

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Exclusión social, ansiedad y depresión en personas lesbianas, gays y  
bisexuales**



**TESIS PROFESIONAL PRÁCTICA**

**Que para obtener el Título de**

**PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**Presenta:**

**Guadalupe Campos Valdez**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos  
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## VOTOS APROBATORIOS

Los miembros del jurado calificador del examen profesional de **Guadalupe Campos Valdez** hemos revisado detenidamente su trabajo titulado "**Exclusión social, ansiedad y depresión en personas lesbianas, gays y bisexuales**" y encontramos que cumple con los requisitos para la presentación de su examen profesional. Por tal motivo recomendamos se acepte dicho trabajo como requisito parcial para la obtención del título de **Licenciada en Psicología de la Salud**.

Atentamente:

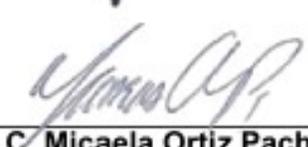


---

**Dra. Guadalupe Refugio Flores Verduzco**  
Presidenta del jurado

  
**Dr. Juan Carlos Manriquez Betanzos**  
Secretario

  
**Dra. Laura Fernanda Barquera Hernández**  
Vocal

  
**M.C. Micaela Ortiz Pacheco**  
Suplente

## **Dedicatoria**

A mí madre Esperanza Valdez, por ser la base fundamental en mí vida tanto personal como profesional, por fomentar en mí las ganas de seguir con mis metas, los valores, el aprendizaje que cada día se convierte en algo mutuo, y el no limitarme a conocer y crear mi propia perspectiva de visualizar la vida.

A mí hermana Fabiola Campos, por todas aquellas enseñanzas que me hacen plantearme ser mejor persona, por saber escuchar y solucionar situaciones diarias, y ser una gran acompañante de vida en todo momento.

A mí Guadalupe Campos, la persona más importante y a la que más le expreso respeto, te dedico este logro, por ser consecuente contigo misma todos los días, por la lucha constante de aprender temas relevantes, por desaprender ideas erróneas socialmente aceptadas, y aportar conocimiento actual de la situación en Sonora, el lugar en donde habitas.

A todas aquellas personas que están en circunstancias difíciles dentro de su núcleo familiar y social por su orientación sexual diversa, también para las que por desgracia ya no están y necesitaban apoyo e información científica y confiable para sobrellevar sus situaciones personales.

## **Agradecimientos**

Primeramente, quiero agradecer a mí persona por el esfuerzo y la dedicación durante el desarrollo del presente estudio, también por cumplir el propósito inicial de exponer las problemáticas que se viven en la sociedad actual, visibilizarlas de manera científica y de promover cambios y mejoras en el sistema social. Asimismo, agradezco a mí directora de tesis la Dra. Guadalupe Flores, por el empeño, la atención al resolver cada una de las dudas presentadas, la enseñanza de sus conocimientos, la motivación y sobre todo la empatía para poder comunicar temas relevantes que son en su mayoría ignorados dentro del mismo sistema.

De igual forma, valoro el apoyo por parte de mi familia a lo largo de la carrera y de mí vida personal, además por comprender las diferentes situaciones y aprender de ellas cada día, de lo cual me siento muy agradecida. En el mismo sentido, aprecio el acompañamiento constante de mi amigo Gregorio, por ser un gran escuchador y estar presente en momentos importantes donde la motivación era un elemento esencial. Para concluir, reconozco la ayuda de todos los colectivos y personas de la comunidad LGBTQ+, especialmente a Just Fly y Diverciudad AC, por ser partícipes en la investigación.

## Resumen

Las personas Lesbianas, Gays y Bisexuales (LGB) hacen frente a diferentes actos de exclusión social por la exposición de su orientación sexual, lo cual genera problemáticas de salud mental específicamente en ansiedad y depresión. El objetivo fue analizar la relación de exclusión social, ansiedad y depresión en las personas lesbianas, gays y bisexuales del Estado de Sonora. El método empleado para el estudio digital fue de enfoque cuantitativo no experimental de corte transversal, con alcance correlacional. La muestra se comprendió por 100 participantes lesbianas, gays y bisexuales de Sonora, con edades de 15 a 55 años ( $M = 23.59$ ,  $DE = 6.76$ ), los cuales fueron evaluados por medio del Instrumento de Percepción de Exclusión Social, Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck. Los resultados a través del análisis de Rho de Spearman indicaron asociaciones positivas y significativas entre la exclusión social con la ansiedad y depresión ( $p < .01$ ), en particular con las dimensiones de bienes educativos y limitaciones económicas. La discusión hace evidente que entre mayor sean las acciones de exclusión social por presentar una orientación sexual diversa, serán mayores las consecuencias negativas en la salud psicológica, reflejándose en sintomatología ansiosa y/o depresiva, por ello es considerada una población vulnerable, que requiere mayor atención psicológica y psiquiátrica dentro del sector salud.

*Palabras clave:* Exclusión social, ansiedad, depresión, LGB.

## Abstract

Lesbian, Gay and Bisexual people face different acts of social exclusion due to the exposure of their sexual orientation, which generates mental health problems specifically in anxiety and depression. The objective was to analyze the relationship of social exclusion, anxiety and depression in lesbian, gay and bisexual people in the State of Sonora. The method used for the digital study was a quantitative non-experimental cross-sectional approach, with correlational scope. The sample was comprised of 100 lesbian, gay and bisexual participants from Sonora, aged 15 to 55 years ( $M = 23.59$ ,  $SD = 6.76$ ), who were evaluated through the Instrument for Perception of Social Exclusion, Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. The results across Spearman's Rho analysis indicated positive and significant associations between social exclusion with anxiety and depression ( $p < .01$ ), in particular with the dimensions of educational assets and economic limitations. The discussion makes it evident that the greater the actions of social exclusion due to having a diverse sexual orientation, the greater the negative consequences on psychological health, reflecting on anxiety and/or depressive symptoms, therefore it is considered a vulnerable population, which requires greater psychological and psychiatric attention within the health sector.

*Keywords:* Social Exclusion, Anxiety, Depression, LGB.

## Índice de contenido

	<b>Página</b>
Dedicatoria .....	III
Agradecimientos .....	IV
Resumen.....	V
Abstract.....	VI
<b>I. Importancia del proyecto.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objetivo e Hipótesis.....</b>	<b>2</b>
<b>III. Introducción.....</b>	<b>3</b>
3.1. Antecedentes .....	3
3.2. Planteamiento del problema.....	6
<b>IV. Justificación.....</b>	<b>9</b>
<b>V. Marco Teórico .....</b>	<b>12</b>
2.1. Sexualidad humana .....	12
2.1.1. Definiciones relacionadas a la diversidad sexual.....	13
2.1.2. Diversidad de orientaciones sexuales .....	15
2.1.2.1. Estadios de la adquisición de la identidad homosexual de Troiden .....	16
2.1.2.2. Modelo del desarrollo de la identidad sexual .....	17
2.1.2.3. Modelo “salir del closet” de Owens.....	18
2.2. La repercusión de la exclusión social sobre de la salud mental.....	19
2.2.1. Dimensiones de la exclusión social .....	20
2.2.1.1. Modelo de los dos vectores de Castel .....	21
2.2.1.2. Teoría de la dominancia social .....	22
2.2.1.3. Modelo de estrés de minorías de Meyer .....	22
2.2.2. Ansiedad .....	24
2.2.2.1. La teoría tridimensional de la ansiedad .....	24
2.2.2.2. Modelo de los esquemas cognitivos .....	25
2.2.3. Síntomas y epidemiología de la ansiedad .....	26
2.2.4. Depresión .....	26
2.2.4.1 Modelo cognitivo de la depresión.....	27

2.2.5. Síntomas y epidemiología de la depresión.....	28
<b>VI. Método</b> .....	29
6.1. Tipo de investigación.....	29
6.2. Participantes.....	29
6.3. Instrumentos.....	30
6.4. Procedimiento .....	32
6.5. Análisis de datos .....	33
<b>VII. Resultados</b> .....	33
7.1. Estadísticos descriptivos .....	34
7.2. Correlaciones .....	39
<b>VIII. Discusión</b> .....	42
Recomendaciones .....	46
<b>Referencias</b> .....	48

## Lista de tablas y figuras

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
1. Consistencia interna de las subescalas y dimensiones.....	34
2. Estadísticos descriptivos de la subescala de Exclusión Social .....	36
3. Estadísticos descriptivos del Inventario de Ansiedad.....	38
4. Estadísticos descriptivos del Inventario de Depresión.....	39
5. Correlaciones entre factores del estudio .....	41

<b>Figuras</b>	<b>Página</b>
1. Modelo de estrés de minorías .....	23
2. Modelo cognitivo de la depresión.....	28

## **I. Importancia del proyecto**

Las personas Lesbianas, Gays y Bisexuales (LGB), afrontan distintas situaciones de exclusión social, puesto que, gran parte de los individuos que conforman las sociedades les califican de manera negativa su orientación sexual, además son considerados como parte de un colectivo marginado, esto puede desarrollar consecuencias negativas en la salud mental como trastornos psicológicos de ansiedad y depresión (Burges, Lee, Tran, & Van Ryn, 2007; Ortiz-Hernández, 2005; Singh & Dickey, 2016; Rivera, Toro-Alfonso, & Meléndez, 2013; Vicuña, 2017; Woodford, Pacey, Kulick, & Hung, 2015).

Desde diversas perspectivas científicas, se ha encontrado que la comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT) experimentan diferentes problemáticas en relación a la falta de aprobación por parte de la sociedad como individuos sociales, envuelto por un contexto de injusticia y enfrentamiento constante por el reconocimiento de esta comunidad (Fraser, 1997; Russell et al., 2011; Ortiz-Hernández, 2005; Esteban, 2014; Vicuña, 2017; Saldaña & Vásquez, 2020).

Las injusticias que tienen que soportar la población LGBT son amplias, como la social, económica y cultural (Russell et al., 2011; Barrientos & Cárdenas, 2013; Ceará & Dalgarrondo, 2010; Garrido & Morales, 2014; Martxueta & Etxeberria, 2014). Por ello, Balsam, Beauchaine, Mickey y Rothlum (2005), exponen que las personas homosexuales y lesbianas son más proclives a requerir servicios psicológicos en comparación con los sujetos heterosexuales. Sin embargo, en Latinoamérica se encuentran escasas investigaciones acerca de esta población e indicadores específicos, de igual forma, no se abordan problemáticas importantes como el bienestar social y psicológico, además de otros temas como la función mental asociada a la

felicidad o positividad (Gómez & Barrientos, 2012; González-Rivera et al., 2019; Malta et al., 2010).

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015), manifiesta preocupantes niveles de violencia hacia el colectivo LGBT, y una evidente falta de interés por parte de ciertos Estados en proporcionar continuidad a la problemática ya mencionada. Por esa razón, se requiere hacer hincapié en la realización de estudios sobre las personas lesbianas, gays y bisexuales, y los derechos que defienden la libertad, mitigando los actos de violencia con base a las leyes enfocadas a la no discriminación, promover la autonomía de cada individuo respecto a su orientación e identidad sexual correspondiente, y visibilizar los paradigmas de familias, relaciones y matrimonios diversos (Antonio, 2017; Vaggione, 2016).

## **II. Objetivo e hipótesis**

### **Objetivo general.**

Analizar la relación entre la exclusión social, ansiedad y depresión en las personas lesbianas, gays y bisexuales del Estado de Sonora.

### **Hipótesis.**

En el presente estudio se plantean las siguientes hipótesis:

H1: La exclusión social en personas lesbianas, gays y bisexuales, se relaciona positiva y significativamente con la ansiedad.

H2: La exclusión social en personas lesbianas, gays y bisexuales, se relaciona positiva y significativamente con la depresión.

### **III. Introducción**

#### **3.1. Antecedentes**

Diversos estudios científicos han demostrado que el estrés a causa de la exclusión social conduce a la persona a manifestar alteraciones en el organismo, específicamente en los niveles hormonales (Aral, Fenton, & Lipshutz, 2013; Meyer, 2003). Los actos de exclusión pueden generar estrés, depresión y ansiedad; adicionalmente comprobaron que las problemáticas de salud psicológica en la comunidad LGBT están relacionadas por la exclusión con un 35%, el 75% por actos de discriminación y el 50% por violencia física de acuerdo con la población estudiada (Botello-Peñaloza & Guerrero-Rincón, 2018; Cáceres, Talavera, & Mazín, 2013).

Ejemplo de lo anterior, es el estudio de Toro-Alfonso, Varas, Andújar-Bello y Nieves-Rosa (2006), en el cual se analizaron las vulnerabilidades y fortalezas de un grupo de 61 personas gays y bisexuales, con un elevado grado académico, pertenecientes de Puerto Rico, con una media de 21 años de edad. Los resultados indicaron que, el 45% de los jóvenes manifestó elevados niveles de depresión.

Por otro lado, en Estados Unidos, distintos autores realizaron un meta-análisis sobre los trastornos psicológicos, en donde determinaron que la tendencia de padecer trastornos de depresión, ansiedad y abuso de sustancias fue de 1,5 veces más frecuente en las personas de la comunidad LGB, que en la población de sujetos identificados como heterosexuales (Haas et al., 2010).

Por su parte, Russell, Ryan, Toomey, Díaz y Sánchez (2011), coinciden con el estudio anterior, ya que, obtuvieron en una muestra de sujetos pertenecientes a la comunidad de LGBT, resultados significativos semejantes que mostraron alta sintomatología depresiva al estar

relacionada con elevados niveles de victimización en el instituto educativo a causa de identificarse sexualmente como homosexuales. Asimismo, Barrientos y Cárdenas (2013), encontraron que la homofobia, es decir, las actitudes de odio en torno a la homosexualidad que se manifiestan en actos de violencia (Matías & Miranda, 2016), impacta negativamente en la calidad de vida de los individuos pertenecientes a la comunidad Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales (LGBTI), además provoca alteraciones psicológicas negativas y reacciones fisiológicas que incrementan el número de casos de enfermedades; adicionalmente subrayan que las personas gays y lesbianas manifiestan una elevada probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos, específicamente, los hombres que se identifican como gays exponen un alto riesgo de padecer trastornos de depresión y ansiedad con ataques de pánico.

