



**Ciencia y
Tecnología**

Secretaría de Ciencia, Humanidades,
Tecnología e Innovación



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Psicología
División de estudios de posgrado

Influencia de la homofobia internalizada en la disforia por orientación sexual, el malestar psicológico y el consumo de alcohol

Tesis

Presenta:

Victor Santos Acosta Madueño

para obtener el grado de:

Maestro en Psicología

Comité tutorial

Ferran Padrós Blázquez (director)

Victoria González Ramírez (codirectora)

Iván López Beltrán

Fabiola González Betanzos

Esteban Gudayol Ferré

Morelia, Michoacán. Marzo de 2025.

Dedicatoria

A las personas que han sufrido discriminación, a aquellas que ya no están con nosotros debido a las consecuencias de la intolerancia, y a todas las personas que, de alguna manera, buscan un mundo más inclusivo, diverso y respetuoso.

Agradecimientos

A mi madre, por siempre estar y brindarme su apoyo.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti), por financiar el proyecto.

Al comité tutorial, por su tiempo y orientación.

A mis amistades, compañeros y compañeras de clase, gracias por su apoyo y compañía.

A todas las personas que participaron en la investigación, por su tiempo y colaboración.

Índice

Introducción	1
Justificación	4
Antecedentes	6
Capítulo 1. Homofobia	14
El término de homofobia	14
La discriminación	17
Estereotipo y prejuicio	17
Clases de discriminación	22
Discriminación hacia personas no heterosexuales	23
Disonancia cognitiva	24
Homofobia internalizada y malestar emocional	25
Capítulo 2. Malestar psicológico	26
Estrés	26
Ansiedad	30
Depresión	34
Capítulo 3. Consumo de alcohol	37
Definición de Alcohol	37
Alcohol en el cerebro	37
Nivel de consumo de alcohol	39
Cultura y consumo	40
Motivos de consumo de alcohol	40
Afrontamiento	42
Principios de los motivos de afrontamiento de consumo de alcohol	43
Consumo de Alcohol y salud mental	45
Estudios empíricos	47
Estudio 1. Creación y estudio psicométrico de la escala de Disforia por Orientación Sexual	48
Diseño de investigación	48
Objetivo general	48
Primera fase. Construcción y jueceo de los ítems	49
Segunda fase. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	50
Participantes	50
Procedimiento	50
Análisis de datos	51
Tercera fase. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y prueba de validez	53
Participantes	53
Materiales e instrumentos	53
Procedimiento	54
Análisis de datos	54
Resultados. Estudio 1	56
Primera fase. Construcción y jueceo de los ítems	56

Segunda fase. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)	58
Tercera fase. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y pruebas de validez	63
Conclusión. Estudio 1	66
Estudio 2. Diferencias en disforia por orientación sexual, malestar psicológico y consumo de alcohol	69
Diseño de investigación	69
Pregunta de investigación	69
Objetivo General	69
Hipótesis	69
Participantes	69
Criterios de inclusión	70
Criterios de exclusión	70
Criterios de eliminación	70
Instrumentos	71
Procedimiento	73
Análisis de datos	74
Consideraciones éticas	75
Resultados. Estudio 2	76
1. Disforia por orientación sexual	76
2. Malestar psicológico	78
3. Nivel de consumo de alcohol	84
4. Motivos de consumo de alcohol	84
Conclusión. Estudio 2	90
1. Disforia por orientación sexual	90
2. Malestar psicológico	94
3. Consumo de alcohol	96
Limitaciones y sugerencias	99
Referencias	101
Anexos	115

Resumen

El presente trabajo de investigación examina la influencia de la homofobia internalizada en la disforia por orientación sexual, el malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) y el consumo de alcohol (niveles y motivos); se realizaron dos estudios. En el primer estudio, se desarrolló y validó una escala psicométrica para medir la disforia por orientación sexual, mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En el segundo estudio, se llevó a cabo un análisis comparativo para identificar diferencias en disforia por orientación sexual, malestar psicológico y consumo de alcohol según los niveles de homofobia internalizada y la orientación sexual de los participantes.

Los hallazgos del primer estudio confirmaron la confiabilidad y validez de la escala, mientras que los resultados del segundo estudio mostraron que niveles más altos de homofobia internalizada se asocian con mayor disforia por orientación sexual y malestar psicológico. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de consumo de alcohol; sin embargo, se observó un uso más frecuente del alcohol como estrategia de afrontamiento en personas no heterosexuales con altos niveles de homofobia internalizada. Esta investigación contribuye al entendimiento de los factores que afectan la salud mental de las minorías sexuales y resalta la necesidad de intervenciones inclusivas para promover el bienestar y reducir el impacto de la discriminación.

Palabras claves: homofobia internalizada, disforia por orientación sexual, malestar psicológico, consumo de alcohol, motivos de consumo de alcohol

Abstract

This study examines the influence of internalized homophobia on sexual orientation dysphoria, psychological distress (anxiety, depression, and stress), and alcohol use (levels and motives) through two complementary studies. The first study focused on the development and validation of a psychometric scale to measure sexual orientation dysphoria, utilizing exploratory and confirmatory factor analysis. The second study conducted a comparative analysis to explore differences in sexual orientation dysphoria, psychological distress, and alcohol use according to levels of internalized homophobia and participants' sexual orientation.

The findings from the first study confirmed the robustness and validity of the developed scale. The second study revealed that higher levels of internalized homophobia are associated with greater sexual orientation dysphoria and psychological distress. While no significant differences were observed in alcohol consumption levels, non-heterosexual individuals with high levels of internalized homophobia were more likely to use alcohol as a coping strategy. These results contribute to understanding the factors affecting the mental health of sexual minorities and highlight the need for inclusive interventions aimed at promoting well-being and mitigating the impact of stigma and discrimination.

Key words: internalized homophobia, sexual orientation dysphoria, psychological distress, alcohol use, alcohol use motives

Introducción

Una de las características importantes de la homofobia es que implica una aversión hacia las personas no heterosexuales. No obstante, esta aversión, durante los últimos años ha tomado nuevas formas, volviéndose más sutil y simbólica. Esto ha influido en una valoración y trato diferencial hacia este grupo, generando discriminación que dificulta su acceso a diversos tipos de servicios legales y de salud. Estudios elaborados con estudiantes mexicanos de medicina y psicología han mostrado que hay actitudes homófobas (Mejía et al., 2021, Moral et al., 2013), lo cual puede ocasionar barreras para el acceso a servicios de salud de calidad. Lo que resulta relevante dado que pertenecer a este grupo social puede llegar a ser un factor de riesgo para presentar algún malestar psicológico, por lo que es necesario que los profesionales de salud mental proporcionen un tratamiento digno y libre de prejuicios.

Es importante señalar que la orientación sexual, por sí misma, no es un factor de riesgo. El foco debe centrarse en la discriminación que sufren las personas no heterosexuales, ya que esta discriminación puede ser la causante de los malestares emocionales y psicológicos. Se ha encontrado que la discriminación percibida se encuentra relacionada de manera negativa con problemas de salud mental, ya sea ansiedad, depresión o estrés (Williams et al., 2019b). Además, hay una relación negativa entre el acoso que sufren estas personas y los niveles reportados del bienestar psicológico (Krueger y Upchurch 2019; Martxueta y Etxeberria, 2014; Ruíz et al., 2020). Debido a esto, no es de extrañar que las personas no heterosexuales

puedan presentar un mayor riesgo de tener ideaciones, planes e intentos suicidas que personas heterosexuales (Caputi et al., 2017 y Luk et al. 2021).

El impacto de la homofobia, no sólo se limita a afectar la salud mental, se ha encontrado que el estrés que se genera al vivir en contextos homofóbicos puede contribuir a una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y endocrinas en esta población (Huebner et al., 2021), por lo que ser víctima de la homofobia puede originar problemas tanto mentales como fisiológicos. El estudio elaborado por Salway et al. (2022) encontró que este sector de la población presenta mayores riesgos de mortalidad por accidentes, enfermedades cardíacas, VIH, suicidio y consumo de sustancias.

