



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Psicología

División de Estudios de Posgrado

**"Construcción de la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías
y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS)"**

TESIS

que para obtener el grado de

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

JESÚS RENÉ RUIZ LÓPEZ

Director:

FERRAN PADRÓS BLÁZQUEZ

Co-director:

JUAN ARTURO HONOLD ESPINOSA

Comité tutorial:

ERICKA IVONNE CERVANTES PACHECO

FABIOLA GONZALEZ BETANZOS

ESTEBAN GUDAYOL FERRE

Morelia, Michoacán, México Abril 2023

ÍNDICE

Agradecimientos.....	1
Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Capítulo 1: Diversidad Sexual.....	7
1.1 ANTECEDENTES	8
1.2 SEXO, GÉNERO Y SEXUALIDAD	9
1.3 ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO	11
1.4 LA SEXUALIDAD ES UN CONTINUO	12
Capítulo 2: Experiencias propias de las personas no-heterosexuales.....	14
2.1 SALIR DEL ARMARIO	15
2.2 HOMOFOBIA Y HOMOFOBIA INTERNALIZADA	16
2.3 DISCRIMINACIÓN ESCOLAR HACIA PERSONAS LGBT	19
Capítulo 3: Enfoque actual de la salud mental en materia de diversidad sexual	22
3.1 ANTECEDENTES	22
3.2 DIVERSIDAD SEXUAL Y SALUD MENTAL	23
Planteamiento del problema	27
Objetivos	31
GENERAL.....	31
ESPECÍFICOS	31
Primera fase: construcción y validación del instrumento	32
MÉTODO	32
DISEÑO	32
PARTICIPANTES	32
INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
ESCENARIO DE ESTUDIO	33

PROCEDIMIENTO	34
RESULTADOS	35
PRIMERA FASE: DEPURACIÓN DE ÍTEMS	46
MÉTODO	46
DISEÑO	46
PARTICIPANTES	46
INSTRUMENTO	47
PROCEDIMIENTO	48
RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	52
Segunda Fase: Estudio psicométrico de la versión final de la E-DCFOS	54
MÉTODO	54
DISEÑO	54
PARTICIPANTES	54
INSTRUMENTOS	55
PROCEDIMIENTO	57
RESULTADOS	58
CONSISTENCIA INTERNA Y DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS	61
RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES Y DATOS DESCRIPTIVOS	62
DISCUSIÓN	64
Conclusión	67
Referencias	68
Anexos	76
ANEXO 1: DIARIO DE CAMPO DE GRUPO FOCAL	76
ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS FOCALES	77
ANEXO 3: BASE DE DATOS JUECEO	78
ANEXO 4: CUESTIONARIO APLICADO DURANTE LA PRIMERA FASE PARA DEPURACIÓN DE ÍTEMS	79
ANEXO 5: CUESTIONARIO FINAL INCLUYENDO LA ESCALA PARA EVALUAR DISFORIA POR COMPORTAMIENTOS FANTASÍAS Y ORIENTACIONES SEXUALES (E-DCFOS) VERSIÓN FINAL	82

Agradecimientos

Me gustaría tomar un momento para expresar mi gratitud a todas las personas e instituciones que me han ayudado en la realización de esta tesis. En primer lugar, quiero agradecer a mi asesor Ferran Padrós por su apoyo, paciencia y sabiduría durante todo el proceso de investigación. Sus comentarios y sugerencias fueron fundamentales para el éxito de este proyecto.

También quiero agradecer a los miembros de mi comité de tesis, quienes dedicaron su tiempo y experiencia para revisar y mejorar este trabajo. Sus observaciones y retroalimentación fueron muy valiosas para mí.

Agradezco de manera muy especial a mis padres Lolis y René, quienes siempre me han apoyado y alentado en todo momento. Su amor, paciencia y dedicación son la razón por la que estoy aquí hoy. También quiero agradecer a mi hermano Iván, quien me ha apoyado y motivado en todo momento.

A mi novio Roberto, le agradezco por su amor, paciencia y comprensión durante todo este proceso. Gracias por ser mi mapache de apoyo emocional.

A mis amigos, en especial a los bbs, quienes me brindaron su apoyo y ánimo cuando lo necesitaba. Gracias por escucharme, motivarme y por hacer que este camino sea mucho más llevadero. También y no menos importante, a mi amigo canino Ryu que estuvo conmigo 16 años y ahora ladra y come basura en el cielo.

Agradezco a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y al Conacyt por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios de posgrado y por su apoyo económico.

¡GRACIAS A TODOS!

Resumen

Existe una amplia variabilidad respecto a las fantasías, deseos, comportamientos y orientaciones sexuales mostradas por los seres humanos. Sin embargo, debido a la discriminación que sufren las personas con orientaciones no heterosexuales, y a que frecuentemente se experimenta el fenómeno de homofobia internalizada, se hace necesario disponer de un instrumento para evaluar el malestar que pueden experimentar las personas derivado de sus fantasías, deseos, comportamientos y orientaciones sexuales.

Por ello, el objetivo del presente trabajo fue elaborar y estudiar las propiedades psicométricas de la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS). Se realizó un estudio de validez de contenido de los ítems. Luego se administraron los 17 ítems aprobados por jueces expertos a 464 estudiantes de preparatoria a los que se le administraron la E-DCFOS, y dos escalas; el Beck Anxiety Inventory BAI y depresión CES-D. Se estudió la estructura interna a través de un Análisis Factorial Exploratorio y la consistencia interna mediante la omega de McDonald. En los resultados se conservaron 10 reactivos que se distribuye en dos factores *Disforia con baja activación* (DBA) y *Disforia con alta activación* (DAA) que explican el 37% de la varianza. El valor de omega de la escala general fue algo baja de $\omega=.676$, así como la de los factores DBA ($\omega=.572$) y DAA ($\omega=.575$). Se observó que la correlación de la E-DCFOS con el BAI ($r = .48$; $p < .001$) y con el CES-D ($r = .47$; $p < .001$) fueron moderadas. Se concluye que la E-DCFOS es un instrumento de utilidad para detectar jóvenes que experimentan malestar derivados de sus preferencias sexuales. Asimismo requiere de posteriores estudios, especialmente de un Análisis Factorial Confirmatorio.

Palabras claves: Homofobia Internalizada; Malestar; Psicometría; Sexualidad; orientación sexual.

Abstract

There is wide variability regarding fantasies, desires, behaviors and sexual orientations shown by human beings. However, due to the discrimination suffered by people with non-heterosexual orientations, and that the internalized homophobia phenomenon is frequently experienced, it is necessary sexual behaviors and orientations.

Therefore, the objective of this work was to elaborate and study the psychometric properties of the Scale to evaluate Dysphoria for Sexual Behaviors, Fantasies and Orientations (S-DSBFO). A content validity study of the items was conducted. Then the 17 items approved by expert judges were administered to 464 high school students who were given the e-dcfos, and two scales; The Beck Anxiety Inventory BAI and CES-D depression. The internal structure was studied through an exploratory factor analysis and internal consistency through the Omega of McDonald. In the results, 10 items were conserved in two factors; Dysphoria with Low Activation (DLA) and Dysphoria with High Activation (DHA) that explain 37% of the variance. Omega's alpha value of the general scale was a bit low ($\Omega = .676$), as well as that of the factors DBA ($\Omega = .572$) and DAA ($\Omega = .575$). It was observed that the correlation of the S-DSBFO with the BAI ($r = .48$; $p < .001$) and with the CES-D ($r = .47$; $p < .001$) were moderate. It is concluded that S-DSBFO is a useful instrument to detect young people who experience discomfort derived from their sexual preferences. It also requires subsequent studies, especially a Confirmatory Factor Analysis.

Keywords: Internalized homophobia; Discomfort; Psychometry; Sexuality; sexual orientation.

Introducción

Desde que a mediados del siglo XX se publicaron los dos estudios famosos de Kinsey (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard, 1953) es conocida la amplia variabilidad respecto a las fantasías, deseos, comportamientos y orientaciones mostradas por los seres humanos.

En estudios recientes realizados en España, hasta un 26.1% de los participantes se identificaba con una orientación diferente a la heterosexual (Nebot-García, Ballester-Arnal & Ruiz-Palomino, 2020), y en otro estudio, se reportó que un 13.2% de hombres y hasta un 31.5% de mujeres no se identificaron como heterosexuales (Nebot-García et al., 2022). En México, se reportó que un 21% de estudiantes universitarios había tenido fantasías de tipo homosexual, y hasta un 4% refirió haber tenido comportamientos (Moral de la Rubia, 2009). Además se ha observado en una muestra de casi 3000 participantes que hasta el 11,5% de los hombres y el 15,3% de las mujeres han experimentado variaciones respecto a su orientación sexual durante su vida. Por otro lado, un 58,6% de los varones y un 72,4% de mujeres consideraron que las etiquetas tradicionales utilizadas para aludir a la orientación sexual (heterosexual, bisexual y homosexual) son inadecuadas, e insuficientes para evaluar la orientación sexual en la actualidad (Nebot-García et al., 2020). De modo que puede concluirse que la orientación sexual parece ser una dimensión amplia, continua y variable a lo largo de la vida.

Por otro lado, el 84 % de los hombres y 54 % de mujeres homosexuales han referido experimentar malestar por la propia identidad sexual (Nebot-García et al., 2020). De modo que las personas no heterosexuales están en mayor riesgo de padecer trastornos mentales, lo cual lo evidencia el mayor uso de servicios de salud mental que las personas no heterosexuales reportan (Baams, De Luca, & Brownson, 2018; Bränström, 2017; Dunbar et al., 2017; Platt, Wolf, & Scheitle, 2018), asimismo, muestran peores niveles de satisfacción con la vida (Shenkman, Stein, & Bos, 2019) y niveles más bajos de salud mental (Ruiz-Palomino et al., 2020; Shenkman, Stein,

& Bos, 2019). También presentan con mayor frecuencia alteraciones psicológicas, las más comunes son; ansiedad (Björkenstam et al., 2017; Cochran, Björkenstam & Mays, 2017; Dunbar et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Ruiz-Palomino et al., 2020; Shenkman, Stein, & Bos, 2019), depresión (Björkenstam et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Shenkman, Stein, & Bos, 2019; Wilson & Cariola, 2020), abuso de sustancias (Kerridge et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015), incluso ideación e intentos suicidas (Björkenstam et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Wilson & Cariola, 2020). Asimismo, se ha reportado que las personas no heterosexuales refirieron niveles elevados de preocupación (hasta un 45.5%) cuando fueron conscientes de su orientación que las personas heterosexuales que sólo lo mostró un 3.4%. Por otro lado, en el momento de la evaluación un 3.5% de las personas que se identificaron como heterosexuales mantenían un alto grado de preocupación, muy inferior al 31.8% mostrado por las personas no heterosexuales (Martínez-Gómez et al., 2020).

Se ha señalado que la discriminación social experimentada por las minorías sexuales ha afectado a las representaciones sociales respecto a las fantasías, deseos, comportamientos y orientaciones sexuales fuera de la heteronormatividad (Nebot-Garcia et al., 2022). En México se han hallado evidencias respecto a la presencia de estereotipos y percepciones estigmatizantes sobre la homosexualidad y la bisexualidad en jóvenes estudiantes de preparatoria y en universitarios (Lozano, 2009; Rodriguez & Facal, 2019). Según Martínez-Gómez et al. (2020), cuando las personas no heterosexuales se sienten obligadas a ocultar su orientación sexual y los temores asociados a la misma, favorece la aparición de la homofobia interiorizada, lo cual a su vez pone en riesgo su salud mental. Ortiz Hernández & García Torres (2005) han señalado que durante la infancia de las personas bisexuales y homosexuales, éstas van introyectando creencias y van forjando actitudes negativas respecto a aquello que no es heteronormativo. De modo que las personas homosexuales y bisexuales con frecuencia muestran actitudes y sentimientos negativos hacia sí mismos. Se ha observado que una tercera parte de los varones que mantuvieron relaciones sexuales con otros hombres,

experimentaron sentimientos de culpa, y un 40.3% mencionó experimentar vergüenza (Ortiz Hernández & García Torres, 2005).

Tomando en cuenta los riesgos a los que están sometidos los adolescentes y jóvenes procedente de la experimentación de emociones y sentimientos negativos derivados de sus preferencias sexuales, se considera necesario disponer de algún instrumento que detecte de forma precoz la disforia que presentan algunos jóvenes derivado de sus deseos, fantasías, comportamientos o reconocimiento de su orientación sexual. Al no detectar la existencia de ningún cuestionario o escala que evaluara dicho malestar, se propuso como objetivo del presente trabajo elaborar un instrumento para evaluar la Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS), así como estudiar algunas propiedades psicométricas (bondad de los ítems, estructura interna, consistencia interna y evidencias de validez concurrente) de dicha escala.

Capítulo 1: Diversidad Sexual

La diversidad sexual ha sido un tema de gran relevancia en las últimas décadas. A medida que la sociedad ha evolucionado, se ha producido una mayor comprensión y aceptación de las diversas orientaciones sexuales e identidades de género, lo que ha llevado a una mayor demanda de atención médica y servicios de apoyo en esta área.

Para comprender la diversidad sexual, es necesario tener en cuenta los antecedentes históricos que han influido en la forma en que la sociedad ha percibido y abordado la sexualidad y el género a lo largo del tiempo. Además, es importante comprender los conceptos de sexo, género y sexualidad, ya que estos términos se utilizan a menudo de manera intercambiable, lo que puede generar confusión y dificultades en la comprensión.

Asimismo, es esencial tener en cuenta la orientación sexual e identidad de género, ya que estas características son centrales en la vida de las personas y pueden influir significativamente en su bienestar emocional y mental. Por último, es importante reconocer que la sexualidad es un continuo, y que cada persona tiene su propia experiencia y comprensión de su sexualidad y género.

En este capítulo, se explorarán los antecedentes, los conceptos de sexo, género y sexualidad, la orientación sexual e identidad de género y la sexualidad como un continuo. Además, se analizará la importancia de comprender la diversidad sexual en el contexto de la salud mental, y se presentarán estrategias y herramientas para abordar las necesidades de la población LGBT+ y promover una atención médica sensible y culturalmente competente.

1.1 Antecedentes

El trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el campo de la salud sexual se remonta al menos a 1974, después de que la organización convocara a un grupo de expertos en sexualidad humana en Ginebra, se preparó un informe técnico sobre la formación de profesionales médicos en educación y tratamiento en esta área. La salud sexual se define en el informe como "la integración de los componentes físicos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad de una manera que fomente y mejore positivamente la personalidad, la comunicación y el amor". Además, se considera como base de la definición el derecho a centralizar el disfrute y acceso a la información (World Health Organization, 1975).

En 1994 -veinte años después-, en el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se incluyó la primera definición de salud sexual: "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos" (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 1994). Esta definición incluye la capacidad de un individuo para "disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura", así como la capacidad y la libertad para determinar la maternidad, la duración y la frecuencia de la misma. El informe también define la salud sexual y establece que su objetivo es "el desarrollo de la vida y las relaciones personales, no solo el asesoramiento y la atención de las enfermedades del sistema reproductivo y las infecciones y enfermedades de transmisión sexual".

Asimismo, la OMS de 2002 a 2006 fue aclarando y especificando más los conceptos en diversos foros y seminarios conformados por expertos de todo el mundo.

1.2 Sexo, género y sexualidad

Los conceptos más actualizados de sexo y sexualidad fueron presentados por la OMS en 2010 en el marco del Desarrollo de Programas de Salud Sexual.

Se entiende por sexo a los rasgos biológicos que determinan si una persona es hombre o mujer. Estos conjuntos de datos biométricos tienden a distinguir a las personas como hombres y mujeres, pero no se excluyen mutuamente, ya que algunas personas tienen ambos.

Sin embargo esta definición pudiera ser algo corta y habría que ligar la definición de sexo con la de “sexualidad”. La cual, de acuerdo con la OMS (2010) se trata de un aspecto esencial de todas las personas. Incluye el género, la identidad y sus roles, la orientación sexual, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Es decir, la sexualidad abarca toda la experiencia humana, no necesariamente estando presente en todos los elementos que se mencionan, pero sí, en todos los individuos, cada quien con su propia configuración.

Como vemos, el sexo y el género están presentes en todos los aspectos de nuestras vidas. Cada vez que entramos al baño público, compramos ropa, o llenando una solicitud, nos dicen una y otra vez que debemos ser hombre o mujer, niño o niña. Incluso las cosas que parecen no tener nada que ver con el sexo (por ejemplo, lo que comemos o los libros que leemos) a menudo se nos comercializan, necesariamente como mujeres u hombres (Cala-Carrill & Barberá- Heredia, 2009).