En otro estudio desarrollado en Estados Unidos por Bostwick, Boyd, Hughes, West y McCabe (2014), descubrieron que los hombres que se identificaron como homosexuales fue la orientación sexual más frecuente en padecer alteraciones en la salud mental, como trastornos psicológicos de depresión y ansiedad ( $\chi^2=12.6$ ,  $p < .01$ ), que los bisexuales y heterosexuales, de igual manera, en el grupo de mujeres bisexuales se encontró mayor predisposición a desarrollar desequilibrios en la salud mental.

Por otro lado, en diferentes hallazgos científicos se ha descubierto que los comportamientos de rechazo, repulsión, aislamiento social, podrían esclarecer aquellas conductas de represión, negación y encubrimiento de la orientación sexual, lo anterior puede afectar psicológicamente al sujeto de forma negativa, como incrementar los síntomas de ansiedad, a tal grado de provocar una condición de alerta continua, que desarrollan otros factores como malestar y aislamiento, debido a ocultar constantemente su identidad sexual (Ceará & Dalgarrondo, 2010; Garrido & Morales, 2014; Goffman, 1998).

En España, se llevó a cabo un estudio, en donde participaron 119 sujetos, entre ellos se identificaron como homosexuales (96.6%), seguido por 4 personas bisexuales. Más de la mitad de los participantes (57.38%), experimentó acoso a causa de su orientación sexual, desarrollando así sintomatología ansiosa, la cual se relacionó con altos niveles de depresión ( $r = 0.72$ ), bajos niveles de autoestima y menor balanza de afectos ( $r = 0.69$ ). Con lo anterior se deduce que, las personas LGB que fueron víctimas de acoso por su orientación sexual manifiestan más daños psicológicos en cuestión a la salud mental, puesto que presentan elevados niveles de ansiedad y depresión (Martxueta & Etxebarria, 2014).

Por su parte, Esteban (2014), en una investigación con una muestra de estudio de 1,175 participantes, encontró una asociación entre roles de género y depresión, con altos valores en hombres que se identificaron como bisexuales, no obstante, de manera inversa en comparación con los hombres gays. Lo anterior propone que, los hombres bisexuales manifestarán menos depresión, si se enfocan más a los estándares sociales de género.

En Cuba, se llevó a cabo un hallazgo científico centrado en las personas LGBT, en una muestra compuesta por 201 individuos mayores de 17 años de edad, en donde se estimó que el 88.75% de los encuestados habían presentado actos de odio por su orientación sexual, y el 83.10% manifestó consecuencias negativas por dichos actos en su contra, en relación a situaciones de exclusión, ansiedad, depresión, entre otras (Garcés, 2015).

De acuerdo con una investigación en Ecuador, en una muestra de 201 integrantes de la comunidad LGBTI, los resultados indicaron que la prevalencia de depresión es alta con un 20.9%, en donde los gays manifestaron un menor porcentaje con un 19.8%, seguido por el grupo de bisexuales con un 22.5%, y en las personas lesbianas con un 23.3%. Con respecto a la prevalencia de la ansiedad es sensiblemente elevada con un 34.4%, el grupo bisexual manifiesta

un bajo porcentaje de ansiedad con un 30%, frente a las lesbianas con un 33%, y los gays con un 34.9% fueron los que presentaron mayor ansiedad. Además, se descubrió que el 49.8% de los participantes han presentado a lo largo de su vida daños por prejuicios y el 60.7% demuestra que ha sido víctima de acoso en sus diversas formas relacionado a la orientación y/o identidad sexual (Vicuña, 2017). De igual forma, los investigadores Defas, Ormaza, Rodas y Mosquera (2018), en el mismo país, encontraron que de los 93 participantes de la comunidad LGBTI de la ciudad de Cuenca, más de la mitad (64.6%) presentaron algún nivel de depresión, siendo importante mencionar que el 10.8% manifestó depresión severa.

Además, en un estudio enfocado en las personas de la comunidad LGBT de Puerto Rico, determinaron que el 48.4% de 192 participantes presentan algún nivel de sintomatología depresiva (González-Rivera, Rosario-Rodríguez, & Santiago-Torres, 2019). Asimismo, en la comunidad LGBTI, Saldaña y Vásquez (2020) encontraron que el hecho de haber pasado por situaciones de discriminación en los últimos 12 meses se relacionó con una alta probabilidad de padecer alguna problemática de salud mental, como los trastornos psiquiátricos de ansiedad y depresión.

### **3.2. Planteamiento del problema**

En la actualidad, las orientaciones no heterosexuales dejaron de ser valoradas como trastornos psicológicos según la Asociación Psiquiátrica Americana (1973), y en el año 1990 en la Clasificación Internacional de Enfermedades de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). No obstante, la diversidad sexual con excepción de la orientación heterosexual, sigue percibiéndose como una enfermedad, a causa de las distintas actitudes y prejuicios que se han desarrollado dentro de la sociedad a lo largo del tiempo (Romero, Rey, & Fonseca, 2013).

La colectividad LGBTI se encuentra localizada en todo el mundo, su nivel de prevalencia es indeterminada, dado a la ausencia de aceptación por parte de una sociedad que está dirigida a la heteronormatividad, sin embargo, en Estados Unidos se estima que alrededor del 3 al 10% de las personas mayores de edad revelan ser homosexuales (González, Molina, & San Martín, 2016). En Latinoamérica y el Caribe, de acuerdo con el investigador Corrales (2015), se compararon 42 países en relación a la discriminación que sufrió la comunidad LGBT en los años de 1999 al 2013, en donde descubrió que en el año 1999 los países que ejercieron algún tipo de discriminación fueron el 57.1%, y en el 2013 se mostró un 76.2%. Lo anterior significa, que las estadísticas de discriminación en los países pertenecientes a Latinoamérica y al Caribe va en incremento, lo que discrepa de las naciones europeas.

La condición actual en México es preocupante, puesto que, los crímenes de odio por homofobia desde los años de 1995 al 2015, han reconocido alrededor de 1,310 personas homosexuales muertas, de las cuales han sido despojadas de su vida por causas de su identidad u orientación sexual. En el año 2009, la Ciudad de México manifestó mayores números de muertes por homofobia con aproximadamente 131 casos, seguido por el Estado de México y Michoacán, entre otros más (Brito, Martínez, & Montaña, 2019). Esto se debe a los constructos sociales de masculinidad y femineidad como característica importante en la identidad con respecto al sexo de cada persona, el hecho de manifestar preferencias sexuales inclinadas a la homosexualidad, en otras palabras, mostrar atracción por individuos del mismo sexo, puede parecer contradictorio y en ocasiones puede percibirse como una amenaza (Rivas, 2012; Romero et al., 2013). Con frecuencia, las orientaciones sexuales de sujetos homosexuales ocasionan un rechazo notorio, por medio de actitudes violentas como la discriminación, verbalizaciones agresivas, señalamientos, actos de violación y asesinatos (Espejo, 2012, Esteban, Jiménez-Torres, & Matos-Castro, 2016).

En las localidades de Latinoamérica, y específicamente de México, se continúa observando a los homosexuales como personas que no son aceptadas en los contextos sociales (Dowsett, 2005; Estefan, 2013). Además, las políticas de odio contra los homosexuales también se siguen presentado mediante los actos de lucha por la supuesta protección de un modelo tradicional de la familia que escasamente se muestra en la vida diaria. En lugares laborales, los sujetos homosexuales son vistos aún como “atípicos” o “escasos de hombría” (Balbuena, 2010). De igual forma, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013), descubrió a través de la aplicación de encuestas a 2805 personas ecuatorianas mayores de 18 años de edad pertenecientes al colectivo LGBTI, que el 71.4% de los participantes experimentaron exclusión en sitios privados, tales como en hogares, locales de comida, supermercados, entre otros; y, el 60.8% manifestó exclusión en lugares públicos, como en espacios recreativos, plazas o calles, a causa de su orientación sexual. Botello-Peñaloza y Guerrero-Rincón (2018) confirman lo ya mencionado, en donde exponen que el 35% de las personas LGBT han presenciado actos de exclusión, el 75% de discriminación y el 50% actos de violencia.

Aunado a lo anterior, las personas de la comunidad LGBT expresan la falta de aceptación por parte de sus familiares, lo que ha provocado el uso de drogas ilícitas, síntomas de depresión, ideación o intento suicida, y exposiciones a relaciones sexuales peligrosas. En relación con la desaprobación familiar, es un factor para predecir futuras problemáticas de salud física y psicológica (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010).

Lázaro (2014), confirma lo mencionado anteriormente con su hallazgo científico realizado en México, donde expone que los sujetos LGBT son proclives a presentar una serie de situaciones complejas, como lo son, la ansiedad, depresión, actos violentos e ideas enfocadas al suicidio. Conjuntamente, los distintos estudios confirman que las personas del colectivo LGBT

que han presentado algún acto de exclusión social son mayormente susceptibles a padecer ansiedad entre el 30% a 57.38%, y depresión entre el 19.8% a 64.6% de las poblaciones estudiadas (Bostwick et al., 2014; Defas et al., 2018; González-Rivera et al., 2019; Martxueta & Etxeberria, 2014; Russell et al., 2011; Toro-Alfonso et al., 2006; Vicuña, 2017). Esto, conduce a la persona a solicitar terapia psicológica, tratamiento psiquiátrico y hacer uso de servicios de salud (Granados & Delgado, 2008).

En cambio, gran parte de las investigaciones actuales se han enfocado mayormente en las personas identificadas como trans con relación en la sintomatología ansiosa y depresiva, dejando de lado a las personas lesbianas, gays y bisexuales (López et al., 2020; Grau, 2017; Molina, Araque, Fernández, & Pérez, 2015; Olmo, 2018; Rodríguez-Molina et al., 2015). Por esta razón, en la presente investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo se relaciona la exclusión social, ansiedad y depresión en personas lesbianas, gays y bisexuales?

#### **IV. Justificación**

La no discriminación es un derecho, al igual que el derecho a la libertad de una vida sin actos de violencia generados por actitudes o prejuicios en contra de las personas LGBT. Sin embargo, el 53% de los Estados de la república mexicana no han elaborado leyes que favorezcan la no discriminación hacia la orientación sexual, y el 68.75% no consideran la discriminación como un acto ilegal (Antonio, 2017). Por ello, el colectivo LGBT es considerado una población vulnerable, esto quiere decir, que manifiestan mayores problemáticas de salud mental a diferencia de los individuos heterosexuales (D'Augelli, 2006; Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009; Haas et al., 2010). Lo anterior, puede ser causado por la falta de redes de apoyo o rechazo

familiar, bajos ingresos, aislamiento y soledad, tales como el miedo de ser despreciados, las distintas acciones violentas de odio, daños a la salud por las formas de vivir escasamente saludables y exclusión social a las personas LGBT (Meyer, 2003; Cáceres et al., 2013).

A pesar de ello, el Estado de Sonora niega el acceso al matrimonio igualitario, puesto que, el Código de Familia para el Estado de Sonora en el artículo 11, expresa que el matrimonio deberá de ser un vínculo legal entre una mujer y un hombre, con el fin de la reproducción humana y la formación de una familia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019). Lo cual, invalida el artículo 1 de la constitución mexicana, en donde se prohíbe cualquier acto de discriminación y exclusión a las personas con orientaciones sexuales diversas (Guerrero, 2018).

Adicionalmente, gran parte de los hallazgos científicos son en relación a los impactos de violencia hacia las personas gays y lesbianas, que afectan a la salud física y psicológica de los mismos, los cuales proceden de las naciones mayormente desarrolladas como Estados Unidos o Europa, en donde hacen uso de indicadores negativos de salud física y psicológica, investigando sobre la tendencia de síntomas fisiológicos y psicológicos (Bostwick et al., 2014; Mulé et al., 2009; Martxueta & Etxeberria, 2014; Wong & Tang, 2003). No obstante, en Latinoamérica son limitadas las investigaciones actuales sobre salud mental en esta población (Gómez & Barrientos, 2012; González-Rivera et al., 2019; Malta et al., 2010). Los estudios que se han realizado son en cuestión a la salud sobre individuos LGBT enfocados en la evaluación de las conductas del contagio por VIH/SIDA asociado a las relaciones sexuales (Carrier, 1976; García, 2013; Lafaurie, Forero, & Miranda, 2011; Meléndez, Rodríguez, & Vélez, 2015; Orcasita, Palma, & Munévar, 2013).

De acuerdo con la OMS (2008), el derecho a la salud es más que sólo asegurar prevención y sanación de padecimientos, específicamente debe preservar estilos de vida que

aseguren el bienestar en todos los aspectos. Por el contrario, Espinoza y Rodríguez (2020) mencionan que las agencias de gobierno y las instituciones en México no cuentan con censos o estadísticas acerca de las personas no heterosexuales, es por eso que es complicado comprender la magnitud de la población. Esto tiene como resultado la falta de servicios de salud centrados en las demandas de este grupo de individuos a lo largo de la historia y conforme pasa el tiempo es aún más visible (OMS, 2008). En ocasiones, el personal de salud no cuenta con los servicios específicos y apropiados para los sujetos LGBT. Lo anterior puede manifestarse en actitudes negativas severas como en la tardanza para la atención a los servicios, ofensas públicas, injusticias, abusos verbales y físicos. También, existen casos en donde se presentan abusos sexuales, técnicas no consentidas, e implicaciones de tortura (Cáceres et al., 2013).