Cuando se vive en un contexto discriminatorio, es probable que la persona discriminada interiorice los dogmas de estigma social. Esto puede aumentar las consecuencias negativas de la homofobia, dado que estos discursos violentos y peyorativos se perciben como verdaderos y se asimilan, lo que puede ocasionar la adopción de esquemas cognitivos que conciben a la homosexualidad como algo negativo, y según Laguna-Maqueda (2017), es en el proceso de socialización que una persona aprende a ser homofóbica, de hecho, este autor señala que “se es homófobo antes que homosexual”. Además, el entorno cultural interfiere en la adquisición de la identidad de una persona (Lu et al., 2023), moldeando los patrones emocionales, motivacionales, conductuales y cognitivos. Por ello, vivir en un contexto discriminatorio favorece que la persona presente diversos malestares emocionales o psicológicos, lo que puede aumentar el riesgo de adoptar el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento (Lewis et al., 2021; Kiekens et al., 2022; Rincón y Zambrano, 2017; Van Gundy, et al., 2015).

La relación entre discriminación y el consumo de alcohol ha sido objeto de diversas investigaciones como la elaborada por Gilbert y Zemore (2016) que a través de una revisión sistemática, encontraron que la mayoría de los estudios sobre discriminación y consumo de alcohol, son primeramente investigaciones enfocadas a la discriminación racial (70%), pero centrándose en los aspectos interpersonales de la discriminación. La discriminación por la orientación sexual o de género (19%) ocupa el segundo lugar, y este tipo de discriminación se ha enfocado tanto en aspectos interpersonales como internalizados, sin embargo, éstos últimos han recibido menos atención.

Gran parte de la literatura científica, suele enfocarse en las diferencias de consumo de alcohol según el sexo, dejando de lado la orientación sexual. Las personas no heterosexuales, al vivir en una cultura heteronormativa, pueden presentar mayores dificultades sociales y psicológicas. Lo que podría explicar el por qué este sector presenta mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, en comparación con personas heterosexuales (Schuler y Collins, 2020). En México, datos de la encuesta sobre uso de drogas en población LGBTI (Baruch-Domínguez, 2015) encontró que el 88% de los hombres no heterosexuales beben alcohol actualmente y el 57% lo hace por lo menos una vez por semana o más, por otro lado, en las mujeres no heterosexuales se encontró que el 86% bebe alcohol actualmente y el 47% lo realiza por lo menos una vez a la semana o más.

Justificación

La presente investigación es de suma importancia debido al impacto multifacético de la homofobia en la salud mental, física y conductual de las personas no heterosexuales. Aunque se han logrado avances hacia la equidad, la discriminación persiste en formas más sutiles y simbólicas, dificultando su visibilización y abordaje. En contextos como el mexicano, esta discriminación no solo restringe el acceso a servicios de salud dignos y libres de prejuicios, sino que también contribuye al desarrollo de malestares emocionales, como ansiedad, depresión y estrés, así como al uso de estrategias de afrontamiento negativas, como el consumo de alcohol.

La literatura ha estudiado extensamente la discriminación racial y su relación con el consumo de sustancias, pero el impacto de la homofobia como eje de discriminación sigue siendo un área menos explorada. Específicamente, se ha investigado poco cómo la homofobia internalizada, influye en la disforia, el malestar psicológico y el consumo de alcohol en personas no heterosexuales. Este estudio aborda esta laguna al examinar cómo los diferentes niveles de homofobia internalizada influyen en el grado de estos padecimientos.

A pesar de que existen instrumentos que evalúan la homofobia internalizada, no se cuenta con una escala diseñada específicamente para medir la disforia relacionada con la orientación sexual. La creación de esta escala responde a la necesidad de contar con una medición adecuada del malestar relacionado con la orientación sexual y facilita un análisis más detallado de cómo este malestar puede interactuar y afectar el bienestar de las personas. De este modo, proporciona una

herramienta fundamental para explorar las dinámicas emocionales y conductuales en esta población.

Además, la investigación tiene un potencial significativo para generar conocimiento que respalde el diseño de intervenciones preventivas y estrategias de apoyo dirigidas a esta población. Al visibilizar las experiencias de discriminación y sus efectos, los resultados pueden contribuir a capacitar a profesionales de la salud para ofrecer una atención más inclusiva y libre de prejuicios. Asimismo, busca sensibilizar a distintos sectores sociales sobre la importancia de reducir las desigualdades en el acceso a la salud mental y física.

Este estudio aspira a aportar evidencia empírica que enriquezca tanto el campo de la psicología como el desarrollo de políticas públicas, cuestionando los discursos discriminatorios y proponiendo alternativas para mitigar su impacto. Con ello, se espera contribuir a una sociedad más equitativa, en la que las personas no heterosexuales puedan desarrollarse plenamente en entornos libres de prejuicios y violencia.

Para finalizar, la investigación aborda dos problemas relevantes en la actualidad, la homofobia y el consumo de drogas, por lo que se estaría cumpliendo con los puntos expuestos en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (3.5) y el Plan Nacional de Desarrollo, los cuales buscan la suma de esfuerzos para erradicar cualquier tipo de problemas relacionados u originados por la discriminación; y a su vez con lo señalado en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (10.3) donde se busca fortalecer la prevención y los tratamientos para el uso de sustancias adictivas, incluyendo el alcohol.

Antecedentes

Cuando una persona presenta poca habilidad para lidiar con los estados de ánimo negativos, como la ansiedad o el estrés, es posible que aumente el riesgo de consumir alcohol como método de afrontamiento, dado que se consumirá como una forma de poder contrarrestar las sensaciones displacenteras que ocasionan estos estados de ánimo, y este tipo de consumo puede ocasionar que la persona presente un consumo excesivo posterior (Corbin et al, 2013), de hecho, un estudio realizado en Australia con 1491 participantes observaron altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas de depresión estaban asociados con el incremento del consumo de alcohol (Stanton et al, 2020).

Se han realizado diversas investigaciones en donde se busca analizar si la relación entre el consumo de alcohol y los estados de ánimo negativos, se deben a que la persona busca consumir como un método para lidiar con estos estados; Colder et al. (2019) realizaron un estudio longitudinal de 9 años de seguimiento con el fin de determinar la relación entre los síntomas de la depresión y la ansiedad social con el consumo de alcohol como afrontamiento, y encontraron que los altos niveles de la sintomatología depresiva estaban relacionados con el consumo de alcohol como afrontamiento y problemas con la bebida, sin embargo los síntomas depresivos no se relacionan con un consumo general del alcohol. Estudios elaborados en población mexicana, también han encontrado que existen diversos factores psicológicos relacionados al consumo de alcohol como la sintomatología depresiva y ansiosa (Valarezo-Bravo et al, 2021) y el vivir eventos estresantes (Villegas-Pantoja, 2014).

La investigación elaborada por Colder et al. (2019) también halló que los altos niveles de ansiedad predecían después de un año, el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento. En estudios longitudinales, se encontraron que el consumo de alcohol de manera solitaria, se relacionaba indirectamente a un consumo posterior como estrategia de afrontamiento (Waddell et al., 2021) y que el uso de sustancias como afrontamiento, relacionaba a las variables de consumo de alcohol y depresión (Magee y Connell, 2021).

Diversas investigaciones han detectado que las estrategias de afrontamiento dirigidas a evadir la emoción o el malestar emocional causado por alguna problemática son las que más se relacionan con un consumo de alcohol (Guasti y Rodríguez, 2023; Torres, 2019). En Estados Unidos, Van Gundy et al. (2015) realizaron una investigación con un tamaño de muestra de 887 personas, con el objetivo de analizar si el estilo de afrontamiento se encontraba relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, de resultado obtuvieron que las personas con una estrategia de afrontamiento dirigida hacia la emoción presentaban una mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas, en comparación de las personas con un estilo de afrontamiento dirigido al problema.

