodemográficas de la población.

Tabla 1. Características sociodemográficas por orientación sexual e identidad de género. (No se incluyen a participantes con identidad de género no binaria y orientación sexual pansexual).						
	Hombres cisgénero			Mujeres cisgénero		
	Heterosexual 46.2% (n= 30)	Homosexual 49.2% (n= 32)	Bisexual 4.6% (n= 3)	Heterosexual 80.9% (n= 72)	Homosexual 6.7% (n= 6)	Bisexual 11.2% (n=10)
Edad (media)	35.90	29.44	24.33	32.03	29.83	30.30
Estado civil						
Soltería	50% (n= 15)	71.9% (n= 23)	100% (n=3)	48.6% (n= 35)	50% (n= 3)	60% (n=6)
Divorcio/separación	6.7% (n= 2)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	8.3% (n= 6)	0% (n= 0)	20% (n= 2)
Matrimonio/Unión estable	40% (n= 12)	28.1% (n= 9)	0% (n= 0)	41.7% (n= 30)	50% (n= 3)	20% (n= 2)
Viudez	3.3% (n= 1)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	1.4% (n=1)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Escolaridad						
Primaria	3.3% (n= 1)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Secundaria	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	1.4% (n=1)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Bachillerato	10% (n= 3)	6.3% (n= 2)	33.3% (n=1)	19.4% (n= 14)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Educación superior	46.7% (n= 14)	40.6% (n=13)	33.3% (n=1)	54.2% (n= 39)	33.3% (n= 2)	30% (n= 3)
Posgrado	40% (n= 12)	53.1% (n=17)	33.3% (n=1)	25% (n= 18)	66.7% (n= 4)	70% (n= 7)
Ocupación						
Ninguna	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	1.4% (n=1)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Actividades domésticas	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	4.2% (n= 3)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Empleo formal	56.7% (n= 17)	46.9% (n= 15)	66.7% (n= 2)	56.9% (n= 41)	50% (n= 3)	40% (n= 4)
Empleo informal	6.7% (n= 2)	3.1% (n= 1)	0% (n= 0)	4.2% (n= 3)	33.3% (n= 2)	0% (n= 0)
Jubilado	6.7% (n= 2)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)	0% (n= 0)
Estudiante	10% (n= 3)	12.5% (n= 4)	0% (n= 0)	12.5% (n=9)	0% (n= 0)	20% (n= 2)
Estudiar y trabajar	20% (n= 6)	37.5% (n= 12)	33.3% (n=1)	20.8% (n= 15)	16.7% (n= 1)	40% (n= 4)

^a No binario (adj.): Describe a una persona cuya identidad de género no encaja con la estructura tradicional de género binario (i.e., niño/hombre/masculino y niña/mujer/femenino).

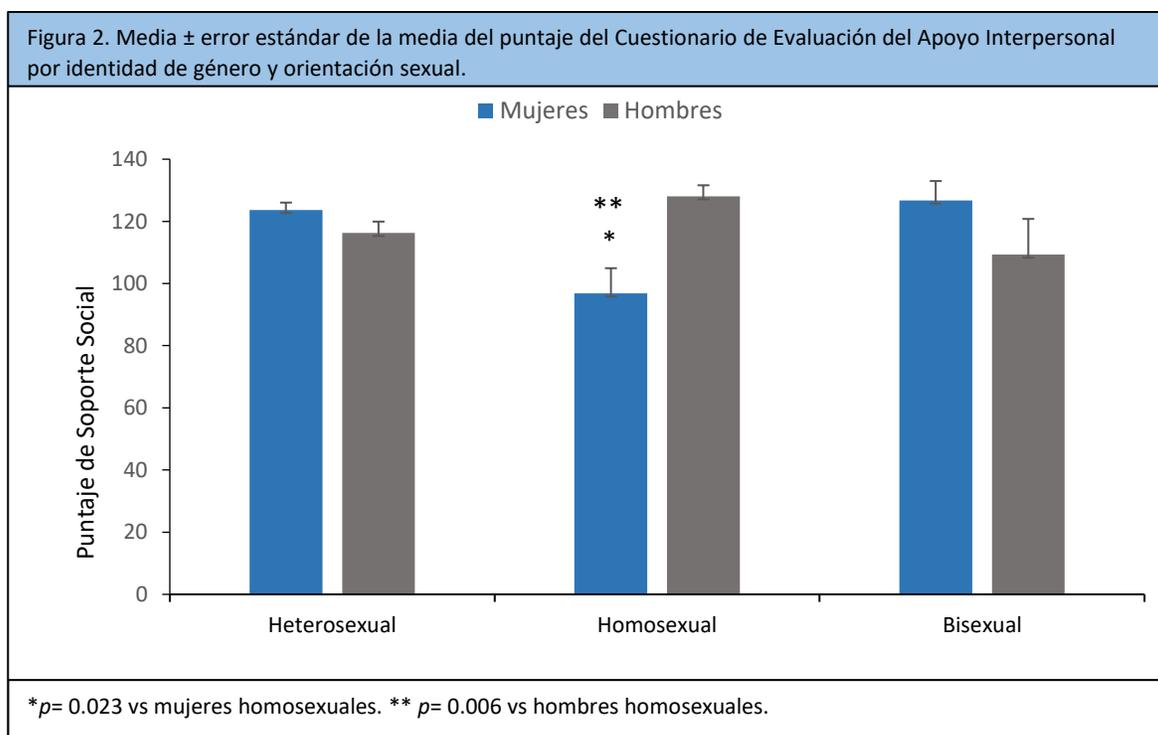
^b Pansexual (adj.): Una orientación sexual que describe a una persona que siente atracción sexual y emocional hacia otras personas, independientemente de sus géneros.

Discriminación. Todas las mujeres homosexuales (n= 6) y el 70% (n= 7) de las bisexuales consideraron haber sufrido discriminación a consecuencia de su identidad de género u orientación sexual en algún momento de sus vidas, a comparación de sólo 11.1% (n= 8) de las mujeres heterosexuales. En el caso de los hombres, el 78.1% (n= 25) de los homosexuales y el 66.7% (n= 2) de los bisexuales expresaron haber sido discriminados, en comparación con dos hombres heterosexuales (6.7%), quienes consideraron haber recibido discriminación por su IG u OS; ambos en la esfera escolar y laboral.



Apoyo social. El modelo lineal generalizado mostró que no hubo un efecto significativo de las variables de identidad de género y orientación sexual en el apoyo social (X^2 Wald = 0.156, g.l. = 1, $p = 0.69$; X^2 Wald = 2.330, g.l. = 2, $p = 0.31$, respectivamente), pero sí se encontró un efecto de la interacción entre ambas variables (X^2 Wald = 16.91, g.l. = 2, $p > 0.001$). La prueba post hoc indicó que el menor apoyo social lo obtuvo la subpoblación de lesbianas, en quienes se encontró una diferencia significativa en comparación con sus pares heterosexuales ($p = 0.023$) y con los hombres homosexuales ($p = 0.006$), en quienes la media resultó más alta que en los otros grupos (Figura 2, Tabla 2).