Gran parte de la discusión pública sobre sexo y género cae posiblemente sobre este último, ya que tradicionalmente se entiende al género como algo subjetivo: una “construcción social”, flexible, ambivalente. Y por otro lado al “sexo biológico” se le considera algo más “tangible”, constante, y reduccionista: tienes dos cromosomas

X o uno X y uno Y, ovarios o testículos, vagina o pene. Independientemente de cómo una persona se defina a sí misma en última instancia, al nacer se le asigna un género basado en estos conjuntos binarios de rasgos (Gaspodini, & Falcke, 2018).

Sin embargo, ahora sabemos que esta visión de que los humanos sólo podemos clasificarnos en dos tipos de seres, mujeres y hombres, es una visión muy sesgada a la que muchos autores denominan como "binario de género". Este binarismo desempeñó un papel profundo en la configuración de la historia de la ciencia psicológica. En los últimos años, han surgido serios desafíos al género binario tanto de la investigación académica como del activismo social (Tannenbaum, Ellis, Eyssel, Zou, & Schiebinger, 2019).

La evidencia empírica incluye hallazgos neurocientíficos que refutan el dimorfismo sexual del cerebro humano; hallazgos de neuroendocrinología del comportamiento que desafían la noción de sistemas hormonales sexualmente dimórficos, genéticamente fijados, que no se superponen; hallazgos psicológicos que resaltan las similitudes entre hombres y mujeres; investigación psicológica sobre las identidades y experiencias de personas transgénero y no binarias; y la investigación del desarrollo sugiere que la tendencia a ver el género/sexo como una categoría binaria significativa está determinada culturalmente y no obedece a "mandatos biológicos" (Hyde, Bigler, Tate, & Van Anders, 2019).

Como vemos, los humanos somos seres muy diversos y estamos atravesados por la sexualidad en la mayoría de los aspectos de nuestras vidas. Por tanto, de igual forma existe una gran diversidad sobre las formas en que podemos manifestar nuestras identidades, orientaciones, comportamientos y fantasías sexuales.

1.3 Orientación sexual e identidad de género.

La orientación sexual es la capacidad de un individuo para experimentar atracción emocional y erótica hacia otro género, hacia su mismo género, o más de un género e identidad de género no binaria a la vez, también es la capacidad de tener intimidad y tener sexo con otras personas. Es decir: la orientación sexual tiene que ver con hacia quién sienten atracción y afecto las personas (Hernández, 2021).

Cabe mencionar que en todas las sociedades existe la ideología de que todos son o deben ser heterosexuales, es decir, que deben de experimentar atracción por las personas opuestas a su género, así como también, existe la ideología de que todas las personas caben y deben estar perfectamente alineadas con el “binarismo de género” y con el género asignado al nacer. A esta ideología, se le conoce como cis-heteronormatividad. La cis-heteronormatividad, ha instaurado que solo la heterosexualidad -y lo que socialmente conlleva- sea considerada como la única opción válida y deseada para experimentar la sexualidad individual y colectiva. También ha mermado los derechos humanos y sexuales de todos los individuos que, de algún u otro modo, han salido de esta normatividad hegemónica (Van Der Toorn, Pliskin, & Morgenroth, 2020).

Las categorías que se utilizan para nombrar a las personas no-heterosexuales incluyen “homosexualidad” (gay/lesbiana) ; para referirse a personas que se sienten atraídas por su mismo sexo/género, “bisexual”; para personas que sienten atracción por más de un género a la vez (es decir, fuera del binario de género); “asexual”, para personas que no experimentan atracción sexual o erótica, sin embargo sí son capaces de sentir afecto hacia cualquier sexo/género; “pansexual”, para las personas que experimentan atracción independientemente del sexo/género de las personas. Es importante aclarar que estas etiquetas son meramente descriptivas, no categorías clínicas y son las personas quienes deciden con cual de estas categorías se sienten cómodas, así como con cuáles se identifican (Jang, Clark, & Walker, 2021).

Como mencionamos, la sexualidad no se limita a la orientación sexual, sino que también ésta incluye la “identidad de género”. Este concepto se refiere a la forma en como cada persona vive internamente su género. Esta vivencia del género podría coincidir o no con el género asignado al nacer. Cuando una persona experimenta concordancia con su identidad de género y con el género asignado al nacer se le conoce como “cis-género” (del latín “alinear”). Y a los individuos que no experimentan esta concordancia se les denomina “trans-género” (del latín “atravesar”). La identidad de género incluye la propia vivencia del cuerpo, la cual puede o no incluir modificaciones de la apariencia o funcionalidad de este (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2016). En este orden de ideas, la “expresión de género” se entiende cómo la forma en que las personas muestran al mundo su experiencia, ya sea en apariencia, acción o carácter, Por ejemplo, en la vestimenta, los manierismos, las conductas y las modificaciones corporales.

1.4 La sexualidad es un continuo

La sexualidad humana es un aspecto complejo y multidimensional de la vida humana, que abarca diversas dimensiones como el comportamiento sexual, las preferencias, la identidad de género y la orientación sexual. A lo largo de la historia, la sexualidad ha sido vista de manera binaria, con la heteronormatividad y la cisnormatividad como los estándares predominantes. Sin embargo, en los últimos años ha habido un cambio significativo en la forma en que se entiende la sexualidad, y cada vez más se ve como un continuo o espectro en lugar de una dicotomía.

El concepto de sexualidad como un espectro o continuo implica que las personas pueden experimentar una variedad de preferencias y expresiones sexuales, que no necesariamente se ajustan a las categorías binarias tradicionales de género y orientación sexual. En lugar de ver la sexualidad como algo fijo y estático, se ve como algo fluido y cambiante, que puede evolucionar a lo largo del tiempo y en diferentes contextos.

Esta comprensión de la sexualidad como un continuo o espectro ha sido respaldada por numerosos estudios en el campo de la sexología y la psicología. Por ejemplo, un estudio realizado en 2016 encontró que las personas pueden experimentar una variedad de niveles de atracción sexual y romántica hacia personas de diferentes géneros, lo que sugiere que la orientación sexual no es necesariamente binaria (Savin-Williams, 2016). Además, otro estudio realizado en 2015 encontró que la identidad de género también puede ser vista como un continuo, en lugar de una dicotomía, con las personas reportando sentirse en diferentes puntos en el espectro de género (Bockting et al., 2015).

El concepto de sexualidad como un continuo o espectro también tiene implicaciones importantes para la salud sexual y la atención médica. Al entender la sexualidad como algo más fluido y cambiante, los profesionales de la salud pueden ser más sensibles a las necesidades y preferencias sexuales de las personas, lo que puede mejorar la calidad de atención médica. Además, puede reducir la estigmatización y la discriminación hacia las personas que no se ajustan a las categorías binarias tradicionales de género y orientación sexual.

En conclusión, la comprensión de la sexualidad como un continuo o espectro es cada vez más aceptada en el campo de la sexología y la psicología. Esta comprensión implica que las personas pueden experimentar una variedad de preferencias y expresiones sexuales, que no necesariamente se ajustan a las categorías binarias tradicionales de género y orientación sexual. Esta comprensión puede tener importantes implicaciones para la atención médica y la reducción de la estigmatización y la discriminación hacia las personas que no se ajustan a las categorías binarias tradicionales de género y orientación sexual.

Capítulo 2: Experiencias propias de las personas no-heterosexuales

Las personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero) han enfrentado una gran cantidad de desafíos y obstáculos en su desarrollo psicológico a lo largo de la historia. La discriminación, el estigma y la falta de apoyo social y legal han afectado negativamente su salud mental y su bienestar emocional.

La discriminación y el estigma son dos de los mayores desafíos que enfrentan las personas LGBT. Las personas LGBT a menudo experimentan discriminación en muchos aspectos de la vida, incluyendo la educación, el empleo, la atención médica y la vivienda (Herek, 2009). Esta discriminación puede tener un efecto negativo en su autoestima, su identidad y su bienestar emocional.

La falta de apoyo social y legal también puede tener un efecto negativo en el desarrollo psicológico de las personas LGBT. Las personas LGBT a menudo enfrentan aislamiento social, rechazo y alienación debido a su orientación sexual o identidad de género (D'Augelli et al., 2002). La falta de apoyo de la familia, amigos y la comunidad puede tener un efecto negativo en su bienestar emocional y su capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias.

Además, las personas LGBT pueden enfrentar una mayor prevalencia de problemas de salud mental, incluyendo ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Cochran et al., 2014). Esto puede deberse a la discriminación y el estigma, así como a la falta de acceso a la atención médica y el apoyo adecuados. Las personas LGBT también pueden enfrentar una mayor tasa de suicidio en comparación con la población general (Haas et al., 2011).

Sin embargo, es importante destacar que las personas LGBT también tienen fortalezas y recursos que pueden ayudarles a enfrentar estos desafíos. Por ejemplo, las personas LGBT pueden desarrollar habilidades de afrontamiento, resiliencia y autoaceptación a medida que enfrentan la discriminación y el estigma (Frost &

Meyer, 2012). Además, el apoyo social y el acceso a recursos comunitarios pueden ser beneficiosos para su salud mental y bienestar.

2.1 Salir del armario

Un concepto que es importante exponer es el de “salir del armario”, este se refiere a dar a conocer que se tiene una orientación sexual y/o identidad de género diferente a la cis-heterosexual. Este proceso es de los de mayor importancia para cualquier persona LGBT.

Sin embargo, lejos de lo que pudiera parecer, este proceso no se limita simplemente a “avisar” a los familiares y amigos, sobre tener una condición sexual diferente. Sino que implica que la persona sea capaz de aceptar sus propios sentimientos y deseos sexoafectivos (Cass, 1979; 1984).

Este proceso puede ser un momento liberador para algunas personas, pero también puede ser muy difícil y lleno de miedo y ansiedad. Para muchas personas LGBT, salir del armario puede ser un momento de gran ansiedad y miedo. Las personas LGBT a menudo temen la reacción de sus amigos, familiares y comunidad, y pueden temer el rechazo y la discriminación (D'Augelli & Grossman, 2001). Además, el miedo a la violencia y el acoso también puede ser una preocupación importante, especialmente para las personas transgénero y las personas LGBT de color (Grant et al., 2011).

Por esto mismo, en ocasiones las personas no salen del armario. Toda persona LGBT, al momento de “salir del armario” ya ha vivido discriminación en diversos niveles, ya sea experimentada hacia ella misma o a través del ambiente hacia otras personas (Barón-Vioque, Cascone, & Martínez, 2013).

Salir del armario también puede tener implicaciones para las relaciones personales y profesionales de las personas No-heterosexuales. Algunas personas LGBT

pueden perder el apoyo y la aceptación de amigos y familiares después de salir del armario, lo que puede tener un efecto negativo en su bienestar emocional (Mohr & Fassinger, 2000). Además, las personas LGBT pueden enfrentar la discriminación en el lugar de trabajo y en otros entornos profesionales, lo que puede tener un impacto en su carrera y su seguridad económica.

in embargo, salir del armario también puede ser un momento liberador y empoderador para las personas LGBT. Las personas LGBT que salen del armario pueden sentir una mayor autoestima y una mayor sensación de autenticidad (D'Augelli & Grossman, 2001). Además, pueden encontrar una comunidad de personas LGBT y sentir un sentido de pertenencia y apoyo.

Es importante tener en cuenta que salir del armario es un proceso personal y único para cada persona LGBT. Algunas personas pueden elegir no salir del armario en absoluto, mientras que otras pueden decidir compartir su orientación sexual o identidad de género solo con personas cercanas y de confianza. Es importante respetar la elección de cada persona y apoyar su proceso individual de la manera que sea más apropiada para ellos.

2.2 Homofobia y Homofobia internalizada

La *homofobia* es un término que se refiere a la discriminación, el miedo, el odio y la intolerancia hacia las personas homosexuales, bisexuales y transgénero. La homofobia puede manifestarse en diferentes formas, incluyendo la violencia, el acoso y la exclusión social. La *homofobia internalizada*, por otro lado, es la aceptación o creencia personal de la inferioridad de la orientación sexual o identidad de género de uno mismo o de otros en la comunidad LGBT. En este apartado, se explorarán la homofobia y la homofobia internalizada, así como sus efectos en la salud mental y el bienestar de las personas LGBT.

El término “homofobia” fue acuñado por primera vez en la década de los 60 por George Weinberg para referirse al desprecio hacia los hombres homosexuales (Viñuelas, 2002). Actualmente algunos organismos pro derechos, activistas e investigadores utilizan también los términos “homo-lesbo-bi-transfobia”, “LGBT-fobia” o por separado “lesbofobia”, “bifobia”, “transfobia”, según sea el caso. Esto, obedeciendo al paradigma actual de la diversidad sexual, más allá del binario de género.

La homofobia es un problema global que afecta a millones de personas LGBT en todo el mundo. La discriminación y el acoso basados en la orientación sexual o la identidad de género son aún comunes en muchos países, incluso en los que tienen leyes que prohíben la discriminación. En algunos casos, las personas LGBT pueden enfrentar la pena de muerte o la prisión simplemente por ser quienes son (Human Rights Campaign, 2022).

En la situación con mujeres (ya sean cisgénero o transgénero) la violencia podría incluir el asalto sexual y asesinato conocido como “lesbofeminicidio” o “transfeminicidio” (no clasificado por la ley en México) (ONU, 2015). Derivado de esta discriminación, violencia y rechazo, año con año se reportan cientos de miles de crímenes contra personas de la diversidad sexual, siendo 2017 cuando se presentaron el mayor número de casos de crímenes por LGBT-fobia en México desde 2013 (Letra S, 2013).

Por otro lado, la homofobia internalizada es una forma de homofobia que afecta a las personas LGBT de una manera particularmente insidiosa. Las personas LGBT que han sido víctimas de la homofobia pueden internalizar las actitudes negativas hacia su propia orientación sexual o identidad de género, lo que puede llevar a la depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental (Meyer, 2003). Por ejemplo, una persona bisexual puede sentirse avergonzada de su orientación

sexual y tratar de ocultarla o negarla, lo que puede llevar a la alienación social y a la disminución de su autoestima.

La homofobia y la homofobia internalizada tienen efectos significativos en la salud mental y el bienestar de las personas LGBT. Estudios han demostrado que las personas LGBT que experimentan homofobia y discriminación tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Meyer, 2003). Además, las personas LGBT que han internalizado la homofobia también tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y pueden tener dificultades para establecer relaciones saludables y satisfactorias.

Como hemos visto, en el caso de las sociedades latinoamericanas y particularmente la sociedad mexicana los componentes de la sexualidad (sexo, género, orientación e identidad de género), están regidos por valores “tradicionales” androcentristas, basados en un sistema de poder jerárquico y binario. Donde a los individuos con características atribuidas como masculinas (entendidas e interpretadas desde esta serie de estándares socioculturales), se les coloca por encima de los individuos considerados como femeninos y se enseña a reproducir este poder; estas exigencias socioculturales contemplan por lo menos el cumplimiento de una identidad sexual predominantemente heterosexual y centrados en la procreación (Lozano-Verduzco, Díaz-Loving, 2010).

Sin embargo, a pesar de la violencia y la discriminación, el modelo hegemónico de familia compuesta por padres e hijos ya no es la norma, de acuerdo con la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia de 2014 (ECOPRED). De esta encuesta se obtuvo que el 11.5% de los hogares están liderados por jóvenes de 12 a 29 años y no por adultos. 23% de los hogares son liderados por mujeres solteras, 3% por hombres solteros y 10% se compone por familias extensas con otros familiares: abuelos, tíos, padrastros, madrastras, hermanastros, entre otros. Con estos datos se podría inferir que a pesar de las

exigencias de ciertos sectores conservadores, en la actualidad en México existe una variedad en las configuraciones de las familias, por lo que es menester trabajar en todos los ámbitos correspondientes al tejido social que tiene años que dejó de estar compuesto por una norma impuesta y que no coincide con la realidad de la ciudadanía.

Para combatir la homofobia y la homofobia internalizada, es importante que se promueva la educación y la conciencia sobre la diversidad sexual y de género en la sociedad. Además, es fundamental que se implementen leyes y políticas que protejan los derechos de las personas LGBT y se aborde la discriminación y el acoso. Las personas LGBT también deben tener acceso a servicios de salud mental de calidad y a programas de apoyo que les ayuden a lidiar con los efectos de la homofobia y la homofobia internalizada.