Un estudio clave para la presente investigación, es el elaborado por Rincón y Zambrano (2017), uno de los objetivos de su investigación era conocer el tipo de estrategia de afrontamiento que emplean las personas no heterosexuales, estos investigadores hallaron que las personas con homofobia internalizada solían utilizar más estrategias de afrontamiento dirigidas hacia a la emoción en vez de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Y como se vio en párrafos anteriores, este estilo de afrontamiento se encuentra relacionado al consumo de alcohol.

Otras investigaciones que sirven como sustento para la presente investigación son las que buscan relacionar el consumo de alcohol con la homofobia, pero de acuerdo a la revisión sistemática realizada por Gilbert y Zemore (2016) sobre las evidencias del consumo de alcohol y la discriminación publicadas entre 1980 y 2015, se encontró que la mayoría de los estudios que se han publicado sobre la discriminación y el consumo de alcohol, son primeramente investigaciones enfocadas a la discriminación racial (70%), pero centrándose en los aspectos interpersonales de la discriminación. La discriminación por la orientación sexual o de género (19%) ocupa el segundo lugar, y en este tipo de discriminación se han enfocado tanto en aspectos interpersonales como internalizados.

Curry et al. (2022) realizaron una investigación en Estados Unidos para medir el consumo de alcohol dentro de la escuela, se comparó el consumo de estudiantes “blancos” con estudiantes no heterosexuales con ascendencia hispana/latina. Encontraron que los estudiantes pertenecientes a esta comunidad minoritaria eran más propensos a consumir alcohol dentro de la escuela y además presentar mayor consumo que sus contrapartes “blancas”. Un estudio longitudinal buscó examinar las asociaciones entre el estigma negativo (donde incluían también heterosexismo internalizado) de hombres jóvenes no heterosexuales “negros” y con ascendencia latina, y encontraron que las probabilidades de consumir alcohol y un consumo no saludable se encontraba relacionado a la experiencia de vivir estigma (Layland et al., 2022). Por su parte en China se realizó una investigación sobre el consumo de alcohol de hombres no heterosexuales y encontraron que personas que reportaron un historial de consumo de alcohol, era más probable que reportaran un consumo excesivo y mayor homofobia internalizada (Xu et al., 2019).

En Italia, se elaboró una investigación donde se buscaba evaluar la prevalencia del consumo excesivo de alcohol en jóvenes gays y lesbianas de acuerdo a cómo jugaba el papel del estigma sexual internalizado y la reacción de la revelación de la orientación sexual, se encontró que las personas que consumen más alcohol tuvieron reacciones negativas a la hora de revelar su orientación sexual ante los demás, que los individuos que refirieron un consumo social presentaban un menor grado de estigma internalizado y un nivel más alto reacciones positivas al momento de revelar su orientación (Baiocco, 2010).

Lewis et al. (2021) realizaron una investigación para conocer la relación entre el estrés de las minorías con el consumo de alcohol en mujeres no heterosexuales, se les pidió a las participantes que llenaran diarios durante quince días, en donde debían de señalar si se bebió o no alcohol durante el día, cuántas bebidas consumieron durante el día y si existió o no un consumo excesivo (4 o más bebidas), a su vez llenaban otro diario donde debían de responder ya sea de manera positiva o negativa si durante el día vivieron un evento negativo debido su condición de no heterosexual, también tenían que responder una escala sobre factores estresantes de las minorías sexuales. Los resultados de esta investigación revelaron que durante los días donde se experimentaron eventos estresantes por discriminación las mujeres presentaban mayor probabilidad de beber, también se encontró que las participantes bebían más y podían presentar un consumo excesivo al día siguiente de haberse presentado un evento estresante debido a su condición de no heterosexual.

Otra investigación que utilizó el método de estudio de diario fue la elaborada por Kiekenes et al. (2022), en este estudio el llenado fue realizado tanto por hombres como por mujeres no heterosexuales, se encontraron pocas asociaciones significativas entre los factores estresantes de las minorías y el consumo de alcohol, pero se halló que las experiencias diarias de ocultamiento de la identidad sexual o de género y los prejuicios recibidos debido a su orientación sexual, se asociaron con el consumo diario de alcohol.

En México, también han existido diversos esfuerzos para estudiar la homofobia internalizada, el estado de salud mental, la homofobia y el consumo de alcohol. El estudio elaborado por Valdez-Montero et al. (2018) buscó examinar el grado de homofobia internalizada en jóvenes que habitan en el norte de México, encontraron que los hombres presentan mayor homofobia internalizada que las mujeres, pero no se cuidó la orientación sexo afectiva de los participantes, debido a que la escala que utilizaron mide la homonegatividad sin importar la orientación de la persona (Valdez-Montero et al., 2018). Por lo que tal vez, estos resultados más que señalar la homofobia internalizada en los participantes, el resultado se relaciona más con el nivel de homofobia que presentan los participantes desde una perspectiva más interpersonal.

Otra investigación realizada en territorio nacional, tuvo como objetivo analizar el estado de salud mental de la población no heterosexual, encontrando que la discriminación y violencia sutil que viven estas personas se asocian a mayores niveles de estrés, menores niveles de vitalidad y hasta un mayor riesgo de ideación e intento suicida (Ortíz y Mendoza, 2020), otra investigación detectó que la discriminación causada por la homofobia, se encontraba relacionada con síntomas

depresivos y consumo de alcohol en personas mexicanas no heterosexuales (Lozano-Verduzco, 2017).

Lozano-Verduzco y del Castillo (2018) investigaron a la población de mujeres no heterosexuales y encontraron que a mayor homofobia internalizada menor felicidad y además que a mayor homofobia internalizada mayor nivel de depresión. Por lo cual, es importante comenzar a entender que la discriminación puede ocasionar que de manera indirecta una persona comience a consumir alcohol como una forma de reducir las sensaciones o estados de ánimo negativos que nacen a partir de ser discriminado. Por ejemplo, el estudio realizado por Lee (2020), encontró que la discriminación provoca mayores niveles de angustia, los cuales favorecen el consumo excesivo de alcohol que tiene repercusiones físicas (mala calidad de sueño, vómitos o lesiones provocadas por beber).

Uno de los primeros estudios elaborados en México donde se planteaba estudiar el estado de salud mental de las personas no heterosexuales y el consumo de alcohol fue elaborado por Ortiz-Hernández et al. (2009) donde se encontró que los hombres no heterosexuales presentaban mayor riesgo de tener mala salud que sus contrapartes heterosexuales, que las personas con atracción afectiva por su mismo sexo presentaban mayor riesgo de uso de tabaco (fumar 6 o más cigarrillos por día) y mayor riesgo de consumo de alcohol. A su vez, también se encontró que las mujeres no heterosexuales presentaban mayor riesgo de consumir alcohol que las mujeres heterosexuales; datos que se relacionan con lo encontrado en una investigación más contemporánea, donde se detectó que las mujeres no heterosexuales corrían mayor riesgo en presentar mayor consumo excesivo de alcohol (Hughes et al., 2020). Otra investigación más antigua, pero también con

población mexicana, obtuvo resultados similares, donde se relacionó positivamente la homofobia internalizada con el alcoholismo (Ortiz-Hernández y García-Torres, 2005).

Mendoza y Ortiz (2015) realizaron un estudio donde participaron 6581 personas no heterosexuales, el 66.95% señaló que había sufrido algún tipo de discriminación alguna vez en su vida y el 25.70% presentaron un consumo excesivo de alcohol, sin embargo, en esta investigación sólo se ofrecieron datos descriptivos, y no relacionó ninguna de las variables sobre la discriminación y consumo, por lo que no se puede plantear, al menos con este estudio, que exista una relación entre estas variables en territorio nacional.

Las investigaciones elaboradas por Valdez-Montero et al. (2020) y Ortiz-Hernández y García-Torres (2005) buscaron determinar si la homofobia internalizada se relacionaba con el consumo de alcohol y otras drogas antes de un encuentro sexual en población no heterosexual, en ambas se encontró que personas que presentaban mayor grado de homofobia internalizada tenían mayores riesgos de consumir alguna sustancia psicoactiva antes y durante del encuentro sexual.

