

Internalización del estigma en personas LGB: Análisis de su impacto sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda psicoterapéutica en Chile.

Internalization of stigma in LGB people: Analysis of its impact on mental health and psychotherapeutic support in Chile.

Claudio Martínez¹

iD 0000-0001-7866-9124

claudio.martinez@mail.udp.cl

Alemka Tomicic¹

iD 0000-0003-3272-1198

alemka.tomicic@udp.cl

Mario Domínguez²

iD 0000-0002-7763-6037

mdominguezc@alumnos.uai.cl

Christian Spuler¹

iD 0000-0001-3995-9592

christian.spuler@mail.udp.cl

¹ Universidad Diego Portales, Facultad de Psicología. Santiago, Chile.

² Universidad Adolfo Ibáñez, Doctorado en Procesos e Instituciones Políticas. Peñalolén, Chile.

Resumen:

Antecedentes: Estudios señalan que la internalización de creencias, prejuicios y actitudes existentes en la sociedad sobre las personas de la diversidad sexual afectan fuertemente su salud mental y podrían constituirse en una barrera de acceso a la ayuda psicológica y terapéutica en personas LGB. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los niveles de internalización de estigma sexual (ESI) en personas autoidentificadas como lesbianas, gay y bisexuales (LGB) con la presencia de malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, suicidalidad, y asistencia a psicoterapia. **Método:** Un cuestionario aplicado de manera online que incluía preguntas sobre haber asistido o estar asistiendo a psicoterapia, además de escalas que evaluaban estigma sexual internalizado, malestar subjetivo, depresión y suicidalidad fue respondido por 669 personas cisgenero autoidentificadas como lesbianas, gay y bisexuales. **Resultados:** Los resultados muestran una asociación positiva entre el nivel de ESI en personas LGB con sus niveles de malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, y suicidalidad, y una asociación negativa con estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia. **Conclusiones:** Los resultados muestran una asociación positiva entre el nivel de ESI en personas LGB con sus niveles de malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, y suicidalidad, y una asociación negativa con estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia. **Palabras clave:** estigma sexual internalizado; salud mental; psicoterapia .

Abstract:

Background: Studies indicate that the internalization of beliefs, prejudices and attitudes existing in society about sexual minorities strongly affect their mental health and could constitute a barrier to access to psychological and therapeutic support in LGB people. **Objective:** To determine the association between levels of internalized sexual stigma (ISS) in self-identified lesbian, gay and bisexual (LGB) people with the presence of subjective distress, depressive and anxious symptoms, suicidality, and psychotherapy attendance. **Method:** An online questionnaire including questions on having attended or attending psychotherapy, as well as scales assessing internalized sexual stigma, subjective distress-subjective well-being, depression, and suicidality was completed by 669 cisgender self-identified lesbian, gay, and bisexual individuals. **Results:** The results show a positive association between the level of ISS in LGB people with their levels of subjective distress, depressive and anxious symptomatology, and suicidality, and a negative association with being attending or having attended psychotherapy. **Conclusions:** The implications of the results presented for the development of culturally competent psychotherapeutic interventions for patients belonging to sexual and gender diversity are discussed.

Keywords: internalized sexual stigma; mental health; psychotherapy.

Recibido: 01 de octubre de 2021 - Aceptado: 24 de enero de 2022

Editado por: Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile.
Revisado por: Mónica Guzmán González, Universidad Católica del Norte.
Carolina Alday, Universidad Católica del Norte.



© 2022, Terapia Psicológica

Introducción

De manera sistemática la investigación ha mostrado las diferencias en términos de salud mental entre las personas de la diversidad sexual y de género y personas heterosexuales y cisgénero, las que se han atribuido, a su vez, a los efectos del estrés relacionado con la estigmatización basada en la identidad de género y la orientación sexual diversa (Chakraborty et al., 2011; Hatzenbuehler, et al. 2013; Layland et al., 2020; Meyer, 2013; Qureshi et al., 2018). En una revisión sistemática de diez años de investigación (2004-2014) sobre suicidio y salud mental LGBT se concluyó que la suicidalidad es un problema mayor en estas poblaciones, observándose prevalencias de entre el 20% y el 50% de comportamientos suicidas, siendo estos hasta siete veces más probables en personas de la diversidad sexual que en personas heterosexuales y cisgénero. Incluso dentro de los diferentes subgrupos de la diversidad sexual se han reportado disparidades en diversos índices de salud mental, destacando mayores indicadores negativos en personas bisexuales (Gonzales et al., 2016; Schuler et al., 2018). Según algunos estudios, estas diferencias son el resultado de la estigmatización específica de la bisexualidad y las crecientes experiencias de discriminación, prejuicio y bifobia internalizada (Brewster et al., 2013; Dyar & London, 2018; Tomicic et al., 2016).

El Modelo de Estrés de Minorías (Meyer, 2003) es una de las teorías que permite comprender los procesos sociales que subyacen a estos indicadores de salud mental negativos en las poblaciones LGB. Meyer (2003), propone en su modelo una distinción entre procesos de estrés distales y procesos de estrés proximales, siendo los primeros de carácter estructural y basados en la organización social en la que está inmersa la persona, y los segundos, más cercanos a la experiencia psicológica del individuo. A partir de esta distinción, y considerando un continuo distal-proximal, destacan tres procesos de estrés de minorías que afectarían a las poblaciones LGB: a) los acontecimientos y condiciones estresantes externos y objetivos; b) las expectativas de ocurrencia de tales acontecimientos y la *hipervigilancia* frente a estas expectativas, y c) la internalización del estigma sexual asociado a las actitudes sociales negativas y el ocultamiento de la propia identidad sexual (Herek et al., 2009; Meyer, 2015; Michaels et al., 2016).

El estigma sexual internalizado (ESI) u homonegatividad internalizada, consiste en la interiorización del prejuicio y las actitudes discriminadoras de individuos pertenecientes a una minoría sexual, como parte de su sistema de valores, implicando la adaptación y conformidad del concepto de sí a las estigmatizaciones sociales (Bockting, 2015; Lingardi et al., 2015; Meyer, 2003). Algunos/as autores/as destacan una faceta cultural o expresión "hacia fuera" del estigma sexual internalizado, que se manifiesta por ejemplo a través de actitudes y lenguaje negativos hacia otras personas LGB que los lleva a la autoexclusión y desconexión con otras personas LGB. Y también una faceta más intrapsíquica o expresión "hacia adentro", que describe actitudes negativas que personas LGB poseen e influyen directamente en sus vidas personales, y que se puede manifestar en malestar con la actividad sexual, conflictos internos, disminución de la autoestima, autodesprecio, y violencia auto-inflingida (Austin & Goodman, 2017; Bockting, 2015; Herek et al., 2009; Martinez et al., 2017; Newcomb & Mustanski, 2010; Pereira & Rodrigues, 2015, Tomicic et al., 2016; Tomicic et al., 2021b).