En conclusión de este apartado, la homofobia y la homofobia internalizada son problemas importantes que afectan a millones de personas LGBT en todo el mundo. Estos problemas tienen efectos significativos en la salud mental y el bienestar de las personas LGBT, lo que hace necesario abordarlos de manera efectiva a través de la educación, la conciencia, la protección de los derechos y el acceso a servicios de salud mental y apoyo.

2.3 Discriminación escolar hacia personas LGBT

La discriminación escolar hacia los alumnos LGBT es un problema grave que puede tener consecuencias a largo plazo para la salud mental y el bienestar de los estudiantes. En este apartado se explorará la discriminación escolar a los alumnos LGBT y sus efectos en la salud mental de los estudiantes.

Podemos entender la discriminación como el trato desigual hacia una persona o comunidad por motivos de raza, religión, política, sexo, estado físico o psíquico u orientación sexual. En este contexto los años de escuela secundaria y preparatoria

pueden ser un reto para los estudiantes lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y otras orientaciones sexuales no hegemónicas (Saxe, 2017). Como ya hemos revisado, históricamente se suele discriminar a quienes se muestran fuera de la cis-heteronorma.

La discriminación escolar hacia los alumnos LGBT puede manifestarse en diversas formas, incluyendo el acoso verbal y físico, la exclusión social y la falta de acceso a recursos y apoyo adecuados (Russell, Kosciw, Horn, & Saewyc, 2010). Estos comportamientos pueden tener efectos negativos en la salud mental de los estudiantes LGBT y pueden afectar su capacidad para aprender y desarrollarse de manera adecuada.

Estudios han demostrado que los alumnos LGBT tienen más probabilidades de ser víctimas de la discriminación escolar que sus compañeros heterosexuales. Un estudio realizado por la organización Gay, Lesbian & Straight Education Network (GLSEN) encontró que el 85% de los estudiantes LGBT había sido víctima de acoso verbal en la escuela, y el 58% había experimentado acoso físico (Kosciw, Greytak, Giga, Villenas, & Danischewski, 2016).

Asimismo, varios estudios sugieren que la homofobia y los prejuicios son experiencias escolares diarias para muchos jóvenes (García Suárez & García, 2007; Cornejo Espejo, 2014; Piña Osorio, & Aguayo Rousell, 2015). De igual forma las escuelas reproducen las actitudes y valores que mantienen el orden social a través de “lecciones ocultas”, que convierten a las personas no-normativas en “blancos” de exclusión y odio, prolongando prejuicios como el sexismo, el racismo y el clasismo (Sánchez, 2014).

La discriminación escolar puede tener efectos graves en la salud mental de los estudiantes LGBT. Los estudiantes LGBT que experimentan discriminación escolar tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el suicidio (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009). Además, la

discriminación escolar puede tener efectos negativos en la autoestima y la identidad de los estudiantes LGBT, lo que puede afectar su capacidad para establecer relaciones saludables y positivas en el futuro.

A pesar de los múltiples estudios, aun existe considerable incertidumbre con respecto a la medida en que los estudiantes LGBT+ enfrentan mayores riesgos de victimización en la escuela en relación con sus compañeros heterosexuales o cisgénero. Sin embargo, esta incertidumbre no se debe a la falta de estudios, en cambio, se puede atribuir a la ausencia de un esfuerzo para organizar sistemáticamente lo que las investigaciones nos dicen sobre la relación entre identificarse como una persona no-normativa y la discriminación escolar (Toro, 2012).

Al mismo tiempo, se percibe una dinámica de superioridad y cierto estatus de poder de los grupos fuertes (los que están en la heteronorma) sobre los débiles (las personas no-hegemónicas), esto genera problemas con la coexistencia de dos grupos, dando lugar a actitudes y prejuicios contra la diversidad sexual (Pichardo, 2009).

Como vimos, la homofobia, no tiene que ver con un “miedo irracional” -como su etimología podría sugerir-, sino que tiene más que ver con los prejuicios sexistas, la jerarquización de lo masculino sobre lo femenino y la imposición de cumplir con la cis-heteronormatividad.

En conclusión de este capítulo podemos decir que, las personas LGBT enfrentan muchos desafíos en su desarrollo psicológico debido a la discriminación, el estigma y la falta de apoyo social y legal. Estos desafíos pueden tener un efecto negativo en su bienestar emocional y su capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias. Sin embargo, también es importante destacar que las personas LGBT tienen fortalezas y recursos que pueden ayudarles a enfrentar estos desafíos y promover su salud mental.

Capítulo 3: Enfoque actual de la salud mental en materia de diversidad sexual

En las últimas décadas se ha producido un aumento en el reconocimiento y la aceptación de la diversidad sexual en la sociedad. Sin embargo, a pesar de estos avances, las personas que pertenecen a la comunidad LGBTQ+ todavía enfrentan barreras significativas en el acceso a la atención médica, especialmente en el ámbito de la salud mental.

En este capítulo, se analizará el enfoque actual en materia de diversidad sexual en el campo de la salud mental. Se explorarán los antecedentes históricos que han influido en la forma en que se aborda la diversidad sexual en la atención médica, los desafíos actuales en el campo de la salud mental en lo que respecta a la atención médica de la población LGBTQ+, y las soluciones y estrategias que se están implementando para abordar estos desafíos.

3.1 Antecedentes

A partir de investigaciones en psiquiatría y psicología, se ha demostrado reiteradamente, desde el siglo XIX hasta el presente, que la orientación sexual y la identidad de género no son patologías. Pero el prejuicio y el estigma aún existen.

Según la OMS (2014) la salud mental es “un estado de bienestar en el cual las personas son conscientes de sus propias capacidades, pueden hacer frente a los obstáculos de la vida, trabajar de forma satisfactoria y aportar un bien a su comunidad”, lo que significa que cualquier persona puede ser capaz de lograr salud mental, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

Por otra parte, la OMS (2018) también define los trastornos mentales como “una clase muy amplia de problemas con síntomas caracterizados por una mezcla de pensamientos, sentimientos, conductas y relaciones”. Sin embargo, es importante reconocer también, que el término “trastorno” actualmente continúa teniendo una

gran connotación negativa para gran parte de la sociedad. Aun así, aclarar ambas definiciones nos ayuda a entender que la diversidad sexual, en sí misma, no tiene que ver con la salud o trastorno mental.

En este marco de salud mental, debemos recordar que los referentes más grandes en esta materia son, por un lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, actualmente la versión más reciente es la CIE-11 publicada en 2018. Por el otro lado, se encuentra el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) cuya última versión fue lanzada en 2013, sin embargo, este documento es revisado y actualizado con regularidad e incluye los criterios diagnósticos para determinar la ausencia o presencia de enfermedades mentales.

Ambos documentos sirven como una guía para los profesionales de la salud mental, sin embargo debemos recordar que estas publicaciones están sujetas a un tiempo y contexto particular, por ende también contienen y han contenido los convencionalismos sociales propios de las épocas en las que han sido publicadas y es necesaria la continua actualización con base en los descubrimientos científicos.

3.2 diversidad sexual y salud mental

Las personas no-heterosexuales enfrentan una serie de desafíos en su vida cotidiana, los cuales afectan su salud mental. La falta de acceso a la atención médica adecuada y sensible a la diversidad sexual también puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental en esta población.

Anteriormente, la medicina y la psiquiatría consideraron a la homosexualidad y transexualidad como enfermedades y después como trastornos mentales. Como ya mencionamos, actualmente ni la homosexualidad ni la transexualidad se consideran enfermedades. En el caso de la transexualidad, conforme va avanzando la ciencia, se va despatologizando el concepto de “trastorno”, ya que cada vez es más

rechazado el modelo binarista del género, y comprendemos que existen muchas posibilidades de configurar identidades de género, lo cual no implica por sí mismo un “trastorno mental” (Fernández, 2012).

Nuevamente encontramos un hueco académico que es necesario llenar, ya que en la psicología, actualmente -por lo menos en México- no existen programas de posgrado que incluyan temas de diversidad sexual en sus currículas (Gómez-Lamont, 2018). Comúnmente la perspectiva por la que suelen abordarse los temas de la sexualidad en psicología y psiquiatría es mediante el “modelo biomédico”, el cual se centra en las relaciones coitales heterosexuales con fines reproductivos, siendo este un modelo bastante reduccionista si consideramos las definiciones sobre sexualidad de la OMS que se expusieron en capítulos anteriores (Morán, 2010).

También, a lo largo de la historia, ha prevalecido la cultura clínica dentro del área de la salud mental, que en muchas ocasiones tiende a patologizar la vida y sus situaciones cotidianas, siendo en muchas veces la orientación sexual y la identidad de género contempladas dentro de esta patologización. Como lo fueron en su momento la inclusión de la homosexualidad y la transexualidad en el DSM y la CIE. Pero también, un caso quizá menos conocido fue el del psicólogo Robert Spitzer quien en 2003 publicó un artículo académico, donde sugería que la orientación sexual podía cambiarse, para retractarse nueve años después con una carta, refutando él mismo su teoría (Spitzer, 2012).

A pesar de estos desafíos, se han producido avances significativos en el enfoque de la salud mental en materia de diversidad sexual. La investigación en este campo ha mejorado nuestra comprensión de los problemas de salud mental específicos que enfrentan los miembros de la comunidad LGBT+, lo que ha llevado a la creación de programas y servicios de salud mental más adaptados a sus necesidades (Grant et al., 2011). Algunas de estas intervenciones incluyen el tratamiento cognitivo-

conductual, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia centrada en la identidad de género (Bockting et al., 2013).

Sin embargo, aún existen desafíos significativos en el cuidado de la salud mental de la población LGBTQ+. Por ejemplo, muchos profesionales de la salud mental todavía carecen de capacitación en diversidad sexual y pueden tener prejuicios o falta de sensibilidad en la atención a esta población (Sánchez et al., 2009). Además, la falta de acceso a los servicios de salud mental es un problema persistente para muchos miembros de la comunidad LGBTQ+, especialmente aquellos que viven en áreas rurales o que no tienen acceso a la atención médica debido a su estatus socioeconómico (Meyer et al., 2011).

Para abordar estos desafíos, se están implementando una serie de soluciones actuales en el cuidado de la salud mental de la población LGBTQ+. Una de estas soluciones es la creación de programas de capacitación para los profesionales de la salud mental, que se centran en la diversidad sexual y de género. Estos programas pueden ayudar a mejorar la comprensión de los problemas de salud mental específicos que enfrentan los miembros de la comunidad LGBTQ+, así como a proporcionar habilidades y estrategias efectivas para la atención a esta población (O'Neill et al., 2016).

Es importante mencionar que, muchas de estas capacitaciones son accesibles solo fuera de México y aunque con las herramientas telemáticas se pueden cursar varios de estos programas, la cuestión económica y el idioma inglés, en el que suelen impartirse estos cursos, son grandes impedimentos que aún hacen poco accesibles para la mayoría de profesionales.

Otra solución es la promoción de servicios de salud mental accesibles y culturalmente competentes para la población LGBTQ+. Los proveedores de atención médica pueden adoptar prácticas como el uso de pronombres preferidos, el respeto

a la identidad y expresión de género así como de la privacidad, y la creación de entornos seguros y acogedores para esta población.

Estas soluciones son importantes para asegurar que la atención médica sea sensible y adecuada a las necesidades de la población LGBT+ y para garantizar que se reduzcan los riesgos de trastornos mentales en esta población. Es importante que los esfuerzos para mejorar el enfoque de la salud mental en materia de diversidad sexual continúen y se fortalezcan, para promover la igualdad de acceso a la atención médica y la promoción de la salud mental para todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

Planteamiento del problema

Aunque la mayoría de los países del mundo ahora aceptan la diversidad en la orientación e identidad sexual, todavía hay lugares donde se persigue y condena toda forma de expresión sexual alejada de la cis-heteronormatividad. En el mundo occidental, la homosexualidad se consideró “un trastorno del estado de ánimo severo”. Hasta 1986 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) eliminó la homosexualidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III) y hasta 1992 fue que la Organización Mundial de la Salud hizo lo mismo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). No obstante, la APA continuó incluyendo preocupaciones sobre la orientación sexual en sus libros de texto hasta al menos 1994. Una de las razones por las que se excluyó la homosexualidad del DSM como trastorno mental es la falta de evidencia científica de que la homosexualidad sea en sí misma un trastorno mental (Mas Grau, 2017).

La modificación en los criterios diagnósticos por parte de las asociaciones de la salud tiene relación con la opinión generalizada sobre las disidencias sexuales, lo cual es importante, para, por ejemplo, los cambios legales a favor de esta comunidad. Estos cambios, sin embargo, no han sido suficientes para eliminar el estigma, que continúa manifestándose en muchos aspectos de la sociedad y en las leyes de muchos países, ya sea de forma simbólica o explícitamente aversiva (Rodríguez-Castro, Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández & Vallejo-Medina, 2013)

Se ha constatado que, independientemente de los avances sociales, científicos y jurídicos de cada sociedad, el rechazo continuado hacia quienes son diferentes -por raza, físico, identidad de género u orientación sexual- experimentan estrés en diversos aspectos de su vida cotidiana (Lozano-Verduzco, 2017)

El denominado “modelo del estrés de las minorías” (Minority Stress Model), asume que exponer a las personas de un grupo minoritario a ciertos estresores sociales, como prejuicios y expectativas negativas, provoca la negación, la huida y la clandestinidad, aumentando el riesgo de violencia. Bastando para esto el simple hecho de auto-percibirse como no-heterosexual, es decir, no hace falta que la sociedad identifique a un sujeto como homosexual, para experimentar estrés derivado del contexto (Cyrus, 2017).

Aunque la evidencia es limitada, los adolescentes y jóvenes adultos no-heterosexuales tienen un mayor riesgo de suicidio porque es más probable que experimenten discriminación, problemas en las relaciones amorosas, falta de vinculación con sus pares, carencias de espacios seguros para expresarse libremente, así como una limitada cantidad de actividades recreativas que no involucren el consumo de alcohol y/o sustancias (Baams, Grossman, & Russell, 2015). De acuerdo con diversas investigaciones (Roberts, Roberts & Chen, 1998; Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Gwadz, 2002; Tomicic, et. al., 2016) las personas de la diversidad sexual tienen un riesgo del 5% al 10% más de probabilidades de intentar suicidarse, tener pensamientos suicidas o incluso consumir el suicidio que las personas que no se identifican como sexualmente diversas.

Asimismo, se estima que en México cerca de 2.7 millones de personas no son heterosexuales, considerando además que este número podría ser mayor debido a que por la discriminación algunas personas podrían no hablar libremente sobre su orientación sexual (Conapred, 2018). A pesar de que se trata de un número elevado, las personas no heterosexuales en México viven actos de discriminación en ámbitos como el laboral, escolar y familiar.

Se han realizado investigaciones con poblaciones que abarcan distintos rangos de edad, que van de los 14 a los 77 años sobre discriminación experimentada por presentar comportamientos y/u orientaciones sexuales fuera de la heterosexualidad. En una de ellas se reporta cifras del 50% de personas no

heterosexuales (homosexuales y bisexuales) que han sentido rechazo; 49% experimentaron malestar (Nebot-García, Ruíz, Giménez-García, Iglesias-Campos, 2018). También se reportó en los principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015 que un 66.95% de los participantes sufrieron discriminación por su condición sexual, al menos una vez en su vida. Asimismo, en el reporte nacional Conociendo Nuestra Diversidad: Discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI de 2016 (como se citó en Lozano-Verduzco, 2017) se indica que un 83.6% de los individuos vivieron discriminación verbal y el 83.8% sufrieron violencia verbal y/o física. En ambos estudios se reportó a la familia y la escuela como las áreas donde se experimentó discriminación con mayor frecuencia.

También se reportó en la Encuesta Sobre uso de Drogas en Población LGBT de 2015, (como se citó en Lozano-Verduzco, 2017) que el 88% de hombres homosexuales y bisexuales consumió alcohol con regularidad a lo largo del año; 49% lo hizo una vez a la semana. Otras sustancias consumidas frecuentemente fueron 74% cannabis, 46% poppers, 25% cocaína, 24% MDMA; y un 28% consumió drogas cada 2 o 3 meses.