Tabla 2. Media \pm error estándar de la media del puntaje Cuestionario de Evaluación del Apoyo Interpersonal por identidad de género y orientación sexual.					
IG	OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
				Inferior	Superior
Mujeres	Heterosexuales	123.69	2.353	119.08	128.31
	Homosexuales	96.83	8.150	80.86	112.81
	Bisexuales	126.70	6.313	114.33	138.07
Hombres	Heterosexuales	116.30	3.645	109.16	123.44
	Homosexuales	128.09	3.529	121.18	135.01
	Bisexuales	109.33	11.526	86.76	131.92



Estrés percibido. Se encontró un efecto significativo en la orientación sexual sobre el estrés percibido (X^2 Wald = 8.873, g.l. = 2, $p = 0.012$), pero no de la identidad de género o de la interacción entre ambas variables (X^2 Wald = 3.331, g.l. = 1, $p = 0.68$; X^2 Wald = 5.294, g.l. = 2, $p = 0.071$, respectivamente). Para la subescala de Estrés Fisiológico se encontraron efectos significativos de la identidad de género, de la orientación sexual y de la interacción entre ambas variables (X^2 Wald = 5.417, g.l. = 1, $p = 0.020$; X^2 Wald = 12.393, g.l. = 2, $p = 0.002$; X^2 Wald = 12.517, g.l. = 2, $p = 0.002$, respectivamente). Como puede observarse en la figura 3, las personas homosexuales obtuvieron los niveles más altos de percepción de estrés ($\bar{X} = 29.98$ E.E.M \pm 1.798), siendo significativo sólo en comparación con las personas heterosexuales ($p = 0.009$). En

el caso del estrés fisiológico, las lesbianas fueron quienes obtuvieron mayores niveles ($\bar{X}= 37.17$ E.E.M ± 3.824), lo cual fue significativo en comparación con sus pares heterosexuales ($p = 0.002$) y bisexuales ($p= 0.001$) y con los hombres homosexuales y heterosexuales ($p < 0.001$), siendo éstos últimos quienes percibieron menores síntomas físicos de estrés según la subescala ($\bar{X}= 17.60$ E.E.M ± 1.710 , figura 4).

Tabla 3. Media \pm error estándar de la media del puntaje del cuestionario de Estrés Percibido por orientación sexual				
OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
			Inferior	Superior
Heterosexuales	24.02	0.878	22.30	25.75
Homosexuales	29.98	1.798	26.46	33.51
Bisexuales	25.17	2.660	19.95	30.38

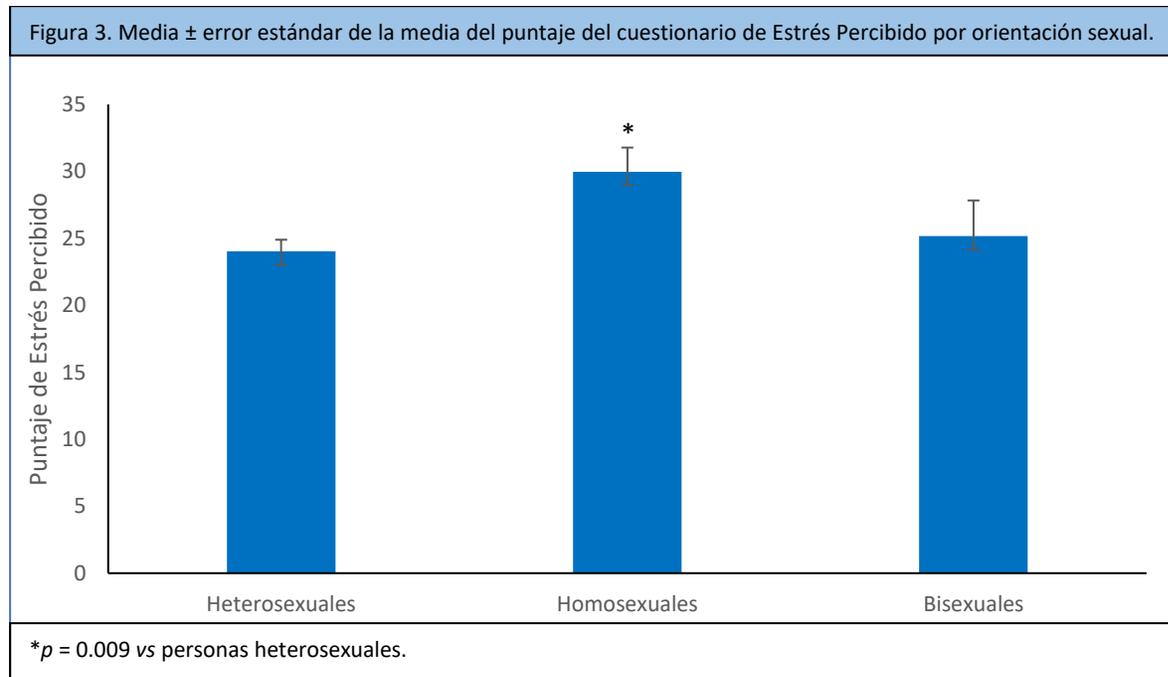
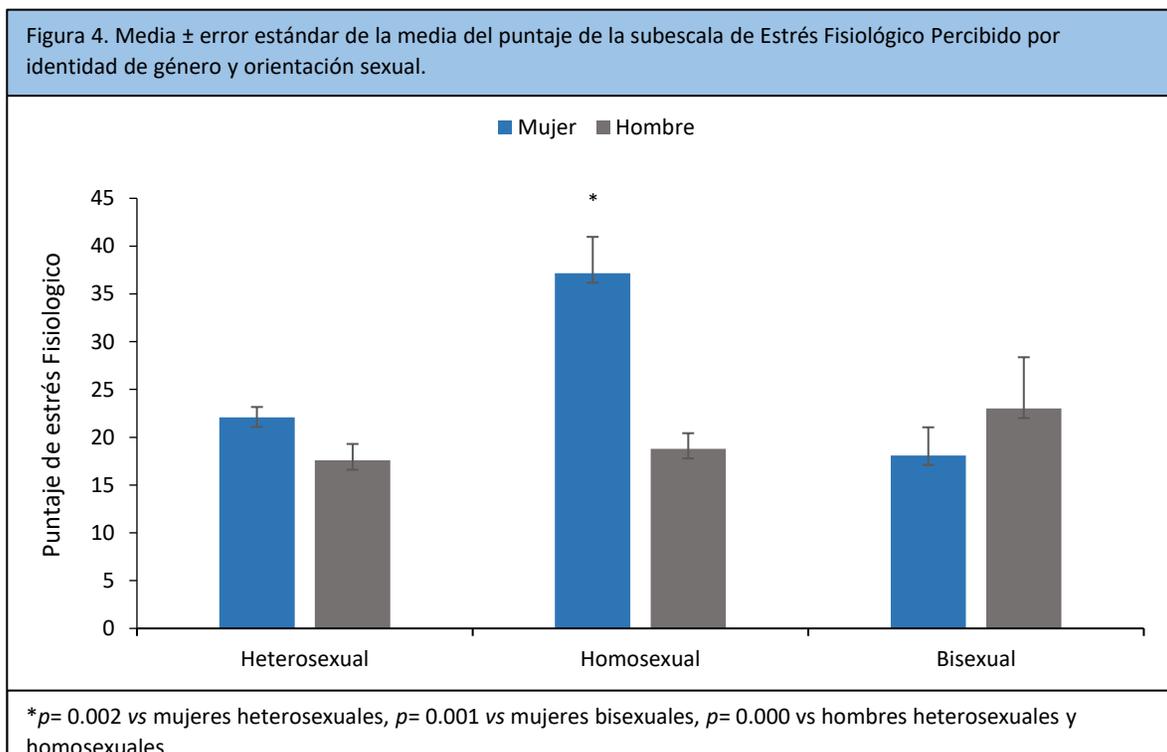
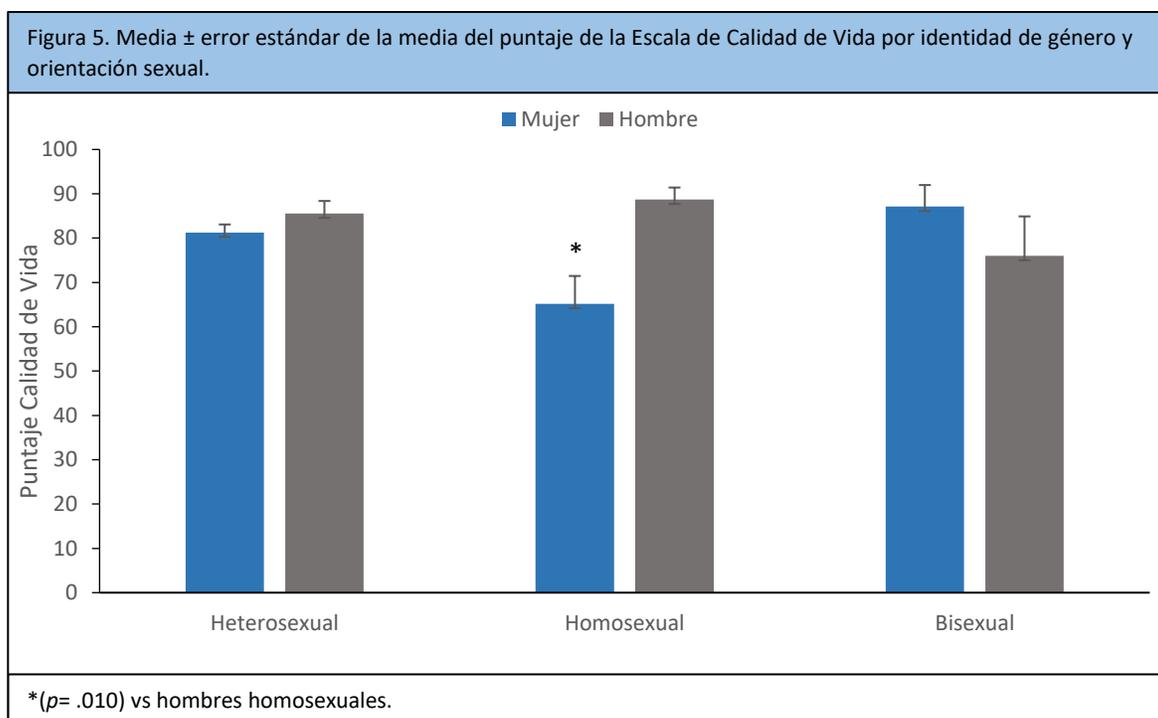