Estigma sexual internalizado (ESI) e indicadores de salud mental

Numerosos/as autores/as han analizado la conexión entre la salud mental y presencia de estigma sexual internalizado en las minorías sexuales. Los estudios sugieren que altos niveles de ESI están asociados con un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental (Berg et al., 2016; Newcomb & Mustanski, 2010; Szymanski & Chung, 2003). Sentimientos negativos sobre la propia orientación sexual en personas gay y lesbianas se correlacionan significativamente con síntomas depresivos y de ansiedad (Iguartua et al., 2003; Morrison, 2011). También se ha asociado la presencia de homonegatividad internalizada en hombres gay con baja adherencia a tratamiento de VIH y dificultades en mantener vínculos familiares (Moore et al., 2019). Además, se ha advertido que existen diferencias de género en la presencia de esta sintomatología, siendo las mujeres lesbianas quienes muestran índices mayores de depresión, abuso de alcohol y drogas (Amadio, 2006; Weber, 2008).

Algunas investigaciones latinoamericanas que han explorado la presencia de ideas y conductas suicidas en jóvenes de la diversidad sexual, han advertido la relación entre la presencia de suicidalidad y las representaciones sociales de los/as participantes en torno a su propia orientación sexual, detectando la presencia de estigma internalizado, manifestado en conductas homofóbicas hacia otros y también desagrado por sí mismos/as, sentimientos respecto a que hay algo mal en ellos/as, autopercepción de ser una carga, o una decepción para sus seres queridos (Alday-Mondaca, & Lay-Lisboa, 2021; Barrientos, 2015, 2016; Calvo, 2018; Lagazzi, 2016; Ortiz-Hernández, 2005; Pineda- Roa, 2019; Pinto-Cortez et al., 2011).

Estigma sexual internalizado (ESI) y barreras para la Atención Psicoterapéutica en Población LGB

Estudios internacionales consistentemente reportan que las personas LGB usan más los servicios de salud mental que las personas heterosexuales (Grella et al., 2009; Platt et al., 2018; Rutter et al., 2016). Una encuesta llamada "Ser lesbiana en Chile" realizada en 2019, indicó que el 32,8% de las mujeres encuestadas recibió atención psicológica o psiquiátrica específicamente por su orientación sexual (Agrupación Rompiendo el Silencio, 2019). Estos y otros datos, podrían sugerir que la demanda de atención psicológica y psiquiátrica es alta y que las cifras reportadas en estudios provenientes del hemisferio norte podrían ser extrapolables a la realidad latinoamericana y chilena .

Pese a que la evidencia sugiere la gran necesidad de atención psicológica de las personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género, las disparidades en salud que enfrentan se expresan en barreras que dificultan la atención oportuna y de calidad en salud mental (ver Martínez et al., 2019). Entre estas barreras que enfrentan las personas LGB, es posible distinguir aquellas que ocurren en el nivel individual, de las que se presentan a nivel del sistema y de los/as profesionales psiquiatras, psicólogos/as y psicoterapeutas (McIntyre et al., 2011). Respecto a las individuales, estudios señalan que el estigma internalizado, la hipervigilancia, la anticipación de situaciones de discriminación y las expectativas negativas

respecto a la atención psicológica y psicoterapéutica constituyen importantes barreras de acceso para las personas LGB (Avery et al., 2001; Tomicic et al., 2021). Así, por ejemplo, debido al estigma, muchos/as pacientes deciden no revelar su orientación sexual o identidad de género (Calton et al., 2016; D'Augelli & Grossman, 2001; Rossman et al., 2017) o declinan buscar ayuda profesional (Bidell & Stepleman, 2017; Calton et al., 2016).

En una investigación realizada con 223 mujeres autoidentificadas como lesbianas que buscaba evaluar la correlación entre estigma sexual internalizado (ESI) y problemas de salud mental, se encontró que aquellas con un bajo nivel de ESI eran menos propensas a informar de problemas de salud mental y de acceso al tratamiento relacionado con su orientación sexual. Por el contrario, aquellas con un alto nivel de ESI tendían a percibir su identidad sexual como un impedimento potencial para la búsqueda de tratamiento. Según los/as autores/as, estas mujeres se enfrentaban a un doble obstáculo: tendían a experimentar insatisfacción con el apoyo social y luchaban por alcanzar el bienestar psicológico y social, y al mismo tiempo, más probablemente percibían que su lesbianismo era una barrera para acceder a un tratamiento de salud mental (Skerven, & De St. Aubin, 2015).

En el caso de la psicoterapia, se han evidenciado interacciones entre la orientación sexual, género y el uso de la psicoterapia (Rutter et al., 2016). En comparación con mujeres heterosexuales, tanto lesbianas como mujeres bisexuales tenían más probabilidades de haber utilizado la psicoterapia para tratar la depresión. Entre los hombres, fueron los homosexuales los que declararon tasas más bajas de uso de psicoterapia en comparación con heterosexuales. Una posible explicación es la preocupación de los hombres homosexuales acerca de que los/as proveedores/as de salud mental puedan no estar informados/as sobre cuestiones significativas para su salud o, dados los mayores niveles de estigmatización a los que se enfrentan los hombres homosexuales, que los acepten menos (Cochran et al., 2003; Herek, 2000).

El presente estudio tuvo el propósito de determinar la asociación entre los niveles de estigma sexual internalizado (ESI) en personas LGB con la presencia de malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, suicidalidad, y asistencia a psicoterapia.

Tres hipótesis guiaron este trabajo. Primero (H1), que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado, tendrán mayores niveles de malestar subjetivo y más presencia de sintomatología depresiva; segundo (H2) que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado tendrán mayor probabilidad de presentar ideación e intento de suicidio; y tercero (H3), que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado, tendrán menor probabilidad de asistir o haber asistido a psicoterapia.

Método

Diseño

El diseño de este estudio fue cuantitativo correlacional, no probabilístico, y buscó determinar las asociaciones entre las variables estigma internalizado, malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, suicidalidad y asistencia a psicoterapia.

Participantes

Las y los participantes correspondieron a 669 personas cisgénero; 49,3% se identificó como mujer, 50,7% como hombre. Respecto a la orientación sexual, un 67,4% se declaró homosexual (32,4% lesbiana, 67,6% gay), un 27,1% bisexual (82,3% mujer), y un 5,5% se identificó con otras categorías de orientación sexual (ej. Pansexual, asexual).

Con respecto a la edad, la media fue de 27,5 años (N=669, Rango 14-68, DS 8,2 años) y más de la mitad de las/los participantes se encontraba en el tramo de edad de 18-29 años al momento de responder la encuesta.