Luego de revisar la literatura, se observa claramente que, la situación actual de las personas que se manifiestan fuera de la cis-heteronormatividad, presenta diversas áreas de oportunidad que deben ser atendidas por profesionales de la salud. Desde acciones relacionadas con el suicidio, hasta posibles padecimientos de salud mental relacionado con la depresión, ansiedad y estrés; sin embargo, las investigaciones en México y América Latina sobre instrumentos que pudieran ser utilizados en el ámbito clínico para el trabajo con esta población, son muy escasas. Podríamos destacar los trabajos de Moral de Rubia y Martínez-Sulvarán (2010) con la Escala de Homofobia creada en México (EAH-10) y el de Rodríguez-Castro (2013) con la validación de la Escala de Homofobia Moderna adaptada para población latinoamericana de la *Modern Homophobia Scale*, (Raja y Stokes, 1998). Si bien en

estas investigaciones, presentan evidencias de validez y confiabilidad de dichas escalas acompañada de la recomendación de su uso para la atención clínica, queda claro que la homofobia es solo uno de los factores que inciden en los padecimientos de salud mental de las personas LGBT, por lo que se encuentra un hueco que es necesario llenar por lo menos en el contexto de México y Michoacán.

Vivir en este ambiente de discriminación puede desencadenar una serie de malestares en las personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT), como depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Además, los adolescentes podrían ser un sector vulnerable para presentar secuelas producto de esta discriminación, ya que actualmente ellos tienen una diversidad en comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales, mismos que presumiblemente tienen una relación con este malestar, por la discriminación y no por la sexualidad per se (Lozano-Verduzco, 2010).

El presente estudio fue de tipo instrumental (Montero & León, 2007), se realizó en dos fases. En la primera se realizó un estudio con grupos focales y después se elaboraron los reactivos, los cuales fueron evaluados por jueces expertos. La segunda fase, fue empírica, y después de administrar la escala de 26 ítems se realizó una depuración de ítems, un análisis factorial exploratorio, estudio de consistencia interna, se estudió evidencias de validez y se extrajeron descriptivos de la escala y sus factores.

Objetivos

General

Elaborar y estudiar las propiedades psicométricas de la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS).

Específicos

Primera fase:

- Conocer las formas en la que la disforia se puede experimentar cuando se tiene una orientación sexual diferente a la heterosexual.
- Elaborar y validar los ítems de la E-DCFOS

Segunda fase:

- Estudiar la estructura interna a través de un Análisis Factorial Exploratorio y la consistencia interna mediante la omega de McDonald.
- Obtener evidencias de validez convergente de la escala, mediante correlaciones de Pearson entre los factores de la escala E-DCFOS y los instrumentos Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D).

Primera fase: construcción y validación del instrumento

Método

Diseño

Este estudio corresponde a la fase de construcción y validación de contenido del instrumento. Para esta fase se utilizó mayoritariamente una metodología cualitativa en busca de información para elaborar reactivos para medir la disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales y cuantitativa y cualitativa para el jueceo de los ítems y la posterior depuración de la primera versión de la E-DCFOS con base en análisis de bondad de ítemes y consistencia interna.

Participantes

Se realizó una selección de participantes de sujetos tipo, ya que se buscaron personas lesbianas, gais y bisexuales, en edad adulta que ya hubieran integrado su orientación e identidad sexual, para participar en grupos focales. Se utilizó la técnica de bola de nieve para convocarlos.

Los participantes para el primer grupo focal fueron 4 hombres y 3 mujeres, el rango de edad fue de 25 a 35 años, con una media de 28.29 ($DE=3.2$).

Para el segundo grupo focal, los participantes fueron 2 hombres y 3 mujeres, el rango de edad fue de 25 a 35 años ($\bar{x}=27.30$, $DE=2.5$).

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de grupos focales. Esta técnica consiste en recolectar datos a través de una entrevista grupal semi-estructurada, en torno al tema propuesto por el investigador, el cual debe guiar la discusión por medio de preguntas planeadas para un propósito. Generalmente se busca que en la discusión surjan respuestas emocionales y opiniones que no suelen surgir mediante otras técnicas, como la entrevista individual, además se obtiene una diversidad de información en esta interacción grupal (Escobar & Bonilla-Jiménez, s.f.). Por estos motivos se decidió utilizar esta técnica, la cual se enfocó en hablar sobre la experiencia de los participantes en su adolescencia y los momentos en los que iban descubriendo su sexualidad y las formas en las que experimentaron disforia durante este proceso.

Escenario de estudio

Los grupos focales se realizaron en un salón amplio, todos los participantes estuvieron sentados cómodamente en círculo, contaban con agua, café y galletas para promover un ambiente relajado.

Durante todas las sesiones se percibió un ambiente muy agradable y despreocupado, los participantes demostraron demasiado interés por compartir y por escuchar las experiencias de todos, probablemente porque hubo mucha empatía ya que había muchas coincidencias en las participaciones. También mencionaron que nunca habían participado en algo similar y que les hubiera gustado que algo así hubiera existido cuando ellos estaban en la adolescencia para que pudieran hablar con personas con vivencias similares a las de ellos, ya que durante su adolescencia muchos de ellos no tuvieron pares con quien compartir las experiencias de ir descubriendo su sexualidad no-heterosexual.

Los temas que se trataron fueron: su infancia; cómo eran cuando eran niños, a qué les gustaba jugar, qué juegos o juguetes les prohibieron sus papás; su adolescencia,

cómo eran ellos, con quién vivían, cómo vivieron el descubrimiento de su sexualidad; y qué síntomas de disforia recuerdan haber experimentado.

Con base a lo que compartieron en los grupos focales se puede inferir que los participantes fueron niños con características típicas de quienes crecieron en los 90 y 2000, que les tocó la migración de la tecnología análoga a la digital y el mundo pre-9/11. Crecieron con una gran influencia de cultura extranjera, destacando la estadounidense y la nipona.

Según mencionaron los participantes, les tocó crecer en un ambiente subjetivamente más homóforo que el que predomina actualmente, ya que, por ejemplo, la homosexualidad se retiró del CIE, hasta 1990, año en el que algunos de los participantes estaban en edad escolar. Además, en aquella época era más común ver en la televisión (el medio masivo de ese entonces) personajes LGBT siendo ridiculizados.

Procedimiento

Como primer paso se realizó una exhaustiva revisión de la literatura en busca de síntomas medibles de disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales. Se encontraron en su mayoría en los estudios del desarrollo de la orientación sexual clásicos, como los de Cass (1979) Troiden (1989) y Coleman (1989). Posteriormente se realizaron dos grupos focales, cuyo tema central fue la experiencia de los participantes durante su adolescencia mientras descubrían su sexualidad y las maneras en las que experimentaron disforia derivada de sus fantasías, comportamientos y orientaciones sexuales.

Se utilizó un enfoque cualitativo procedimental (Gil & García, 1999), como su nombre lo dice, en este enfoque se sigue un proceso de análisis sistematizado y verificable. Se transcribieron las sesiones y se realizaron análisis del contenido, utilizando el software Atlas.ti en su versión 8 para Mac OS X. De esta manera se

hizo una reducción de la información y posteriormente una categorización, con la que se redactaron los reactivos del instrumento.

Se obtuvieron categorías las cuales se utilizaron para redactar la primera versión del cuestionario, el cual constó de 26 ítems que podían ser respondidos con una escala Likert de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Para evaluar la validez de contenido, se envió el cuestionario por correo electrónico para que fuera evaluado por 5 expertos, los cuales cuentan con grado de doctor y una amplia trayectoria en investigación y práctica clínica en temas de atención psicológica a adolescentes y sexualidad. Se les pidió que evaluaran la pertinencia (es decir, si mide lo que se pretende medir) de cada ítem con una escala de 0 a 5.

Una vez obtenidas las respuestas del juicio de los expertos, se capturaron los datos en una hoja de Excel y se realizó el cálculo estadístico del Coeficiente V de Aiken para evaluar el nivel de acuerdo de los jueces sobre la validez de contenido de cada ítem del cuestionario.

Resultados

Al analizar las transcripciones de los grupos focales, se buscó encontrar indicadores que permitieran estudiar de forma empírica el concepto teórico de disforia. En este caso, se entiende disforia como un “gran malestar” sobre todo emocional, derivado de experimentar determinados comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales, que, ya sea por el entorno discriminatorio o los valores personales (también asociados al entorno de discriminación y estigma) del sujeto que la experimenta. Esto genera disonancia cognitiva y por ello malestar.

Se encontraron cinco indicadores: culpa, enojo, molestia, vergüenza, miedo, ansiedad/angustia y auto-rechazo. Al conjunto de estas subcategorías se les

denominó *Síntomas psicológicos de disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales* (tabla 1).

Tabla 1. Resultados del análisis de los grupos focales: *indicadores de síntomas psicológicos de disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales*.

Indicador	Cita
	“Me fui a confesar y le dije al padre “soy lesbiana” pues me dijo que yo no podía ser lesbiana, que Dios no me iba a querer. Confesé y salí llore y llore del confesionario y mi mamá me estaba esperando afuera y me dijo “qué tienes”
Culpa: se refiere a experimentar responsabilidad de una acción negativa o perjudicial, que se atribuye a la propia persona al percibirse como no-heterosexual.	“le dije: es que le dije al padre un pecado que no le puedo decir a nadie”. “A mí me costó trabajo a raíz de esto del padre, yo sentía que estaba mal, como que había algo mal en mí. Entonces cuando yo supe que sí, me volví muy apegada a la iglesia como esperando a que Dios me quitara lo lesbiana y no pasó nada (ríen) no sirvió (J: a mí también me pasó así) ... y pues eso, intenté como ir en contra de... pero ya después ya me dejé llevar”
Enojo: experimentar enfado, especialmente el que está causado por una falta de obediencia, de obligación o de respeto en este caso al percibirse como no-heterosexual.	“En la secundaria con las niñas que les digo, me enojaba mucho el tener que aceptar que ella era muy bonita, entonces me enojaba mucho, porque decía “no puede ser que yo esté pensando eso”

Molestia: experimentar la pérdida de la tranquilidad y/o el bienestar a partir de percibirse como no-heterosexual

Vergüenza: se refiere al sentimiento de pérdida de dignidad causado por una falta cometida o por una humillación o insulto recibidos, relacionado con la propia “falta” a las expectativas de heterosexualidad.

Miedo: se refiere a la sensación de angustia por la presencia de peligro real o imaginario.

“Recuerdo cuando en la secundaria un compañero se quitó la camisa en la clase de educación física, se me hizo súper atractivo y me sentí muy inquieto, sabía que tenía que disimular que me atraía y a la vez quería verlo, me sentí muy alterado”

“Yeyo es un chavo bastante grande con sobrepeso y Yeya era una cosita flaquita pero las dos eran... no, son trans, más bien se travestían, el chiste es que eran los *jotitos* de la colonia, yo solo veía que los rechazaban los juzgaban, y yo no los rechazaba, más bien era percibir cómo los trataban a ellos o la típica frase de “hey te anda buscando el Yeyo” y yo “No como crees, no” me daba vergüenza que me asociaran con ellos”

“Yo me acuerdo que, en la prepa había un chico que era abiertamente gay y así muy afeminado y me acuerdo que pues como todo mundo le hacía burla en la escuela y me acuerdo que a mí me daba como mucha cosa, convivir con él, nunca conviví con él pero no era de mi salón ni de mi grupo social... pero no sé... como que me daba como cosa... como que me fueran a relacionar tal vez... me daba miedo”.

Ansiedad/angustia: estado de “Recuerdo cuando empecé a ver porno intranquilidad o inquietud muy intensas gay a escondidas en la computadora de causado especialmente por algo la familia, me sentía muy ansioso por lo desagradable o por la amenaza de una que estaba haciendo, no porque me desgracia o un peligro real o imaginario. fueran a descubrir, sino porque me sentía mal, como angustiado. También dormía mucho”.

Auto-rechazo: enfrentamiento u “Con la hermana de mi mejor amigo yo oposición del autoconcepto con las aceptaba que ella era muy bonita, pero expectativas sociales percibidas en cuando me notaba viéndola relación con la idea de la no- estúpidamente, como con esa heterosexualidad. idealización de la niña bonita, me enojaba y me recuerdo diciéndome “no K, estás pendeja, no puedes hacer eso”.

“De alguna manera el aislamiento es anticiparse al rechazo “yo solo me rechazo antes de que me rechacen”.

Fuente: elaboración propia. Análisis realizado con Atlas.ti V. 8 Mac OS X

Con base en los indicadores obtenidos se redactó un cuestionario de 26 ítems.

Con respecto a la parte cuantitativa del estudio se decidió utilizar el coeficiente V de Aiken para conocer el nivel de acuerdo inter-jueces. Este coeficiente utiliza valores de 0 a 1, siendo 1 el máximo nivel alcanzable, indicando un acuerdo perfecto entre los jueces. Se utiliza sobre las valoraciones otorgadas por el grupo de jueces expertos. Las valoraciones otorgadas pueden ser dicotómicas (0 o 1, SI o NO) o politómicas (0 a 5). En este caso las evaluaciones de los jueces fueron politómicas.

La ecuación para el cálculo es $V = S / [n (c-1)]$. En este caso S, es la suma de los valores asignados por los jueces, n es el número de jueces y c es el número de valores de la escala de evaluación, en este caso es 5.

Con este coeficiente se obtienen valores entre 0 y 1, mientras mayor sea el valor obtenido significa mayor validez de contenido de acuerdo con los jueces. Si el valor es 0 significa que hay una total desaprobación del reactivo por parte de los jueces. Si el valor es más cercano a 1 significa mayor acuerdo en la aprobación del reactivo. Para considerar un nivel de validez de contenido inter-jueces aceptable, se espera un mínimo de $V \geq .80$ (Robles-Pastor, 2018).

Las respuestas de los expertos se capturaron en Excel para realizar el cálculo. En la tabla 2 se observa que todos los ítems contaron con validez de contenido aceptable con un $V \geq .80$. Asimismo, se observa que cinco de los veintiséis ítems obtuvieron un coeficiente V de Aiken de 1, dieciséis tuvieron un coeficiente de .90 y cinco con la puntuación de .80.

Tabla 2. Resultados de la cuantificación de validez de contenido, Coeficiente V de Aiken.

Ítem	Suma de calificaciones de todos los jueces (S)	V de Aiken para cada ítem
1. Desearía no sentirme atraído/a hacia las personas por las que me siento atraído/a (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la escuela, etc.).	4.6	0.92

2. Desearía no tener el tipo de atracción que tengo.	4.8	0.96
3. Estoy inconforme con mi orientación sexual.	4.6	0.92
4. Me dan vergüenza mis preferencias sexuales.	4.6	0.92
5. Me siento/me he sentido avergonzado/a por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	4.8	0.96
6. Me da miedo sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción.	5	1
7. Me da miedo ser castigado por mis preferencias sexuales.	4.4	0.88
8. Me dan miedo mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	4.8	0.96

9. Me da vergüenza sentir atracción hacia las personas que siento atracción (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la televisión, etc.).	4.6	0.92
10. Me dan ansiedad mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	4.4	0.88
11. Me angustian mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	4.8	0.96
12. Me da culpa sentir atracción hacia las personas que siento atracción.	4.8	0.96
13. Me dan culpa mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral,	4.8	0.96

masturbar, ser
masturbado, tener sexo).

14. Me dan **culpa** mis
comportamientos

sexuales (besar,
acariciar, fajar, hacer oral,
recibir oral, masturbar,
ser masturbado, tener
sexo).

4.2

0.84

15. Me he sentido/me
siento **molesto/a** por mis
preferencias sexuales.

5

1

16. Me he sentido/me
siento **enojado/a** por
sentir atracción hacia
las personas que siento
atracción.

5

1

17. Siento/he sentido
enojo por mis **fantasías**
sexuales (**imaginar y/o**
desear besar, acariciar,
fajar, hacer oral, recibir
oral, masturbar, ser
masturbado, tener sexo).

5

1

18. Siento/he sentido
enojo por mis
comportamientos

4.6

0.92

sexuales (besar,
acariciar, fajar, hacer oral,
recibir oral, masturbar,

ser masturbado, tener sexo).

19. Me causa **enojo** y/o **frustración** **desear tener una relación** afectiva con la/s persona/s que realmente me atrae/n.

4.6

0.92

20. Me **molestan** mis **fantasías** o **deseos sexuales** (imaginar y/o **desear** besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).

4.4

0.88

21. Me **molestan** mis **comportamientos sexuales** (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).

4.6

0.92

22. **Desearía no** tener las **fantasías** sexuales que tengo (imaginar y/o **desear** besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).