Por otra parte, el alumnado de la carrera de psicología en práctica clínica cuenta con limitada o nula información y enseñanza acerca de las situaciones de la comunidad LGBT (Vázquez-Rivera, Sayers-Montalvo, Robles, De Jesús, & Torres, 2007). Igualmente, el hecho de invisibilizar a esta población en la educación de un psicólogo, tanto en su formación teórica como práctica, fomenta posturas negativas, incluso mitos acerca de las personas homosexuales y lesbianas (Esteban et al., 2016).

Por estas razones, el presente estudio se enfoca en la salud mental de las personas lesbianas, gays, y bisexuales, debido a las limitadas investigaciones sobre la psicología de esta población, y además se podrán obtener conocimientos como información estadística acerca de la exclusión social y los trastornos psicológicos de ansiedad y depresión en México, para futuras intervenciones psicológicas o protocolos de atención centrados en la promoción de la salud mental, prevención y rehabilitación de enfermedades y/o trastornos, centradas en esta comunidad específica.

## V. Marco teórico

### 2.1. Sexualidad humana

La sexualidad fue uno de los temas que generó inquietud en diversos estudios realizados en el momento en que la antropología se convirtió en ciencia, no obstante, a partir de los años 30 a los 80 del siglo XX se percibió como parte de una temática oculta y alejada de dicha ciencia (Nieto, 2003). La división en relación a la sexualidad y reproducción se ha visto mejorada en las últimas décadas en la parte Occidente del mundo con la ayuda ejercida del feminismo y la reforma de la sexualidad que se originó de manera reglamentaria en la orientación homosexual, ya que la sexualidad entre sujetos del mismo sexo no conlleva a la reproducción de la especie humana. Esa es la razón por la cual se ha negado el derecho del matrimonio igualitario, además de exponer que sólo pueden procrear bebés con apoyos externos al cuerpo humano (Pichardo, 2008).

Amaro (2005), define a la sexualidad como una serie de eventos relacionados a las emociones y comportamientos respecto al sexo de cada individuo, además de ser un aprendizaje en las diferentes etapas del ciclo de vida. Se contempla como una fortaleza característica y automática, que se ve dominada por los factores sociales, principalmente por el parentesco familiar.

En la actualidad la sexualidad humana es un elemento fundamental en las personas durante todo su ciclo de vida, en donde se incluye el sexo, roles de género, las identidades de género, la orientación sexual, la reproducción biológica, conductas que conducen al placer, erotismo e interioridad. De igual forma, se manifiesta en cogniciones, ideologías, impulso sexual, posturas, valores, conductas, habilidades prácticas, y diferentes roles que pueden

realizarse, al igual que en las interacciones con otras personas. La sexualidad puede integrar todos estos alcances ya mencionados, sin embargo, no siempre suelen ser parte de las vivencias de todos los individuos. Debido a que, la sexualidad está condicionada por diferentes factores físicos, mentales, sociales, económicos, cuestiones políticas, aprendizaje cultural, legal, histórico, espiritual y religioso (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, [CONAPRED], 2016).

### **2.1.1. Definiciones relacionadas a la diversidad sexual.**

El CONAPRED (2016) expone los siguientes conceptos respecto a la diversidad sexual:

- **Sexo**  
se refiere a las características biológicas que presentan los seres humanos al nacer, en cuestión a la genética, hormonas, anatomía y fisiología, con las cuales se definen a los individuos como hombres o mujeres según las características correspondientes.
- **Género**  
consiste en aquellas cualidades sociales, históricas, económicas, culturales, geográficas y políticas, que se han atribuido tanto a los hombres como a las mujeres. Se refiere generalmente a los aspectos culturales y sociales que son catalogados como femeninos y masculinos, los cuales son adjudicados a lo largo de la historia dependiendo el sexo de la persona, además de ser posturas comúnmente impuestas, por ejemplo, en la manera de pensar, comunicarse, transitar, vestir y convivir con los demás.
- **Diversidad sexual y de género**  
son todas aquellas capacidades de expresar, aceptar y sentir la sexualidad de cada individuo, al igual que de reconocer expresiones, orientaciones sexuales e identidades de género. Además de la aprobación de que todas las personas, las formas de expresión, los

sentimientos y anhelos tienen derecho a mostrarse, sin la limitación y con el respeto que se merecen todos los seres humanos.

- **Identidad de género**

es la percepción interna de cada persona en relación a lo que siente, en ocasiones puede cumplir o no con el sexo concedido en el nacimiento. Comprende la experiencia individual del cuerpo, en donde implicaría o no la transformación del aspecto físico o funciones biológicas por medio de fármacos, operaciones, entre otros, siendo esto una elección solo de la persona en cuestión. De igual forma, la identidad de género se puede manifestar en la forma de vestir, comunicar, caminar, etc. Y, suele expresarse desde los 18 meses y los 3 años de edad.

- **Orientación sexual**

es aquella capacidad con la que cuenta una persona para manifestar sentimientos de atracción sexual y afectiva por individuos de características físicas diferentes o iguales a las suyas, al igual que llevar a cabo actos de interacción sexual e íntimos con dichos sujetos. Por lo regular, la orientación sexual se reconoce a partir de los 10 años de edad.

- **Transexualidad**

se manifiesta en individuos quienes expresan sentimientos de rechazo por su sexo biológico, es decir, que su identidad sexual no corresponde con las características sexuales de nacimiento, así como, suelen elegir cirugías y procedimientos hormonales para modificar su estructura física.

- **Intersexualidad**

se define por aquellos sujetos en donde sus características biológicas no se adaptan a los constructos sociales, debido a la presencia de aspectos femeninos y masculinos simultáneamente.

- **Homofobia**

hace referencia a los actos o posturas de violencia física y verbal, desprecio, exclusión social, humillaciones, discriminación, con base en prejuicios, estigmas y estereotipos hacia las personas identificadas como homosexuales o con orientaciones sexuales diversas, así como individuos que son visualizados dentro de la diversidad sexual no heterosexual. Además, este tipo de actos de violencia por homofobia han provocado muertes a lo largo de la historia, lo cual es calificado como delitos por crímenes de odio.

### **2.1.2. Diversidad de orientaciones sexuales**

Las orientaciones sexuales de acuerdo a su diversidad se clasifican como las siguientes:

- **Homosexualidad**

la persona homosexual/gay, se caracteriza por manifestar atracción sexual, afectiva o ambas, que se presenta entre dos individuos del mismo sexo, así como respuestas de amor y deseo (Shibley & Delamater, 2006).

- **Lesbianismo**

sucede cuando una mujer experimenta inclinación sexual y/o afectiva hacia personas de su mismo sexo. Es un concepto similar al de homosexualidad, que puede ser empleado para describir el sentimiento de atracción de las mujeres para expresar su orientación afectiva sexual (CONAPRED, 2016).

- **Bisexualidad**

consiste en la atracción sexual y/o afectiva hacia las personas de su mismo sexo o del sexo opuesto (Frankowski, 2004).

- **Heterosexualidad**

se refiere a la atracción sexual y emocional por individuos del sexo opuesto al que se pertenezca, así como manifestar actividad sexual con esos sujetos (Secretaria de Salud, 2020).

- **Pansexualidad**

es aquella inclinación sexual y afectiva sobre las personas sin expresar interés específico por el sexo o género que las represente (Secretaria de Salud, 2020).

- **Asexualidad**

se caracteriza por la falta de atracción sexual de un sujeto hacia los demás, sin embargo, puede sentir atracción emocional o afectiva por un individuo en cuestión de romance (CONAPRED, 2016).

#### ***2.1.2.1. Estadios de la adquisición de la identidad homosexual de Troiden.***

Troiden (1989) comparte el modelo que consiste en cuatro etapas para la formación de las identidades homosexuales, las cuales se presentan a continuación:

- **Etapas 1: Sensibilización**

comienza previo a la pubertad. El infante se visualiza de forma distinta que los demás compañeros o amigos de su mismo sexo, sin embargo, no comprende el motivo.

- **Etapas 2: Confusión de identidad**

se manifiestan comportamientos y sentimientos que en ocasiones pueden provocar intraquilidad y desconcierto en relación a la orientación sexual. Existen adolescentes que intentan evitarlos, en cambio otros los perciben como momentáneos. Otros, solicitan apoyo para enfrentar dichas situaciones, Y, algunos deciden ejercer el aislamiento social.

- Etapa 3: Reconocimiento de la identidad

la persona adolescente soluciona su desconcierto en cuanto a la orientación sexual y analiza su identidad sexual con los demás, comúnmente con los pares previo a comunicárselo a su padre y/o madre. Esta etapa es conocida mayormente como “salir del closet”, la cual suele pasar cuando el individuo está en la adolescencia, juventud o posterior a estas.

- Etapa 4: Compromiso

el sujeto percibe aceptarse a sí mismo, su experiencia emocional y elige no cambiar su identidad sexual. En periodo de aceptación, la identidad sexual se olvida de ser la representación de un comportamiento para comenzar a ser parte del autoconcepto.

### ***2.1.2.2. Modelo del desarrollo de la identidad sexual.***

El modelo del desarrollo de la identidad sexual fue hecho por Fassinger y Miller (1996), en donde postulan una serie de etapas acerca de la identidad sexual de cada persona.

- Etapa 1: Conciencia

esta etapa consiste en la manifestación de sensaciones de enredo, temor o embrollo. De acuerdo a los conocimientos científicos se ha expuesto que este tipo de sensaciones son comunes cuando una persona descubre la inclinación e impulso sexual por alguien que dentro de la sociedad es percibido como una situación desaprobatoria (Savin-Williams, 2001).

- Etapa 2: Exploración

esta etapa se caracteriza por implicar una indagación de la propia persona sobre lo que siente, usualmente en el plano sexual en torno a los individuos del mismo sexo. Esas sensaciones normalmente son en relación al libido o apetito sexual.

- Etapa 3: Profundización o compromiso

la etapa 3, abarca la capacidad de introspección respecto a su sexualidad y emociones, reconocimiento de las variaciones o posibilidades respecto a la sexualidad, como, determinar su orientación sexual y la manera de interacción afectiva con personas de su mismo sexo. En ocasiones, puede presentarse emociones de enojo y tristeza, así como autoaceptación.

- Etapa 4: Internalización o síntesis

la etapa 4, se presenta cuando el individuo acepta internamente su identidad sexual, afectiva y el placer que le genera relacionarse con personas de su propio sexo, se crean sentimientos de congruencia con lo que siente y se niega a modificar su orientación. Además, aparecen emociones de alegría y amor propio por dicha orientación sexual.

### **2.1.2.3. Modelo “salir del closet” de Owens.**

El modelo de Owens (1998), propone un conjunto de fases para salir del closet.

- Fase 1: Salir del closet contigo mismo

en esta fase, la persona logra identificarse consigo misma como homosexual. Cuando se tiene mayor aceptación sobre la identidad sexual, los niveles de autoestima serán elevados. No obstante, presentar una autoestima alta es complicado por los comentarios de rechazo por parte de la sociedad referente a la orientación homosexual.

- Fase 2: Salir del closet con otras personas

esta fase, se representa cuando el individuo toma la decisión con cautela de elegir a qué personas les puede contar sobre su identidad sexual y evalúa cuándo será la ocasión indicada. De igual modo, la persona estudia las diversas maneras y respuestas que podrían suceder en el instante de exteriorizar su identidad sexual. A veces, salir del closet con otras personas es más provechoso para aquellas que manifiestan mayor autoestima, ya que, puede ser utilizada como un factor de protección si el individuo es desaprobado por dichas personas.

- Fase 3: Salir del closet con todos

esta fase comprende el hecho comunicar la identidad sexual a gran parte de los individuos en su entorno personal y social, al igual que, es parte relevante para conseguir una autoaceptación efectiva.

## **2.2. La repercusión de la exclusión social sobre la salud mental**

La conceptualización de la exclusión social tiene sus inicios a finales de los años 60 y 70 en los países europeos, los autores de este término fueron Maseé (1965) y Lenoir (1974), con el fin de dirigirse a aquellos grupos minoritarios de la comunidad que no disponía de las ganancias que el pueblo proporcionaba. Por su parte, Subirats (2004) define a la exclusión social como el impedimento o adversidad extrema de conseguir ser parte de los procesos culturales de crecimiento personal e integración tanto social como pública, al igual que obtener los servicios de seguridad que son establecidos para todo ciudadano.

La exclusión social, abarca distintos términos que son usados comúnmente para describir circunstancias de estar aislado o de ser retirado del eje de la sociedad o de un conjunto de personas, así como marginación o discriminación tanto en el ambiente cultural y de situaciones

sociales, en la pobreza referente a la economía, y enajenación social que hace evidente el impacto de los procesos de económicos y sociales específicos que obstaculizan o prohíben a las personas el acceso para progresar en áreas productivas (Tezanos, 1999).

Actualmente, la exclusión social se caracteriza por considerar diversos factores que se entremezclan con la finalidad de aprisionar a las personas, produciendo una progresión de desigualdades. Dichos factores son los salarios, el ingreso a establecimientos de salud de calidad, la residencia, la educación y las características del ambiente en el cual se desarrollan, son elementos que pueden manifestar un efecto en la calidad de vida de los individuos. Los elementos que causan la exclusión social están relacionados al rechazo o limitación del acceso a las constituciones de los medios para subsistir socialmente, comprendiendo no solo los medios materiales sino también el respeto y la seguridad interpersonal fundamental para la formación de la autoestima, de modo personal como grupal (Bayram, Bilgel, & Bilgel, 2012). La exclusión social es valorada como un elemento dentro de la sociedad que conlleva a resultados de desigualdad en cuestiones de salud, al igual que, se percibe como un constructo apto para entender las vivencias sociales de cada una de las personas que padecen problemáticas de salud psicológica (Ochoa, 2010; Morgan, Burns, Fitzpatrick, Pinfold, & Priebe, 2007).