En diferentes porcentajes, en la muestra estuvieron representadas todas las regiones de Chile con las excepciones de las regiones de Ñuble y de Los Ríos. Desde el punto de vista de las macro-zonas geográficas del país -Norte, Centro y Sur-, muy por sobre la mitad de las y los participantes se encontraban en el centro del país (78,9%), y de todas las regiones, la Región Metropolitana es la más representada con un 65,8%.

Los/las participantes fueron informados/as sobre los propósitos de la investigación y consintieron responder la encuesta online. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Diego Portales.

Instrumentos

Caracterización Sociodemográfica

Los/las participantes respondieron preguntas sobre edad, sexo asignado, identidad de género, orientación sexual, país de origen, región de residencia en Chile, caracterización socio-económica, previsión de salud, máximo nivel de estudios completados, participación en agrupaciones LGBT.

Estigma sexual internalizado

Se utilizó el Inventario de Homonegatividad Internalizada (IINHNI, Mayfield, 2001). Este instrumento se compone de 27 ítems que se organizan en tres sub-escalas o factores: a) homonegatividad personal, (11 ítems); ej. "Cuando pienso en mi homosexualidad, me siento deprimido", "Cuando la gente a mi alrededor habla de la homosexualidad, me pongo nervioso", "Ojalá pudiera controlar mis sentimientos de atracción hacia otros hombres/mujeres"; b) afirmación (7 ítems); ej. "Veó mi homosexualidad como un regalo",

"Creo que ser gay es una parte importante de mí", "En general, creo que la homosexualidad es tan satisfactoria como la heterosexualidad"; y c) moralidad de la homosexualidad (5 ítems); ej. "Creo que es moralmente incorrecto que los hombres/mujeres se atraigan entre sí", "En mi opinión, la homosexualidad es perjudicial para el orden de la sociedad", "En general, creo que los hombres homosexuales son más inmorales que los heterosexuales".

Este instrumento emplea una escala de Likert de 5 puntos desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo). Para la aplicación en este estudio, el inventario IHHI se adaptó para incluir personas bisexuales, agregando la palabra "bisexual" en cada uno de los ítems que contiene la palabra homosexual (ej. "me pongo nervioso/a cuando la gente a mi alrededor habla sobre la homosexualidad o la bisexualidad"). La consistencia interna para el conjunto de las y los participantes fue buena con un alfa de Cronbach de 0,861. Por su parte, la consistencia interna para la sub-escala *homonegatividad personal* fue de alfa=0,822 ; para la sub-escala *afirmación* un alfa=0,740; y para la sub-escala *moralidad de la homosexualidad* un alfa=0.597.

Adicionalmente, para evaluar la estructura interna de cada ítem con las dimensiones antes descritas, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), esto para determinar si la estructura latente del conjunto de variables se corresponde con la estructura teórica propuesta por las dimensiones del instrumento. Para el AFC se utilizó el paquete Lavaan (Rosseel et al., 2020) mediante el software R (IDE R Studio) que permite la definición de factores latentes a través de la asignación de variables observadas. Se seleccionaron los 23 ítems correspondientes a la escala de Estigma Internalizado y sus subdimensiones: a) homonegatividad personal; b) afirmación; c) moralidad de la homosexualidad, y las cargas factoriales de estas variables latentes en relación con la dimensión Estigma internalizado.

El modelo final arrojó que el ítem 15 ("A veces me molesta cuando pienso en que me atrae alguien de mi mismo sexo") posee cargas factoriales asociadas a Homonegatividad personal (0,59) y Moralidad de la homosexualidad (0,2), y que el ítem 22 ("Creo que que en el colegio debiese ser enseñada la homosexualidad como algo normal") posee cargas factoriales asociadas a la dimensión Moralidad de la homosexualidad (0,33) y Afirmación (0,09). Los índices de ajuste indican que el modelo propuesto es aceptable. El valor de chi-cuadrado ($\chi^2 = 658,83$; $gl = 225$) es bastante sensible según aumenta el número de casos de la base de datos (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014; García-Cueto, 1998; Gerbing & Hamilton, 1996; Pérez-Gil, 2000). Los valores de ajuste RMSEA=0,05; CFI=0,92 y TLI=0,91, arrojan que el modelo es aceptable, lo que en conjunto con los valores de Alpha de Cronbach ya expuestos, nos indica la validez del cuestionario y de la estructura interna de sus dimensiones.

Tanto en el índice arrojado por Alpha de Cronbach, como también en el AFC es posible identificar que la dimensión "Moralidad de la homosexualidad" tiene un bajo nivel de consistencia interna (Alpha = 0,59) y cargas factoriales bajas (0,33). No obstante, dados los valores de ajuste aceptables del AFC (Herrero, 2010) se considera que puede aportar evidencia a la relación entre *estigma sexual internalizado*, *indicadores de salud mental* y *suicidalidad*.

Indicadores de Salud Mental

Para evaluar *malestar subjetivo* se utilizó la adaptación chilena del Outcome Questionnaire 30.2 (OQ-30.2; Lambert et al., 2004; Errázuriz et al., 2017). Este instrumento se compone de 30 ítems organizados en tres subescalas que miden: sintomatología ansioso-depresiva, relaciones interpersonales, y rol social. Es una escala unifactorial con un punto de corte para la población chilena de 43 puntos que indica que las personas cuyo puntaje es mayor a ese corte se consideran psicológicamente disfuncionales. Su aplicación en este estudio arrojó un $\alpha=0.952$.

Para evaluar *sintomatología depresiva* se utilizó el Inventario de Depresión de Beck en su versión chilena (BDI-II, Melipillan et al., 2008). Este es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems que evalúa la presencia de sintomatología depresiva. Cada ítem presenta cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, las que se valoran de 0 a 3 puntos. Es un instrumento unifactorial con un punto de corte en 19 puntos para la población chilena. Valores iguales o por sobre de este punto de corte puede indicar la presencia de sintomatología depresiva aún no implicando un trastorno depresivo. Su aplicación en este estudio arrojó un $\alpha=0,781$.

Suicidalidad

Para evaluar *suicidalidad* se utilizaron cuatro preguntas adaptadas de la Escala de Suicidalidad de Okasha (Okasha et al., 1981) que hacen referencia a la presencia de ideación o intento suicidio y la temporalidad de su ocurrencia (ej. En los últimos 6 meses, ¿has pensado en terminar con tu vida?).

Asistencia a psicoterapia. Para evaluar esta variable se incorporaron dos preguntas referidas a la asistencia a psicoterapia en el tiempo: “¿haz acudido alguna vez a psicoterapia?” y “¿actualmente, te encuentras en psicoterapia?”.