4.2

0.84

23. Me siento/me he sentido **avergonzado/a**

4.6

0.92

por sentirme atraído/a		
por las personas hacia las que me siento atraído/a.		
24. Me siento/me he sentido avergonzado/a por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	4.8	0.96
25. Me siento/me he sentido culpable por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	5	1
26. Me siento culpable al pensar en tener una relación afectiva con la/s persona/s que realmente me atrae/n	4.8	0.96
V de Aiken total		0.93

Los resultados de la primera fase se consideraron adecuados para continuar con la segunda fase investigación que implicaba la construcción de la E-DCFOS.

En este estudio se observa cómo salir de la heteronormatividad en la edad de la adolescencia puede ir acompañada de diferentes síntomas psicológicos de disforia,

afectando de maneras similares tanto a chicos como a chicas. El reprimir y/o disimular la propia sexualidad lejos de ayudar a la eliminación de los síntomas pareciera prolongarlos, por lo que una de las soluciones al malestar emocional experimentado y al futuro desarrollo de trastornos de salud mental puede ser el apoyo psicológico por parte de profesionales capacitados tanto en el tratamiento como en la prevención.

Contar con instrumentos psicométricos que sirvan para evaluar la posible afectación que el estigma provoca en las personas no-heterosexuales, podría ser una herramienta muy utilizada por los clínicos al momento de tratar casos de personas LGB que padecen síntomas de disforia. Asimismo, es muy importante abrir más espacios a la salud de personas LGB, ya que muchos han reportado sufrir exclusión y/o falta de sensibilización por parte de los profesionales en los ámbitos clínicos tanto públicos como privados (Conapred, 2018).

También es importante considerar que los participantes fueron adolescentes en las décadas de 2000 a 2010, por lo que puede que muchas de las experiencias sean diferentes para los adolescentes de la actualidad, tomando en cuenta, por ejemplo, los dispositivos móviles, las redes sociales, la educación y el entorno actual sobre la diversidad sexual. Entonces, sería interesante y necesario replicar el estudio con participantes que actualmente sean adolescentes, para enriquecer los resultados para la redacción de los reactivos, ya que en la segunda fase se aplicará la E-DCFOS con adolescentes actuales.

Por otro lado, es necesario realizar otros estudios en el camino a la construcción de la E-DCFO, como el Alpha de Cronbach y el Análisis Factorial Exploratorio, mediante la aplicación piloto del instrumento a una N adecuada para la aplicación de estos análisis estadísticos. Por lo tanto, consideramos necesario continuar con el estudio en sus siguientes fases.

Finalmente es indispensable reconocer a las poblaciones pertenecientes a la diversidad sexual, dejando atrás ideologías dañinas como la heteronorma, que como pudimos observar causa daños reales tanto psicológicos como físicos. Los profesionales de la salud mental tenemos una gran oportunidad de mejora y apoyo hacia esta población históricamente discriminada.

Primera fase: depuración de ítems

Método

Diseño

Este segundo apartado, dentro de la fase número 1, pertenece a un estudio cuantitativo, con el objetivo de estudiar la bondad de los reactivos a través de conocer la correlación ítem-escala corregida y del valor del Alfa de Cronbach cuando el ítem es eliminado. Asimismo, estudiar la estructura interna de la escala a partir de un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de mínimos cuadrados generalizados con rotación Oblimin.

Se trata de un estudio de tipo descriptivo y correlacional de validación de escala. Los datos provienen de la aplicación del cuestionario de elaboración propia llamado “Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales” (E-DCFOS).

Participantes

Se aplicó el cuestionario a una muestra no probabilística por conveniencia de 100 estudiantes de dos universidades, una pública y otra privada. La muestra se compuso de un 72% mujeres y 28% hombres mayores de edad, con una media de edad de 19.05 (mínima 18 y máxima 23, DE = 0.903).

Instrumento

El instrumento aplicado fue el cuestionario de elaboración propia E-DCFOS, el cual pretende evaluar síntomas psicológicos de disforia por tres áreas: *orientación sexual, fantasías y comportamientos sexuales*, con cinco indicadores: *auto-rechazo, culpa, miedo, enojo, molestia, vergüenza, angustia/ansiedad*. Se redactaron ítems en torno a comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales, en la mayoría cada indicador tiene por lo menos un ítem en cada área, sin embargo, no se redactaron ítems de cada área por cada indicador para evitar hacer un instrumento muy largo, en su lugar se optó por redactar las áreas más representativas por indicador. Como ejemplo, en la tabla 3 se muestra cómo se redactaron los ítems para cada área con el indicador culpa

Tabla 3. Redacción de ítems del indicador culpa, en torno a las áreas abarcadas por el instrumento.

Área	Ítem
Orientación sexual	Me da culpa sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción.
Fantasías sexuales	Me dan culpa mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).
Comportamientos sexuales	Me siento/me he sentido culpable por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).

Fuente: elaboración propia, ítems tomados de escala E-DCFOS

El cuestionario E-DCFOS tiene un total de 26 ítems, que se contestan con una escala Likert de cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

También se incluyó un consentimiento informado para asegurar el trato ético y la confidencialidad de los participantes, un apartado de datos sociodemográficos.

Procedimiento

Primero se solicitó autorización en ambas instituciones y posteriormente a los participantes por medio de consentimiento informado. Las aplicaciones grupales del instrumento se realizaron en las aulas de las instituciones educativas. En cada sesión estuvo presente un aplicador capacitado para dar instrucciones y responder dudas. El tiempo de aplicación osciló entre los 10 y 15 minutos. Cabe mencionar que durante las aplicaciones varios participantes comentaron que los ítems les parecían repetitivos o que no diferenciaban entre los indicadores, sobre todo entre “enojo” y “molestia”.

Posteriormente se capturaron las bases de datos en el software estadístico SPSS versión 25. Se estudió la bondad de los reactivos a través de la correlación entre el ítem y el total de la escala corregida (es decir, sin el propio ítem) y el alfa de la escala si se elimina el ítem. Se realizó análisis de Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad. Se realizaron pruebas de KMO y Esfericidad de Bartlett para determinar los parámetros de normalidad de la muestra y conocer si es factorizable. Para el análisis factorial exploratorio, se utilizó el método de extracción Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) con rotación Oblimin.

Resultados

En el caso del KMO el coeficiente fue de .67, siendo bajo sobre lo esperado ($\geq .80$), lo que podría indicar discrepancia en la manera en que el instrumento fue comprendido por los participantes, aunque también podría deberse al número reducido de las aplicaciones ($n=100$) por su parte la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa $p < .0001$ ($\chi^2=351.339$, $gl=136$). Estos datos indican que el análisis factorial exploratorio podría ser posible, sin embargo, los datos deberían ser interpretados con precaución.

Para el AFE se utilizó el método de extracción Mínimos Cuadrados Generalizados con rotación Oblimin. Se realizaron varias corridas de reducción de dimensiones, tomando como criterio para la eliminación, que los ítems no presentaran una carga factorial igual o mayor a .40, así como la congruencia en el contenido de los reactivos.

Se estudió la distribución de los autovalores y el porcentaje de varianza explicada (tabla 4). El número de factores con valores propios superiores a 1 fue de 5, lo que explica el 56.69 % de la varianza. Sin embargo, se observó un salto considerable entre el factor 3 y 4. Pero se probaron otras soluciones, se evaluaron las soluciones factoriales con 4 y 5 factores (rotación Oblimin). En ambas versiones se encontraban menos de 3 ítems en algunos factores, así como carga compartida de algunos reactivos en más de un factor. Además la congruencia en el contenido de los ítems era difícil de interpretar. Por ello, se eliminaron diez ítems de las 26 iniciales, terminando con un total de 17 ítems. Se obtuvieron tres factores que explican el 41.7% de la varianza (tabla 4) con un Alfa de Cronbach general de .73, el cuál podría considerarse aceptable, mientras que el primer factor *culpa/miedo/angustia* tiene un alfa de .72, el segundo factor *enojo/molestia* un coeficiente de .56 y el tercero *rechazo* de .55 (tabla 5), por lo que la confiabilidad del primer factor se podría considerar aceptable, mientras que los otros dos se consideran pobres (George y Mallery, 2003 p. 231 como se citó en Gliem y Gliem, 2003 p. 87).

Tabla 4. Porcentaje de varianza explicada escala E-DCFOS

Componente	Autovalor	% de varianza	% acumulado
1	3.59	21.16	21.16
2	1.85	10.90	32.07
3	1.65	9.70	41.78
4	1.42	8.37	50.15
5	1.11	6.54	56.69

Fuente: escala E-DCFOS

Tabla 5. Análisis factorial exploratorio E-DCFOS

Extracción: mínimos cuadrados generalizados.

Rotación: Oblimin

Ítem	<i>Culpa/miedo/ angustia</i>	<i>Enojo/ molestia</i>	<i>Rechazo</i>
12	.66		
23	.58	.41	
9	.56		
13	.55		
1	.49		
17	.48		
14	.46		
11	.44		
26	.42		
6	.41		
22		.75	
21		.58	
19		.57	
10		.40	
2			.64
3			.64
4			.48

También se estudiaron la bondad de los ítems con la correlación de cada uno de los elementos con el total de la escala (corregida) y el Alfa de Chronbach si se elimina el elemento (tabla 5).

La puntuación media para cada ítem osciló entre los valores de 2.00 (ítem 6) y de 1.25 (ítem 4). Los valores de la desviación típica de cada reactivo oscilaron entre 0.63 y 1.25. El rango de correlación de los ítems con la puntuación total corregida sin tener en cuenta dicho ítem, en la mayoría fueron superiores a .30, sin embargo en los ítems 6, 10, 14, 2, 3 y 4 las puntuaciones fueron muy bajas (<.30). Además, se observó que salvo por el ítem 3, ningún ítem al ser eliminado hace aumentar el valor del alfa de Cronbach de la escala total (tabla 6). Estos resultados podrían indicar que los ítems con menor correlación podrían no ser del todo adecuados, sin embargo, todos presentaron cargas factoriales adecuadas

Tabla 6. Media, desviación estándar, asimetría, curtosis, correlación total corregida y alfa si se elimina el elemento E-DCFOS

ítem	Media	Desviación Estándar	Asimetría	Curtosis	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Factor 1						
12	1.39	0.63	1.63	2.56	.44	.71
9	1.48	0.71	1.32	0.91	.47	.71
23	1.70	0.95	1.41	1.05	.50	.70
13	1.64	0.91	1.42	1.16	.40	.71
1	1.78	0.97	1.54	2.71	.39	.71
17	1.60	0.84	1.60	2.23	.32	.72
14	1.62	0.97	1.50	1.09	.29	.72
11	1.76	1.12	1.47	1.09	.33	.72
26	1.58	0.87	1.66	2.14	.34	.71
6	2.00	1.09	0.71	-0.84	.21	.73
Factor 2						
22	1.49	0.70	1.63	3.06	.36	.71
21	1.58	0.79	1.52	2.18	.32	.72
19	1.33	0.76	3.48	14.0	.39	.71
10	1.78	1.15	1.13	-0.34	.24	.73
Factor 3						
2	1.51	1.25	2.30	3.59	.18	.73
3	1.39	0.65	1.43	0.82	.19	.74
4	1.25	0.70	3.18	9.71	.16	.73

Discusión

Como se observa en la tabla 5, el factor 1, que denominamos *Culpa/miedo/angustia*, es el más grande de los tres con un total de 10 ítems, también es el más variado en cuanto a los indicadores que aparecen en este. Se encuentra una predominancia de reactivos sobre culpa (3 ítems), seguido por vergüenza (2 ítems), rechazo (2 ítems), enojo (1 ítem), angustia (1 ítem), miedo (1 ítem).

El segundo factor denominado *Enojo/molestia*, es más homogéneo, con un total de 4 ítems, de los cuales solo 1 evalúa ansiedad.

El tercer factor *Rechazo*, conformado únicamente por 3 ítems, cuenta con 2 ítems cuya redacción hace alusión a estar inconforme y/o a rechazar la propia orientación sexual, mientras 1 de los reactivos evalúa vergüenza.

Estos resultados tan heterogéneos pudieran atribuirse a varios factores, como se ha mencionado, algunos de los participantes declararon que no diferenciaban la intención de los ítems, otra cuestión a tomar en cuenta es el tamaño pequeño de la muestra debido a que el análisis factorial se basa en el cálculo de correlaciones que, a la vez, se determinan por el tamaño muestral (Lopez-Agudo y Gutierrez-Provecho, 2019).

Conclusiones

Podemos concluir que como propuesta inicial la E-DCFOS -a pesar de las consideraciones a tomar-, es un punto de partida adecuado y viable para cumplir con los objetivos y con los criterios estadísticos necesarios, pero también con el objetivo de evaluar la disforia en la población final.

Para esto, será necesario aumentar el tamaño de la muestra, afinar los indicadores de la escala y clarificar las indicaciones para responder. Se considera que implementando de manera más adecuada estos indicadores se podrá mejorar también la parte estadística. Y se considera necesario continuar con la investigación ya que la necesidad y relevancia de este tipo de instrumentos, así como el abordaje de estos temas por parte de profesionales de la salud continúa también.

Como una conclusión personal para este capítulo se considera que la organización del tiempo es fundamental, pero también pueden surgir necesidades a cubrir que no se contemplan en una primera instancia, como lo fue la emergencia sanitaria del año 2020. En este caso cuando se presentaban este tipo de necesidades imprevistas, fue agradable percatarse de que existían recursos personales y sociales también no contemplados, como en el caso del apoyo recibido por las instituciones educativas. También fue grato encontrar interés en muchas personas por la investigación, como fue el caso de los participantes de los tres estudios que, de cierta manera, reforzaron la idea en el investigador de la relevancia y posibles alcances de la elaboración de esta escala. De cierta manera, las muestras de apoyo (en especie, asesoría y moral) dan cuenta de la necesidad de trabajo e intervención con las poblaciones clave de este trabajo, tanto adolescentes como personas LGBT.

Se considera la culminación de la investigación bastante plausible en cuestión de recursos, tiempos y avances, sin embargo, requiere una focalización cautelosa y a la vez la flexibilidad necesaria para sortear los retos no contemplados que pudieran presentarse.

Segunda Fase: Estudio psicométrico de la versión final de la E-DCFOS

Método

Diseño

Este estudio pertenece a la segunda fase, de corte empírica, con el objetivo de analizar la bondad de los 16 ítems obtenidos de la primera fase, así como la estructura interna de la escala, las evidencias de validez concurrente, así como extraer los descriptivos de la escala y sus factores.

Participantes

Los instrumentos se aplicaron a una muestra no probabilística por conveniencia de 464 estudiantes de una escuela preparatoria de la ciudad de Morelia. La muestra se compuso de 267 mujeres (57.5%) y 197 hombres (42.5%), con una media de edad de 16.50 (mínima 15 y máxima 18, DE = 1.09); 300 (64.7%) se definieron como heterosexual, 93 (20.0%) como bisexual, 64 (13.8%) como homosexual, 2 (0.4%) como pansexual y 5 (1.1%) como asexual. También 294 (63.4%) dijeron estar sin pareja, 129 (27.8%) en una relación y 41 (8.8%) en una relación abierta. Un total de 459 (99%) se identificó como cisgénero y 5 (1,1%) como transgénero. Estos datos nos hablan de la diversidad tanto en orientación sexo-afectiva, como en las formas de relacionarse de los participantes, también si consideramos la preferencia sexo-genérica, esta diversidad es más visible en siete diferentes categorías (tabla 7).

Tabla 7. Preferencia sexo-genérica de los participantes

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Fundamentalmente Heterosexual	71	15.3	15.3
Básicamente Heterosexual	171	36.9	52.2
Preferentemente Heterosexual	53	11.4	63.6
Bisexual	13	2.8	66.4
Preferentemente Homosexual	47	10.1	76.5
Básicamente Homosexual	30	6.5	83.0
Fundamentalmente Homosexual	79	17.0	100
Total	464	100	

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario que incluía varias secciones: datos sociodemográficos, la Escala de Preferencia Sexo-genérica del Instituto Mexicano de Sexología (Álvarez-Gayou, 2000), la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D).

Los datos sociodemográficos incluían, edad, orientación sexual, identidad de género, sexo y situación sentimental.