Tabla 4. Media \pm error estándar de la media del puntaje de la subescala de Estrés Fisiológico Percibido por identidad de género y orientación sexual.					
IG	OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
				Inferior	Superior
Mujeres	Heterosexuales	22.07	1.104	19.91	24.23
	Homosexuales	37.17	3.824	29.67	44.66
	Bisexuales	18.10	2.962	12.30	23.90
Hombres	Heterosexuales	17.60	1.710	14.25	20.95
	Homosexuales	18.78	1.656	15.54	22.03
	Bisexuales	23.00	5.407	12.40	33.60



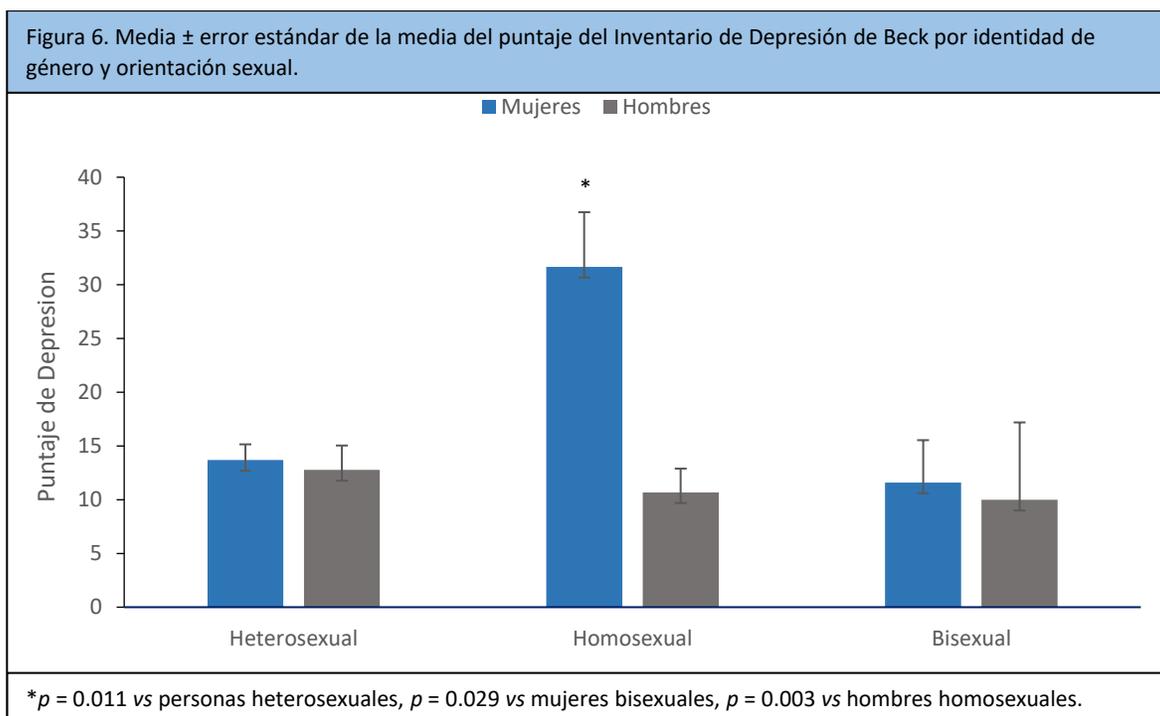
Calidad de vida. No se encontró un efecto significativo en las variables de identidad de género y orientación sexual, pero sí se encontró significación en la interacción entre ambas (X^2 Wald = 1.713, g.l. = 1, $p = 0.191$; X^2 Wald = 2.868, g.l. = 2, $p = 0.238$; X^2 Wald = 9.478, g.l. = 2, $p = 0.009$, respectivamente). Fueron las lesbianas quienes puntuaron más bajo que todos los grupos ($\bar{X} = 65.17$ E.E.M \pm 6.333, figura 5), aunque sólo fue significativo en comparación con los hombres homosexuales, quienes obtuvieron un nivel de calidad de vida más alto que todos los grupos ($\bar{X} = 88.69$ E.E.M \pm 2.742, $p = 0.01$).