Procedimientos

Para la construcción de la encuesta, se realizó una adaptación lingüística y de aplicación específica para el presente proyecto (incluyendo las categorías de personas bisexuales y trans) de la escala Internalized Homonegativity Inventory (IHHNI, Mayfield, 2001).

La encuesta fue aplicada online por medio de la plataforma Survey Monkey entre los meses de septiembre y octubre de 2018. Durante ese período fue difundida en redes sociales (contactos personales, Facebook, Twitter, Whatsapp), por medio de flyers y carteles con código QR (en Santiago, Valparaíso, Rancagua y Talca) y, a través de organizaciones LGBT en Chile.

Se obtuvieron 961 respuestas a la encuesta, con un 69% de adherencia a todo el instrumento. De las personas que accedieron a la encuesta, un 2% (20) no dio su consentimiento, y de las que consintieron participar, un 20% declaró no desear recibir información cuando el estudio finalizase. 35 personas no cumplieron con el criterio de inclusión de identificarse como LGBT+ (perfil de respuesta excluida= sexo:hombre/mujer + OS:heterosexual + IG:hombre/mujer). Por su parte, 129 personas (13,4%) abandonaron la encuesta antes de responder al módulo que incluía la primera variable de interés (Salud Mental 1: ¿Has pensado en suicidarte alguna vez

en tu vida?). Además se eliminaron 31 respuestas ya sea por presentar un perfil “random” (detectadas por inspección visual – respuestas sin variabilidad o inverosímiles) o por estar duplicadas (detectadas vía IP).

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se generaron procedimientos estadísticos univariados, bivariados y multivariantes de interdependencia. En primera instancia se analizaron descriptivamente los datos y se identificaron casos perdidos, junto con estandarizar los puntajes de las diversas escalas. Luego se analizaron los efectos del Estigma Sexual Internalizado (ESI) sobre la sintomatología ansiosa depresiva, sobre la suicidalidad, y sobre la asistencia de las personas encuestadas a psicoterapia, mediante modelos de regresión logística. De manera complementaria se generaron modelos de moderación para determinar posibles variaciones en los efectos a través de la variable sexo asignado.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la muestra de mujeres y hombres cisgénero autoidentificadas/os con algunas de las categorías de orientación sexual LGB+ (N=669).

El promedio de puntaje en el OQ-30.2 fue de 44.2 (N=669, Range=2-105, SD=21.07), levemente por sobre el punto de corte para la población disfuncional (43,36; Errázuriz et al., 2017) y el 50,1% de los y las participantes pueden ser clasificados/as dentro de la población disfuncional (Errázuriz et al., 2017). Esto quiere decir que, la mitad de los y las participantes presentó índices de malestar subjetivo. Por su parte, el promedio de puntaje en el BDI-II fue de 14,2 (N=628, Range=0-88, SD=13,04), correspondiente a la categoría de depresión moderada (Beck et al., 1996). Un 56,7% de las y los encuestados no presentó sintomatología depresiva, un 11,8% presentó sintomatología depresiva leve, un 13,6% moderada y un 11,8% severa. Con respecto a la suicidalidad, un 64,4% de los y las encuestadas había pensado alguna vez en quitarse la vida y un 24,4% lo había intentado alguna vez (N=669). Al momento de responder la encuesta un 18,1% de los y las participantes (N=120) se encontraban en psicoterapia y un 64,4% (N=638) había acudido alguna vez a tratamiento psicológico.

Estigma Sexual Internalizado (ESI), Malestar Subjetivo y Depresión

Los resultados obtenidos brindan evidencia a favor de la hipótesis (H1) que señala que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado, tendrán mayores niveles de malestar subjetivo y más presencia de sintomatología depresiva.

En la tabla 1, presentamos las asociaciones estimadas entre el estigma sexual internalizado y sus tres componentes -*moralidad de la homosexualidad, afirmación y homonegatividad personal*- y las dos medidas de malestar subjetivo y sintomatología depresiva operacionalizadas con las escalas OQ-30 y BDI-II respectivamente. Para cada una de estas

medidas se muestran los coeficientes de regresión lineal y los intervalos de confianza. El modelo de regresión lineal en este caso indica, con un 95% de confianza, que el ESI se asoció significativamente con el aumento del malestar subjetivo ($b=2,528$, $p<0,001$). Por su parte, al considerar los sub-componentes del ESI, solo la Homonegatividad personal y la Afirmación¹ mostraron una asociación significativa y positiva ($p<0,001$) con el nivel de malestar subjetivo ($b=9,306$ y $b= 5,008$ respectivamente).

Tabla 1. Asociación entre estigma internalizado, malestar subjetivo y sintomatología depresiva

	Malestar subjetivo	Sintomatología depresiva
Estigma Internalizado	2,528*** (2.198, 2.859)	5,681*** (3.907, 7.456)
Moralidad de la homosexualidad	3,651 (-0.913, 8.215)	1,332 (-1.522, 4.185)
Afirmación	5,008*** (2.502, 7.513)	2,428*** (0.855, 4.000)
Homonegatividad personal	9,306*** (7.192, 11.421)	5,080*** (3.741, 6.420)
Observaciones	598	598

Nota. Cada columna corresponde a un modelo de regresión separado. Se presentan las regresiones lineales e intervalos de confianza de 95%. * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Respecto a la sintomatología depresiva, el modelo indica con un 95% de confianza que la asociación entre ESI y sintomatología depresiva es significativa y positiva ($p<0,001$). Es decir, el aumento en el nivel de estigma sexual internalizado (ESI) se asocia con un incremento en la sintomatología depresiva ($b= 5,681$). Nuevamente, solo la Homonegatividad personal y la Afirmación mostraron una asociación significativa y positiva con el nivel de sintomatología depresiva ($p<0,001$). Es decir, el modelo indica que por cada aumento en el nivel de estos componentes, se incrementa esta sintomatología ($b=5,080$; $b= 2,428$ respectivamente). En conjunto, tanto el ESI global como sus componentes de Homonegatividad personal y Afirmación se asocian con sintomatología depresiva, no así el componente de Moralidad de la homosexualidad ($b= 1,332$; $p > 0,05$).

Estigma Sexual Internalizado (ESI) y Suicidalidad

Con respecto a la asociación entre estigma sexual internalizado y suicidalidad, los resultados brindan evidencia a favor de la hipótesis (H2) que indica que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado tendrán mayor probabilidad de presentar ideación e intento de suicidio.

¹Dadas las características de la construcción de la escala de ESI, la puntuación de la subescala de Afirmatividad es invertida, de modo que mayores puntajes en esta escala son indicativos de menor afirmatividad.