La Escala de Preferencia Sexo-genérica fue desarrollada por Álvarez-Gayou (2000) y es un instrumento sencillo, autoaplicable, donde se le presentan a los participantes

siete frases que expresan las diferentes categorías de atracción que se pueden experimentar hacia uno o dos sexos. La persona tiene que elegir la categoría con la que más se identifica y/o la que mejor describa la manera en que experimenta la atracción sexo-afectiva. Según sus autores el instrumento se ha aplicado con alumnos del Instituto Mexicano de Sexología y con población en general, durante varios años (Lozano-Verduzco; Díaz-Loving, 2010).

Se aplicó la versión reducida de la escala E-DCFOS de 16 ítems ($\alpha=.73$) extraída de la segunda fase, los cuales evalúan disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales, cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos (1 totalmente en desacuerdo; 5 totalmente de acuerdo). Todos son ítems directos.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollado por Beck et. al. en 1988, este es uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad para evaluar sintomatología ansiosa en ambientes clínicos y no clínicos. Se utilizó la versión adaptada para población mexicana (Padrós et. al., 2020) que consta de 21 ítems, los cuales se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos que evalúan los síntomas de menor a mayor intensidad (de 0 a 3). Los rangos de puntuación oscilan de 0 a 63. En la versión para población mexicana mostró una estructura interna bifactorial. Respecto a la confiabilidad del total de la escala fue excelente ($\alpha=.911$). Los factores también mostraron valores de consistencia interna adecuados, el del factor “Síntomas somáticos” resultó de ($\alpha = .877$) y el de “Síntomas cognitivos” de ($\alpha = .835$).

Por último, se incluyó la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D) de Radloff (1977), uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad para evaluar sintomatología depresiva. Fue desarrollada mediante el estudio de poblaciones clínicas y no clínicas. Consta de 20 ítems que permiten evaluar diversos factores asociados a la depresión durante un periodo de una semana previa a su aplicación. La escala original evalúa cuatro factores: afecto deprimido, síntomas somáticos, retardo psicomotor, y problemas en las relaciones interpersonales. La

versión mexicana (González-Forteza et. al., 2008) ha mostrado una excelente confiabilidad ($\alpha=.93$). En México se observó una estructura de 6 factores, pero en el presente trabajo se utilizó solo la puntuación total de la escala.

Procedimiento

Se solicitó autorización a la escuela preparatoria Jefferson Internacional, para que sus estudiantes pudieran participar en la investigación. Por motivos de la pandemia por COVID-19 todo se realizó de manera telemática. Se intercambiaron correos electrónicos con las autoridades escolares, con el departamento psicopedagógico y con los padres de familia para coordinar la aplicación. Se enviaron los consentimientos informados, así como una breve presentación con la descripción de los objetivos de la investigación por correo electrónico a los padres de familia.

Las aplicaciones se realizaron por medio de videollamadas grupales con los estudiantes y la psicóloga encargada del departamento psicopedagógico mediante la plataforma Google Meet. En cada aplicación primero se habló brevemente sobre diversidad sexual y los síntomas de disforia derivados de esta, así como los objetivos de investigación. Posteriormente se les envió un enlace con el cuestionario, el cual se albergó en la plataforma Google Formularios. Las aplicaciones se realizaron durante la llamada para responder dudas, el tiempo de aplicación osciló entre 10 y 15 minutos por grupo.

En la presente investigación se siguió la normativa del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Con un día de antelación se entregó a los participantes una Carta de Consentimiento Informado que debía ser revisada, aprobada y firmada por ellos y por sus padres o tutores legales en el caso de ser menores de edad.

Posteriormente se capturó la base de datos en el software estadístico SPSS versión 25. Se realizaron pruebas de KMO y Esfericidad de Bartlett para determinar los

parámetros de normalidad de la muestra y conocer si es factorizable. Para el análisis factorial exploratorio, se utilizó el método de extracción Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) con rotación Oblimin. Se realizó análisis de Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad. Se estudió la bondad de los ítems mediante la correlación entre el ítem y el total de la escala corregida y el Alfa de Cronbach de la escala si se elimina el ítem. Debido a que se han señalado algunas limitaciones del alfa de Cronbach, en el presente trabajo se ofrece dicho valor junto el índice omega de McDonald. Los valores aceptables se espera que se encuentren entre .70 y .90 (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

Resultados

Se encontró que la escala era factorizable mediante la prueba KMO (0.79) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$, $\chi^2 = 415.360$, $gl = 45$). Solo los dos primeros componentes mostraron autovalores con valores superiores a la unidad y eran interpretables, es decir los ítems que lo forman comparten un significado que permite poner una etiqueta. En la tabla 8 puede observarse que la varianza explicada acumulada de ambos factores es superior al 37%.

Tabla 8.

Autovalores, Porcentaje de varianza explicada y porcentaje de varianza acumulado de la escala E-DCFOS.

Componente	Autovalor	% Varianza explicada	% Varianza Acumulado
1	2.544	25.444	25.444
2	1.161	11.615	37.058
3	0.957	9.571	46.629
4	0.864	8.638	55.267
5	0.864	8.620	63.887

Se obtuvo una estructura de dos factores, los cuales fueron etiquetados como F1: *Disforia con baja activación* (DBA; incluye reacciones emocionales como molestia, culpa y rechazo) y F2: *Disforia con alta activación* (DAA; compuesto por experiencias de vergüenza, ansiedad y enojo). Cada uno de los factores estuvo compuesto por cinco ítems. Los ítems se distribuyeron de forma muy clara con cargas factoriales superiores a .40 en solo uno de los factores (tabla 9).

Se realizó la depuración (se eliminaron 7 reactivos) tomando como criterio para la eliminación, que los ítems no presentaran una carga factorial igual o mayor a .40 en algún factor, por no mostrar una correlación mínima de .30 con el total de la escala o por hacer incrementar el valor del alfa de Cronbach del total de la escala o del factor donde podría ubicarse, así como la congruencia en el contenido de los reactivo.

Tabla 9.

Distribución de los ítems en los dos factores de la escala E-DCFOS.

Ítem	F1: DBA	F2: DAA
1 (2) Me molestan mis fantasías o deseos sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo).	.68	
2 (3) Estoy inconforme con mi orientación sexual.	.60	
3 (4) Me dan ansiedad mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo).		.65
4 (6) Desearía no tener el tipo de atracción que tengo.	.59	
5 (10) Desearía no tener las fantasías sexuales que tengo (imaginar y/o desear (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo).		.68
6 (11) Me dan culpa mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	.60	
7 (12) Me da vergüenza sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la televisión, etc.).		.63
8 (13) Me he sentido/me siento enojado/a por sentir atracción hacia las personas que siento atracción.		.43
9 (14) Me dan culpa mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo).	.53	
10 (16) Me dan vergüenza mis preferencias sexuales.		.58

- Entre paréntesis aparece el número de ítem en la versión de 17 reactivos.

Consistencia interna y descripción de los ítems

El valor de omega de McDonald de la escala general fue de $\omega=.676$, mientras que el primer factor 1 Disforia con baja activación (DBA), obtuvo una omega ($\omega=.572$) y el segundo factor Disforia con alta activación (DAA), un valor de $\omega=.575$.

Se estudió la bondad de los ítems con la correlación de cada uno de los elementos con el total de la escala (corregida) y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento (tabla 3). Las puntuaciones medias de los ítems oscilaron entre 2.28 (ítem 2) y 2.53 (ítem 5), la desviación estándar de todos los ítems se encontró entre 1.31 (ítem 2) y 1.46 (ítem 6).

La correlación de cada ítem con la puntuación de la escala total corregida fue superior a .30. Los ítems correlacionaron de forma corregida entre .311 (ítem 7) y .348 (ítem 6). Ningún ítem al ser eliminado hace que aumente el coeficiente del Alfa de Cronbach general de la escala (tabla 10).

Tabla 10.

Media, desviación estándar, correlación del ítem con la escala total (corregida) y el valor del alfa de Cronbach si se elimina el ítem de los reactivos de la versión final de la E-DCFOS.

Ítems	Media	Desviación típica	Correlación ítem escala total (corregida)	Alfa de la escala total si se elimina ítem
1	2.42	1.43	.338	.651
2	2.28	1.31	.331	.653
3	2.49	1.42	.335	.652
4	2.35	1.33	.332	.653
5	2.53	1.45	.393	.640
6	2.52	1.46	.348	.650
7	2.42	1.41	.311	.657
8	2.36	1.41	.320	.655
9	2.42	1.38	.316	.656
10	2.43	1.40	.328	.653

Relación con otras variables y datos descriptivos

Con la intención de obtener evidencias de validez convergente de la escala, se realizaron correlaciones de Pearson entre los factores de la escala E-DCFOS, la escala total y los otros instrumentos. Se encontraron valores moderados y positivos de la escala E-DCFOS con el BAI ($r = .48$; $p < .001$), y con el CES-D ($r = .47$; $p < .001$). También se encontró correlación positiva alta entre la escala total E-DCFOS con el factor 1 ($r = .82$; $p < .001$) y el factor 2 ($r = .83$; $p < .001$).

Asimismo, se observaron correlaciones moderadas positivas, entre el factor 1 con las escalas BAI ($r = .404$; $p < .001$) y CES-D ($r = .38$; $p < .001$); así como entre el factor 2 con el BAI ($r = .40$; $p < .001$) y con la CES-D ($r = .40$; $p < .001$).

En la tabla 11 aparecen los datos descriptivos de los dos factores (DBA y DAA) y de la puntuación total de la escala, observando los valores de asimetría y curtosis de ambos factores y de la escala total puede inferirse que la distribución sigue la ley normal.

Tabla 11.

Descripción de los percentiles de los dos factores y la puntuación total de la E-DCFOS.

Percentil	F1: DBA	F2: DAA	E-DCFOS Total
1	5.00	5.00	10.00
10	6.00	6.00	13.00
20	8.00	8.00	17.00
25	8.00	8.00	20.00
30	9.00	10.00	21.50
40	11.00	11.00	24.00
50	12.00	12.00	26.00
60	14.00	14.00	28.00
70	14.00	15.00	29.00
75	15.00	15.00	29.00
80	16.00	16.00	30.00
90	18.00	18.00	32.00
99	21.35	21.35	37.00
Media	12.00	12.23	24.23
DE	4.21	4.33	7.10
Min	5	5	10
Max	23	25	39
Asimetría	0.073	0.102	-0.467
Curtosis	-0.801	-0.736	-0.660

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue elaborar una escala para evaluar la Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS), así como estudiar algunas propiedades psicométricas de dicha escala.

Respecto a la estructura interna, surgieron dos factores (cada uno de los cuales tiene cinco ítems) con cierto sentido teórico, los cuales fueron etiquetados *Disforia con baja activación* ya que incluye reacciones emocionales como molestia, culpa y rechazo, lo cuales pueden considerarse reacciones emocionales disfóricas con bajo nivel de *arousal* y por otro lado, el segundo factor, el cual hemos etiquetado como *Disforia con alta activación* se compone por estados emocionales como vergüenza, ansiedad y enojo los cuales se caracterizan también por ser desagradables, pero con un nivel elevado de *arousal*.

Sin embargo los valores de consistencia interna de ambos factores y de la escala resultaron bajos para los factores si se toma como referencia las sugerencias de Viladrich, Angulo-Brunet & Doval (2017) que indican que el valor de omega de McDonald es aceptable si es superior a .70. Una posible explicación es que ambos factores están integrados por estados emocionales desagradables, aunque pueden agruparse en función de la activación, todavía pueden considerarse notablemente diferentes. De modo que por ejemplo, respecto al factor *Disforia con baja activación*, es posible que algunas personas tiendan a sentir culpa y no molestia o rechazo. En cambio otras personas les puede suceder lo contrario. Asimismo, las emociones de vergüenza y enojo son bastante distintas y ambas forman parte del factor *Disforia con alta activación*. Ello también puede explicar la baja consistencia interna de la escala total. Nótese que los ítems muestran correlaciones bajas con el total de la escala sin el propio ítem, aunque todos muestran una correlación superior a .30, ninguno supera el .40. lo cual también favorece la suposición de que la gran variabilidad de emociones desagradables podría explicar la baja fiabilidad hallada en la escala.

Respecto a las evidencias de validez, las correlaciones moderadas y positivas observadas entre la escala E-DCFOS total, los factores y las escalas de sintomatología de ansiedad y depresión indican que la E-DCFOS no es equivalente a la sintomatología, pero sí guarda una notable relación. Lo cual es congruente con la idea de que la disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales pueden considerarse un factor de riesgo para trastornos ansiosos (Björkenstam et al., 2017; Cochran, Björkenstam & Mays, 2017; Dunbar et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Ruiz-Palomino et al., 2020; Shenkman, Stein, & Bos, 2019) y depresivos (Björkenstam et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Shenkman, Stein, & Bos, 2019; Wilson & Cariola, 2020) que se han hallado en personas no heterosexuales. Nótese que Nebot-García et al. (2020) han reportado altos índices de malestar en personas homosexuales.

Sin embargo, es importante señalar algunas limitaciones que presenta el estudio. La primera alude al tipo de muestreo utilizado, el cual fue incidental y por conveniencia, y tampoco se realizó de forma estratificada. Ello dificulta la generalización de los resultados. Posteriormente, sería recomendable estudiar las propiedades psicométricas de la escala haciendo uso de una muestra extraída mediante muestreo aleatorio y estratificado.

Debe destacarse que en la presente investigación se estudió la estructura solo a través de una Análisis Factorial Exploratorio, es necesario en un futuro corroborarla mediante un Análisis Factorial Confirmatorio.

También sería conveniente estudiar la validez concurrente y discriminante, haciendo uso de instrumentos que evalúen la homofobia internalizada a falta de alguna otra escala que pueda utilizarse como estándar de oro. Asimismo, sería de interés estudiar la fiabilidad test-retest de la escala E-DCFOS. También, sería interesante estudiar la sensibilidad al cambio de personas con altos niveles de disforia después de recibir una intervención efectiva.

Finalmente, es importante señalar que la muestra se extrajo solo del estado de Michoacán, se recomienda en una futura investigación capturar muestras de otros estados de México.

A pesar de la necesidad de futuros estudios de la E-DCFOS, tomando en cuenta los resultados de la presente investigación y que no existe ningún otro instrumento que evalúe la disforia por preferencias sexuales, puede concluirse que la escala puede ser de gran utilidad para evaluar la presencia de disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales en población de Michoacán.

Conclusión

En conclusión, el presente trabajo tuvo como objetivo la construcción y validación de la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS), con el fin de contar con una herramienta que permita evaluar el malestar que puedan experimentar las personas derivado de sus fantasías, deseos, comportamientos y orientaciones sexuales. Para ello, se realizó un estudio de validez de contenido de los ítems, seguido de la administración de los 17 ítems aprobados a 464 estudiantes de preparatoria, junto con la escala de Beck Anxiety Inventory (BAI) y la escala de depresión CES-D.

El análisis de los resultados mostró que se conservaron 10 ítems que se distribuyen en dos factores: Disforia con Baja Activación (DBA) y Disforia con Alta Activación (DAA), los cuales explican el 37% de la varianza. La consistencia interna de la escala general y de los factores DBA y DAA fue moderada, aunque se observó una correlación moderada con las escalas de ansiedad y depresión.

Se concluye que la E-DCFOS es un instrumento de utilidad para detectar jóvenes que experimentan malestar derivado de sus preferencias sexuales, lo que resulta especialmente importante dada la discriminación que a menudo enfrentan las personas con orientaciones no heterosexuales y el fenómeno de la homofobia internalizada. No obstante, se requieren posteriores estudios, especialmente un análisis factorial confirmatorio, para consolidar y mejorar la validación de la escala. En definitiva, se espera que la E-DCFOS contribuya a una mayor comprensión y atención de la disforia relacionada con la sexualidad, y a una mayor inclusión y respeto hacia la diversidad sexual.