Tabla 5. Media \pm error estándar de la media del puntaje de la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) por identidad de género y orientación sexual.					
IG	OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
				Inferior	Superior
Mujeres	Heterosexuales	81.26	1.828	77.68	84.85
	Homosexuales	65.17	6.333	52.75	77.58
	Bisexuales	87.10	4.906	77.49	96.71
Hombres	Heterosexuales	85.57	2.832	80.02	91.12
	Homosexuales	88.69	2.742	83.31	94.06
	Bisexuales	76.00	8.956	58.45	93.55



Depresión. Se encontró un efecto significativo en la identidad de género, la orientación sexual y la interacción entre ambas variables (χ^2 Wald = 5.178, g.l. = 1, $p = 0.023$; χ^2 Wald = 7.415, g.l. = 2, $p = 0.025$; χ^2 Wald = 10.590, g.l. = 2, $p = 0.005$, respectivamente). En la figura 6 puede observarse que las lesbianas obtuvieron una media de 31.67 (E.E.M \pm 5.117), lo cual corresponde a la clasificación de depresión grave según los puntos de corte establecidos para el Inventario de Depresión de Beck, siendo significativo en comparación con las personas heterosexuales ($p = 0.011$), las mujeres bisexuales ($p = 0.029$) y los hombres homosexuales ($p = 0.003$). A excepción de las mujeres homosexuales, el resto de los grupos no cumplieron criterios de depresión según el inventario.

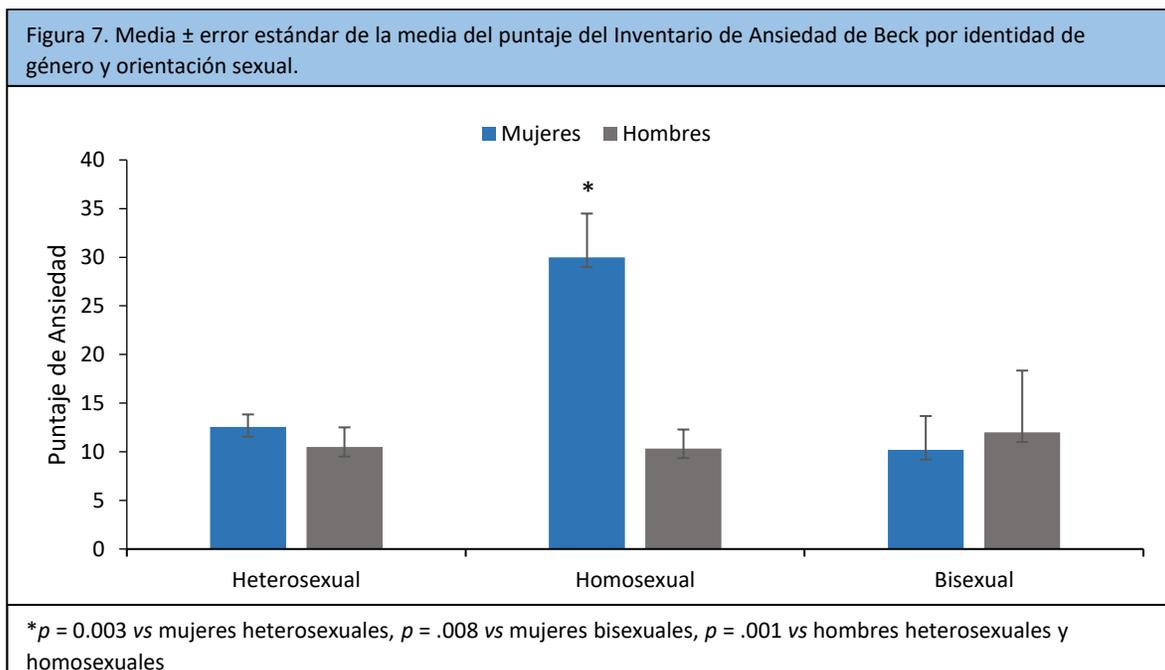
Tabla 6. Media \pm error estándar de la media del puntaje del Inventario de Depresión de Beck por identidad de género y orientación sexual.					
IG	OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
				Inferior	Superior
Mujeres	Heterosexuales	13.68	1.477	10.79	16.58
	Homosexuales	31.67	5.117	21.64	41.70
	Bisexuales	11.60	3.964	3.83	19.37
Hombres	Heterosexuales	12.77	2.288	8.28	17.25
	Homosexuales	10.69	2.216	6.34	15.03
	Bisexuales	10.00	7.237	-4.18	24.18



Ansiedad. La identidad de género, la orientación sexual y la interacción entre ambas variables mostraron un efecto significativo sobre los síntomas de ansiedad (X^2 Wald = 4.768, g.l. = 1, $p = 0.029$; X^2 Wald = 10.280, g.l. = 2, $p = 0.006$; X^2 Wald = 11.248, g.l. = 2, $p = 0.004$, respectivamente). Las mujeres homosexuales puntuaron más alto en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), con una media de 30 (E.E.M \pm 4.517) que corresponde a ansiedad moderada según el punto de corte, a diferencia del resto de los grupos que obtuvieron niveles de bajos de ansiedad. Esto fue significativo en comparación con las mujeres heterosexuales y bisexuales ($p =$

0.003; $p = 0.008$, respectivamente) y con los hombres heterosexuales y homosexuales ($p = 0.001$), ver figura 7.

Tabla 7. Media \pm error estándar de la media del puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck por identidad de género y orientación sexual.					
IG	OS	Media	E.E.M.	95% del intervalo de confianza de Wald	
				Inferior	Superior
Mujeres	Heterosexuales	12.54	1.304	9.99	15.10
	Homosexuales	30.00	4.517	21.15	38.85
	Bisexuales	10.20	3.498	3.34	17.06
Hombres	Heterosexuales	10.50	2.020	6.54	14.46
	Homosexuales	10.34	1.956	6.51	14.18
	Bisexuales	12.00	6.387	-0.52	24.52



Como lo muestra la Tabla 8, el apoyo social se correlacionó de manera significativa con todas las variables ($p < 0.001$), de manera positiva con la calidad de vida y negativa con las demás variables. Como lo indica la Figura 8, el estrés tanto fisiológico como percibido incrementan cuando el apoyo social es menor y en la figura 9 se muestra que la calidad de vida es mejor a mayor apoyo social. Como era de esperarse, en la figura 10 se muestra que los síntomas de ansiedad y depresión también son mayores a menor apoyo social reportado.

Tabla 8. Coeficientes de correlación de Pearson.

	Apoyo Social	Estrés percibido	Estrés fisiológico	Calidad de vida	Depresión
Estrés percibido	- 0.613				
Estrés fisiológico	-0.457	0.737			
Calidad de vida	0.674	- 0.769	- 0.664		
Depresión	- 0.632	0.779	0.759	- 0.763	
Ansiedad	- 0.445	0.655	0.750	- 0.661	0.771

Las correlaciones son significativas a $p < 0.001$.

Figura 8. Correlación entre el apoyo social y el estrés percibido y fisiológico en personas de la diversidad sexual en personas heterosexuales (n = 155).