Otra investigación realizada en México para medir el efecto de la homofobia internalizada y el consumo de alcohol fue la realizada Lozano-Verduzco (2017); en esta investigación participaron 1824 hombres no heterosexuales, de los cuales el 11.76% reportó no haber vivido discriminación alguna, respecto al consumo, el 68.5% de los participantes refieren consumir 5-6 o más bebidas alcohólicas cada ocasión que consumen; respecto a la frecuencia de consumo de 6 o más bebidas alcohólicas, el 35.8% lo hace mensualmente, el 19.3% semanalmente y el 12%

diario o casi diario. Esta investigación encontró una relación entre la variable de homofobia internalizada y el consumo de alcohol, en donde a mayor nivel de homofobia internalizada mayores niveles de consumo de alcohol, a la vez también es importante señalar que encontraron una relación positiva entre la homofobia internalizada y la depresión. Este estudio aunque resulta ser de los más cuidadosos, no consideró a las mujeres no heterosexuales para realizar la investigación, y sólo se enfocaron en las personas no heterosexuales de la Ciudad de México.

En conclusión, es crucial señalar que, hasta el momento, la dimensión de la disforia por orientación sexual ha sido sorprendentemente subexplorada en las investigaciones sobre la homofobia y el consumo de alcohol. Aunque existen estudios que examinan la homofobia, la homofobia internalizada y sus efectos en la salud mental, pocos han abordado de manera específica el componente emotivo de la disforia en este contexto. Esta falta de exploración detallada deja una brecha evidente en la comprensión integral de cómo la experiencia emocional vinculada a la orientación sexual puede influir en los patrones de consumo de alcohol en individuos no heterosexuales. Hay una necesidad de dirigir la atención hacia este aspecto menos explorado y profundizar en su conexión con la homofobia y el consumo de alcohol. Por tal motivo, la presente investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta, ¿existen diferencias en la disforia por orientación sexual, ansiedad, depresión, estrés y el consumo de alcohol según el nivel de homofobia y la orientación sexual?.

Capítulo 1. Homofobia

El término de homofobia

El primer uso del término de homofobia puede tener su origen en 1972, con la publicación del libro llamado *Society and the Healthy Homosexual* de George Weinberg, en el cual señala en un primer momento, que la homofobia puede ser concebida como el miedo de estar cerca de una persona homosexual o el autodesprecio por ser homosexual (Weinberg, 1972/2010), sin embargo, más adelante en el mismo libro, se describe que la fobia hacia las personas homosexuales funciona de manera operacional como un prejuicio, y que este puede ser ocasionado por diversos motivos como los religiosos o por sentir que las personas no heterosexuales amenazan los valores de la sociedad. En un primer momento, Weinberg señala que en la homofobia existe un miedo, pero entre más va desarrollando el término, va colocando un mayor énfasis en las actitudes prejuiciosas que ocurren debido a la homofobia, alejándose del origen semántico de la palabra.

La homofobia, de acuerdo a la etimología, está compuesta por dos raíces, el prefijo *homo-*, que proviene de la palabra griega *homos*, que se traduce como “igual” o “semejante”, y el sufijo *-fobia*, que viene de la palabra griega *phobos*, que se traduce como “miedo” o “terror”; al realizar la interpretación de homofobia, de acuerdo a su origen etimológico griego, se puede definir como el miedo hacia los iguales o a los semejantes. Y es aquí donde se encuentra la primera disyuntiva, el uso coloquial del

concepto, de manera errónea, se sobrepuso ante el significado real de la palabra homofobia.

La segunda disyuntiva aparece desde la perspectiva psicológica, de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) cuando existe una fobia, hay presencia de miedo o ansiedad intensa por un objeto o una situación en específico, por lo que una de las razones por las cuales es criticado el término de homofobia, es debido a que la sintomatología de las fobias, diverge con las características de la homofobia.

Un estudio realizado a principios de los años 80, tuvo como objetivo medir las reacciones fisiológicas de hombres con altas actitudes negativas hacia la homosexualidad (homóforos) mientras se les presentaban imágenes de actividades sexuales explícitas entre hombres homosexuales, los resultados arrojaron que no hubo reacciones fisiológicas relacionadas a las respuestas fóbicas como la aceleración del corazón (Shields y Harriman, 1984). Haaga (1991) hace una comparación entre la homofobia y las fobias comunes, relacionando a la primera con el prejuicio, dado que la emoción que emerge en la fobia es el miedo por lo que se busca evitar el estímulo, mientras la emoción que se manifiesta tanto en el prejuicio como la homofobia es el enojo por lo que se presentan actitudes hostiles hacia las personas no heterosexuales.

Por tales razones, es importante enfatizar que en vez de miedo, hay un conjunto de prejuicios, pensamientos y actitudes negativas hacia las personas homosexuales; por lo que diversos investigadores han optado por cambiar el término de homofobia por homonegatividad, haciendo referencia a los aspectos culturales negativos que se tienen hacia la homosexualidad.

Es importante señalar que el término de homofobia, parece ser que ha sufrido un proceso de resemantización, dado que diversas organizaciones sociales y políticas, cuando se hace mención del concepto, se dejan de lado las connotaciones semánticas, un ejemplo de ello es la definición que realiza la Organización Panamericana de la Salud (2009), donde define a la homofobia como el estigma, la discriminación y la violencia contra las personas no heterosexuales, a su vez, la Real Academia Española define a la homofobia como la aversión hacia la homosexualidad o hacia las personas homosexuales. En ambas definiciones, se aleja del origen semántico de la palabra, y se asocia a las actitudes de rechazo hacia las personas no heterosexuales.

Resumiendo, la principal crítica al concepto de homofobia es por su origen etimológico, pero en la actualidad, el término se usa tanto de manera coloquial como académico para señalar las actitudes negativas (cognitivas, emocionales y conductuales) que sufren las personas no heterosexuales tanto por parte de miembros como organismos de la sociedad. Es por ello, que en la práctica, la homofobia y la homonegatividad, hacen referencia a la misma condición, que es la discriminación hacia una persona por su orientación sexual.

La discriminación

Estereotipo y prejuicio

Antes de hablar sobre la discriminación, resulta importante señalar la relevancia de dos conceptos que pueden impactar para que una persona llegue a discriminar a otra, estos conceptos son el de estereotipo y el de prejuicio.

Los estereotipos son creencias de carácter popular sobre los atributos que caracterizan a un grupo o colectivo de personas y que además existe un acuerdo sustancial sobre la creencia de los atributos (Mackie, 1973), es decir, son las creencias que se tienen sobre un grupo y que de manera general estas creencias son compartidas por gran parte de la población; Dovidio et al. (1986) mencionan que los estereotipos funcionan como estructuras cognitivas que median el procesamiento de la información involucrada en la percepción de las personas, por tal motivo, Tajfel (1984) hace mención que los estereotipos son el resultado de un proceso de categorización. De acuerdo a González (1997, pp 81) los estereotipos presentan 3 características generales;

1. Proviene de la religión, la educación o los medios de comunicación,
2. se dan en un contexto de relación mayorías-minorías y,
3. son generadores de actitudes asociadas al etnocentrismo y xenofobia.

Los estereotipos no son considerados como positivos ni como negativos, ya que sólo hacen referencia al proceso cognitivo de categorización de los grupos, a diferencia de los prejuicios. Allport (1954), en su libro "la naturaleza del prejuicio", define al prejuicio como la actitud hostil hacia una persona que pertenece a un

grupo, ya que se tiene la creencia que esta persona posee las cualidades objetables (negativas) que se le atribuyen a ese grupo, además esta creencia se apoya por una generalización imperfecta e inflexible, asimismo, esta actitud tanto puede sentirse o pensarse como expresarse. Como cualquier actitud, el prejuicio se encuentra conformada por elementos cognitivos, afectivos y conductuales. Es importante recalcar que, los pre-juicios se consideran prejuicios cuando no existe una reconsideración o reversión (cambiar o rectificar un prejuicio) bajo la acción de conocimientos nuevos, dado que el prejuicio se resiste activamente a toda aquella evidencia que pueda perturbarlo, por lo que un pre-juicio puede discutirse y rectificarse sin una resistencia emocional a diferencia del prejuicio (Allport, 1954).