Referencias

1. Aguirre Martínez, J.J., y Rendón Salazar, A.E. (2009). Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres [HSH] [versión Adobe Reader]. México: CONAPRED al inicio del tercer milenio. *Política y Sociedad*, 46 (1-2), 143-160.
2. American Psychological Association. (2011). Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42 doi:10.1037/a0024659
3. Ardilla, R. (2008). Homosexualidad y psicología. Colombia: Manual Moderno.
4. Baams, L., De Luca, S. M., & Brownson, C. (2018). Use of mental health services among college students by sexual orientation. *LGBT Health*, 5(7), 421-430. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0225>
5. Baams, L., Grossman, A. H., & Russell, S. T. (2015). *Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth*. *Developmental Psychology*, 51(5), 688–696. doi:10.1037/a0038994
6. Barón-Vioque, S., Cascone, M., y Martínez, C. (2013). Estigma del Sistema de Género: Aprendizaje de los Modelos Normativos, Bullying y Estrategias de Resiliencia. *Política y Sociedad*, 50(3), 837-864.
7. Barreto, I., & Sandoval, M., & Cortés, O. (2010). Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (1), 165-184
8. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.
9. Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and depression among sexual minority women and men in Sweden: Is the risk equally spread within the sexual minority population?. *The journal of sexual medicine*, 14(3), 396-403. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.012>
10. Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2015). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 105(3), 540-547.
11. Bränström, R. (2017). Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(5), 446-452. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-207943>
12. Brito A, Jiménez A, Sívori H, Lacerda P, Glockner N, de la Garza LA. Política, derechos, violencia y sexualidad. Encuesta Marcha del Orgullo y Diversidad Sexual Ciudad de México-2008. Ciudad de México: CALM; 2012.
13. Cala Carrillo, M. J., & Barberá Heredia, E. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista mexicana de psicología*, 26 (1), 91-101.

14. Careaga Pérez, G. (2004). Orientaciones sexuales: Alternativas e identidad. En G. Careaga & S. Cruz (Coords.), *Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis*. (pp. 159-187). México DF. Cámara de Diputados, PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
15. Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, 20(2), 143–167.
16. Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México, DF: Paidós.
17. Cochran, S. D., Björkenstam, C., & Mays, V. M. (2017). Sexual orientation differences in functional limitations, disability, and mental health services use: Results from the 2013–2014 National Health Interview Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1111–1121. <https://doi.org/10.1037/ccp0000243>
18. Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2014). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 301–315.
19. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). *Glosario de la Diversidad Sexual, de género y características sexuales*. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
20. Cornejo Espejo, J. (2014). Bullying homofóbico en Chile: trayectoria histórica. *Límite*, 9(30).
21. Cyrus, K. (2017) Multiple minorities as multiply marginalized: Applying the minority stress theory to LGBTQ people of color, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21:3, 194-202, doi: 10.1080/19359705.2017.1320739
22. 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.
23. D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2002). Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *Journal of Marriage and Family; Minneapolis* 67(2) 474-482. DOI:10.1111/j.0022-2445.2005.00129.x
24. Dunbar, M. S., Sontag-Padilla, L., Ramchand, R., Seelam, R., & Stein, B. D. (2017). Mental health service utilization among lesbian, gay, bisexual, and questioning or queer college students. *Journal of Adolescent Health*, 61(3), 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.008>
25. Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology*. 69, 275-298. Doi: 10.1146/annurev-psych-122216-011719
26. Escobar, J. y Bonilla-Jimenez, F. (s.f.). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, 9(1). Pp. 51-67. Recuperado de: <http://www.tutoria.unam.mx/sitetutoria/ayuda/gfocal-03122015.pdf>
27. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (2010) Principios Éticos De Los Psicólogos Y Código De Conducta American Psychological Association (APA) http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
28. Fernández, D. F. (2012). La patologización del deseo: apuntes críticos en torno a la coerción de la identidad y del placer. *Revista Psicología Política*, 12(24), 195-210.

29. Forni, P., De Grande, P. (2019) Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología* 82, núm. 1 (enero-marzo, 2020): 159-189. Ciudad de México
30. Forni, P., De Grande, P. (2019) Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología* 82, núm. 1 (enero-marzo, 2020): 159-189. Ciudad de México
31. Furr, M. & Bacharach, V. (2013) *Psychometrics an Introduction*. SAGE Publications Inc. U.S.A.
32. Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Horowitz, J. L., & Newcomb, M. D. (2002). A Multidimensional Approach to Homosexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 42(2), 1–19. doi:10.1300/j082v42n02_01
33. García Suárez, C. I., & García, L. (2007). Diversidad sexual en la escuela: dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Bogotá Sin Indiferencia.
34. García-Barba, M., Castro-Calvo, J., Salmerón, P., Ballester-Arnal, R. (2017). Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles. *Ágora de salut*. IV. 163-172.10.6035/AgoraSalut.2017.4.17.
35. García-Villanueva, J., Meza-Mercado, D., Hernández-Ramírez, C., Moreno-García, D. (2017) Masculinidad y feminidad en hombres jóvenes mexicanos. ¿Un asunto de orientación sexual?. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)* 1-15 doi:http://dx.doi.org/10.15359/ree.21-2.16
36. Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Diversidad Sexual y de Género en la Práctica Clínica en Psicología. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28.
37. Gil, J. (1992) La metodología de investigación mediante grupos de discusión. *Enseñanza*, 10(1):199-212.
38. Gómez-Lamont, M. (2018). *La Terapia Sistémica Multicultural con Perspectiva de Género*. Saarbrücken, Alemania. Editorial Académica Española.
39. González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 50(4), 292-299.
40. Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality.
41. Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281.
42. Hernández, P. R. (2021). Derechos de las personas LGTBI+: los Principios de Yogyakarta en la realidad jurídica española actual. In *Estado de derecho, democracia y forma de gobierno* (pp. 261-272). Ediciones Universidad de Salamanca.
43. Human Rights Campaign. (2022). Global Equality. Recuperado de <https://www.hrc.org/global>

44. Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & Van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
45. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994). Nueva York (NY), Naciones Unidas (A/CONF.171/13; <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
46. Jang, H., Clark, M., & Walker, T. L. (2021). Positive Identity and Career Decision-Making Self-Efficacy: Implications for Pansexual, Asexual, Demisexual, and Queer College Students. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(4), 356-371.
47. Kerridge, B. T., Pickering, R. P., Saha, T. D., Ruan, W. J., Chou, S. P., Zhang, H., ... Hasin, D. S. (2017). Prevalence, sociodemographic correlates and DSM-5 substance use disorders and other psychiatric disorders among sexual minorities in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 82-92. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.038>
48. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. *American Journal of Public Health*, 93(6), 894–898. doi:10.2105/ajph.93.6.894
49. Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C. y Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Indiana University Press.
50. Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Giga, N. M., Villenas, C., & Danischewski, D. J. (2016). The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. Gay, Lesbian & Straight Education Network.
51. Labrador, F. (2012) Manual de la entrevista psicológica. Conxa Perpiñá. España.
52. León, M., Chaigneau, S., Rodríguez, J., Peña, F., (2014). Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual (CEIS): análisis factorial y estudio inicial de validez en una muestra de adolescentes chilenas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 10. 358.
53. León, M., Chaigneau, S., Rodríguez, J., Peña, F., (2014). Cuestionario de Exploración de la Identidad Sexual (CEIS): análisis factorial y estudio inicial de validez en una muestra de adolescentes chilenas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 10. 358.
54. Letra S (2018). Violencia, impunidad y prejuicios: Asesinatos de personas LGBTTTT en México 2013-2017. Ciudad de México. <http://www.letraese.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/Informe-crimenes-2017.pdf>
55. Lopez-Aguado, M., Gutierrez Provecho, L., (2019) Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE*, 12(2) doi.org/10.1344/reire2019.12.227057
56. Lozano-Verduzco, (2017) Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/244757/04_Efectos_de_la_hemofobia.pdf
57. Lozano-Verduzco, I. Díaz-Loving, R.. (2010). Medición de la identidad sexual en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (21), 133-154.
58. Lozano-Verduzco, I. Rocha. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (22), 101-121.

59. Lozano, I. (2009). El significado de homosexualidad en jóvenes de la ciudad de México. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 153-168.
60. Martínez-Gómez, N., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Ruiz-Palomino, E., & Nebot-García, J. E. (2020). Preocupación asociada al descubrimiento de la orientación sexual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 477-486.
61. Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*. 75 (2): e059. doi: [http:// dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63](http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63)
62. Mohr, J. & Fassinger, R. (2000) Measuring Dimensions of Lesbian and Gay Male Experience, Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 33:2, 66-90, DOI: [10.1080/07481756.2000.12068999](https://doi.org/10.1080/07481756.2000.12068999)
63. Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
64. Moral de la Rubia, J. (2009). Conducta homosexual en estudiantes universitarios y aspectos diferenciales de género. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(29), 206-235.
65. Morán, M. J. B. (2010). Análisis crítico del discurso biomédico sobre sexos y géneros. *Quaderns de*
66. Nebot-García, J. E., Ballester-Arnal, R., & Ruiz-Palomino, E. (2020). Atracción, deseos y conductas sexuales: Evidencias de la diversidad en la orientación sexual de jóvenes españoles. *Informació psicològica*, (120), 20-34. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2020.120.1>
67. Nebot-García, J. E., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Ruiz-Palomino, E., & Martínez-Gómez, N. (2020). ¿Es la orientación sexual realmente estable?: diferencias de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 311-320.
68. Nebot-García, J. E., García-Barba, M., Gil-Juliá, B., & Giménez-García, C. (2019). Diferencias de género en la toma de conciencia y vivencia de la propia orientación sexual. *Àgora de Salut*, 6, 209-216. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2019.6.22>
69. Nebot-Garcia, J. E., Giménez-García, C., García-Barba, M., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2022). What Does Heterosexuality Mean? Same-Sex Attraction, Behaviors, and Discomfort Among Self-identified Heterosexual Young Adults from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 51(7), 3431-3442. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02315-6>
70. Nebot-Garcia, J. E., Giménez-García, C., Ruiz, E., Iglesias-Campos, P., & Ballester-Arnal (2018). Malestar emocional asociado a la orientación sexual en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología.. 4. 49. [10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1263](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1263).
71. Organización Mundial de la Salud (2014). Salud mental: Un estado de bienestar.
72. Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastorno Mental*. https://www.who.int/mental_health/management/en/
73. Organización Mundial de la Salud, (2004) Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.

Estrategia mundial adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/

74. Ortiz Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Revista de Saúde Pública*, 39, 956-964.
75. Ortiz-Hernandez 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. personas LGB. Manuscrito no publicado. Universidad de los Andes.
76. Padrós-Blázquez, F., Montoya-Pérez, K. S., Bravo-Calderón, M. A., & Martínez-Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
77. Pichardo, J. (2009). Homosexualidad y familia: Cambios y continuidades
78. Pinilla Orejarena, A., Sánchez Aguilar, E., & Campo-Arias, A. (2003). Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *MedUNAB*, 6(17), 93-97. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.258>
79. Piña Osorio, J. M., & Aguayo Rousell, H. B. (2015). Homofobia en estudiantes universitarios de México. *Región y sociedad*, 27(64), 05-35.
80. Platt, L. F., Wolf, J. K., & Scheitle, C. P. (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>
81. Plöderl, M. & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367-385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
82. Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self- report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*. 1(3),385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
83. Rivera Aragón, S., Sánchez Aragón, R., Díaz-Loving, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista latinoamericana de psicología*. 33 (2) 131-140.
84. Robles-Pastor, F. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente*, 29(1), 193-197.
85. Rodríguez-Castro, Y., Fernández, M. L., Fernández, M. V. C., & Vallejo-Medina, P. (2013) Validación de la Escala Moderna de Homofobia en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(2), <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.137931>
86. Rodriguez, L. M. y Facal, T. (2019). Diversidad sexual: imaginarios y actitudes en estudiantes de enseñanzas medias y superiores mexicanos. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 14(1): 183-205. <https://doi.org/10.14198/OBETS2019.14.1.06>

87. Ross, M. & Rosser, S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology* 52(1):15-21. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V
88. Rueda, M. (2011). Identidad con la orientación sexual y promoción del bienestar en Ruiz-Palomino, Martínez-Gómez, Nebot-García, (2018) Diversidad afectivo-sexual en población adolescente: una realidad indiscutible. Cartel recuperado de <http://siteonsite.net/aitanacongress2018/pantallas/verposterfinalistas.php?po=46>
89. Ruíz-López, J.R., & Padrós-Blázquez, F. (en prensa). Estudio exploratorio retrospectivo sobre disforia al auto-percibirse como no-heterosexual durante la adolescencia de adultos LGB. Libro de Memorias del IX Congreso Internacional ALFEPSI 2022.
90. Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., & Nebot-García, J. E. (2020). Orientación sexual y salud mental en jóvenes universitarios españoles. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 199-206.
91. Salgado, J. (2004) Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en el Ecuador. En: Aportes Andinos No.11. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Programa Andino de Derechos Humanos. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10644/679>
92. Sánchez, A. (2014) "Estudiantes y violencias en el espacio escolar universitario". en: Trejo, M. (coord.). Investigación Educativa III y IV. México: Ediciones FES Acatlán.
93. Savin-Williams, R. C. (2016). Same-sex sexuality and childhood gender nonconformity: A review and new findings. *Developmental Psychology*, 52
94. Saxe, R. (2017). It's always been about discrimination for LGBT people. <https://www.aclu.org/blog/lgbt-rights/lgbt-nondiscriminationprotections/its-always-been-about-discrimination-lgbt-people>
95. Shenkman, G., Stein, Y., & Bos, H. (2019). The mediating role of attachment avoidance in the association between sexual orientation and mental health. *Journal of Homosexuality*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1656507>
96. Shi, Y., & Lei, L. (2020). The evolution of LGBT labelling words: tracking 150 years of the interaction of semantics with social and cultural changes. *English Today*, 36(4), 33-39.
97. Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
98. Solórzano, J. Romero, M. (2014). "Salir del clóset" en la Ciudad de México. *Salud Mental*, (37), 391-397.
99. Spitzer, R. (2012). Spitzer Reassesses His 2003 Study of Reparative Therapy of Homosexuality. *Archives Of Sexual Behavior*, 41(4), 757-757. doi: 10.1007/s10508-012-9966-y-sus-derechos. Día Internacional contra la Homofobia, Bifobia y Transfobia, 17 de mayo. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15941&LangID=E>
100. Tannenbaum, C., Ellis, R. P., Eyssel, F., Zou, J., & Schiebinger, L. (2019). Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 575(7781), 137-146.

101. Toro, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 71-76
102. Uribe, R. & Arce, A. (2004). Subiendo Escalones: Reflexiones a partir del trabajo grupal con adolescentes gay. *Subjetividad y Género. Revista de Psicología de la UAM-X*. VII, 137-149
103. Van Der Toorn, J., Pliskin, R., & Morgenroth, T. (2020). Not quite over the rainbow: The unrelenting and insidious nature of heteronormative ideology. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 34, 160-165.
104. Vargas-Trujillo, E. (2013). Sexualidad: mucho más que sexo. Bogotá: Ediciones Uniandes.
105. Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
106. Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Annals of psychology*, 33(3), 755-782. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
107. Viñuales, O. (2002). Lesbofobia. Barcelona: Bellaterra
108. Wilson, C., & Cariola, L. A. (2020). LGBTQI+ youth and mental health: a systematic review of qualitative research. *Adolescent Research Review*, 5,, 187-211. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00118-w>
109. World Health Organization (1975) Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. *Technical Report Series*. Geneva 572
110. World Health Organization, (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.
111. World Health Organization, (2010) Developing sexual health programmes: a framework for action Geneva, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/

Anexos

Anexo 1: diario de campo de grupo focal

DIARIO DE CAMPO		
Actividad	Grupo focal 2	Fecha: lunes 11 de noviembre de 2019
Investigador	Jesús René Ruiz López	
Objetivo	Evaluar la pertinencia de los reactivos de la versión Beta de la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales.	
Selección de participantes	Se seleccionaron sujetos tipo, personas LGB adultas que ya hubieran pasado por el proceso de integración de su identidad sexual, para que aportaran con su experiencia. Se utilizó la técnica de bola de nieve.	
Lugar-espacio	La actividad se realizó en Evalúa Morelia (Chapultepec Nte. 58260) en un salón que se usa para capacitaciones en diversos temas de psicología clínica. Se montó un coffee break con café, agua y galletas. El lugar está acondicionado con sillas y mesas, así como buena iluminación y ventilación.	
Caracterización de los participantes	Participaron cinco personas (dos hombres y tres mujeres) el rango de edad fue de 25 a 35 años, todos con educación universitaria y de posgrado. La población se compuso por personas gais, lesbianas y bisexuales.	
Consideraciones éticas	Se le entregó un consentimiento informado a cada participante en donde se le aseguraba el anonimato y la confidencialidad de su participación, así como la utilización de su información con fines académicos únicamente. También se les informó que al ser voluntaria su participación podían suspenderla en el momento en que lo desearan si así lo consideraban. Se les informó que la sesión sería grabada para su análisis. Ellos se quedaron con una copia del consentimiento informado y otra fue entregada al investigador.	
Descripción de la actividad		
La actividad tuvo una duración de 1:30 horas. Al inicio se registraron los participantes y se les entregó el consentimiento informado, se les invitó a servirse del coffee break.		
Se les entregó una copia de la Escala, y también se proyectó al mismo tiempo. Se fueron revisando punto por punto de la escala y se les fueron realizando preguntas generadoras para conocer su opinión (se adjuntan las observaciones obtenidas).		
La actividad se realizó sin contratiempos. Se adjuntan fotos de la actividad, las cuales fueron editadas para conservar la identidad de los participantes.		