En la Tabla 2, presentamos las asociaciones estimadas entre el ESI y sus tres componentes con la suicidalidad operacionalizada con cuatro preguntas del cuestionario Okasha. Para cada una de estas medidas se muestran los coeficientes de regresión y los intervalos de confianza; considerando que un $OR > 1$ indica una asociación positiva, un $OR < 1$ una asociación negativa y, un $OR = 1$ falta de asociación.

El modelo indica con un 95% de confianza que la probabilidad de tener un pensamiento suicida alguna vez en la vida aumenta en forma positiva y significativa ($OR = 2,050$, $p < 0,01$) al aumentar el ESI. Dicha asociación también fue observada en el caso de la probabilidad de haber realizado un intento suicida alguna vez en la vida ($OR = 1,666$, $p < 0,01$). El análisis de regresión logística también revela una asociación entre el aumento en el ESI y la probabilidad de haber tenido un pensamiento suicida en los últimos seis meses ($OR = 1,879$, $p < 0,01$), y con haber realizado un intento de suicidio en los últimos seis meses ($OR = 2,291$, $p < 0,01$). Tal como se aprecia en la Tabla 2, este patrón de asociación se replica en los componentes del ESI de Moralidad de la homosexualidad, Afirmación y Homonegatividad personal. Por tanto, en conjunto, estos resultados indican que un mayor nivel de ESI se asocia con una mayor probabilidad de indicadores de suicidalidad (ver tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre estigma internalizado y suicidalidad

	Malestar subjetivo	Sintomatología depresiva
Estigma Internalizado	2,528*** (2.198, 2.859)	5,681*** (3.907, 7.456)
Moralidad de la homosexualidad	3,651 (-0.913, 8.215)	1,332 (-1.522, 4.185)
Afirmación	5,008*** (2.502, 7.513)	2,428*** (0.855, 4.000)
Homonegatividad personal	9,306*** (7.192, 11.421)	5,080*** (3.741, 6.420)
Observaciones	598	598

Nota. Cada columna corresponde a un modelo de regresión separado. Se presentan las regresiones logísticas con Odd Ratio e intervalos de confianza de 95%. * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Estigma Sexual Internalizado y Asistencia a Psicoterapia

Con respecto a la tercera hipótesis (H3) que indica que las personas LGB que presenten altos niveles de estigma sexual internalizado tendrán menor probabilidad de asistir o haber asistido a psicoterapia, los resultados aportan evidencia a su favor.

En la tabla 3, presentamos las asociaciones estimadas entre el estigma sexual internalizado y la probabilidad de estar asistiendo o haber asistido alguna vez a psicoterapia, indicando los coeficientes de regresión y los intervalos de confianza.

El modelo de regresión logística para el ESI indica una asociación significativa y negativa ($p < 0,01$) entre el nivel de ESI y la probabilidad de asistir o haber asistido a psicoterapia ($OR = 0,842$). De igual manera, para el caso del componente de Homonegatividad personal la regresión logística muestra una asociación significativa y negativa con la probabilidad de asistir o haber asistido a psicoterapia ($OR = 0,829$). Sin embargo, aun cuando los componentes de Moralidad de la homosexualidad y de Afirmación, muestran asociaciones negativas y estadísticamente significativas, los Odd Ratio de $OR = 0,934$ y $OR = 0,992$, próximos al valor 1, son indicativos de que esta asociación es débil. Por tanto, a mayor ESI, específicamente en términos del componente Homonegatividad personal, es menor la probabilidad de estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia.

Tabla 3. Asociación entre estigma internalizado y asistencia a psicoterapia.

	Malestar subjetivo	Sintomatología depresiva
Estigma Internalizado	2,528*** (2.198, 2.859)	5,681*** (3.907, 7.456)
Moralidad de la homosexualidad	3,651 (-0.913, 8.215)	1,332 (-1.522, 4.185)
Afirmación	5.008*** (2.502, 7.513)	2.428*** (0.855, 4.000)
Homonegatividad personal	9.306*** (7.192, 11.421)	5.080*** (3.741, 6.420)
Observaciones	598	598

Nota. Se presentan las regresiones logísticas con Odd Ratio e intervalos de confianza de 95%. * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Análisis de moderación de la variable sexo asignado

A partir de los resultados obtenidos se consideró pertinente realizar un análisis de moderación para indagar las posibles atenuaciones en los efectos principales presentados con anterioridad explicadas por la variable sexo asignado. En los modelos generados con la variable sexo asignado se buscó determinar el efecto moderador del sexo binario (hombre o mujer) en la relación entre estigma sexual internalizado y las variables malestar subjetivo, sintomatología depresiva, suicidalidad y, asistencia a psicoterapia.

Los resultados presentados en la Tabla 4 indican, con un 95% de confianza, que no existe un efecto moderador de la categoría mujer respecto de la categoría hombre en el ESI y sus subcomponentes -Homonegatividad personal, Moralidad de la homosexualidad y Afirmación-, con relación al malestar subjetivo.

A su vez los resultados presentados en la Tabla 5, muestran que, con un 95% de confianza, no existe un efecto moderador de la categoría mujer, respecto de la categoría hombre, en la relación entre ESI y suicidalidad en las categorías relacionadas con ideación suicida e intento

de suicidio a lo largo de la vida o en los último seis meses. En el análisis tampoco fue posible verificar una moderación significativa de la variable sexo asignado en el efecto de las subescalas de ESI sobre la suicidalidad.

Tabla 4. Moderación de la variable sexo entre estigma internalizado, malestar subjetivo y sintomatología depresiva

	Malestar subjetivo	Sintomatología depresiva
Estigma Internalizado: sexo (mujer)	-1,912 (-7,502; 3,677)	-1.985 (-5,516; 1,546)
Moralidad de la homosexualidad: sexo (mujer)	3,953 (-13,064; 5,159)	-4,766 (-10,446; 0,914)
Afirmación: sexo (mujer)	-3,256 (-8,252; 1,741)	-2,120 (-5,250; 1,011)
Homonegatividad personal: sexo (mujer)	-0,491 (-4,713; 3,731)	-0,870 (-3,540; 1,800)
Observaciones	598	598

*Nota. Se presentan las regresiones logísticas con Odd Ratio e intervalos de confianza de 95%. *p<0.01; **p<0.05; ***p<0.001*

Tabla 5. Moderación de la variable sexo entre estigma internalizado y suicidalidad