### **2.2.1. Dimensiones de la exclusión social.**

Las dimensiones de la exclusión social, de acuerdo con Thai-Hop (1995) son las siguientes:

- Dimensión tecno-económica

los sujetos que son excluidos son comúnmente los que se localizan en zonas marginadas o en situaciones de economía inestable, así como de los cambios científicos.

Conjuntamente, se encuentran con una rentabilidad insuficiente, por la falta de ingresos,

cuentan con limitados materiales para trabajar, y disponen de escasos conocimientos tecnológicos.

- **Dimensión sociopolítica**

los individuos que son rechazados de la sociedad, están en la posición de los sujetos que no cuentan con seguridad social, manifiestan falta de ingresos para un hogar íntegro, al igual que un empleo fijo. Además, sus derechos como seres humanos no son vistos como válidos socialmente.

- **Dimensión cultural**

en general, los sujetos segregados por la sociedad, no son tomados en cuenta para la enseñanza de conocimientos tecnológicos actuales, de los medios de comunicación, y de ejercer su derecho de exponer lo que piensan y actuar de acuerdo a sus creencias/tradiciones culturales.

#### ***2.2.1.1. Modelo de los dos vectores de Castel.***

El modelo de Castel (2000) plantea los procesos de exclusión social de las distintas poblaciones del occidente como el producto del acontecimiento de dos vectores que se entrelazan en un eje de integración/no integración de trabajo, y el eje de integración/ no integración en el ambiente social y familiar, lo cual hace mención a la participación de un individuo en un régimen de interacciones. Por lo tanto, la exclusión social no conlleva un único factor económico enfocado específicamente en la asociación del individuo con el eje área laboral, sino que puede ocasionar un proceso de falta de afiliación tanto social como individual que provoca afectaciones en diversas dimensiones del sujeto, lo cual representa el reflejo de las situaciones sociales actuales y el incremento de la vulnerabilidad dentro de la sociedad (Muñoz, Panadero, & Pérez-Santos, 2003).

### **2.2.1.2. Teoría de la dominancia social.**

La teoría de la dominancia social de Pratto, Sidanius, Stallworth y Malle (1994), demuestra como existe un medio que ejerce control de las jerarquías sociales respecto a las condiciones de cada persona y de los prejuicios. La teoría sostiene que las sociedades subestiman las problemáticas existentes, originando creencias que fomenten el predominio de una comunidad sobre las demás. Las creencias o ideas apoyan la subsistencia de las jerarquías y la falta de igualdad social, consiguen transformarse en medios que justifican los actos de discriminación, las cuales tienen que ser suficientemente aprobadas por los grupos sociales con el fin de su efectividad dentro de los mismos, logrando ser percibidas como realidades incuestionables. Estas ideas o creencias colaboran para consentir la desigualdad social dentro de las colectividades, apoyando a formalizar la dominancia.

El fundamento principal de la teoría de la dominancia social, expone que la aprobación de las creencias o ideologías de la sociedad manifiestan un impacto relevante en el nivel de desigualdad social. De acuerdo a esta perspectiva, es fundamental entender los aspectos que conducen a la aprobación y reprobación de las creencias que fomentan o declinan dicha desigualdad en la sociedad (Pratto et al., 1994).

### **2.2.1.3. Modelo de estrés de minorías de Meyer.**

El modelo de estrés de minorías realizado por Meyer (2003), afirma que para entender el impacto del estrés en las minorías de la comunidad LGB, primero tienen que estimar los diferentes factores que provocan el estrés social que comparten en dicha comunidad, como las situaciones de discriminación, desaprobación, encubrimiento de la identidad de género y orientación sexual y los elementos asociados a la homofobia internalizada, es decir, todos los

actos de desaprobación y exclusión en torno a la propia identidad, así como la valoración negativa en dirección a las características de las diversidades sexuales y de género.

En el modelo de Meyer (2003), se plantean dos tipos de estresores llamados distales y proximales, los primeros se refieren a aquellos factores provenientes de la cultura, como los acontecimientos de marginación y discriminación a los individuos LGB, posturas heterosexistas y reprobación a los grupos minoritarios diversos. En cambio, los estresores proximales, son la ampliación de los estresores distales en cuestión a la vivencia de los sujetos, todas aquellas impresiones personales y sensaciones ligadas a la identidad de cada persona. Además, el modelo de estrés de minorías, confirma que el colectivo LGB son proclives a desarrollar problemáticas respecto a la salud mental, como trastornos o sintomatología depresiva, consumo de sustancias adictivas, aislamiento social, y percibirse como víctimas por los daños causados en relación al ambiente violento en el que se desenvuelven. Lo anterior, puede conllevar a este grupo minoritario a incrementar los factores de riesgo personales asociados al suicidio (figura 1).

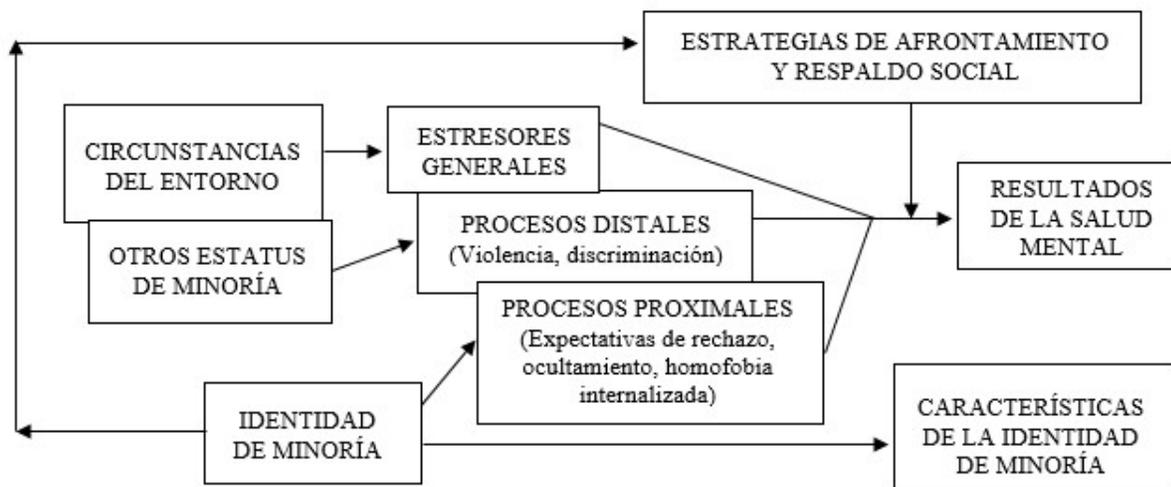


Figura 1. Modelo de estrés de minorías. Adaptado de “Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence”, por I. H. Meyer, 2003, *Psychological bulletin*, 129, p. 674.

### **2.2.2. Ansiedad.**

La ansiedad hace referencia a las formas de respuesta que ejercen los individuos ante circunstancias apreciadas como atemorizantes, además de ser un estado de alerta que consiste en sensaciones de inquietud, rigidez y percepción subjetiva, siendo la persona consciente de la situación y apreciando un incremento en la función del sistema nervioso autónomo. La condición de ansiedad puede manifestar diferentes niveles de magnitud y oscila dependiendo del periodo o duración (Spielberger & Díaz, 1975).

En el tiempo actual, la ansiedad se ha caracterizado por ser una condición emocional desagradable en la que se incluyen alteraciones somáticas y psicológicas, que suelen manifestarse como una respuesta adaptativa, o también como parte de un síntoma o signo que se incluye en diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas (Secretaría de Salud, 2010).

La secretaria de Salud (2010), contempla a la ansiedad como una anomalía, debido a la aparición poco racional que esta presenta, puesto que, en ocasiones no se encuentra un estímulo o el periodo es poco argumentado en cuestión a la extensión de la misma, y la reincidencia escasamente motivada, conduciendo a la persona a un nivel disfuncional en su vida diaria.

#### ***2.2.2.1. La teoría tridimensional de la ansiedad.***

La teoría de los tres sistemas de respuestas elaborada por Lang (1968), presenta a la ansiedad como una conceptualización integrada por distintas dimensiones, por ejemplo, en factores cognitivos, fisiológicos y motores (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002). Los cuales se muestran a continuación:

- Síntomas de ansiedad a nivel cognitivo

la ansiedad se puede manifestar por medio de representaciones gráficas o cogniciones detalladas, como, el miedo a descontrolarse, intranquilidad, terror o intimidación, antelación de situaciones devastadoras, figuración y falta de atención.

- Síntomas de ansiedad a nivel fisiológico

la ansiedad se puede presentar con un incremento en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, somático, en el procesamiento de las hormonas y neurotransmisores. Al igual que, una elevación de la frecuencia cardiaca, obstrucción respiratoria, transpiración desmedida, sentimiento de angustia, desvanecimientos, rigidez en músculos y movimientos estereotipados.

- Síntomas de ansiedad a nivel motor

la ansiedad se suele expresar por medio de un aumento de las reacciones físicas del cuerpo y de los pensamientos ejercidos por el individuo que conducen a alteraciones considerables en sus comportamientos. Son acciones que la persona puede controlar.

#### ***2.2.2.2. Modelo de los esquemas cognitivos.***

El modelo de los esquemas cognitivos, identifica las emociones habituales y la ansiedad en específico como reacciones o conductas con base en lo biológico, psicológico y social, así como con factores emotivos, fisiológicos, mentales y de evolución. En el momento en que las emociones son inadecuadas, exorbitantes y fuera de proporción respecto a la situación, Beck destaca la relevancia de prestar mayor atención a los pensamientos (Beck, 1985). De acuerdo a lo anterior, el modelo se enfoca en que las problemáticas de los trastornos psicológicos de ansiedad no se encuentran en la base afectiva, sino en los esquemas cognitivos que realizan la función de analizar constantemente el escenario como amenaza. Los datos sobre sí mismo, del mundo y del futuro, pasan a través de un procesamiento que puede ser distorsionado por la persona como algo

perjudicial (Beck & Emery, 1985). Por lo tanto, las condiciones de ansiedad se relacionan a cogniciones automáticas y gráficas, que son percibidos como amenazantes, lo que resulta en respuestas fisiológicas, motoras y emocionales disfuncionales. Este modelo está centrado en trastornos de la ansiedad y no específicamente en la ansiedad como emoción, debido a que, la ansiedad y el miedo pueden ser emociones funcionales en distintas situaciones.

### **2.2.3. Síntomas y epidemiología de la ansiedad.**

La ansiedad se puede presentar en distintos síntomas, para ello la Secretaria de Salud (2010), los categoriza en dos tipos, los somáticos y psicológicos:

Los síntomas somáticos que se manifiestan pueden ser desvanecimientos, incremento en la frecuencia cardiaca, transpiración, agitación, elevación en la ocurrencia del deseo de orinar, entre otros. Los síntomas psicológicos como sentimiento de nerviosismo, pensamientos de muerte próxima, intranquilidad, miedos poco racionales, terror a no ser capaz de controlarse o de razonar, e impulsos de huida.

La epidemiología de la ansiedad de acuerdo a la OMS (2017), expone que existen alrededor de 260 millones de personas que padecen trastornos de ansiedad. En México, las situaciones en relación a los trastornos de ansiedad se manifiestan en un 14.3% de toda la población, y se estima que el 28.6% de las personas a nivel nacional en algún momento padecerá un trastorno psicológico, como es el caso de la ansiedad, ya que se localiza dentro de los tres trastornos con mayor incidencia en el país (Secretaria de Salud, 2017).

### **2.2.4. Depresión.**

La depresión es un trastorno psiquiátrico que impacta al cuerpo humano en relación a la condición de ánimo, forma de razonar y comprender la existencia. De igual forma, influye en la

higiene del sueño, apetito, autoestima y autonomía. La depresión puede actuar de forma diferente en cada individuo, como, en la gravedad, magnitud y permanencia de los síntomas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003).

La depresión es un trastorno psicológico que en la actualidad se ha presentado constantemente, y consiste en la manifestación de tristeza prolongada, falta de motivación, sensaciones de culpabilidad o baja autoestima, alteraciones en la higiene del sueño, ausencia de apetito, agotamiento y fallas en la concentración. Conjuntamente, la depresión puede convertirse en un estado crónico o frecuente, lo que conduce a la persona a obstaculizar su rendimiento en el área laboral, escolar, y la habilidad para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana. En situaciones severas puede conllevar a la ideaciones o intentos suicidas. Si se presenta en un nivel leve o moderado, se puede emplear terapia psicológica sin la exigencia de hacer uso de la farmacología (OMS, 2012).

#### ***2.2.4.1. Modelo cognitivo de la depresión.***

El modelo de la depresión (Beck, 1967; Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010), plantea una secuencia de factores causales, empezando con los aspectos de vivencias negativas, como, los juicios o desaprobación ejercidos por los padres. De acuerdo a esas vivencias se pueden producir los esquemas o conductas desadaptativas, por ejemplo, “si mis padres no me aman, entonces no soy una persona amada”. Los esquemas desadaptativos mencionados, comúnmente no se obtienen con facilidad, ya que, son clasificados como las razones más alejadas de la problemática. Las razones más cercanas podrían ser, un suceso delicado, que conduciría de nueva cuenta a los esquemas desadaptativos, y como resultado de lo anterior, a los sesgos o errores en el procesamiento de la información. Dicho impacto, conllevaría a la persona a cogniciones negativas sobre el mismo, el mundo y en cuestión al

futuro, también nombrada triada cognitiva, lo cual conduciría al sujeto a desarrollar síntomas de depresión (figura 2).