Anexo 2: carta de consentimiento informado para grupos focales



Carta de consentimiento informado

BUEN DÍA:

Como parte de una investigación que estamos realizando para diseñar un instrumento psicométrico para evaluar disforia por comportamientos, fantasías y orientaciones sexuales, estamos invitando a personas LGBT adultas, para que compartan con nosotros su experiencia y puntos de vista. Por esa razón, le pedimos nos apoye participando en un grupo focal.

La información proporcionada por usted será de vital importancia para la elaboración de los reactivos de la escala psicométrica que se está diseñando.

La sesión será grabada en audio para su análisis.

Dado que su participación es voluntaria, tiene el derecho de suspender en el momento en que usted así lo desee.

Sus respuestas serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas con fines académicos.

Agradecemos su tiempo y disposición para informarle sobre esta investigación.

Finalmente le solicitamos que nos dé su confirmación, llenando el siguiente campo con lo que da constancia de que ha leído y comprendido los compromisos y las responsabilidades del estudio. Y que es su deseo libre el participar en el mismo:

ACEPTO PARTICIPAR: **INICIALES**

Contacto con el psicólogo René Ruiz, responsable de la investigación:
✉ reneruiz.psicologo@gmail.com



Anexo 3: Base de datos jueceo

Inicio														Insertar	Dibujar	Disposición de página			Fórmulas	Datos	Revisar	Vista				
																	Calibri (Cuerpo) 12 A ⁺ A ⁻								Ajustar texto ▾	General ▾
N K <u>S</u>																								Combinar y centrar ▾	\$ %	
016																										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M													
1	SP	Juez1_P	Juez2_P	Juez3_P	Juez4_P	Juez5_P		Juez1_C	Juez2_C	Juez3_C	Juez4_C	Juez5_C														
2	1	1	1	0.6	1	1	0.92	1	1	0.6	1	1	0.92													
3	2	1	1	0.8	1	1	0.96	0.8	1	0.6	1	1	0.88													
4	3	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.6	1	1	0.92													
5	4	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	1	1	1	1													
6	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
7	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
8	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
9	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
10	9	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	1	1	0.96													
11	10	1	1	0.6	1	1	0.92	1	1	0.8	1	1	0.96													
12	11	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	1	1	0.96													
13	12	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	1	1	0.96													
14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
15	14	1	1	0.8	1	1	0.96	1	0.8	0.8	1	1	0.92													
16	15	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	0.8	1	0.92													
17	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
18	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
19	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
20	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
21	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
22	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
23	22	1	1	0.6	1	1	0.92	1	1	0.6	1	1	0.92													
24	23	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	1	1	0.96													
25	24	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	0.8	1	0.92													
26	25	1	1	0.6	1	1	0.92	1	1	0.6	1	1	0.92													
27	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
28	27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
29	28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
30	29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
31	30	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.6	1	1	0.92													
32	31	1	1	0.8	1	1	0.96	1	1	0.8	0.8	1	0.92													
33	32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
34	33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
35	34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													

Anexo 4: cuestionario aplicado durante la primera fase para depuración de ítems

Folio _____



Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos, Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS).

Consentimiento informado

- ☐ Esta investigación es llevada a cabo con **fines académicos**.
- ☐ La **información** recabada será utilizada de manera **anónima y confidencial**.
- ☐ Su **participación** en esta investigación **no** conlleva ningún **riesgo**.
- ☐ Le pedimos que por favor **lea detenidamente** en cada sección y **responda honestamente**, no hay respuestas buenas o malas.
- ☐ Si tiene alguna **duda** durante su participación, puede **acercarse** a las **personas encargadas** para **aclarar** sus dudas.
- ☐ La información que nos proporcione es **muy importante** para que podamos conocer ciertas propiedades psicométricas y de **consistencia interna** de la escala que estamos desarrollando.

Teniendo conocimiento de lo anterior, doy mi consentimiento para que mis respuestas sean utilizadas en dicha investigación.

FIRMA _____

Por favor proporciona los siguientes datos sociodemográficos:

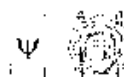
Nombre, iniciales o apodo: _____ Año escolar y grupo _____ Edad: _____ Sexo: Mujer _____ Hombre _____ Otro _____
(especifica) _____

Estado civil:

- ☐ Soltero(a)
- ☐ En una relación
- ☐ En una relación abierta

¿Cómo te identificas?
(orientación sexual):

- ☐ Heterosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Homosexual
- ☐ Pansexual
- ☐ Asexual
- ☐ otro (especifica) _____



1.- Por favor lee con atención y reflexiona cada una de las siguientes frases y después selecciona la opción que más coincida con tu sentir y tu experiencia, de acuerdo con la siguiente escala:



1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	Desearía no sentirme atraído/a hacia las personas por las que me siento atraído/a (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la escuela, etc.).	1	2	3	4	5
2	Desearía no tener el tipo de atracción que tengo.	1	2	3	4	5
3	Estoy inconforme con mi orientación sexual.	1	2	3	4	5
4	Me dan vergüenza mis preferencias sexuales.	1	2	3	4	5
5	Me siento/me he sentido avergonzado/a por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
6	Me da miedo sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción.	1	2	3	4	5
7	Me da miedo ser castigado por mis preferencias sexuales.	1	2	3	4	5
8	Me dan miedo mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
9	Me da vergüenza sentir atracción hacia las personas que siento atracción (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la televisión, etc.).	1	2	3	4	5
personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la televisión, etc.						
10	Me dan miedo mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
11	Me angustian mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
12	Me da culpa sentir atracción hacia las personas que siento atracción.	1	2	3	4	5
13	Me dan culpa mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
14	Me siento/me he sentido culpable por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
15	Me he sentido/me siento molsto/a por mis preferencias sexuales.	1	2	3	4	5
16	Me he sentido/me siento enojado/a por sentir atracción hacia las personas que siento atracción.	1	2	3	4	5
17	Siento/he sentido enojo por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
18	Siento/he sentido enojo por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
19	Me causa enojo y/o frustración desear tener una relación afectiva con la/s persona/s que realmente me atrae/n	1	2	3	4	5
20	Me molestan mis fantasías o deseos sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5

21	Me molestan mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
22	Desearía no tener las fantasías sexuales que tengo (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
23	Me siento/me he sentido avergonzado/a por sentirme atraído/a por las personas hacia las que me siento atraído/a.	1	2	3	4	5
24	Me siento/me he sentido avergonzado/a por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
25	Me siento/me he sentido culpable por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo).	1	2	3	4	5
26	Me siento culpable al pensar en tener una relación afectiva con la/s persona/s que realmente me atrae/n	1	2	3	4	5

Por último, del 😞 al 😊 ¿qué tan feliz te sientes hoy?



¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!
¡TEN UN EXCELENTE DÍA!



Anexo 5: Cuestionario final incluyendo la Escala para Evaluar Disforia por Comportamientos Fantasías y Orientaciones Sexuales (E-DCFOS) versión final

ESCALA E-DCFOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE GRADO
CARRERA DE PSICOLOGÍA
CATEDRA DE PSICOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD

Escala E-DCFOS

Esta investigación es llevada a cabo con fines académicos. El objetivo es diseñar una escala que sirva para evaluar cuando alguien pueda sentirse mal por algún aspecto de su sexualidad, ya que todos somos propensos a experimentar malestar en alguna de las etapas de nuestra vida. En esta ocasión buscamos adolescentes y jóvenes que nos apoyen respondiendo con sinceridad (no hay respuestas buenas ni malas).

- o La información recabada será utilizada de manera anónima, confidencial y exclusivamente con fines académicos.
- o Tu participación en esta investigación no conlleva ningún riesgo.
- o Te pedimos que por favor leas detenidamente en cada sección y respondas honestamente ya que no hay respuestas buenas o malas.
- o La información que nos proporciones es muy importante para que podamos conocer ciertas propiedades psicométricas de la escala que estamos desarrollando. Es decir que no nos vamos a centrar en ningún caso en particular, sino en analizar las respuestas en general, para saber cómo se comporta la escala estadísticamente.
- o Tu participación es voluntaria.
- o Aproximadamente durarás 15 minutos en responder a todo. El cuestionario se compone de cinco partes, pero cada una se responde fácil y rápido. Por favor dedica este tiempo exclusivamente a responder, en medida de lo posible elimina las distracciones, cierra las otras pestañas o apps, para que tengas mayor concentración al responder.

Si tienes alguna duda puedes contactar con el responsable de esta investigación, el psicólogo René Ruiz en el siguiente e-mail: reneruiz.psicologo@gmail.com

 reneruiz.psicologo@gmail.com (no compartidos)
[Cambiar de cuenta](#)

***Obligatorio**

Si aceptas participar marca la casilla, sino, abandona el cuestionario. *

☐ Acepto participar.

Siguiente

Página 1 de 6

Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar una traducción](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Cuéntanos de ti

¿Qué edad tienes? *

Tu respuesta

¿Cuál es tu situación sentimental? *

- ☐ Soltero/a
- ☐ En una relación
- ☐ En una relación abierta

¿Cuál es tu orientación sexual? *

- ☐ Heterosexual (te atraen las personas del sexo opuesto)
- ☐ Homosexual (te atraen las personas de tu mismo sexo)
- ☐ Bisexual (te atraen personas de ambos sexos)
- ☐ Pansexual (te atraen las personas independientemente de su género o sexo)
- ☐ Asexual (ausencia de atracción sexual y/o romántica)

Indica tu identidad de género *

- ☐ Cisgénero: tu identidad de género SÍ coincide con el sexo asignado al nacer (p. ej. al nacer se dijo que eres hombre y tú te identificas como hombre)
- ☐ Transgénero: tu identidad de género NO coincide con el sexo asignado al nacer (p. ej. al nacer se dijo que eres hombre y tú te identificas como mujer)

Indica el género con el que te identificas *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Otro: _____

[Atrás](#)

[Siguiendo](#)



Página 2 de 6 [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

¿Hacia quién sientes atracción?

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y reflexiona si coincide con lo que tú has sentido y vivido.

Después selecciona solo una que coincida más con tu sentir y tu experiencia.



En las siguientes frases, la palabra "atracción" no se refiere únicamente a "atracción sexual", sino también al sexo de las personas que nos llaman la atención en la vida diaria, cuando vamos por la calle, en el cine, en la escuela, en las fiestas y en los diferentes ámbitos de la vida. *

- ☐ Sólo siento atracción por personas del otro sexo y no tengo ninguna atracción, ni reconozco belleza en personas de mi mismo sexo.
- ☐ Sólo me siento atraído/a por personas del otro sexo, pero puedo reconocer belleza y cierta atracción por personas de mi mismo sexo.
- ☐ Me atraen más las personas del otro sexo, pero también me atraen bastante las personas de mi mismo sexo.
- ☐ Me atraen por igual las mujeres que los hombres.
- ☐ Me atraen más las personas de mi mismo sexo, pero también me atraen bastante las personas del otro sexo.
- ☐ Sólo me siento atraído por personas de mi mismo sexo, pero puedo reconocer belleza y cierta atracción por personas del otro sexo.
- ☐ Sólo siento atracción por personas de mi mismo sexo y no tengo ninguna atracción, ni reconozco belleza en personas del otro sexo.

[Atrás](#)[Siguiente](#)[Página 3 de 6](#) [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Malestar psicológico

Instrucciones: por favor lee con atención y reflexiona cada uno de las siguientes frases, después selecciona la opción que más coincida con tu sentir y tu experiencia, de acuerdo con la siguiente escala

1= TOTALMENTE EN DESACUERDO
2= EN DESACUERDO
3= NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO
4= DE ACUERDO
5= TOTALMENTE DE ACUERDO

****Tal vez las siguientes afirmaciones te puedan parecer repetitivas o muy similares, pero si lees con atención, verás que todas afirman cosas diferentes.
No need to rush.**

1. Desearía no sentirme atraído/a hacia las personas por las que me siento atraído/a (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la escuela, etc.). *

1 2 3 4 5
Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

2. Me molestan mis fantasías o deseos sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

1 2 3 4 5
Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

3. Estoy inconforme con mi orientación sexual. *

1 2 3 4 5
Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

4. Me dan ansiedad mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

5. Me angustian mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo). *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

6. Desearía no tener el tipo de atracción que tengo. *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

7. Me da miedo sentir atracción hacia las personas por las que me siento atraído/a. *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

8. Me da culpa sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción. *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

9. Me siento/me he sentido avergonzado/a por mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Totalmente de acuerdo

10. Desearía no tener las fantasías sexuales que tengo (imaginar y/o desear (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

11. Me dan culpa mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo). *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

12. Me da vergüenza sentir atracción hacia las personas por las que siento atracción (las personas en las que me fijo en la calle, en las películas, en la televisión, etc.). *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

13. Me he sentido/me siento enojado/a por sentir atracción hacia las personas que siento atracción. *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

14. Me dan culpa mis fantasías sexuales (imaginar y/o desear besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

15. Me molestan mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado/a, tener sexo). *

	1	2	3	4	5	
Totalmente en desacuerdo	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente de acuerdo

17. Siento/he sentido enojo por mis comportamientos sexuales (besar, acariciar, fajar, hacer oral, recibir oral, masturbar, ser masturbado, tener sexo). *

1 2 3 4 5

Totalmente en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente de acuerdo

[Atrás](#) [Siguiente](#) Página 4 de 6 [Borrar formulario](#)

Notas en las contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor los cuidadosamente cada uno de ellos y selecciona el grado en que te han molestado durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Evalúa cuánto has experimentado los siguientes síntomas con esta escala:

0=NADA
1=LIGERAMENTE (SIN MOLESTIA SIGNIFICATIVA)
2=MODERAMENTE (MUY DESAGRADABLE PERO SOPORTABLE)
3=SEVERAMENTE (CASI INSOPORTABLE)

1. Entumecimiento, hormigueo *

0 1 2 3

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ Severamente

2. Oleadas de calor o bochornos *

0 1 2 3

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ Severamente

3. Debilidad y temblor en las piernas *

0 1 2 3

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ Severamente

4. Incapaz de relajarme *

0 1 2 3

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ Severamente

4. Incapaz de relajarme *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

5. Miedo a que pase lo peor *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

6. Sensación de mareo *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

7. Palpitaciones o aceleración cardíaca *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

8. Falta de equilibrio *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

9. Terror *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

10. Nerviosismo *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

11. Sensación de ahogo *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

12. Temblor de manos *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

13. Agitación *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

14. Miedo a perder el control *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

15. Dificultad para respirar *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

16. Miedo a morir *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

17. Asustado/a *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

18. Indigestión o molestias abdominales *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

19. Desmayos *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

20. Enrojecimiento de la cara *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente

21. Sudoración (no por calor) *

	0	1	2	3	
Nada	☐	☐	☐	☐	Severamente



[Atrás](#)

[Siguiente](#)



Página 5 de 6 [Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Escala de Depresión CES-D

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor selecciona durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas. Utiliza la siguiente escala:



1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

2. No tenía hambre *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

3. Sentía que no podía quitarme la tristeza *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

4. Sentía que era tan bueno como los demás *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

5. Problemas de atención *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

6. Me senti deprimido(a) *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

7. Todo era un esfuerzo *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

8. Veía el futuro con esperanza *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

9. Pensé que mi vida era un fracaso *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

10. Tenía miedo *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

11. Dormía sin poder descansar *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

12. Estaba feliz *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

13. Platicué menos de lo normal *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

14. Me sentía solo(a) *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

15. Sentí que la gente era poco amigable *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

16. Disfruté de la vida *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

17. Lloraba a ratos *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

18. Me sentía triste *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

19. Sentí que no le caía bien a los demás *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

20. No podía "seguir adelante" *

	0	1	2	3	4	
Escasamente	☐	☐	☐	☐	☐	Casi diario

Por favor da clic en "Enviar" una vez que hayas respondido a todas las preguntas



[Atrás](#)

[Enviar](#)

[Página 6 de 6](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