	Ideación suicida a lo largo de la vida	Intento de suicidio a lo largo de la vida	Ideación suicida en los últimos 6 meses	Intento de suicidio en los últimos 6 meses
Estigma Internalizado: sexo (mujer)	-0,31 (-1,00; 0,39)	-0,28 (-0,90; 0,33)	-0,39 (-0,99; 0,22)	-0,65 (-1,68; 0,42)
Moralidad de la homosexualidad: sexo (mujer)	-0,16 (-1,06; 0,73)	-0,54 (-1,48; 0,41)	0,08 (-0,86; 1,02)	-0,31 (-1,57; 0,94)
Afirmación: sexo (mujer)	-0,27 (-0,80; 0,26)	-0,04 (-0,59; 0,51)	-0,28 (-0,81; 0,25)	-0,57 (-1,69; 0,55)
Homonegatividad personal: sexo (mujer)	-0,26 (-0,84; 0,31)	-0,24 (-0,71; 0,22)	-0,31 (-0,77; 0,14)	-0,40 (-1,19; 0,38)
Observaciones	598	598	598	598

*Nota. Se presentan las regresiones logísticas con Odd Ratio e intervalos de confianza de 95%. *p<0.01; **p<0.05; ***p<0.001*

Finalmente, un tercer análisis nos indica que, con un 95% de confianza, no es posible establecer un efecto de moderación de la variable sexo asignado respecto del efecto principal entre ESI y estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia (ver tabla 6). Tampoco puede verificarse una moderación significativa del sexo asignado entre las subescalas de ESI y estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia.

Tabla 6. Moderación de la variable sexo asignado entre estigma internalizado y asistencia a psicoterapia.

	Estar asistiendo o haber asistido a psicoterapia
Estigma Internalizado: sexo (mujer)	0,36 (-0,26; 0,99)
Moralidad de la homosexualidad: sexo (mujer)	0,21 (-0,82; 1,25)
Afirmación: sexo (mujer)	0,19 (-0,36; 0,73)
Homonegatividad personal	0,30 (-0,18; 0,77)
Observaciones	575

*Nota. Se presentan las regresiones logísticas con Odd Ratio e intervalos de confianza de 95%. *p<0.01; **p<0.05; ***p<0.001*

Discusión

Este estudio buscó determinar la asociación entre los niveles de ESI en personas LGB con la presencia de malestar subjetivo, sintomatología depresiva y ansiosa, suicidalidad y asistencia a psicoterapia. En términos globales los resultados expuestos aportan con evidencia a favor de la relación, descrita en diversos estudios (e.g. Newcomb & Mustanski, 2010; Szymanski & Chung, 2003), entre ESI e indicadores negativos de salud mental en personas pertenecientes a la diversidad sexual. Particularmente, en este trabajo los componentes observados del ESI que más contribuyen a esta asociación son la homonegatividad personal y la falta de afirmación de la identidad sexual.

Respecto a la primera hipótesis (H1) sobre la relación directa entre estigma sexual internalizado, malestar subjetivo y sintomatología depresiva y ansiosa, si bien los resultados la confirman a nivel general, para el caso del componente de moralidad del ESI, la hipótesis planteada no se cumple. Es posible que en este componente de moralidad -si bien ha sido internalizado por las personas-, la referencia a aspectos estructurales asociadas a un orden moral podría ser experimentado de manera más distal como estresor. Lo anterior, a diferencia del los componentes de homonegatividad personal y afirmación de la identidad sexual que pueden ser aspectos más proximales como estresores y aparecer como un ESI más implícito. Es decir, hoy en día con los cambios y avances sociales con respecto a la diversidad sexual y de género, sostener que es moralmente incorrecto que mujeres se atraigan entre sí o que la

homosexualidad puede ser perjudicial para el orden de la sociedad, es menos probable en personas con ESI. Por el contrario, puede esperarse que afirmaciones menos permeables a las transformaciones sociales y que están ligadas a una experiencia más individual y privada (por ejemplo, ponerse nervioso/a al escuchar a otros/as hablar sobre homosexualidad), si estén presentes en personas con ESI.

Con respecto a la segunda hipótesis (H2) que señala que las personas LGB con un alto ESI mostrarán mayor nivel de suicidalidad, los resultados proveen evidencia a favor de la hipótesis, la que se cumple para los tres aspectos del ESI. Este resultado replica la evidencia internacional al respecto (Calvo, 2018; Lagazzi, 2016; Ortiz-Hernández, 2005; Pineda-Roa, 2019; Pinto-Cortez et al., 2011) y, es posible pensar entonces que, entre los indicadores negativos de salud mental, el suicidio sea una de las expresiones más directas del ESI. Esto se puede explicar porque una de las asociaciones más fuertes con el suicidio tiene que ver con el "dolor psíquico", lo que se transforma muy profundamente en algo que responde a la propia existencia, de tal modo que para algunas personas la experiencia de estigma puede volverse una situación de alta vulnerabilidad psicológica y emocional, sobre la cual se instalan los estresores proximales, ya sea como acumulación de experiencias o como eventos únicos de alto impacto (ver Tomicic et al., 2021b).

Con respecto a la tercera la hipótesis (H3), que señala que el ESI en personas LGB se relaciona de manera inversa con la probabilidad de asistir a psicoterapia, los resultados de este estudio también ofrecen evidencia a su favor. Específicamente, el componente de homonegatividad personal del ESI es el que muestra una asociación más fuerte con la probabilidad de asistir a psicoterapia. Este resultado podría sugerir que el estigma actúa como una barrera individual (ver McIntyre et al., 2011), al evitar la búsqueda de ayuda por los fuertes sentimientos de vergüenza y culpa respecto a la propia orientación sexual y la experiencia de merecer o no ayuda psicológica. Por su parte, al ser interpretados en otra dirección que, no necesariamente contradice lo anterior, estos hallazgos podrían indicar que niveles bajos de homonegatividad personal en personas que han asistido o asisten a psicoterapia, podrían ser reflejo del efecto terapéutico de reducir su estigma interiorizado y de afirmar su orientación homosexual o bisexual. Con todo, parece ser que el estigma sexual internalizado, particularmente la homonegatividad personal, se constituye en el caso de las/los pacientes LGB en un foco psicoterapéutico relevante (ver Tomicic et al., 2021).

En este estudio no pudimos replicar los resultados respecto a las diferencias según sexo asignado en la relación entre ESI, sintomatología ansiosa y depresiva, suicidio y asistir a psicoterapia, sugerido en otra investigación (Skerven, & De St. Aubin, 2015). Respecto a esto, podemos concluir entonces que el efecto del ESI sobre las variables en cuestión, es similar para mujeres LB y hombres GB. Es posible interpretar que el impacto estructural de una cultura heterocisnormada afecta, al menos en esta muestra, de igual manera a personas identificadas con orientaciones sexuales que se alejan, en terminos de expresión de género, de la norma y que sufren de igual modo los influjos de estresores distales hacia minorías.