En este mismo libro, se señala que las actitudes negativas pueden presentarse mediante diversas acciones, desde la menos a la más energética, estas acciones o expresiones del prejuicio, pueden catalogarse en cinco grados:

1. Hablar mal sobre los miembros de un grupo,
2. Evitar el contacto con los miembros de un grupo,
3. Discriminar a los individuos pertenecientes a un grupo,
4. Atacar físicamente a personas pertenecientes a un grupo y,
5. Exterminar a los miembros de un grupo.

Es importante señalar que Allport aborda principalmente el prejuicio manifiesto o explícito, es decir, aquellas actitudes prejuiciosas que se realizan de manera abierta y consciente, por lo que algunos investigadores como Pettigrew y Meertens (1995) y McConahay (1986), han comenzado a estudiar las nuevas formas de expresión del prejuicio, dado que desde hace bastantes años tener una

actitud negativa u hostil tan abierta hacia un grupo puede considerarse como socialmente inaceptable.

Pettigrew y Meertens (1995) consideran que existe dos clases de prejuicios, los manifiestos como los señala Allport y los sutiles, estos últimos presentan tres características;

1. Existe una defensa hacia los valores tradicionales, es decir, las personas promueven la defensa de los valores/creencias tradicionales en la sociedad y se cree que los individuos del exogrupo afectan a los valores tradicionales.
2. Hay una exageración en las diferencias culturales, es decir, las personas exageran o enfatizan las diferencias de los valores con el otro grupo, se perciben como personas totalmente diferentes.
3. Se presenta una negación de las emociones positivas, es decir, las personas no admiten tener sentimientos negativos hacia el exogrupo, sin embargo, hay una resistencia a presentar sentimientos positivos dado que se cree que los individuos pertenecientes al exogrupo no pueden poseer cualidades positivas.

Ambos tipos de prejuicio, por sus características preceden a la discriminación, ya que cuando se poseen prejuicios hacia un grupo en particular, puede aumentar la posibilidad de actuar de manera discriminatoria hacia los miembros de ese grupo, puesto que ese grupo social es valorado negativamente.

Alises (2022) realizó un recopilado de prejuicios hacia la población no heterosexual, en donde se destacan diversas creencias como que la

homosexualidad es una enfermedad y por ende, se puede curar; la homosexualidad es antinatural; las personas no heterosexuales no pueden tener relaciones sentimentales estables; las parejas del mismo sexo una persona hace la función de mujer y otra de hombre; todas las lesbianas son masculinas y todos los gays son femeninos; los gays se sienten atraídos por todos los hombres y las lesbianas por todas las mujeres; las personas bisexuales son promiscuas, etc.

Es relevante señalar que culturalmente se ha postulado que lo “normal” es sentir atracción por personas del sexo opuesto, por lo que atentar con estos valores culturalmente tradicionales puede favorecer que las personas que salgan de esta normativa sean víctimas del prejuicio y esto a su vez, que sean víctimas de diversas discriminaciones.

Discriminación

En el diccionario de la Real Academia Española (RAE) se presentan dos acepciones de la palabra discriminar. La primera es “seleccionar excluyendo” y la segunda es “dar trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etc.”; de acuerdo a Rodríguez-Zepeda (2006), la primera definición no hace referencia a un acto peyorativo o negativo, ya que sólo da una idea de separar o distinguir, por otro lado, en la segunda acepción, sí se hace un énfasis a un acto peyorativo, debido a que presenta componentes tanto políticos como sociales en el hecho de tratar a una persona de manera desigual por motivos físicos y culturales, en donde este trato desigual se da a través de una relación asimétrica entre personas.

Con base a La Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, la discriminación se define como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades” (pp 1). Esta amplia definición, elaborada por el Congreso, aborda diversas formas de discriminación, incluida la homofobia. Esta definición ayuda a comprender operacionalmente el concepto de discriminación, ya que no solo identifica actos discriminatorios evidentes, sino que también reconoce las acciones sutiles que pueden tener un impacto significativo en el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos y libertades de este grupo social.

La inclusión de la homofobia como una forma de discriminación señala la importancia de reconocer las diversas maneras en las que se puede manifestar el prejuicio hacia las personas no heterosexuales. La falta de igualdad de oportunidades sociales y económicas, así como la presencia de la violencia sistémica puede afectar el bienestar general y la salud, tanto física como mental de aquellas personas que de manera constante experimentan discriminación, de hecho, vivir experiencias de discriminación se ha relacionado con diversas afectaciones psicológicas como la ansiedad y depresión (Raj et al., 2023).

Clases de discriminación

La clasificación de la discriminación se puede dividir en dos aspectos importantes. El primero responde a la pregunta hacia dónde se dirige la discriminación, y el segundo aspecto responde al cómo se manifiesta la discriminación.

Referente a las formas de manifestarse, se pueden destacar tres tipos distintos; en primer lugar, la discriminación directa, esta se manifiesta cuando una persona es tratada de manera desigual, perjudicial y menos favorable debido a una característica específica; esta persona, a causa de esta particularidad, experimenta un trato explícitamente diferente en comparación con otra en una situación análoga, evidenciando así una forma de discriminación abierta y clara (Alises, 2022; Salomé, 2017), por ejemplo, negar la atención psicológica a una persona por no ser heterosexual. La segunda forma de manifestarse la discriminación puede ser de manera indirecta, esta ocurre cuando se trata a una persona de manera diferente debido a una práctica, política o criterio aparentemente neutro. Sin embargo, esta forma de actuar aparentemente neutra tiene un impacto perjudicial, desventajoso y excluyente para la persona discriminada; en un principio no busca hacer un daño directo a los intereses de un individuo y puede manifestarse de manera sutil o sin ser intencional (Alises, 2022; Betrián, 2021; Salomé, 2017), por ejemplo, establecer como requisito el estar casado para ascender en un puesto laboral en un país donde el matrimonio igualitario no está permitido.

La tercera forma en que puede manifestarse la discriminación es la intrapersonal, donde una persona internaliza y acepta creencias o ideas discriminatorias sobre el grupo social al que pertenece. Estas creencias se

incorporan en su sistema de creencias, lo que puede afectar negativamente su autoimagen y autoestima.

Discriminación hacia personas no heterosexuales

La discriminación hacia las personas no heterosexuales, de acuerdo a Herek (1988) puede tener su base en la religiosidad, la adherencia a las ideologías tradicionales sobre la familia y el género, la percepción de que las amistades presenten las mismas actitudes ante la homosexualidad, y las interacciones que se hayan tenido previamente con las personas no heterosexuales. De hecho, se ha encontrado que altos niveles de creencias religiosas y pensar que la homosexualidad es una elección se relaciona con tener mayores actitudes negativas hacia las personas homosexuales (Costa et al, 2018, Malcomson et al., 2006). La pertenencia de una persona no heterosexual a un entorno socioculturalmente homofóbico puede llevar a la internalización de sistemas de creencias cargados de prejuicios inherentes a su grupo social. Esta internalización puede generar un malestar emocional, ya que estas creencias pueden impactar en la forma en que la persona percibe y experimenta su orientación sexual.

Saussure (1916), señala que el signo lingüístico está compuesto por un significante y un significado, donde el primero se refiere a la forma física o sonora de una palabra, y el segundo hace referencia al concepto o idea que se tiene acerca de la palabra, es decir, aquella imagen o idea mental que se activa cuando se lee, se escucha o se piensa en la palabra. Esta teoría podría ayudar a la comprensión de cómo las palabras asociadas a la no heterosexualidad se encuentran cargadas de connotaciones negativas, por lo tanto, una persona no heterosexual al

autoidentificarse como homosexual o bisexual, puede asociarlo con ideas estigmatizadas y prejuiciosas, lo que podría afectar su autoimagen.