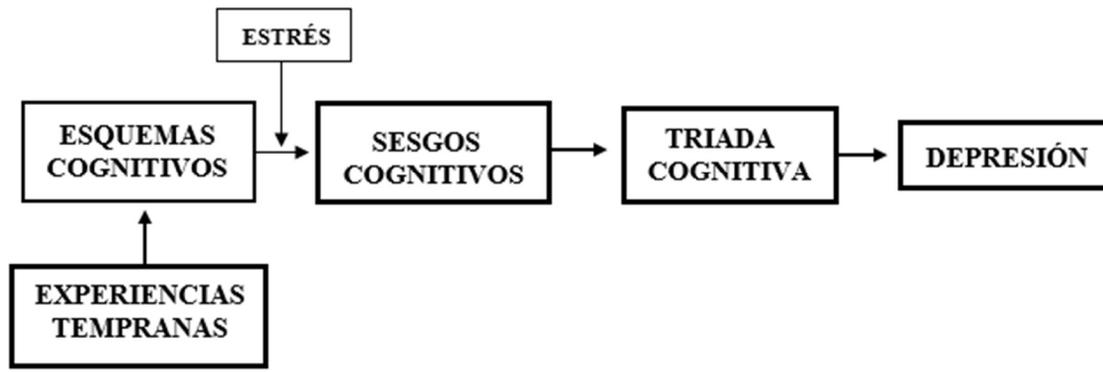


Figura 2. Modelo cognitivo de la depresión (Beck, 1967). Adaptado de “Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación”, por C.

Vázquez, G. Hervás, L. Hernangómez & N. Romero, 2010, *Psicología Conductual*, 18, p. 143.

### 2.2.5. Síntomas y epidemiología de la depresión.

La depresión se puede manifestar por diversos síntomas, como la tristeza, falta de esperanza, incapacidad de sentir placer, reducción de la vitalidad, dificultad para prestar atención y en retención de información a corto plazo, aislamiento social, aminoramiento del apetito sexual, extrema susceptibilidad a la desaprobación, ejercer conductas de riesgo como las cogniciones suicidas, etc. (Cruz-Pérez, 2012).

La epidemiología de la depresión en el año 2012 indicó un impacto de al menos 350 millones de individuos a nivel mundial y aproximadamente 1 de cada 20 sujetos habían presentado sintomatología depresiva en el año anterior (Álvarez, 2012). Por su parte, la OMS comunicó que el trastorno de depresión será en el año 2020 la segunda causa de invalidez en la sociedad mundial (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar, & Sánchez 2005).

En México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), indicó que cerca de 34.85 millones de individuos presentan síntomas de depresión, en donde 14.48 millones fueron hombres y 20.37 millones se muestran ser mujeres. De igual forma, se enfatiza que, de todas las personas con sintomatología depresiva solamente el 1.63 millones de ellas son tratadas mediante fármacos, y el resto de la población mencionada no lleva a cabo ningún tipo de tratamiento.

## **VI. Método**

### **6.1. Tipo de investigación**

La presente investigación digital se realizó dentro del paradigma científico positivista (Ricoy, 2006), con un enfoque cuantitativo no experimental de corte transversal, con alcance correlacional, debido a que se enfocó en analizar la relación entre Exclusión Social, Ansiedad y Depresión en personas lesbianas, gays y bisexuales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010; Guazmayán, 2004).

### **6.2. Participantes**

La muestra se comprendió por 100 personas lesbianas (16%), gays (35%) y bisexuales (49%), de los cuales fueron 45 hombres y 55 mujeres, con edades de 15 a 55 años ( $M = 23.59$ ,  $DE = 6.76$ ). La selección de los participantes se estableció por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, fueron elegidas aquellas personas de acuerdo a los criterios del investigador y la aprobación de cada participante para ser parte del estudio (Otzen & Manterola, 2017; Walpole & Myers, 1996).

### **Criterios de selección.**

Los criterios de selección para efectuar el estudio fueron los siguientes:

#### ***Criterios de inclusión.***

- Personas lesbianas, gays y bisexuales.
- Personas nacidas y/o residentes en el Estado de Sonora.
- Rango de edad 15 a 55 años de edad.

#### ***Criterios de exclusión.***

- Personas heterosexuales, transexuales, transgéneros, travestis, asexuales, *queer* o pansexuales.
- Personas nacidas y/o residentes en otros Estados de la república mexicana con excepción de Sonora.
- Menores de 15 años y mayores a 55 años de edad.

### **6.3. Instrumentos**

#### **Inventario de ansiedad de Beck.**

El inventario de ansiedad de Beck creado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mide los valores de ansiedad en los individuos. El instrumento se conforma por 21 reactivos (“Torpe o entumecido”), cuenta con una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta “En absoluto”, “Levemente”, “Moderadamente” y “Severamente”, que van de 0 (en absoluto) a 3 (severamente), para evaluar síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y de pánico, cuenta con un índice de confiabilidad de  $\alpha = 0.83$ . Las formas de calificación son las siguientes: el puntaje de 0 a 5

ansiedad mínima; de 6 a 15 ansiedad leve; de 16 a 30 ansiedad moderada, y de 31 a 63 ansiedad severa. Para indicar ansiedad clínicamente significativa la persona debe manifestar un puntaje mayor a 16. La forma de aplicación es en formato digital, debido, a la distribución de la muestra específica y la pandemia por Covid-19 (Guazmayán, 2004).

### **Inventario de depresión de Beck.**

El inventario de ansiedad de Beck creado por Beck, Steer y Garbin (1988), validado para población mexicana por Jurado et al. (1998), mide la severidad de los síntomas de depresión en las personas. El instrumento se conforma por 21 reactivos, cuenta con una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta según el número de reactivo “Yo no me siento triste”, “Me siento triste”, “Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo” y “Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo”, que van de 0 (absoluto) a 3 (severamente), para evaluar actitudes negativas hacia sí mismo, alteración somática y deterioro del rendimiento; además, manifiesta un índice de confiabilidad de  $\alpha = 0.87$ . Las formas de calificación son las siguientes: el puntaje de 0 a 9 depresión mínima; de 10 a 16 depresión leve; de 17 a 29 depresión moderada; y de 30 puntos o más depresión severa. La forma de aplicación es en formato digital, debido, a la distribución de la muestra específica y la pandemia por Covid-19 (Guazmayán, 2004).

### **Instrumento de percepción de exclusión social.**

El instrumento de percepción de exclusión social creado y validado para población mexicana por Téllez y Rivera (2020), mide la percepción de exclusión social en jóvenes mexicanos. El instrumento se conforma por 35 reactivos, cuenta con una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta “Siempre”, “Casi siempre”, “Frecuentemente”, “A veces” y “Nunca” para ciertos reactivos y para otros “Completamente de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni de acuerdo

ni en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “Completamente en desacuerdo”, que van del 1 (siempre/completamente de acuerdo) a 5 (nunca/completamente en desacuerdo).

El instrumento evalúa 9 factores, el primer factor se refiere al Acceso a servicios de salud (“Recibo atención médica de calidad”), seguido por el de Apoyo familiar (“Cuento con el apoyo de mi familia”), Conductas disruptivas con pares (“En algún momento de mi vida he participado en actividades delictivas”), Acceso a bienes educativos (“No puedo seguir estudiando por motivos educativos”), Acceso a bienes y servicios de segunda necesidad (“Puedo comprar ropa aunque no sea necesaria”), Violencia intrafamiliar (“En mi familia me humillan y ofenden”), Acceso a bienes y servicios de primera necesidad (“El ingreso familiar de mi casa es suficiente para cubrir nuestras necesidades básicas”), Limitaciones económicas en el hogar (“La comida en mi casa se acaba antes de lo planeado”), y por último, el de Integración comunitaria (“Asisto a actividades culturales como obras de teatro, conciertos, cine, etc.”), cuenta con un índice de confiabilidad de  $\alpha = 0.86$ . Las puntuaciones altas indican extrema percepción de exclusión social. La forma de aplicación es en formato digital, debido, a la distribución de la muestra específica y la pandemia por Covid-19 (Guazmayán, 2004).

#### **6.4. Procedimiento**

La selección de los participantes fue mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, primeramente, se identificaron los grupos de personas LGB que participaron en el estudio. Después, se realizó el contacto con dicha colectividad, en donde se explicaron los objetivos de la investigación, posterior a eso, se compartió mediante la modalidad por internet un consentimiento informado a cada participante, en el cual quedó estipulado que su participación era completamente voluntaria y la información proporcionada fue para uso exclusivo del estudio científico (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Luego, se procedió a la aplicación de los

instrumentos de evaluación digitalizados, tales como el Inventario de ansiedad de Beck, Instrumento de percepción de exclusión social, y el Inventario de depresión de Beck. Los criterios de inclusión para la presente investigación partieron en que los/las participantes fueron personas lesbianas, gays y bisexuales, nacidos y/o residentes en el Estado de Sonora y con edades dentro del rango de 15 a 55 años.

### **6.5. Análisis de datos**

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa de análisis estadísticos SPSS versión 22.0. Además, se analizaron las propiedades psicométricas según la medición de cada constructo, por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, es decir, los valores de confiabilidad (Cronbach, 1951). De igual forma, se realizó un análisis de correlación Rho de Spearman a las variables del presente estudio (Coolican, 2005; Spearman, 1904).

## **VII. Resultados**

Los resultados del análisis de confiabilidad de la investigación se exponen en la tabla 1, en la cual, se observan valores de alfa de Cronbach aceptables dentro de los parámetros de las Ciencias Sociales, dado que se encuentran en los niveles iguales o mayores a 0.60 (Cronbach, 1951; Gronlund, 1985). El instrumento de forma general obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94. La subescala de Exclusión Social manifestó un valor de 0.90, en donde cada una de sus dimensiones muestran diferentes valores. La dimensión que presentó mayor consistencia interna fue Acceso a Servicios de Salud ( $\alpha = .91$ ), seguida por las de Apoyo Familiar ( $\alpha = .89$ ), Acceso a Bienes y Servicios de Segunda Necesidad ( $\alpha = .87$ ), Acceso a Bienes Educativos ( $\alpha = .79$ ), Acceso a Bienes y Servicios de Primera Necesidad ( $\alpha = .79$ ), Violencia Intrafamiliar ( $\alpha = .76$ ),

Integración Comunitaria ( $\alpha = .71$ ), Conductas Disruptivas con Pares ( $\alpha = .69$ ), y por último la de Limitaciones Económicas ( $\alpha = .65$ ). En la subescala de Inventario de Ansiedad se registró una consistencia interna de 0.93, y para la subescala de Inventario de Depresión se presentaron valores de 0.91.

Tabla 1

*Consistencia interna de las subescalas y dimensiones*

Dimensiones / Subescalas	Alfa de Cronbach
Exclusión Social	.90
Acceso a Servicios de Salud	.91
Apoyo Familiar	.89
Conductas Disruptivas con Pares	.69
Acceso a Bienes y Servicios de Segunda Necesidad	.87
Acceso a Bienes Educativos	.79
Violencia Intrafamiliar	.76
Acceso a Bienes y Servicios de Primera Necesidad	.79
Limitaciones Económicas	.65
Integración Comunitaria	.71
Inventario de Ansiedad	.93
Inventario de Depresión	.91

### 7.1. Estadísticos descriptivos

Los resultados estadísticos de la subescala de Exclusión Social se presentan en la tabla 2, en donde se visualizan las dimensiones y los ítems que la conforman. De esta manera, los estadísticos descriptivos de Acceso a Servicios de Salud mostraron que el ítem con la media más alta fue “Las instalaciones de las instituciones de salud a las que acudo cuentan con el equipo

necesario para brindar atención” ( $M = 2.08$ ,  $DE = .950$ ), en cambio la más baja fue “Tengo acceso a los medicamentos que necesito” ( $M = 1.77$ ,  $DE = 1.01$ ); en Apoyo Familiar “En mi familia me siento en confianza” fue el ítem con la media más elevada ( $M = 2.34$ ,  $DE = 1.20$ ) y “Cuento con el apoyo de mi familia” como la media más baja ( $M = 1.62$ ,  $DE = .907$ ); en Conductas Disruptivas con Pares el ítem con una media mayor fue “Con mis amigos consumo alcohol en la vía pública” ( $M = 1.97$ ,  $DE = 1.18$ ), y el de la media con menor valor “Con mis amigos agredimos a otras personas” ( $M = 1.13$ ,  $DE = .525$ ); en Acceso a Bienes y Servicios de Segunda Necesidad demostró el ítem con la media más elevada fue “Puedo comprar ropa de marca” ( $M = 3.48$ ,  $DE = 1.32$ ), y el ítem con la media inferior fue “Puedo comprar ropa aunque no sea necesaria” ( $M = 3.01$ ,  $DE = 1.22$ ).

Siguiendo con la dimensión Acceso a Bienes Educativos, el ítem que presentó la media mayor fue “He descuidado mis estudios porque tengo que trabajar para cubrir mis gastos” ( $M = 1.88$ ,  $DE = 1.24$ ), y el de la media menor “No hay escuelas cercanas a mi casa como media superior y universidad” ( $M = 1.58$ ,  $DE = .934$ ); en Violencia Intrafamiliar “Siento que no me quieren en mi familia” fue el ítem con la media más alta ( $M = 1.85$ ,  $DE = 1.11$ ) y el de la media más baja fue “En mi familia me agreden o golpean” ( $M = 1.25$ ,  $DE = .687$ ); en Acceso a Bienes y Servicios de Primera Necesidad, el ítem que registró una media superior fue “Podemos reparar los desperfectos de la casa cuando se presentan como problemas con las tuberías, impermeabilización y pintura” ( $M = 2.30$ ,  $DE = 1.09$ ) y el de la media más baja fue “Mi casa cuenta con los servicios básicos como agua, luz, drenaje, gas, teléfono e internet” ( $M = 1.18$ ,  $DE = .435$ ).