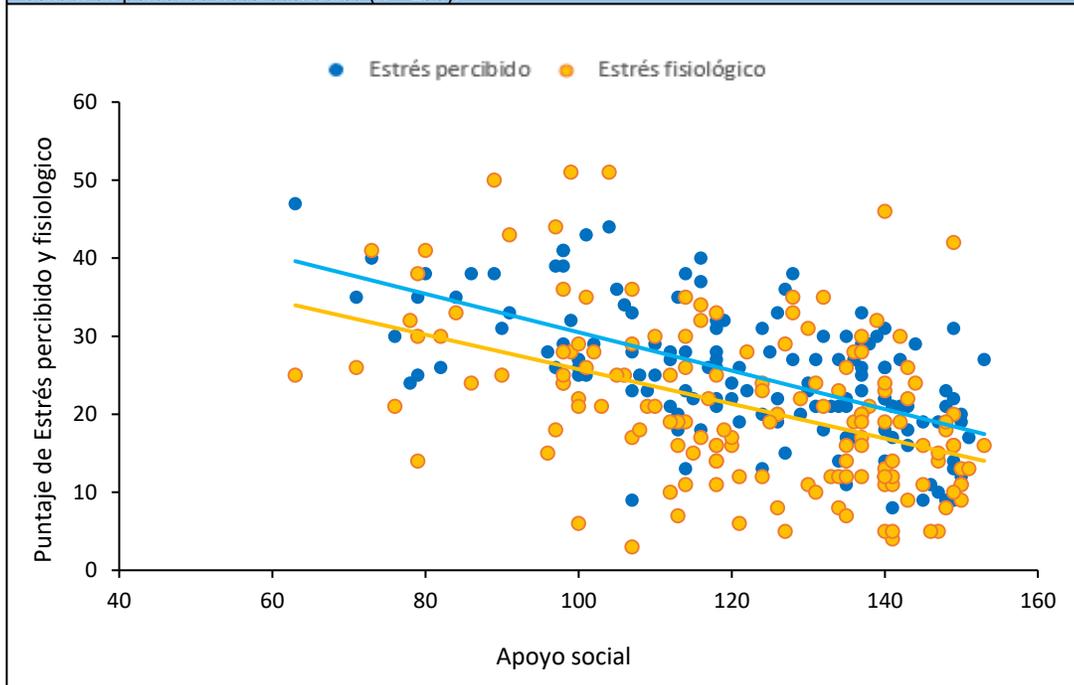


Figura 9. Correlación entre el apoyo social y la calidad de vida en personas de la diversidad sexual en personas heterosexuales (n = 155).

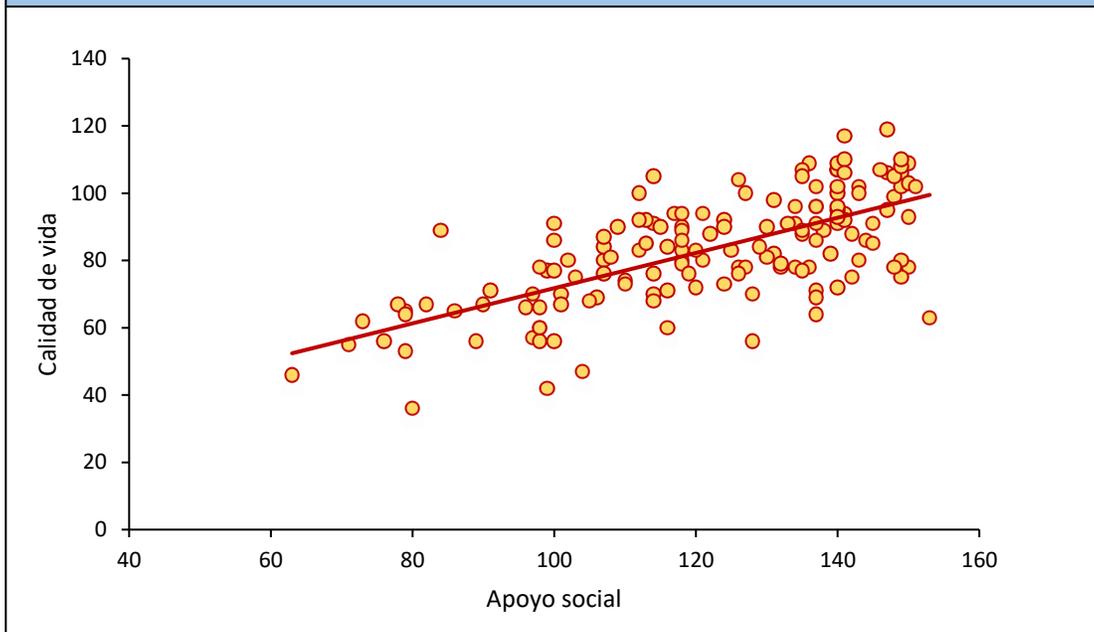
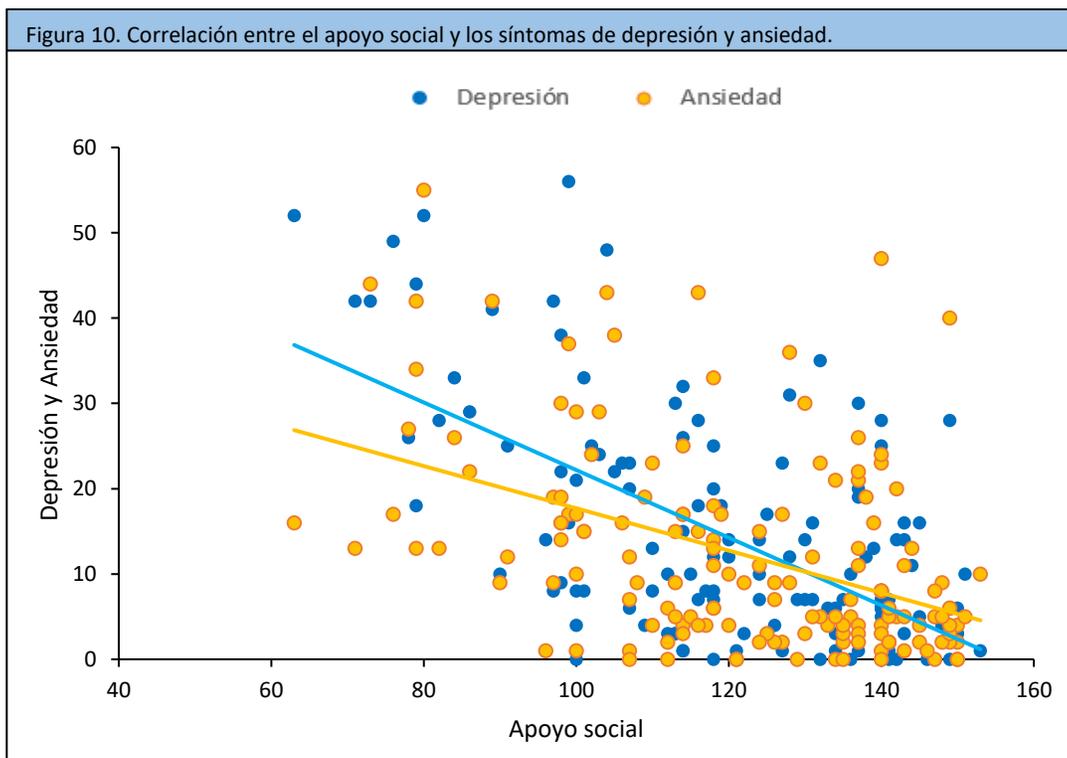


Figura 10. Correlación entre el apoyo social y los síntomas de depresión y ansiedad.



Discusión.