Saussure (1916) no se centró en los aspectos afectivos del significado de la palabra, es crucial destacar que el significado de la palabra puede presentar asociaciones emocionales por lo que sí culturalmente, a la no heterosexualidad se le ha cargado de ideas prejuiciosas, puede inferirse que algunas personas no heterosexuales al concebirse como tal, presenten emociones negativas frecuentes y un malestar permanente derivado del autoconcepto, ya que la carga afectiva de las palabras va a estar vinculada al contexto cultural y las experiencias personales de la persona. La teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957), por su parte, puede contribuir a dar mejor respuesta a esta complejidad de las ideas mentales y la autoimagen.

Disonancia cognitiva

La disonancia cognitiva es un concepto psicológico desarrollado por Leon Festinger, que describe el estado de tensión, incomodidad o malestar que se produce cuando una persona tiene simultáneamente cogniciones que son contradictorias o incongruentes entre sí (Festinger, 1957). Según Festinger, la cognición es el conocimiento, la opinión o la creencia sobre el entorno, sobre sí mismo o sobre el propio comportamiento.

En el contexto de la orientación sexual y la homofobia, la disonancia cognitiva podría desempeñar un papel importante en la génesis y mantenimiento del malestar emocional. La disonancia cognitiva se podría manifestar cuando las personas experimentan un conflicto entre su orientación sexual y las creencias homofóbicas

que han internalizado o que predominan en su entorno. Por ejemplo, una persona que se siente atraída por individuos del mismo sexo, pero ha sido socializada en un entorno que rechaza la homosexualidad podría experimentar una fuerte disonancia cognitiva. Las cogniciones conflictivas en este caso serían la autopercepción de la propia orientación sexual y las creencias negativas sobre esa orientación.

Homofobia internalizada y malestar emocional

La homofobia internalizada se define como la aceptación de premisas y creencias negativas sobre la homosexualidad (Lozano-Verduzco, 2017) y la interiorización de dichos dictados homofóbicos por parte de una persona no heterosexual (Laguna-Maqueda, 2017). Este fenómeno puede ser dañino, ya que puede crear un conflicto interno, es decir, una disonancia cognitiva significativa. La interiorización del discurso homofóbico puede influir en la aparición de problemas de salud mental como ansiedad y depresión (Gómez et al., 2021; Walch et al., 2016; Meyer, 2003), además de disminuir la autoestima (Ingoglia et al., 2020) y la satisfacción con la vida (Gómez et al., 2021).

Cuando las creencias y valores internalizados no coinciden con la orientación sexual del individuo, la disonancia cognitiva se intensifica, lo que lleva a una mayor necesidad de resolver este conflicto interno. Las personas suelen emplear diversas estrategias de afrontamiento para manejar el malestar emocional derivado de la disonancia cognitiva, y es cuando el consumo de alcohol puede convertirse en una estrategia de afrontamiento para manejar el malestar emocional asociado con la homofobia internalizada, de hecho, diversos estudios en México han relacionado la presencia de este tipo de homofobia con el consumo de alcohol (Valdez-Montero et al., 2020, Ortiz-Hernández, García-Torres, 2005 y Lozano-Verduzco, 2017).

Capítulo 2. Malestar psicológico

El malestar psicológico se refiere a un estado emocional que se caracteriza por la presencia de síntomas como estrés, ansiedad y depresión. Estos síntomas suelen surgir en respuesta a situaciones estresantes personales o sociales, conflictos internos, experiencias discriminatorias u otras fuentes de adversidad, impactando negativamente en el bienestar de la persona (Wheaton, 2007; Mirowsky y Ross, 2002).

Estrés

El estrés es un proceso psicológico y fisiológico, que incluye la activación del sistema nervioso autónomo y endocrino, surge ante desafíos y demandas tanto externas como internas que son percibidas como amenazantes o desafiantes (estresores), lo que genera un estado de tensión física y emocional debido a que la persona siente que no cuenta con los recursos emocionales, cognitivos, físicos o sociales suficientes para enfrentarlas (Lazarus y Folkman, 1984b; McEwen, 2000; Cohen, et al., 1997; Lazarus, 1993; Selye, 1974).

Herman y Cullinan (1997) mencionan que el proceso de activación neuronal ante estrés comienza cuando diversas áreas del cerebro como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal realizan una evaluación de los estímulos estresores (físicos o psicológicos), la información evaluada se envía al núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo para activar el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) con el fin de liberar la hormona de corticotropina (CRH), y está a su vez, estimule la glándula pituitaria anterior para que provoque la liberación de glucocorticoides, como el cortisol, desde la corteza adrenal. Finalmente, cuando el

estresor desaparece, el hipocampo regula la desactivación del eje HPA, enviando señales al hipotálamo para detener la producción de cortisol y restablecer el equilibrio del organismo, es importante señalar que en condiciones de estrés prolongado el hipotálamo puede verse afectado y reducir su capacidad de regulación (Arnsten, 2009).

La liberación del cortisol, provoca una serie de respuestas fisiológicas que preparan al organismo para enfrentar el estrés, entre ellas, aumenta los niveles de glucosa en la sangre, modula el sistema inmunológico y provoca cambios en la función cardiovascular, por lo que el estrés prolongado puede afectar el sistema inmune y cardiovascular, además de dañar diversas áreas del tejido cerebral como el hipotálamo y la corteza prefrontal (Arnsten, 2009; McEwen, 2007).

El estrés puede ser de diversos tipos según su duración e intensidad. El estrés agudo es el tipo más común y ocurre en situaciones que exigen una respuesta rápida por parte del individuo, requiriendo su atención y esfuerzo de forma inmediata (McEwen, 2007), este tipo de estrés puede manifestarse por palpitaciones, sudoración, sequedad de boca, dificultad para respirar, inquietud, habla acelerada, aumento de emociones negativas y mayor duración de la fatiga por estrés (APA, 2018).

El estrés agudo puede clasificarse en positivo, conocido como eustrés, o negativo, llamado distrés. El eustrés se produce cuando el organismo se activa para enfrentar desafíos que requieren un esfuerzo adicional, lo que mejora el rendimiento y la adaptación; por otro lado, el distrés surge cuando las demandas son percibidas como amenazantes o abrumadoras, lo que genera una respuesta de tensión que

puede afectar negativamente al bienestar (Selye, 1976). El estrés agudo desaparece una vez que la situación estresante ha sido resuelta.

El estrés crónico se produce cuando el individuo está expuesto a estresores constantes y prolongados. Este tipo de estrés surge en situaciones de vida difíciles o incontrolables que no pueden resolverse rápidamente y puede persistir durante un largo periodo de tiempo (McEwen, 2004). Este estrés crónico tiene consecuencias negativas en la salud física y mental, ya que puede aumentar el riesgo de problemas cardiovasculares y debilitar del sistema inmune (McEwen, 2006).

Es importante señalar que el estrés no afecta de manera uniforme a todas las personas. Factores individuales como la personalidad, el nivel de resiliencia y los recursos de afrontamiento juegan un papel crucial en la respuesta al estrés. El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984a) sugiere que la evaluación cognitiva del evento estresante (es decir, cómo la persona interpreta la situación) y los recursos percibidos para enfrentarlo determinan si el estrés será una experiencia adaptativa o desbordante. Aquellas personas con mayor resiliencia emocional tienden a interpretar los estresores como retos más que como amenazas, lo que les permite afrontar de manera más efectiva las demandas de su entorno (Smith et al., 2013).

En contextos sociales, el estrés puede ser exacerbado por factores externos como la discriminación y las desigualdades estructurales. Las personas que enfrentan estigmatización crónica debido a su orientación sexual, etnia o género experimentan una carga adicional de estrés que no solo afecta su salud mental, sino también su calidad de vida. Este tipo de estrés se conoce como "estrés de minorías"

y está documentado como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009).