En Limitaciones Económicas “La comida en mi casa se acaba antes de lo planeado” fue el ítem con la media más elevada ( $M = 2.11$ ,  $DE = 1.04$ ) y “Nos cortan algunos servicios básicos

por falta de pago” fue el más bajo con una media de 1.39 (DE = .584); y por último, en Integración comunitaria el ítem con una mayor media fue “Participo en programas deportivos en mi comunidad” (M = 3.93, DE = 1.23) y el de la media menor fue “Asisto a actividades culturales como obras de teatro, conciertos, cine, etc.” (M = 2.23, DE = 1.28).

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos de la subescala de Exclusión Social*

Dimensiones / Ítems	Min	Max	M	DE
<b>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD</b>	1	5	1.90	.865
Cuando me enfermo cuento con servicios médicos donde acudir.	1	5	1.81	1.16
Tengo acceso a los medicamentos que necesito.	1	5	1.77	1.01
Recibo atención médica de calidad.	1	5	2.01	.958
Las instalaciones de las instituciones de salud a las que acudo cuentan con el equipo necesario para brindar atención.	1	5	2.08	.950
El personal de salud que me atiende está bien capacitado.	1	5	1.82	.857
Si tuviera una emergencia médica que requiriera hospitalización o cirugía, tengo donde acudir.	1	5	1.95	1.23
<b>APOYO FAMILIAR</b>	1	5	1.94	.928
Cuento con el apoyo de mi familia.	1	5	1.62	.907
Mi familia me ayuda cuando tengo problemas.	1	5	1.76	.986
En mi familia me siento en confianza.	1	5	2.34	1.20
Puedo realizar actividades de ocio con mi familia.	1	5	2.05	1.14
<b>CONDUCTAS DISRUPTIVAS CON PARES</b>	1	5	1.56	.696
Con mis amigos agredimos a otras personas.	1	5	1.13	.525
En algún momento de mi vida he participado en actividades delictivas.	1	4	1.47	.926
Con mis amigos consumo alcohol en la vía pública.	1	5	1.97	1.18
Con amigos consumo drogas ilegales.	1	4	1.68	1.09

ACCESO A BIENES Y SERVICIOS DE SEGUNDA NECESIDAD	1	5	3.22	1.13
Puedo comprar ropa aunque no sea necesaria.	1	5	3.01	1.22
Los ingresos en mi casa alcanzan para comprar algunos “lujos” (tabletas, Smartphone o dispositivos móviles de entretenimiento).	1	5	3.19	1.27
Puedo comprar ropa de marca.	1	5	3.48	1.32
ACCESO A BIENES EDUCATIVOS	1	5	1.71	.866
No puedo seguir estudiando por motivos económicos.	1	5	1.76	1.12
No hay escuelas cercanas a mi casa (media superior y universidad).	1	5	1.58	.934
He tenido que faltar a la escuela por falta de dinero para los pasajes o el material.	1	5	1.64	1.05
He descuidado mis estudios porque tengo que trabajar para cubrir mis gastos.	1	5	1.88	1.24
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1	5	1.64	.788
En mi familia me humillan y ofenden.	1	5	1.84	1.01
En mi familia me agreden o golpean.	1	5	1.25	.687
Siento que no me quieren en mi familia.	1	5	1.85	1.11
ACCESO A BIENES Y SERVICIOS DE PRIMERA NECESIDAD	1	5	1.77	.756
Tenemos dinero para comprar la comida de la quincena.	1	5	1.69	1.03
El ingreso familiar de mi casa es suficiente para cubrir nuestras necesidades básicas.	1	5	1.94	1.12
Mi casa cuenta con los servicios básicos (agua, luz, drenaje, gas, teléfono e internet).	1	3	1.18	.435
Podemos reparar los desperfectos de la casa cuando se presentan (problemas con las tuberías, impermeabilización, pintura).	1	4	2.30	1.09
LIMITACIONES ECONÓMICAS	1	5	1.69	.587
La comida en mi casa se acaba antes de lo planeado.	1	5	2.11	1.04
Tenemos que pedir dinero prestado para poder pagar los gastos del mes.	1	4	1.53	.658

Nos cortan algunos servicios básicos por falta de pago.	1	4	1.39	.584
Tenemos carencias materiales en el hogar.	1	5	1.75	.978
<hr/>				
INTEGRACIÓN COMUNITARIA	1	5	3.07	1.05
<hr/>				
Asisto a actividades culturales como obras de teatro, conciertos, cine, etc.	1	5	2.23	1.28
Participo en programas sociales de mi comunidad.	1	5	3.06	1.44
Participo en programas deportivos en mi comunidad.	1	5	3.93	1.23
<hr/>				

De acuerdo con la subescala Inventario de Ansiedad ( $M = 1.02$ ,  $DE = .671$ ), se presentan los estadísticos descriptivos en la tabla 3, en la cual demuestra que el ítem con la media más alta fue “Nervioso” ( $M = 1.49$ ,  $DE = 1.02$ ) y el de media menor fue “Con desvanecimientos” ( $M = .420$ ,  $DE = .866$ ). Y finalmente, la tabla 4 expone la subescala Inventario de Depresión ( $M = .724$ ,  $DE = .497$ ), en donde se registró como la media más elevada al ítem “Autocrítica” ( $M = 1.00$ ,  $DE = .876$ ) y al ítem con la media inferior “Pérdida de peso” ( $M = .270$ ,  $DE = .664$ ).

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos del Inventario de Ansiedad*

Ítems	Min	Max	M	DE
INVENTARIO DE ANSIEDAD	0	3	1.02	.671
Torpe o entumecido.	0	3	.940	.862
Acalorado.	0	3	.980	.931
Con temblor en las piernas.	0	3	.850	.914
Incapaz de relajarse.	0	3	1.27	1.08
Con temor a que ocurra lo peor.	0	3	1.38	1.10
Mareado o que se le va la cabeza.	0	3	.810	.906
Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0	3	1.08	.991
Inestable.	0	3	1.26	1.05
Atemorizado o asustado.	0	3	.990	.989
Nervioso.	0	3	1.49	1.02
Con sensación de bloqueo.	0	3	1.25	1.06
Con temblores en las manos.	0	3	.870	1.03
Inquieto, inseguro.	0	3	1.32	1.02
Con miedo a perder el control.	0	3	1.06	1.02
Con sensación de ahogo.	0	3	1.01	1.09

Con temor de morir.	0	3	.830	1.05
Con miedo.	0	3	1.11	1.14
Con problemas digestivos.	0	3	1.11	1.16
Con desvanecimientos.	0	3	.420	.866
Con rubor facial.	0	3	.710	.997
Con sudores fríos o calientes.	0	3	.820	1.03

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos del Inventario de Depresión*

Ítems	Min	Max	M	DE
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN</b>	0	3	.724	.497
Sentimientos de tristeza.	0	3	.870	.705
Desánimo respecto al futuro.	0	3	.750	.716
Sentimientos de fracaso.	0	3	.700	.979
Sentimientos de placer/satisfacción.	0	3	.760	.668
Culpabilidad.	0	3	.660	.819
Sentimientos de estar siendo castigado.	0	3	.460	.903
Decepción consigo mismo.	0	3	.800	.876
Autocrítica.	0	3	1.00	.876
Ideas de matarse.	0	3	.620	.873
Llanto.	0	3	.640	.948
Irritabilidad	0	3	.690	.812
Interés en otras personas.	0	2	.810	.677
Toma de decisiones.	0	2	.808	.865
Apariencia.	0	3	.930	.997
Esfuerzo.	0	3	.870	.787
Dormir.	0	3	.830	.779
Cansancio.	0	3	.950	.957
Apetito.	0	3	.580	.818
Pérdida de peso.	0	3	.270	.664
Preocupación por problemas físicos.	0	3	.500	.643
Interés por el sexo.	0	3	.720	.853

## 7.2. Correlaciones

Los resultados del análisis correlacional se muestran en la tabla 5, en donde se visualizan de manera general la fuerza de relación de cada dimensión estudiada, de las cuales se obtuvieron diferentes magnitudes que en ciertas asociaciones son significativas y de moderado a débil

(Coolican, 2005). La relación moderada más alta de las variables fue la de Inventario de Ansiedad e Inventario de Depresión con una  $r_s$  de .61 y una  $p < .01$ , seguido por Exclusión social con Depresión ( $r_s$  de .50,  $p < .01$ ), en especial con las dimensiones de Apoyo Familiar y Violencia Intrafamiliar con un  $r_s$  de .65 y una  $p < .01$ , y la de Bienes y Servicios de Segunda Necesidad y Bienes y Servicios de Primera Necesidad con una  $r_s$  de .61 y una  $p < .01$ .

Las siguientes asociaciones de factores con la magnitud moderada fueron Bienes y Servicios de Primera Necesidad con Limitaciones Económicas ( $r_s$  de .58,  $p < .01$ ), y Bienes Educativos ( $r_s$  de .48,  $p < .01$ ). Seguido de Bienes y Servicios de Segunda Necesidad con Inventario de Depresión ( $r_s$  de .53,  $p < .01$ ), Limitaciones Económicas ( $r_s$  de .50,  $p < .01$ ), y Bienes Educativos ( $r_s$  de .47,  $p < .01$ ); Bienes Educativos con Servicios de Salud ( $r_s$  de .45,  $p < .01$ ), y Limitaciones Económicas ( $r_s$  de .44,  $p < .01$ ); y finalmente la de Limitaciones Económicas e Inventario de Ansiedad con una  $r_s$  de .40 y una  $p < .01$ .

Con respecto a las correlaciones débiles de acuerdo a las variables del estudio fueron Exclusión Social e Inventario de Ansiedad con una  $r_s$  de .39 y una  $p < .01$ ; particularmente con los factores de Inventario de Depresión con Limitaciones Económicas ( $r_s = .37$ ,  $p < .01$ ), Bienes Educativos ( $r_s$  de .34,  $p < .01$ ), Servicios de Salud con una  $r_s$  de .32 y una  $p < .01$ , Apoyo Familiar ( $r_s = .32$ ,  $p < .01$ ), y Bienes y Servicios de Primera Necesidad ( $r_s$  de .32,  $p < .01$ ); y por último con la de Bienes Educativos e Inventario de Ansiedad mostró una  $r_s$  de .32 y una  $p < .01$ .

En cuanto a los resultados de las dimensiones que no manifestaron datos correlacionales y significativos fueron, Apoyo Familiar y Bienes y Servicios de Primera Necesidad ( $r_s = .17$ ); Bienes Educativos con Integración Comunitaria ( $r_s = .16$ ) y Conductas Disruptivas con Pares ( $r_s = .15$ ); Violencia Intrafamiliar con Conductas Disruptivas con Pares ( $r_s = .14$ ), Limitaciones Económicas con una  $r_s$  de .10, Integración Comunitaria ( $r_s = .06$ ), Servicios de Salud ( $r_s = .02$ ),

Bienes y Servicios de Primera Necesidad ( $r_s = .00$ ) y Bienes y Servicios de Segunda Necesidad con una  $r_s$  de  $.09$ ; Integración Comunitaria con Inventario de Ansiedad ( $r_s = .14$ ), e Inventario de Depresión ( $r_s = .13$ ); Conductas Disruptivas con Pares con Bienes y Servicios de Segunda Necesidad ( $r_s = .09$ ), Bienes y Servicios de Primera Necesidad ( $r_s = .08$ ), Servicios de Salud con un  $r_s$  de  $.04$ , Apoyo Familiar ( $r_s = .04$ ), Integración Comunitaria ( $r_s = -.03$ ), Inventario de Depresión ( $r_s = -.04$ ); y para concluir con Inventario de Ansiedad con una  $r_s$  de  $-.05$ .

Tabla 5

*Correlaciones entre factores del estudio*

	ES	SS	AF	CDP	BSSN	BE	VI	BSPN	LE	IC	IA	ID
ES	1											
SS	.68**	1										
AF	.57**	.20*	1									
CDP	.28**	.04	.04	1								
BSSN	.71**	.37**	.28**	.09	1							
BE	.68**	.45**	.31**	.15	.47**	1						
VI	.37**	.02	.65**	.14	.09	.20*	1					
BSPN	.67**	.39**	.17	.08	.61**	.48**	.00	1				
LE	.64**	.26**	.27**	.20*	.50**	.44**	.10	.58**	1			
IC	.47**	.32**	.29**	-.03	.21*	.16	.06	.31**	.29**	1		
IA	.39**	.22*	.30**	-.05	.21*	.32**	.28**	.20*	.40**	.14	1	
ID	.50**	.32**	.32**	-.04	.53**	.34**	.26**	.32**	.37**	.13	.61**	1

*Nota:* ES = Exclusión Social; SS = Servicios de Salud; AF = Apoyo Familiar; CDP = Conductas Disruptivas con Pares; BSSN = Bienes y Servicios de Segunda Necesidad; BE = Bienes Educativos; VI = Violencia Intrafamiliar; BSPN = Bienes y Servicios de Primera Necesidad; LE = Limitaciones Económicas; IC = Integración Comunitaria; IA = Inventario de Ansiedad; ID = Inventario de Depresión. \*\* Correlación significativa a  $p < .01$ .

\* Correlación significativa a  $p < .05$ .

## VIII. Discusión

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación entre la Exclusión Social, Ansiedad y Depresión en las personas lesbianas, gays y bisexuales del Estado de Sonora. Conforme a la consistencia interna de las subescalas se registraron índices mayores a 0.90, esto significa que son niveles de fiabilidad aceptables (Cronbach, 1951; Gronlund, 1985). Con base en los distintos análisis empleados para la prueba de hipótesis, se obtuvieron resultados adecuados y favorecedores referente a las relaciones estadísticas de cada variable y dimensiones investigadas, manifestando magnitudes de moderadas a débiles con cargas positivas y significativas (Coolican, 2005).