En este estudio se examinaron las diferencias en la percepción de estrés, la calidad de vida y los síntomas de depresión y ansiedad entre personas de la población general que pertenecen a una minoría sexual y sus pares heterosexuales cisgénero, además de la asociación del apoyo social con estas variables. En primer lugar, los hallazgos del estudio confirman que existe una correlación significativa entre el apoyo social y todas las variables estudiadas (estrés, depresión, ansiedad y calidad de vida), independientemente de la identidad de género y la orientación sexual, por lo que resalta la importancia del entorno social en la salud mental y en la calidad de vida. Se observó que las personas que pertenecen a una minoría sexual enfrentan más situaciones de discriminación en comparación de sus pares, como consecuencia de la expresión de su orientación sexual, lo cual ocurrió más frecuentemente en el ámbito social, escolar y laboral.

Al comparar todos los grupos, encontramos que las lesbianas fueron quienes presentaron los más bajos niveles de apoyo social, lo cual correspondió con bajos niveles de calidad de vida y mayor percepción de estrés, además, según los puntos de corte de los instrumentos empleados, este grupo presentó niveles graves de depresión y ansiedad. A pesar de que estos hallazgos fueron estadísticamente significativos, deben interpretarse con cautela debido a que el número de mujeres de la diversidad sexual participantes fue bajo y podría no ser representativo de dicha subpoblación. No obstante, el resultado obtenido puede ser indicativo de que las mujeres homosexuales están en mayor riesgo porque además de enfrentar los procesos de estrés exclusivos de las minorías sexuales, experimentan aquellos inherentes al sexismo y al género, que a pesar de estar bien reconocidos, han sido escasamente estudiados (Landrime, Klonoff, Gibbs, Manning, & Lund, 1995). Por lo tanto, pertenecer a dos categorías socialmente oprimidas y aunado también a los conocidos factores de riesgo biológicos que se han relacionado con las mayores prevalencias de depresión y ansiedad en mujeres en comparación con hombres, pudiera conferirle una mayor vulnerabilidad a esta subpoblación.

En contraste a lo que se esperaba, fueron los hombres homosexuales quienes percibieron un mayor apoyo social y una mejor calidad de vida que el resto de los grupos, así como los niveles más bajos de depresión y ansiedad, sin embargo, esto no se tradujo en menores niveles de

estrés, que resultaron ser más altos en comparación con sus pares heterosexuales. La mayor parte de los estudios se enfocan en las inequidades y desventajas que enfrentan las personas de la diversidad sexual como resultado del estrés minoritario, pero existe evidencia de que algunas personas logran afrontar asertivamente y adaptarse a las situaciones de estrés y discriminación mediante procesos que dinámicamente influyen el desarrollo de resiliencia. Estos estudios señalan que la resiliencia en esta subpoblación es el resultado de la construcción y mantenimiento de las propias redes sociales, formar vínculos dentro de la propia comunidad de la diversidad sexual y de tener la posibilidad de acceder a tratamiento en salud mental en caso de requerirlo (Handlovsky, Bungay, et al., 2018; McConnell, Janulis, et al., 2018; Beasley, Jenkins, & Valenti, 2015).

Una de las limitaciones más evidentes del estudio fue la falta de homogeneidad en la distribución de las subpoblaciones de la muestra, además, el tipo de muestreo no garantiza la representatividad. Este es uno de los motivos por los cuales usualmente en otros estudios realizados en esta población se engloban a las personas de la diversidad sexual dentro de una sola categoría, lo cual complica la distinción de las experiencias exclusivas de cada subpoblación. Por otra parte, los estudios sobre subpoblaciones de la diversidad sexual están enfocados casi en su totalidad en la salud de los hombres que tienen sexo con hombres y poco se sabe sobre la salud de las mujeres y de las otras identidades de la diversidad sexual (Landrime, Klonoff, Gibbs, Manning, & Lund, 1995).

Será importante en futuras investigaciones sobre esta población intentar coleccionar muestras más amplias y representativas. Seguir estudiando con detalle las causas y las consecuencias de las inequidades en la salud de esta población y de los subgrupos que la conforman, dentro del marco teórico del estrés minoritario y la interseccionalidad, permite analizar y comprender sus necesidades específicas y crear un marco de referencia para el desarrollo de iniciativas que promuevan y protejan la salud de este grupo vulnerable y evaluar la eficacia de los esfuerzos realizados.

Conclusiones.

El presente estudio apoya la teoría y la evidencia que existe alrededor del estrés minoritario en las personas de la diversidad sexual y evidencia que son las mujeres homosexuales las que

podrían estar en mayor riesgo. Los resultados de esta investigación pueden orientar hacia la importancia de realizar esfuerzos para promover el desarrollo de resiliencia en estas personas, pues, pese a los esfuerzos y el progreso, las estructuras sociales que limitan los derechos civiles y que perpetúan la discriminación, siguen estando muy presentes en la sociedad. Una pieza importante en este proceso es el apoyo social con el que cuentan estas personas y la posibilidad de acceder a servicios profesionales de salud en un entorno seguro para esta comunidad, pues muchas veces la anticipación a la discriminación sigue siendo un obstáculo para que estas personas reciban atención.

Referencias.

- American Psychological Association. (2009). Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-resp.html>
- Balsam, K. F., Molina, Y., & al., e. (2011). Measuring Multiple Minority Stress: The LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(2), 163-174.
- Bauer, G. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine, 110*, 10-17.
- Beals, K., L.A., P., & Gable, S. (2009). Stigma Management and Well-Being: The Role of Perceived Social Support, Emotional Processing, and Suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 35*(7), 867-879.
- Beasley, C., Jenkins, R., & Valenti, M. (2015). Special Section on LGBT Resilience Across Cultures: Introduction. *American Journal of Community Psychology, 55*, 164-166.
- Bockting, W., Coleman, E., & al., e. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 188-197*.
- Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality, an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health, 102*(7), 1267-1273.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging Issues in Research on Lesbians' and Gay Men's Mental Health: Does Sexual Orientation Really Matter? *American Psychologist, 931-947*.
- Cochran, S., Mays, V., Alegria, M., Ortega, A., & Takeuchi, D. (2009). 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.

- Cole, S., Kemeny, M., Taylor, S., Visscher, B., & Fahey, J. (1996). Accelerated Course of Human Immunodeficiency Virus Infection in Gay Men Who Conceal Their Homosexual Identity. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 219-231.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*.
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychological Bulletin*, 355-391.
- Faravelli, C., Lo Sauro, C., & al., e. (2012). Childhood stressful events, HPA axis and anxiety disorders. *World Journal of Psychiatry*, 13-25.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & al., e. (2005). Sexual Orientation and Mental Health in a Birth Cohort of Young Adults. *Psychological Medicine*, 971-981.
- Gonzalez, G., Przedworski, J., & Henning-Smith, C. (2016). Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. Results From the National Health Interview Survey. *Journal of the American Medical Association*, 176(9), 1344-1351.
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., & al. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Institute of Medicine, Washington, D.C.
- Grzanka, P., Santos, C., & Moradi, B. (2017). Intersectionality Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 453-457.
- Handlovsky, I., Bungay, V., Oliffe, J., & Johnson, J. (2018). Developing Resilience: Gay Men's Response to Systemic Discrimination. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1473-1485.
- Harnois, C., & Bastos, J. (2018). Discrimination, Harassment, and Gendered Health Inequalities: Do Perceptions of Workplace Mistreatment Contribute to the Gender Gap in Self-reported Health? *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 283-299.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How Does Sexual Minority Stigma "Get Under the Skin"? A Psychological Mediation Framework. *Psychological Bulletin*, 707-730.
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural Stigma: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *American Psychologist*, 742-751.
- Hatzenbuehler, M. L., & McLaughlin, K. A. (2014). Structural Stigma and Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis Reactivity in Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 47(1), 39-47.

- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*, 985-997.
- Hatzenbuehler, M., McLaughlin, K., Keyes, K., & Hasin, D. (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.
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual Orientation and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*(3), 353-75.
- Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC.: The National Academics Press.
- Juster, R.-P., & Smith, N. G. (2013). Sexual Orientation and Disclosure in Relation to Psychiatric Symptoms, Diurnal Cortisol, and Allostatic Load. *Psychosomatic Medicine*, 103-116.
- Juster, R.-P., Hatzenbuehler, M. L., & al., e. (2015). Sexual Orientation Modulates Endocrine Stress Reactivity. *Biological Psychiatry*, 77, 668-676.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*.
- Landrime, H., Klonoff, E., Gibbs, J., Manning, V., & Lund, M. (1995). Physical and Psychiatric Correlates of Gender Discrimination. *Psychology of Women Quarterly*, 19(4), 473-492.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 363-385.
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: The roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 1017-1021.
- Lyons, A., & Pepping, C. A. (2017). Prospective effects of social support on internalized homonegativity and sexual identity concealment among middle-aged and older gay men: a longitudinal cohort study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 585-597.
- McConnell, E., Janulis, P., Phillips, G., Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 1-12.
- Merz, E. L., Roesch, S. C., Malcarne, V. L., & al., e. (2014). Validation of Interpersonal Support Evaluation List-12 (ISEL-12) scores among English- and Spanish-Speaking Hispanics(Latinos) from the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychological Assessment*, 384-394.
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 38-56.

- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 674-697.
- 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.
- Meyer, I., Dietrich, J., & Schwartz, S. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 98, 1004-1006.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If It Goes Up, Must It Come Down? Chronic Stress and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis in Humans. *Psychological Bulletin*, 25-45.
- Molero, F., Silván-Ferrero, P., & al., e. (2017). Subtle and blatant perceived discrimination and well-being in lesbians and gay men in Spain: The role of social support. *Psicothema*, 29(4), 475-481.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youths. *American Journal of Public Health*, 2426-2432.
- Nagata, J. M. (2017). Challenges, health implications, and advocacy opportunities for lesbian, gay, bisexual, and transgender global health providers. *Global Health Promotion*, 1-4.
- Ortíz, L., & Granados, J. (2003). Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 265-304.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554.
- Regmi, P., Waithaka, E., Paudyal, A., Simkhada, P., & van Teijlingen, E. (2016). Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*, 6(4), 640-644.
- Ron de Kloet, E., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the Brain: From Adaptation to Disease. *Nature Reviews*, 463-475.
- Rostosky, S., Riggle, E., Horne, S., Denton, F., & Huellemeier, J. (2010). Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals' Psychological Reactions to Amendments Denying Access to Civil Marriage. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(3), 302-310.
- Selye, H. (1993). History of the Stress Concept. In L. Goldberger, & S. Breznitz, *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (p. 7). The Free Press.
- van Oort, J., Tendolkar, I., & al., e. (2017). How the brain connects in response to acute stress: a review at the human brain systems level. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.

Anexos.

Consentimiento informado.

Mediante este documento se le invita a participar en el estudio: *“El papel del apoyo social en los niveles de estrés fisiológico y percibido, calidad de vida y síntomas depresivos-ansiosos en personas de la diversidad sexual de la población general adulta”*.

La participación en este estudio es voluntaria y anónima; incluso habiendo aceptado su colaboración usted podrá negarse a continuar su participación en cualquier momento.

Las personas de la diversidad sexual, quienes pertenecen a la minoría sexual (personas homosexuales, bisexuales, y/o transgénero, de género no binario, intersexuales, entre otras) están expuestas con mucha frecuencia a situaciones de discriminación, violencia, e incluso al rechazo social, familiar y/o laboral, lo cual causa estrés emocional.

El objetivo del estudio es evaluar síntomas físicos y mentales que surgen ante el estrés, comparando a las personas participantes adultas que pertenecen a la diversidad sexual con participantes hombres y mujeres heterosexuales cisgénero (cisgénero se refiere a aquellas personas cuyo género asignado al nacimiento concuerda con el aspecto de sus genitales externos y con su identidad de género), así como comparar la presencia y gravedad de síntomas depresivos y de ansiedad entre estos grupos, y analizar si el apoyo social puede amortiguar estos efectos negativos del estrés. Esto ayudará a tener una mejor comprensión de la realidad que enfrentan las personas que pertenecen a las minorías sexuales.

Como posible beneficio directo, si usted así lo desea, podrá recibir los resultados de las evaluaciones que se realizarán e información por parte del investigador principal sobre dónde puede buscar atención para la salud mental en caso de requerirlo. Si desea obtener resultados, al finalizar los cuestionarios encontrará un apartado donde podrá solicitar sus resultados vía correo electrónico.

Durante el llenado de los cuestionarios algunas personas pudieran presentar estados de tristeza, nerviosismo, y otros malestares psicológicos que en personas vulnerables pueden llegar a ser de difícil control; si este es el caso, usted podrá contactar inmediatamente al investigador principal, o al Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis para recibir contención verbal y recibir orientación individual según sea el caso.

Si usted decide contribuir con el presente proyecto se le solicitará seleccionar la opción “Acepto participar voluntariamente”, y la página le dirigirá a contestar cinco cuestionarios breves de forma anónima, lo cual le llevará aproximadamente 30 minutos. De lo contrario, seleccione la opción “No acepto participar” y podrá cerrar la página web. Usted podrá cancelar su

participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo, únicamente cerrando la página web.

Investigador principal:

Daniel Benjamín Montoya Moya

Médico Residente de 4to. año de la Especialidad de Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Contacto: danielmontmoya@hotmail.com. Teléfono: (55) 2170 6571

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono: (55) 5259 8121, desde la Ciudad de México y al 01 800 472 7835 dentro de la República.

Cuestionario de Evaluación del Apoyo Interpersonal (ISEL 40).

Interpersonal Support Evaluation List (ISEL, Versión en español).

En el siguiente cuestionario presentamos una lista de afirmaciones que pueden ser ciertas o no en tu caso. Para cada afirmación marca la opción “Completamente Cierto” si estás seguro/a de que es acertada para tu caso. Si crees que es cierto, pero no estás totalmente seguro/a de ello, marca la opción “**Probablemente Cierto**”. De la misma manera, si crees que es falso pero no estás seguro/a de ello, marca “**Probablemente Falso**”. Si estás seguro/a de que la afirmación es totalmente falsa para tu caso, marca la opción “**Completamente Falso**”.

	Completamente cierto	Probablemente cierto	Probablemente falso	Completamente falso
1. Hay varias personas en las que confío para ayudarme a solucionar mis problemas.				
2. Si necesitara ayuda para reparar un electrodoméstico o reparar mi coche, tengo quien me ayudaría.				
3. La mayoría de mis amigos/as son más interesantes que yo.				
4. Hay alguien que está orgulloso/a de mis logros.				
5. Cuando me siento solo/a hay varias personas con las que puedo hablar.				
6. No hay nadie con quien me sienta a gusto para hablar acerca de mis problemas personales.				
7. A menudo me reúno o hablo con mi familia o amigos/as.				