Los resultados presentados deben considerarse a la luz de las limitaciones del estudio. En primer lugar, debe tenerse en consideración, que este estudio fue realizado a través de una

encuesta online, lo que limita su generalización hacia poblaciones con acceso limitado a internet, aún cuando, por otro lado, permitió abarcar todo el territorio nacional. En segundo lugar, la forma de convocar a las y los participantes no responde a los criterios de un muestreo probabilístico, lo que implica que el procedimiento de autoselección podría haber contribuido a que los y las participantes presentasen niveles más altos de afirmatividad y más bajos de estigma sexual internalizado. Esto, a su vez, podría explicar los tamaños más bien moderados o pequeños de las asociaciones establecidas. Por su parte, el instrumento empleado para medir estigma sexual internalizado, presenta ítems con aseveraciones muy explícitas que, si bien refieren a estresores proximales, no permiten acceder a indicadores que puedan estar fuera de la conciencia de los y las participantes o ser más implícitos. Justamente, por lo anterior, es la escala de homonegatividad personal la que presenta asociaciones más significativas, ya que sus ítems son los que se acercan más a elementos implícitos del estigma sexual internalizado. Debido a lo anterior, futuros estudios debiesen considerar la diferencia entre los aspectos implícitos y explícitos del estigma sexual internalizado, utilizando instrumentos específicos o implementando investigaciones cualitativas, que abarquen de una manera más profunda este fenómeno.

Por otro lado, respecto al estudio de la relación entre estigma internalizado y psicoterapia, esta investigación no permite comprender en profundidad esta asociación, ya que la pregunta sobre la asistencia y no asistencia a psicoterapia, no necesariamente lleva a la conclusión de que la falta de asistencia no se deba a otra razón distinta a la presencia de estigma internalizado. A su vez, tampoco es posible sostener con seguridad que las personas que asisten a psicoterapia tendrán como efecto la disminución del estigma sexual internalizado. Futuras investigaciones requieren profundizar en la presencia de estigma sexual internalizado implícito durante el proceso terapéutico y las maneras en que este se manifiesta e influye en la psicoterapia y sus resultados. En este sentido, una pregunta de particular relevancia es sobre el impacto y la manera en que participan el estigma internalizado y la hipervigilancia al estigma de pacientes LGB en la formación de la relación de confianza y la alianza terapéutica positivas con sus psicoterapeutas.

Con todo, este estudio refuerza elementos descritos en el Modelo de Estrés de Minorías y contribuye a avanzar en el conocimiento de los efectos de la internalización de elementos sociales y estructurales de discriminación y su relación con salud mental y barreras de búsqueda de ayuda en poblaciones de diversidad sexual diversa. Estudios desarrollados en los últimos años en Chile (Alday-Mondaca & Lay-Lisboa, 2021; Barrientos, 2016; Tomicic et al., 2020; Tomicic et al., 2021), nos sugieren que las disparidades en salud mental y las barreras de acceso a la atención psicológica y psicoterapéutica en pacientes LGB, en conjunto con actitudes de las personas LGB hacia la psicoterapia, la internalización del estigma y su impacto en la conformación de la alianza terapéutica, demandan la generación de más conocimiento (Budge, Israel & Merrill, 2017). Por tanto, un estudio como este, resulta relevante al considerar las particularidades del contexto chileno, las que, a pesar de los avances en el reconocimiento de derechos para las personas LGB, siguen siendo condiciones que determinan los resultados en salud mental y el acceso a psicoterapia para la diversidad sexual y de género.

Conclusiones

El estigma sexual internalizado en personas LGB es un importante predictor de resultados negativos en salud mental, siendo la suicidalidad una de sus expresiones más directas. La falta de afirmación de identidad sexual y actitudes negativas hacia la propia orientación sexual, son los aspectos del estigma sexual internalizado que tienen los efectos más negativos sobre la salud mental y bienestar de las personas LGB. El trabajo terapéutico dirigido a la afirmación y la construcción de orgullo respecto de la propia identidad, resulta central para mitigar los efectos del estigma en pacientes de la diversidad sexual y de género. Así, el estigma sexual internalizado, particularmente la homonegatividad personal, resulta un foco de trabajo psicoterapéutico sumamente relevante y debiera ser priorizado por los y las psicoterapeutas.

Reconocimientos

La elaboración de este trabajo fue apoyada por el Proyecto Fondecyt Regular 1190270 (ANID) y por el Programa Iniciativa Científica Milenio/Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP ICS13_005 (ANID)

Referencias

- Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio. (2019). Ser lesbiana en Chile 2018. Estudio exploratorio. <https://tinyurl.com/2bw65re4>
- Amadio, D. M. (2006). Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1153-1162. <https://doi.org/d5rsw5>.
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825-841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Avery, A., Hellman, R., & Sudderth, L. (2001). Satisfaction with mental health services among sexual minorities with major mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(6), 990-1000. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.990>
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd ed.). Psychological Corporation.
- Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *Journal of homosexuality*, 63(4), 541-558. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>

- Bidell, M. & Stepleman, L. (2017). An interdisciplinary approach to lesbian, gay, bisexual and transgender clinical competence, professional training, and ethical care: Introduction to special issue. *Journal of homosexuality*, 64(10), 1305-1329. <https://doi.org/gjgz2p>
- Bockting, W. O. (2015). Internalized transphobia. En P. Whelehan & A. Bolin (Eds.), *The International Encyclopedia of Human Sexuality* (pp. 583-625). Wiley. <https://doi.org/hqwg>
- Calton, J., Bennett, L., Gebhard, K. (2016). Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(5), 585-600. <https://doi.org/10.1177/1524838015585318>
- Constant, A., Conserve, D. F., Gallopel-Morvan, K., & Raude, J. (2020). Socio-Cognitive Factors Associated With Lifestyle Changes in Response to the COVID-19 Epidemic in the General Population: Results From a Cross-Sectional Study in France. *Frontiers in Psychology*, 11, 2407. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579460>
- Calvo, A. (2018). Gesto suicida y resiliencia en un grupo de jóvenes gays y lesbianas de Costa Rica. *Revista Pensamiento Actual*, 18(30), 01-12. <https://tinyurl.com/2ex45h22>
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T.S., Bebbington, P., King, M., 2011. Mental health of the non-heterosexual population of England. *The British Journal of Psychiatry*, 198(2), 143-148. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082271>.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of psychiatric disorders, psychological distress, and treatment utilization among lesbian, gay, and bisexual individuals in a sample of the U. S. population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53-61. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1008-1027. <https://doi.org/10.1177/088626001016010003>
- Errázuriz P, Opazo S, Behn A, Silva O and Gloger S (2017) Spanish Adaptation and Validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, 8, 673. <https://doi.org/f98b6r>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175. <https://doi.org/cdrw>
- García Cueto, E. & Gallo Álvaro, P. & Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10(3), 717-723 <https://tinyurl.com/3vecv6jk>