Respecto a la primera hipótesis de investigación, la cual menciona que la Exclusión Social en personas lesbianas, gays y bisexuales, se relaciona positiva y significativamente con la Ansiedad, los resultados aprueban dicha hipótesis, puesto que, se observa una asociación positiva y significativa entre las variables, esto quiere decir, que sí existe una relación entre Exclusión Social y Ansiedad en sujetos LGB. Concretamente, en el Inventario de Ansiedad predominaron los síntomas de nerviosismo y temor a que ocurra lo peor. Mientras tanto, las dimensiones de Exclusión Social que se asociaron en mayor medida con la Ansiedad, fueron Limitaciones Económicas en manifestar carencias materiales en el hogar; y en Bienes Educativos al descuidar los estudios por tener que trabajar para cubrir los gastos y no poder seguir estudiando por motivos económicos.

Los resultados anteriores son respaldados por Garcés (2015), en donde menciona que la población LGBT es proclive a presentar problemáticas de ansiedad y exclusión por la exposición de su orientación sexual en lugares públicos y/o privados, como en el hogar, colegio, ámbito laboral, calles, sitios de entretenimiento y localidades de residencia, además de ser

frecuentemente víctimas de actos violentos físicos y psicológicos por parte de la sociedad. De la misma manera, Castillo y Cornejo (2020), destacan en su estudio que la variable de ansiedad se relaciona con la orientación sexual, ser persona soltera, desempleada, presentar carencia de aceptación dentro del hogar y haber sido discriminada y/o violentada en algún momento de su vida. A su vez, el modelo de los dos vectores de Castel (2000) sostiene que los procesos de exclusión social dentro del eje laboral y entorno social generan en los individuos afectaciones en distintas dimensiones de sus vidas; además se relaciona con la teoría de la dominancia social, con respecto al predominio existente de una comunidad sobre las demás, generando así niveles relevantes de desigualdad en la sociedad (Pratto et al., 1994).

Asimismo, con base en los resultados e investigaciones (Beck, 1985; Castel, 2000; Castillo & Cornejo, 2020; Garcés, 2015; Pratto et al., 1994; Lang, 1968), se afirma que entre mayor sean los actos de exclusión hacia las personas lesbianas, gays y bisexuales por presentar una orientación sexual distinta a la socialmente aceptada, serán mayores las consecuencias negativas en los sujetos reflejándose en sintomatología ansiosa, por ello es considerada una población vulnerable, la cual requiere mayor atención psicológica y psiquiátrica.

En cuanto a la segunda hipótesis del estudio, en donde se plantea que la Exclusión Social se relaciona positiva y significativamente con la Depresión, también se estimaron resultados satisfactorios para aceptar la hipótesis ya mencionada, debido a que, las variables demostraron valores significativos y positivos, esto evidencia, que sí se encontró una asociación entre Exclusión Social y Depresión en las personas LGB.

En la subescala del Inventario de Depresión los síntomas que más se manifestaron fueron sentimientos de autocrítica y cansancio. Por otra parte, la variable de Exclusión Social que más se vinculó con la Depresión fue Bienes y Servicios de Segunda Necesidad, particularmente los

indicadores que más influyen en la depresión fueron, el no contar con ingresos para comprar algunos lujos tecnológicos de entretenimiento; en cambio, el de Bienes y Servicios de Primera Necesidad que más se presentó fue sobre el ingreso familiar en casa no es suficiente para cubrir las necesidades básicas; en Limitaciones Económicas se registraron mayormente con la terminación de la comida antes de lo planeado y tener carencias materiales en el hogar.

Otras de las dimensiones más altamente relacionadas con Depresión fueron los Bienes Educativos específicamente al descuidar los estudios por tener que trabajar para cubrir los gastos; en los Servicios de Salud fueron respecto a las instalaciones de las instituciones de salud que no cuentan con el equipo necesario para brindar atención de calidad; y finalmente en torno al Apoyo Familiar el indicador que más prevaleció fue en sentirse confiados con su familia, sin embargo, dicho apoyo se manifestó inferior a lo previsto.

Lo anterior es confirmado por Pachankis et al. (2015), quienes señalan que las acciones de exclusión social y discriminación ejercidas hacia los hombres homosexuales y bisexuales, puede fomentar los efectos de vulnerabilidad, situaciones de depresión y consecuencias negativas en la salud mental. De igual forma, Meyer (2003) corrobora lo ya mencionado mediante su modelo de estrés de minorías, en donde expone que gran parte del estrés social por los actos de exclusión y desaprobación hacia la diversidad sexual y de género en las personas lesbianas, gays y bisexuales, conducen al desarrollo de síntomas depresivos, aislamiento social, entre otras situaciones asociadas; además de los factores vinculados a bajos montos económicos y falta de una pensión (Mao et al., 2009).

Por igual, en otro hallazgo científico de individuos LGBTI, encontraron asociaciones positivas entre la depresión, el área laboral, el estigma de la sociedad, falta de aceptación y reducidas remuneraciones financieras (Beltrán & Poveda, 2020). En el mismo sentido, referente

a los resultados obtenidos en el estudio y las conclusiones de las investigaciones (Beck, 1967; Beltrán & Poveda, 2020; Mao et al., 2009; Meyer, 2003; Pachankis, 2015), se comprueba que entre más elevadas las conductas de exclusión social en torno a los individuos LGB, existirán mayores alteraciones mentales particularmente en depresión.

Por lo tanto, se hacen evidentes los retos próximos en exponer las distintas situaciones de exclusión social existentes, la falta de apoyo en relación a la ciudadanía y los derechos como personas diversas sexualmente; además de mitigar las acciones discriminativas, insultos y agresiones por parte de la sociedad, el hogar y el ambiente en general, a través de modificaciones en el cumplir de las leyes, seguridad pública, servicios de salud apropiados de acuerdo a las necesidades específicas para dicha población no heterosexual; suprimiendo así, la falta de acceso a bienes educativos, escasos empleos, actitudes de inequidad participativa, marginación y limitaciones económicas, con el propósito de la inclusión ciudadana de cada una de las personas que conforman el colectivo LGBT (Cáceres et al., 2013).

Al mismo tiempo, se hace referencia al sector salud en particular a los/las médicos/as y psicólogos/as encargados/as de las atenciones fisiológicas, psicológicas y sexuales, en ser parte de la eliminación de todas aquellas inequidades en la salud con respecto a la diversidad sexual, para poder disminuir dicha exclusión, e incrementar la elaboración de programas de intervención y apoyo, la autoaceptación en el paciente, los conocimientos enfocados en la sexualidad, las habilidades sociales e individuales, reforzando las estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones diarias (González-Rivera et al., 2019; Mao et al., 2009). Dicho lo anterior, al hacer conscientes las condiciones de exclusión social sobre los individuos LGB y la significativa relación con la salud mental como la ansiedad y depresión, se podrán realizar

intervenciones de manera adecuada y precisa, por medio de protocolos de atención, prevención y rehabilitación de las problemáticas ya descritas.

Las limitaciones presentadas en la investigación fueron principalmente en torno a la falta de instrumentos de evaluación psicológica enfocados a la población LGB con respecto a las variables del estudio, además de indicadores inclusivos para la misma. Otra limitación, fue en lo que concierne a la recolección de los datos, dado que, se observó una baja respuesta de los/las posibles participantes, a causa de evitar la exposición de sus datos o información personal sobre su orientación sexual, a pesar de ser mencionada la confidencialidad en el consentimiento informado, citando como base el código ético del psicólogo, es por ello que la muestra no es representativa de todo el Estado de Sonora, sino específicamente de los municipios de Cajeme, Hermosillo, Navojoa, Caborca y Nogales; lo anterior, repercutió en la obtención de resultados estadísticos más amplios respecto a la muestra.

### **Recomendaciones**

La investigación resalta ciertas recomendaciones para futuros estudios científicos, en primer lugar, se hace mención a incrementar la muestra de participantes a diferentes Estados de la República Mexicana, con el propósito de lograr análisis estadísticos paramétricos en muestras más extensas en la población LGB. En segundo lugar, se sugiere llevar a cabo hallazgos científicos incluyendo a personas de toda la comunidad Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgéneros, Travestis, Intersexuales, Queer y Asexuales (LGBTTTIQA), en cuanto a las variables sobre suicidio, adicciones a sustancias, conductas sexuales de riesgo, autoestima, resiliencia, entre otras. Adicionalmente, se hace hincapié en realizar comparaciones de grupos de personas LGB con personas Heterosexuales en el Estado de Sonora, con el fin de poder comparar los resultados de dichas muestras. Por último, se expone la necesidad de

promover la educación sexual diversa dentro de la enseñanza en Psicología, con la finalidad de motivar la realización de nuevos estudios científicos centrados en la población ya mencionada.

## Referencias

- Álvarez, C. (2012). *Depresión: Una crisis global, día mundial de la salud mental 2012. Estados Unidos: World Federation for Mental Health*. Recuperado de [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012\\_wmhday\\_spanish.pdf](http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf)
- Amaro, M. C. (2005). Sexualidad y bioética. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100015)
- Antonio, J. (2017). Los derechos LGBT en México: Acción colectiva a nivel subnacional. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, 104, 69-88. Recuperado de [https://www.jstor.org/stable/90017760?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/90017760?seq=1#metadata_info_tab_contents)
- Aral, S. O., Fenton, K. A., & Lipshutz, J. A. (2013). *The new public health and STD/HIV prevention: personal, public and health systems approaches*. New York: Springer Science & Business Media.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1973). Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry*, 131(4), 497. Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/toc/ajp/131/4>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Balbuena, R. (2010). La construcción sociocultural de la homosexualidad: Enseñando a vivir en el anonimato. *Culturales*, 6(11), 63-82. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-11912010000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912010000100004)

Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothlum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: Effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(3), 471-476. doi:10.1037/0021-843X.114.3.471

Barrientos, J., & Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: Una mirada psicosocial. *Psykhé, 22*(1), 3-14. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282013000100001&script=sci\\_arttext&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282013000100001&script=sci_arttext&tlng=n)

Bayram, N., Bilgel, F., & Bilgel, N. (2012). Social exclusion and quality of life: An empirical study from Turkey. *Social Indicators Research, 105*(1), 109-120. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11205-010-9767-4.pdf>

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. En A. Tuma & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck anxiety inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893

- Beck, A. T., Steer, A. R., & Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beltrán, A., & Poveda, K. (2020). *Inserción laboral y depresión en miembros de la comunidad LGBTI: Santo domingo de los colorados, 2020* (tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo). Recuperada de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7446/1/8.-> TESIS%20%20%20Beltr%C3%A1n%20Anaguano%20Alisson%20Dayana%20Y%20Poveda%20Gavil%C3%A1nez%20Katuska%20Alexandra%20-PSC.pdf
- Botello-Peñaloza, H., & Guerrero-Rincón, I. (2018). Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar Ciencias Sociales Humanas, 18*(35), 129-138. doi:10.22518/usergioa/jour/ccsh/2018.2/a10
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(1), 35-45. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/buy/2014-06035-006>
- Brito, A., Martínez, S., & Montaña, L. (2019). *Los asesinatos de personas LGTBTTT en México: Los saldos del sexenio (2013-2018)*. México: Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana A.C.
- Burges, D., Lee, R., Tran, A., & Van Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and

transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 1-14.

doi:10.1080/15574090802226626

Cáceres, C., Talavera, V., & Mazín, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 698-704. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpmesp/v30n4/a26v30n4.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n4/a26v30n4.pdf)

Carrier, J. M. (1976). Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 5(2), 103-24. doi:10.1007/BF01541868

Castel, R. (2000). The Roads to Disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24(3), 519-535. doi:10.1111/1468-2427.00262

Castillo, A., & Cornejo D. (2020). *Factores asociados al autoreporte de depresión y ansiedad en los últimos doce meses en personas LGTBI vía una encuesta virtual en Perú, 2017* (tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas). Recuperada de [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/654732/Castillo\\_SA.pdf?sequence=3](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/654732/Castillo_SA.pdf?sequence=3)

Ceará, A., & Dalgarrondo, P. (2010). Mental disorders, quality of life and identity in middle-age and older homosexual adults. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 37, 118- 123. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/262519776\\_Mental\\_disorders\\_quality\\_of\\_life\\_and\\_identity\\_in\\_middle-age\\_and\\_older\\_homosexual\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/262519776_Mental_disorders_quality_of_life_and_identity_in_middle-age_and_older_homosexual_adults)

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. Washington: CIDH.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Código de familia para el Estado de Sonora*. Recuperado de [https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Sonora/Codigo\\_FE\\_Son.pdf](https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Sonora/Codigo_FE_Son.pdf)
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. México: Autor.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual Moderno.
- Corrales, J. (2015). The politics of LGBT rights in Latin America and the Caribbean: Research agendas. *ERLACS*, 0(100), 53. Recuperado de [https://www.jstor.org/stable/43673537?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/43673537?seq=1#metadata_info_tab_contents)
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. doi:10.1007/BF02310555.
- Cruz-Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1310-1325. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>
- D'Augelli, A. R. (2006). Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people. En A. Omoto & H. Kurtzman (Eds.), *Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay, and bisexual youths* (pp. 37-53). Washington, D.C: Recent search on sexual orientation.