8. La mayoría de la gente que conozco piensa bien de mí.				
9. Si necesitara ir al aeropuerto por la mañana muy temprano, tendría difícil encontrar a alguien que me llevara.				
10. Siento como que no siempre estoy incluido en mi círculo de amigos/as.				
11. No hay realmente alguien que pueda darme un punto de vista objetivo sobre cómo estoy manejando mis problemas.				
12. Hay varias personas diferentes con las que disfruto de su compañía.				
13. Creo que mis amigos/as sienten que no les soy de mucha ayuda para solucionar sus problemas.				
14. Si estuviera enfermo y necesitara de alguien (amigo/a, familiar o conocido) que me llevase al médico, tendría problemas en encontrarlo.				
15. Si quisiera ir de viaje durante un día (por ejemplo, a las montañas, a la playa o al campo) me costaría trabajo encontrar a alguien que me quisiera acompañar.				
16. Si necesitara un lugar para estar durante una semana por una emergencia (por ejemplo, un corte de agua o electricidad en mi apartamento o casa) podría fácilmente encontrar a alguien que me acogiera.				
17. Siento que no hay nadie con quien pueda compartir mis preocupaciones y miedos más privados				
18. Si estuviera enfermo, encontraría fácilmente a alguien que me ayudaría con las tareas diarias.				
19. Tengo a quien puedo acudir para pedir un consejo sobre cómo manejar los problemas familiares.				
20. Soy tan bueno para hacer cosas como la mayoría de la gente				
21. Si decido una tarde que me gustaría ir al cine por la noche, podría encontrar fácilmente a alguien con quien ir				
22. La mayoría de la gente que conozco no disfruta con las mismas cosas que yo				
23. Cuando necesito alguna sugerencia sobre cómo manejar un problema personal conozco a alguien a quien puedo acudir.				
24. Si necesitara un préstamo de emergencia hay alguien (amigo,				

familiar o conocido) que me lo daría.				
25. En general, la gente no tiene mucha confianza en mí.				
26. Hay alguien a quien podría acudir para pedir consejo acerca de mis planes sobre la carrera o cambios en el trabajo.				
27. No recibo con mucha frecuencia invitaciones para hacer cosas con otros.				
28. La mayoría de mis amigos/as tienen más éxito haciendo cambios en sus vidas que yo.				
29. Si tuviera que salir fuera de la ciudad durante unas semanas, sería difícil encontrar a alguien que me cuidara mi casa o apartamento (las plantas, las mascotas, el jardín, etc.)				
30. No hay nadie en quien pueda confiar verdaderamente para que me dé buenos consejos financieros.				
31. Si quisiera almorzar con alguien, podría fácilmente encontrar quien me acompañase.				
32. Estoy más satisfecho con mi vida que la mayoría de la gente con la suya				
33. Si me quedara tirado a 15 kilómetros de casa, habría alguien a quien podría llamar para que vinera a recogerme.				
34. No conozco de nadie que hiciera una fiesta de cumpleaños para mí.				
35. Sería difícil para mí encontrar a alguien que me prestara su coche durante unas horas.				
36. Si surgiera una crisis familiar, sería difícil encontrar a alguien que pudiera darme un buen consejo sobre como sobrelvarlo.				
37. Estoy más cerca de mis amigos de lo que la mayoría de la gente está de los suyos.				
38. Hay al menos una persona que conozco en cuyo consejo confío.				
39. Si necesitara ayuda para mudarme a una nueva casa o apartamento, me costaría mucho trabajo encontrar a alguien que me ayudara.				
40. Tengo muchas dificultades para mantener buenas relaciones con mis amigos.				

Cuestionario de Estrés Percibido (PSS).

Cuestionario de Estrés Percibido (PSS)

González-Ramírez, M.; Landero-Hernández, R.

ESTRÉS PERCIBIDO					
Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Casi siempre
1. ¿Cuántas veces se sintió mal por algo que le sucedió repentinamente?					
2. ¿Cuántas veces sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes que le estaban sucediendo en su vida?					
3. ¿Cuántas veces se sintió nervioso o estresado?					
4. ¿Cuántas veces ha superado con éxito las situaciones fastidiosas (aburridas) de la vida?					
5. ¿Cuántas veces sintió que estaba haciéndole frente a algo, en forma eficaz, a algún cambio importante en su vida?					
6. ¿Cuántas veces se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales?					
7. ¿Cuántas veces sintió que las cosas iban a tener un resultado positivo para usted?					
8. ¿Cuántas veces se dio cuenta que no podía hacerle frente a todas las cosas que le estaban sucediendo?					
9. ¿Cuántas veces pudo controlar las situaciones fastidiosas (aburridas) de su vida?					
10. ¿Cuántas veces sintió que no tenía que preocuparse por ciertas situaciones?					
11. ¿Cuántas veces se enojó por cosas que estaban fuera de su control?					
12. ¿Cuántas veces pensó en las cosas que le quedaban por hacer?					
13. ¿Cuántas veces fue capaz de controlar la manera en que invertía (ocupaba) su tiempo?					
14. ¿Cuántas veces sintió que se amontonaban tanto los problemas y que no había manera de poder solucionarlos?					

ESTRÉS FISIOLÓGICO PERCIBIDO				
Durante el último mes, ¿con cuánta frecuencia experimentó:?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Dificultad para conciliar el sueño				
2. Dificultades para permanecer dormido				
3. Dolores de cabeza				
4. Pérdida de apetito				
5. Aumento del apetito				
6. Se cansa fácilmente				
7. Molestias estomacales o digestivas				
8. Le cuesta levantarse en la mañana				
9. Menor capacidad en el trabajo				

10. Siente que se ahoga o le falta el aire fácilmente				
11. Dolor en la región del cuello, hombros o brazos				
12. Dolor de espalda o cintura				
13. Muy sensible o, con deseos de llorar				
14. Palpitaciones o que el corazón late más rápido				
15. Mareos o sensación de fatiga				
16. Sufre pesadillas				
17. Siente que tiembla (las manos o los parpados)				
18. Mentalmente agotado o no puede concentrarse o pensar claramente				
19. Dolor u opresión en el pecho				
20. Impaciente e irritable				
21. Desea que se le deje solo, tranquilo				

Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF).

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas:

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida:

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas:

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Inventario de Ansiedad de Beck.

Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado. O que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor de morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

A. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

B. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mi.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

C. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

D. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

E. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

F. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado.
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

G. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto a mí mismo.

H. Autocrítica.

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

I. Pensamientos o Deseos Suicidas.

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2. Querría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

J. Llanto.

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

K. Agitación.

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

L. Pérdida de Interés.

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

M. Indecisión.

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

N. Desvalorización.

0. No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3. Siento que no valgo nada.

O. Pérdida de Energía.

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

P. Cambios en los Hábitos de Sueño.

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
 - 3a. Duermo la mayor parte del día
 - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

Q. Irritabilidad.

0. No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.

2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

R. Cambios en el Apetito.

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 - 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
 - 3a. No tengo apetito en absoluto.
 - 3b. Quiero comer todo el día.

S. Dificultad de Concentración.

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

T. Cansancio o Fatiga.

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

U. Pérdida de Interés en el Sexo.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.