- Grella, C.E., Greenwell, L., Mays, V.M., Cochran, S.D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: findings from the California quality of life Survey. *BMC Psychiatry*, 9, 52. <https://doi.org/dgzrfr>
- Gerbing, D & Hamilton, J. (1996). Viability of exploratory factor analysis as a precursor to confirmatory factor analysis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 3(1), 62-72. <https://doi.org/10.1080/10705519609540030>
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/gfkqp8>
- Herek, G.M. (2000). Sexual prejudice and gender: do heterosexuals' attitudes towards lesbians and gay men differ? *Journal of Social Issues*, 56(2), 251-266. <https://doi.org/b3hkh6>
- Herek, G. M., Gillis, J. & Cogan, J. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32-43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Iguartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15-30. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2003-0011>
- Lagazzi, I. M. (2016). *Construcción subjetiva de adolescentes y jóvenes lesbianas y gays acerca del rol de la familia en sus procesos suicidas* (Tesis Magíster en Estudios sistémicos Relacionales de la Familia y la Pareja). Universidad Alberto Hurtado, Facultad de Psicología. <https://tinyurl.com/yckvsrvk>
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191-234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Layland, E., Carter, J., Perry, N., Cienfuegos-Szalay, C., Nelson, K., Peasant Bonner, C., Rendina, J. (2020) A systematic review of stigma in sexual and gender minority health interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1200-1210. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz200>
- Lingiardi, V., Nardelli, N., & Drescher, J. (2015) New Italian lesbian, gay and bisexual psychotherapy guidelines: A review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 405-415. <https://doi.org/gm2kf2>
- Martínez, C., Tomicic, A., and del Pino, S. (2019). Disparidades y barreras de acceso a la salud mental en personas LGBTI+: el derecho a una atención culturalmente competente. En F. Vargas (Ed.). *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2019* (pp. 397-446). Ediciones Universidad Diego Portales. <https://tinyurl.com/28jmkymu>

- Martínez, C., Tomicic, A., Rodríguez, J., Gálvez, C., Leyton, F., Aguayo, F., Rosenbaum, C. (June, 2017). Our daily trauma: Subjective construction of suicide experiences of young trans people. *48th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Toronto, Canada.
- Mayfield, W. (2001) The Development of an Internalized Homonegativity Inventory for Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53-76. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_04
- McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K., & Ross, L.E. (2011). Systems-level Barriers in Accessing Supportive Mental Health Services for Sexual and Gender Minorities: Insights from the Provider's Perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2),173-186. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0023>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Meyer, I. H., (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual population: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3-26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. <https://doi.org/gg3qp6>
- Michaels, M., Parent, M., & Torrey, C. (2016). A minority stress model for suicidal ideation in gay men. *Suicide and life-threatening behavior*, 46(1), 23-34. <https://doi.org/10.1111/sltb.12169>
- Morrison, M. A. (2011). Psychological health correlates of perceived discrimination among Canadian gay men and lesbian women. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 81-98. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0018>
- Moore, S., Jones, M., Smith, J. C., Hood, J., Harper, G. W., Camacho-Gonzalez, A., Del Rio, C., & Hussen, S. A. (2019). Homonegativity Experienced over the Life Course by Young Black Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men (YB-GBMSM) Living with HIV in Atlanta, Georgia. *AIDS and behavior*, 23(S3), 266-275. <https://doi.org/gpr989>
- Newcomb, M. & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019-1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>

- Okasha A, Lotaif F, & Sadek A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(5), 409-415. <https://doi.org/db45q2>
- 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), 49-65. <https://tinyurl.com/ybxfvnx>
- Pereira, H. & Rodrigues, P. (2015). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGBT youth. *Journal of Psychiatry*, 18(2), 2-6. <https://tinyurl.com/yvu4cyd8>
- Pérez Gil, J. A., Chacón Moscoso, S. & Moreno Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(S2), 442-446. <https://tinyurl.com/2xcfv44x>
- Pineda-Roa, C. (2019). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.001>
- Pinto-Cortez, C., Fuentes, O., Quijada, M. d. I. Á., Salazar, C., Vio, C. G. & Rodríguez, R. S. R. (2018). Malestar psicológico como mediador entre la homofobia interiorizada y el riesgo suicida en hombres chilenos. *Psicología Conductual*, 26(3), 529-546. <https://tinyurl.com/2p82vayp>
- Platt, L., Kay, J., & Scheitle, C. (2018). Patterns of Mental Health Care Utilization Among Sexual Orientation Minority Groups. *Journal of Homosexuality*, 65(2), 135-153. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1311552>
- Rosseel, Y., Jorgensen, T., Rockwood, N., Oberski, D., Byrnes, J., Vanbrabant, L., Savalei, V., Merkle, E., Hallquist, M., Rhemtulla, M., Katsikatsou, M., Barendse, M., & Scharf, F. (2020). cran.r-project.org. <https://tinyurl.com/3cu846py>
- Rossmann, K., Salamanca, P., Macapagal, K. (2017) Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Non-Disclosure of LGBTQ Identity to Healthcare Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390-1410. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321379>
- Rutter, T. M., Flentje, A., Dilley, J. W., Barakat, S., Liu, N. H., Gross, M.S., Muñoz, R.F., & Leykin, Y. (2016). Sexual orientation and treatment-seeking for depression in a multilingual worldwide sample. *Journal of Affective Disorders*, 206, 87-93. <https://doi.org/f89xwj>
- Skerven, K., & De St. Aubin; (2015). Internalized homonegativity and the double bind for lesbians: those with higher need perceive more barriers to mental health treatment. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(1), 17-35. <https://doi.org/10.1080/15538605.2014.997331>

- Szymanski, D. M., & Chung, Y. B. (2003). Internalized homophobia in lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 115-125. https://doi.org/10.1300/J155v07n01_08
- Tomicic, A., Immel, N., & Martínez, C. (2021). Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio. *Revista Interamericana de Psicología*, 55(1), 1-24. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v55i1.1453>
- Tomicic, A., Martínez, C., Rosenbaum, C., Aguayo, F., Leyton, F., Rodríguez, J., Galvez, C., & Lagazzi, I. (2021b). Adolescence and Suicide: Subjective Construction of Suicide Process in Young Gay and Lesbian Chileans. *Journal of Homosexuality*, 68(13), 2122-2143. <https://doi.org/g6x7>
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Weber, G. N. (2008). Using to numb the pain: Substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(1), 31-48. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.1.2585916185422570>

Para citar en APA

Martínez, C., Tomicic, A., Dominguez, M., & Spuler, C. (2022). Internalización del estigma en personas LGB: Análisis de su impacto sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda psicoterapéutica en Chile. *Terapia Psicológica (En línea)*, 40(1), 49-69. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082022000100023>