- Defas, V., Ormaza, D., Rodas, J., & Mosquera, L. (2018). Características de depresión en la población LGBTI de la ciudad de Cuenca 2017. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 36(3), 11-18. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2501>
- Dowsett, G. (2005). Yo te enseño el mío si tú me enseñas el tuyo: Hombres gay, investigación sobre masculinidades, estudios sobre hombres y sexualidad. En A. Amuchástegui (Ed.) *Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México.
- Espejo, J. C. (2012). Componentes ideológicos de la homofobia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 7(26), 85-106. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/836/83625847006.pdf>
- Espinoza, M., & Rodríguez, J. (2020). Estudiantes LGBT+ y profesores universitarios. Prácticas de inclusión y exclusión en la educación superior. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 7-29. doi:10.18175/VyS11.2.2020.1
- Esteban, C. (2014). *Masculinidad: Calidad de vida y bienestar psicosocial en una muestra de hombres homosexuales y bisexuales de Latinoamérica* (Disertación doctoral, Universidad Carlos Albizu). Recuperada de <https://www.worldcat.org/title/masculinidad-calidad-de-vida-y-bienestar-psicosocial-en-una-muestra-de-hombres-homosexuales-y-bisexuales-de-latinoamerica/oclc/936188876>
- Esteban, C., Jiménez-Torres, A., & Matos-Castro, J. C. (2016). ¿Está el estudiantado de psicología clínica de Puerto Rico preparado para trabajar con sexualidad? *Ciencias de la Conducta*, 31(1), 100-122. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Caleb-Esteban/publication/318652919\\_Esta\\_el\\_estudiantado\\_de\\_psicologia\\_clinica\\_de\\_Puerto\\_](https://www.researchgate.net/profile/Caleb-Esteban/publication/318652919_Esta_el_estudiantado_de_psicologia_clinica_de_Puerto_)

Rico\_preparado\_para\_trabajar\_con\_sexualidad/links/59756301a6fdcc83488e8e2c/Estael-estudiantado-de-psicologia-clinica-de-Puerto-Rico-preparado-para-trabajar-con-sexualidad.pdf

Estefan, S. (2013). Discriminación estatal de la población LGBT: Casos de transgresiones a los derechos humanos en Latino América. *Revista Sociedad y Economía*, 25, 183-204.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/996/99629494008.pdf>

Fassinger, R. E., & Miller, B. (1996). Validation of an inclusive model of sexual minority identity formation on a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*, 32(2), 53-78.

doi:10.1300/J082v32n02\_04

Frankowski, B. L. (2004). Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*, 113(6), 1827-1832.

Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/113/6/1827.short>

Fraser, N. (1997). *Justicia interrumpida: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*.

Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.

Garcés, R. (2015). Homofobia: diagnóstico preliminar de un tema pendiente. *Revista Sexología y Sociedad*, 21(1), 31-48. Recuperado de

<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/513/547>

García, M. R. (2013). El nomadismo y contextos de vulnerabilidad al VIH/SIDA entre la población LGBT sin hogar. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1035-1049.

doi:10.9788/TP2013.3-EE13ESP

- Garrido, R., & Morales, Z. (2014). Una aproximación a la homofobia desde la psicología: Propuestas de Intervención. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4(1), 90-115.  
Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Goffman, E. (1998). *Estigma: la identidad deteriorada*. México: Amorrortu.
- Gómez, F., & Barrientos, J. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 10, 100-123.  
Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872012000400005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872012000400005&script=sci_arttext)
- González, E., Molina, T., & San Martín, J. (2016). Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3). Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300006&script=sci\\_arttext&tlng=p](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262016000300006&script=sci_arttext&tlng=p)
- González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., & Santiago-Torres. (2019). Depresión e ideación suicida en personas de la comunidad LGBT con y sin pareja: Un estudio exploratorio. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 30(2), 254-267. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Juan-Gonzalez-Rivera-2/publication/338124073\\_Depresion\\_e\\_Ideacion\\_Suicida\\_en\\_Personas\\_de\\_la\\_Comunidad\\_LGBT\\_con\\_y\\_sin\\_Pareja\\_Un\\_Estudio\\_Exploratorio/links/5e00d73a4585159aa4959548/Depresion-e-Ideacion-Suicida-en-Personas-de-la-Comunidad-LGBT-con-y-sin-Pareja-Un-Estudio-Exploratorio.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan-Gonzalez-Rivera-2/publication/338124073_Depresion_e_Ideacion_Suicida_en_Personas_de_la_Comunidad_LGBT_con_y_sin_Pareja_Un_Estudio_Exploratorio/links/5e00d73a4585159aa4959548/Depresion-e-Ideacion-Suicida-en-Personas-de-la-Comunidad-LGBT-con-y-sin-Pareja-Un-Estudio-Exploratorio.pdf)

- Granados, J., & Delgado, G. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1042-1050. doi:10.1590/S0102-311X2008000500011.
- Grau, J. M. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM: Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2). doi:10.3989/ris.2017.75.2.15.63
- Gronlund, N. E. (1985). *Measurement and Evaluation in Teaching*. New York, NY: Macmillan.
- Guazmayán, C. (2004). *Internet y la investigación científica*. Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Guerrero, J. (2018). *Efectos jurídicos del matrimonio igualitario en el Estado de Sonora* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/bitstream/handle/unison/1492/guerrerosantanaJessicaRaquell.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haas, A., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Estudio de caso sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el*

Ecuador. Recuperado de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/LGBTI/Analisis\\_situacion\\_LGBTI.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Analisis_situacion_LGBTI.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Mujeres y hombres en México, 2016*.

Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2016.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf)

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*(3), 26-31. Recuperado de [http://132.247.16.48/index.php/salud\\_mental/article/view/706](http://132.247.16.48/index.php/salud_mental/article/view/706)

Lafaurie, M., Forero, A., & Miranda, R. (2011). Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. *Investigación y Educación en Enfermería, 29*(3), 353-362. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406003.pdf>

Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Washington: American Psychological Association.

Lázaro, C. A. (2014). La conformación del movimiento LGBT en Guadalajara, Jalisco. *Argumentos, 27*(76), 241-273. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/595/59537777012.pdf>

Lenoir, R. (1974). *Les exclus*. París: Le Seuil.

López, D., Pérez, O., Cuellar, I., Pedreira, J., Campos-Muñoz, L., Cuesta, M., & Ramos, J. (2020). Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero. *Anales de Pedriatría, 93*(1), 41-48. doi:10.1016/j.anpedi.2020.01.019

Malta, M., Magnanini, M., Mello, M.B., Pascom, A.R., Linhares, Y., & Bastos, F. (2010). HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in

- Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10, 1-16. Recuperado de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-317>
- Mao, L., Kidd, M. R., Rogers, G., Andrews, G., Newman, C., Booth, A., Saltman, D. C., & Kippax, S. C. (2009). Social factors associated with major depressive disorder in homosexually active, gay men attending general practices in urban Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 83-86. doi:10.1111/j.1753-6405.2009.00344.x
- Martxueta, A., & Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 23-35. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9b7c/52d93cd27b08b2550b475696a872341abd3a.pdf>
- Massé, P. (1965). *L'exclusion sociale*. Paris: Klenfer.
- Matías, P. V., & Miranda, R. A. (2016). Homofobia y educación sexual en la escuela: Percepciones de homosexuales en enseñanza secundaria. *Revista Retratos de la Escuela, Brasilia*, 9(16), 137-152. doi:10.1234/rde.v9i16.569
- Meléndez, M., Rodríguez, J., & Vélez, M. (2015). Personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(3), 315-331. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28446020004.pdf>
- 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. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/buy/2003-99991-002>

- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual (5.ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Molina, J. M., Araque, N. A., Fernández, A. B., & Pérez., M. J. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 53-80.  
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21337152003.pdf>
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/social-exclusion-and-mental-health/55E45B7BB681BA83283BE1C7640A886B>
- Mulé, N., Rossi, L., Deeproose, B., Jackson, B., Daley, A... Travers, A. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity in Health*, 8, 1-11. Recuperado de <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-8-18>
- Muñoz, M., Panadero, S., & Pérez-Santos, E. (2003). Derechos humanos y exclusión social: La dignidad como eje de la intervención. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(1), 63-86. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515667>
- Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.
- Ochoa, L. A. (2010). Exclusión social y muerte súbita cardiaca. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 266-270. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Olmo, M. (2018). *Relación entre apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad y depresión en población transexual/transgénero* (Máster universitario, Universidad Pontificia Comillas). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31728/TFM000967.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orcasita, L., Palma, D., & Munévar, J. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: Estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología*, 5(2), 63-79. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865213>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *ICD-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y guías de diagnóstico*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud: Folleto informativo N° 31*. Geneva: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud Mental*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud mental*, 28(4). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252005000400049](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000400049)

- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre población a estudio. *International Journal Morphology*, 35(1), 227-232. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_arttext)
- Owens, R. E. (1998). *Queer kids: The challenges and promise for lesbian, gay, and bisexual youth*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Restar, A., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2015). A minority stress-emotion regulation model of sexual compulsivity among highly sexually active gay and bisexual men. *Health Psychology*, 34(8), 829-840. doi:10.1037/hea0000180
- Pichardo, J. (2008). *Opciones sexuales y nuevos modelos familiares* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperada de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3151/5325\\_pichardo\\_galan.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3151/5325_pichardo_galan.pdf?sequence=1)
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763. doi:10.1037//0022-3514.67.4.741
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>
- Rivas, C. Z. (2012). *Psicología, sociedad y equidad: Aportes y desafíos*. Santiago de Chile: Salesianos Impresores S.A.

- Rivera, C., Toro-Alfonso, J., & Meléndez, L. (2013). Minorías frente al alza en la criminalidad: Percepción de seguridad de la comunidad lesbiana, gay y transgénero (LGBT) en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-14. Recuperado de <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/rebs/article/view/222>
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705302.pdf>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Versi%C3%B3n-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-Robles-Varela/06bc8880f705967f3ff8c2d31685b9c03c1eede8>
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, J., Rabito-Alcón, M. F., & Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales. *Acción Psicológica*, 12(2), 15-30. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v12n2/02\\_articulo.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v12n2/02_articulo.pdf)
- Romero, J., Rey, A., & Fonseca, J. (2013). Construcción narrativa de relatos identitarios que favorecen la resiliencia en jóvenes con orientación homosexual. *Revista Hallazgos*, 10(9), 133-148. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835217008.pdf>
- Russell, S. T., Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M. & Sanchez, J. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult

- health and adjustment. *Journal of School Health*, 81, 223-230. Recuperado de doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123, 346-352. doi:10.1542/peds.2007 – 3524
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 205-213. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x
- Saldaña, D., & Vásquez, J. (2020). *Asociación entre discriminación y salud mental en Perú, a partir de la primera encuesta virtual para personas LGBTI 2017* (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión). Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/3002/David\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/3002/David_Tesis_Licenciatura_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Savin-Williams, R. (2001). *Mom, dad, i'm gay: How families negotiate coming out*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Secretaria de Salud (2010). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México: Autor.
- Secretaria de Salud. (2017). *Depresión y ansiedad: Principales problemas de salud mental*. Recuperado de <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/depresion-y-ansiedad-principales-problemas-de-salud-mental-sedesa>
- Secretaria de Salud. (2020). *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti,*

- transgénero e intersexual y guías de atención específicas*. México: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- Shibley, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad humana*. México: Editorial McGraw Hill.
- Singh, A. A., & Dickey, L. M. (2016). Implementing the APA guidelines on psychological practice with transgender and gender nonconforming people: A call to action to the field of psychology. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 195-200. doi:10.1037/sgd0000179
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *American Journal Psychologist*, 15(1), 72-101. doi:10.2307/1422689
- Spielberger, C. D., & Díaz, G. R. (1975). *Inventario de ansiedad rasgo-estado. (IDARE)*. México: Manual Moderno.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social: Un análisis de la realidad española y europea*. España: Fundación La Caixa.
- Téllez, M., & Rivera, L. (2020). Construcción y validación de un instrumento para medir la percepción de exclusión social en jóvenes. *Psicogente*, 23(43), 1-26. doi:10.17081/psico.23.43.3294
- Tezanos, J. F. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis. En Vagg J. Tezanos (Ed.), *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer Foro sobre Tendencias Sociales*. Madrid: Editorial Sistema.

- Thai-Hop, P. (1995). *Los excluidos: Extraña criatura del nuevo paradigma tecno-científico*.  
Lima, Perú: Centro Bartolomé de las Casas.
- Toro-Alfonso, J., Varas, N., Andújar-Bello, I., & Nieves-Rosa, L. E. (2006). Strengths and vulnerabilities of a sample of gay and bisexual adolescents in Puerto Rico. *Interamerican Journal of Psychology*, 40, 55-64. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440106.pdf>
- Troiden, R. R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of homosexuality*, 17(1), 43-74. doi:10.1300/J082v17n01\_02
- Vaggione, J. M. (2016). Sexualidad, derecho y religión: entramados en tensión. En M. Sáez, & J. Morán (Ed.), *Sexo, delitos y pecados. Intersecciones entre religión, sexualidad y derecho en América Latina* (pp. 18-52). Washington: American University.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. Recuperado de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-1oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa.pdf)
- Vázquez-Rivera, M., Sayers-Montalvo, S., Robles, F., Jesús de, Y., & Torres, L. (2007). Development and validation of the attitudes towards gays and lesbians in Psychotherapy Scale (AGLP-S) with a sample of graduate clinical psychology students. *Ponencia presentada en el XXXI Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad México*.
- Vicuña, J. (2017). *Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito 2016* (Tesis de especialidad en Psiquiatría, Universidad Central de

Ecuador). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10717/1/T-UCE-0006-009.pdf>

Walpole, R. E., & Myers, R. H. (1996). *Probabilidad y Estadística*. México: McGraw-Hill.

Wong, C., & Tang, C. (2003). Personality, psychosocial variables, and life satisfaction of chinese gay men in Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 4(3), 285-95. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026211323099>

Woodford, M. R., Pacey, M. S., Kulick, A., & Hung, J. S. (2015). The LGBT social climate matters: Policies, protests, and placards and psychological well-being among LGBT emerging adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 27(1), 116-141.  
doi:10.1080/10538720.2015.990334