Según el Modelo de Estrés de Minorías, propuesto por Meyer (2003), el estrés relacionado con la orientación sexual proviene de diversas fuentes, como la exposición a actitudes homofóbicas, la posibilidad de ser rechazado o agredido, y el esfuerzo de ocultar la propia orientación sexual para evitar dicho rechazo.

Además, el estrés también puede surgir de microagresiones, que son comentarios o acciones cotidianas que refuerzan el estigma hacia las personas no heterosexuales. Estas microagresiones, aunque sutiles, tienen un impacto acumulativo que aumenta el malestar psicológico (Nadal et al., 2011). Las personas que enfrentan esta forma de estrés crónico suelen tener menos recursos emocionales y sociales para enfrentarlo, lo que las coloca en una situación de vulnerabilidad constante (Meyer, 2003).

Vivir constantemente con estrés puede amplificar la vulnerabilidad de presentar y problemas de salud mental como la ansiedad y depresión (Miller, Chen, y Zhou, 2007; Qi et al., 2021, Cohen et al., 2015).

Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional compleja que aparece cuando se percibe una amenaza, incertidumbre o peligro, ya sea real o anticipado (Barlow, 2002; Beck y Emery, 1985). Esta respuesta se manifiesta a nivel fisiológico, cognitivo y conductual, activando el sistema nervioso autónomo y provocando síntomas físicos como incremento del ritmo cardíaco, sudoración, temblores, tensión muscular y variaciones en la presión arterial (Craske et al., 2017). En el plano cognitivo, la ansiedad se refleja en pensamientos de preocupación, nerviosismo y anticipación negativa hacia eventos futuros (Craske et al., 2017; Barlow, 2002). En cuanto a la conducta, puede motivar la evitación de situaciones que se perciben como amenazantes (Barlow, 2002; Beck y Emery, 1985).

Aunque en niveles moderados la ansiedad puede ser adaptativa al preparar al individuo para enfrentar desafíos o peligros, se convierte en un problema cuando es excesiva, persistente o crónica, interfiriendo en el bienestar y el funcionamiento diario (Stein y Sareen, 2015). En estos casos, la ansiedad excesiva se asocia con trastornos mentales, como el trastorno de ansiedad generalizada, y puede intensificar el malestar emocional (Sánchez-García et al., 2023; Barlow, 2002).

La ansiedad y el estrés comparten mecanismos neurofisiológicos que preparan al organismo para enfrentar situaciones percibidas como amenazantes; sin embargo, se diferencian en su origen y duración. El estrés suele estar relacionado con un estímulo externo identificable, mientras que en la ansiedad el desencadenante no siempre es claro, ya que está motivado por preocupaciones internas sobre eventos que podrían o no ocurrir en el futuro (LeDoux, 2000).

Además, las respuestas suelen ser desproporcionadas, incluso en ausencia de una amenaza real. Esta ambigüedad dificulta el manejo de la ansiedad, ya que la persona puede tener problemas para identificar la causa específica, lo que complica su gestión. En cuanto a la duración, el estrés tiende a desaparecer una vez que el estímulo estresante se ha resuelto, mientras que la ansiedad suele ser más persistente (APA, 2013).

Una de sus principales características de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria: mientras el miedo responde a amenazas inmediatas, la ansiedad anticipa peligros futuros, incluso indefinidos, lo que activa de manera prolongada el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (LeDoux y Pine, 2016). Esta anticipación lleva a una preocupación excesiva por peligros improbables, lo que interfiere en las actividades diarias y afecta el sueño y las relaciones personales (APA, 2013). Además, los síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y tensión muscular pueden aparecer sin un peligro real, generando un malestar significativo (Craske et al., 2017).

La evitación conductual y las distorsiones cognitivas también son características de la ansiedad. Las personas suelen evitar situaciones temidas, lo que refuerza el ciclo de ansiedad, y sus pensamientos se enfocan en los peores escenarios posibles, incrementando su malestar (Aldao et al., 2014; Hirsch y Mathews, 2012). Este trastorno afecta el rendimiento laboral, las relaciones interpersonales y la calidad de vida, y puede aumentar el riesgo de depresión y otros trastornos si no se trata (Stein y Sareen, 2015).

Uno de los modelos más influyentes en el estudio de la ansiedad es el propuesto por Spielberger (1966), quien la divide en dos dimensiones: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo.

La ansiedad estado es una condición emocional transitoria que surge en respuesta a situaciones percibidas como amenazantes y se caracteriza por sentimientos conscientes de tensión y aprensión, acompañados de una activación fisiológica que varía en intensidad según la percepción subjetiva de la amenaza (Spielberger et al., 2023; Spielberger, 1966). Este estado de ansiedad termina cuando el estímulo que provoca la respuesta ansiosa ha sido resuelto.

Por otra parte, la ansiedad como rasgo se considera una característica relativamente duradera de la personalidad que predispone a las personas a interpretar las situaciones como más amenazantes de lo que realmente son, lo que resulta en una respuesta crónica de ansiedad (Spielberger et al., 2023). A diferencia de la ansiedad como estado, que es una reacción temporal a situaciones específicas, la ansiedad rasgo se refiere a una tendencia persistente a sentir preocupación y estrés, incluso en circunstancias que no son intrínsecamente estresantes (Spielberger, 1972).

Este concepto está vinculado a las disposiciones comportamentales aprendidas, que Campbell describe como huellas de experiencias pasadas que hacen que una persona interprete el mundo de una manera particular y responda con ansiedad a ciertos estímulos (Clark y Beck, 2010).

Los individuos con niveles elevados de ansiedad rasgo suelen prever peligros o amenazas en su entorno, lo que puede provocar un malestar emocional continuo

(Clark y Beck, 2010). Esta tendencia persistente no solo impacta su bienestar emocional, sino que también se asocia con una mayor susceptibilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad (Endler y Kocovski, 2001). Además, la ansiedad rasgo puede afectar negativamente el rendimiento académico, laboral y social, ya que quienes poseen altos niveles de este rasgo suelen encontrar más dificultades para adaptarse a situaciones estresantes y mantener un rendimiento adecuado en su vida cotidiana (Clark y Beck, 2010).

La ansiedad en la población no heterosexual puede estar vinculada con el temor anticipado de ser rechazado o discriminado debido a su orientación sexual. Según Herek (2009), muchas personas no heterosexuales viven con una ansiedad constante en relación con la posibilidad de enfrentar prejuicios o violencia, ya sea en el entorno laboral, familiar o social. Esta ansiedad anticipatoria se manifiesta en un estado de alerta permanente, donde la persona espera ser juzgada negativamente o excluida, lo que a su vez intensifica su malestar psicológico. Además, la homofobia internalizada, entendida como la internalización de creencias negativas sobre la homosexualidad, contribuye al desarrollo de síntomas ansiosos, ya que el individuo se percibe a sí mismo de manera negativa y teme ser descubierto o rechazado (Igartua et al., 2003).

Esta ansiedad, que a menudo está relacionada con el temor a la revelación de la orientación sexual, puede llevar a la evitación de situaciones sociales, laborales o familiares, lo que a su vez incrementa el aislamiento y la vulnerabilidad psicológica (Meyer, 2003). Las personas que experimentan este tipo de ansiedad prolongada también tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad a largo plazo (Russell y Fish, 2016).

Depresión

De acuerdo con la APA (2013) y la OMS (2020) la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de profunda tristeza, una pérdida de interés o placer por realizar casi todas las actividades, y a su vez, puede haber otros síntomas como cambios en el apetito o el peso, problemas de sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, y posibles pensamientos suicidas durante al menos dos semanas. A su vez, Beck et al. (1979) señala que durante la depresión la persona presenta patrones de pensamientos distorsionados y negativos hacia sí misma, hacia el mundo y hacia el futuro, por lo que estas interpretaciones negativas distorsionan su realidad debido al refuerzo de los sentimientos de tristeza, desesperanza y desamparo. La OMS (2023) señala que a nivel mundial, alrededor del 3.8% de las personas alrededor sufren depresión, por otra parte en México, datos de la Secretaría de Salud (2022) refieren que la depresión tiene una prevalencia del 5.3%.

Desde un enfoque neurobiológico, la depresión implica alteraciones en los circuitos cerebrales relacionados con el estado de ánimo, afectando áreas como la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo, lo que contribuye a la incapacidad para experimentar placer (anhedonia) y a una tendencia a emociones negativas constantes (Davidson, 2000). Además, factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos intervienen en la regulación de neurotransmisores clave, como la serotonina y la dopamina (Nestler et al., 2002).

La depresión es un trastorno que afecta áreas clave del cerebro como el hipocampo y la corteza prefrontal, vinculándose con alteraciones en la plasticidad sináptica y neurogénesis. El estrés crónico y los altos niveles de glucocorticoides, como el cortisol, pueden reducir la densidad dendrítica y el crecimiento neuronal, disminuyendo la capacidad del cerebro para adaptarse y generar nuevas conexiones, lo cual se ha relacionado con síntomas depresivos (Kim y Diamond, 2002; Sapolsky, 2000; Stockmeier et al., 2004). Además, se ha observado que la reducción de la neurogénesis en el hipocampo podría ser un factor clave en el desarrollo de la depresión, ya que parece ser necesaria para la respuesta conductual a los antidepresivos en modelos animales (Duman, 2004; Santarelli et al., 2003).

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) también juega un papel crucial en la depresión. La activación prolongada del eje HPA provoca la liberación excesiva de cortisol, afectando negativamente la estructura del hipocampo y la corteza prefrontal, lo que contribuye a la disfunción en la regulación emocional y cognitiva (Malenka y Bear, 2004). Por otro lado, el sistema inmune y la inflamación también están implicados en la depresión, ya que el estrés crónico puede desencadenar respuestas inflamatorias que interfieren con la función cerebral (Duman, 2004).

La depresión es otro componente crítico del malestar psicológico en personas no heterosexuales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), las tasas de depresión son significativamente más altas en esta población debido a la exclusión social, el estigma y la discriminación. La homofobia, tanto externa como internalizada, afecta negativamente la autoestima y la percepción de valor personal,

lo que puede conducir a sentimientos de desesperanza, inutilidad y tristeza profunda (Beck et al., 1979).

En particular, la homofobia internalizada puede llevar a una autoevaluación negativa constante, lo que refuerza los patrones de pensamiento depresivo (Igartua et al., 2003). Además, las personas no heterosexuales que no cuentan con redes de apoyo adecuadas son más susceptibles a experimentar depresión, ya que la falta de aceptación social actúa como un factor de riesgo significativo (Herek, 2009).

Capítulo 3. Consumo de alcohol

Definición de Alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva que altera la cognición, la conducta y las emociones al actuar en la actividad cerebral (Carlson, 2001; Magaz, 2013; Schlesinger et al., 2017). Clasificado como una sustancia depresora, el alcohol tiene la capacidad de sedar, inducir somnolencia y promover la relajación (Roncero y Casas, 2016; Gómez-Gallego y Bandrés-Moya, 2003). Debido a estos efectos, algunas personas con dificultades emocionales pueden recurrir al consumo de alcohol como un escape momentáneo de sus preocupaciones o tensiones. De hecho, se ha encontrado que el consumo de alcohol está relacionado con problemas de salud mental (Meredith et al., 2019), ya que se utiliza como una herramienta de afrontamiento (Muñoz-García y Arellanez-Hernández, 2015).

Alcohol en el cerebro

El consumo de alcohol genera un proceso complejo de interacción en diversos sistemas neuronales, alterando la actividad de neurotransmisores y circuitos cerebrales. Estas interacciones tienen consecuencias inmediatas en la actividad neuronal, la comunicación sináptica y el equilibrio químico cerebral.

Una vez ingerido, el alcohol es absorbido principalmente en el intestino delgado y transportado por la sangre hasta el cerebro, su estructura molecular pequeña y lipofílica le permite atravesar rápidamente la barrera hematoencefálica; una vez en el cerebro, el alcohol altera la función neuronal al afectar los mecanismos de transmisión sináptica, modulando especialmente la actividad de los

neurotransmisores GABA (ácido gamma-aminobutírico) y glutamato, las interacciones con los receptores de estos neurotransmisores, pueden modificar la actividad neuronal, generando efectos como sedación, euforia y alteraciones en la coordinación motora (Zakhari, 2006).

El consumo de alcohol genera efectos significativos en diversas áreas del cerebro, generando alteraciones en la conducta, las funciones cognitivas y el desempeño motor. Estas alteraciones dependen de la región cerebral afectada, ya que el alcohol interfiere directamente con sus funciones específicas. La corteza prefrontal, el cerebelo y el hipocampo son particularmente sensibles.

La corteza prefrontal, crucial para la toma de decisiones, el juicio y el autocontrol, experimenta una disminución en su actividad funcional debido a los efectos depresores del alcohol en esta región cerebral (Fowler et al., 2014), Esta reducción de su actividad, podría explicar la tendencia de presentar comportamientos impulsivos y riesgosos (Koob y Volkow, 2016). Otra área también afectada es el cerebelo, encargado de coordinar los movimientos y mantener el equilibrio, esta área cuando se encuentra afectada por el alcohol, se manifiesta por una torpeza motora y dificultades para realizar tareas que requieren coordinación fina, incluso con niveles moderados de alcohol en la sangre (Oscar-Berman & Marinković, 2007).

Nivel de consumo de alcohol

Existen diversas clasificaciones para los niveles de consumo de alcohol, entre las que destacan dos enfoques principales. Por un lado, la clasificación basada en la cantidad de bebidas consumidas en un periodo corto de tiempo, conocida como "binge drinking" o consumo excesivo episódico, se centra en identificar episodios donde se ingieren grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión. Generalmente, esto se define como cinco o más bebidas para los hombres y cuatro o más bebidas para las mujeres, en unas pocas horas (Linden-Carmichael, et al., 2017; Bartel et al., 2017).

Por otro lado, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) utiliza el cuestionario AUDIT (Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol) para evaluar el riesgo del consumo de alcohol. Este enfoque no solo considera la cantidad de alcohol consumido, sino también los efectos negativos para la salud física, mental y social, así como la presencia de síntomas de dependencia. De esta manera, la clasificación de la OMS es más completa e integral, proporcionando una evaluación más detallada y profunda del consumo de alcohol y sus posibles consecuencias.

El cuestionario AUDIT clasifica el consumo de alcohol en tres niveles: consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia del alcohol. El consumo de riesgo implica una ingesta de alcohol que aumenta la probabilidad de experimentar consecuencias negativas tanto para el individuo como para los demás. Por otro lado, el consumo perjudicial se caracteriza por efectos adversos en la salud física, mental y social derivados del consumo de alcohol. La dependencia, a su vez, abarca

un conjunto de síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden manifestarse después de un consumo repetido de alcohol (OMS, 2001).

Cultura y consumo

El consumo de alcohol es un fenómeno complejo que está profundamente influenciado por factores socioculturales, como las normas, los valores y las expectativas de una sociedad y de hecho, en varias culturas desempeña un papel simbólico, como en rituales religiosos, celebraciones familiares y eventos comunitarios (Rondón et al., 2023); el uso de alcohol, al encontrarse muy arraigado en la vida cotidiana de muchas personas, puede ocasionar que se presente una actitud permisiva y tolerante hacia su consumo, por lo que puede dificultar la percepción del consumo problemático y favorecer a que exista un consumo temprano (Ortiz-Villalobos, 2010).

En México, el alcohol ocupa un lugar destacado en la cultura y se considera un elemento clave en las actividades recreativas dentro del entorno social y familiar, siendo este grupo social fundamental en la normalización del consumo lúdico del alcohol (Pérez-Milena et al., 2010).

Motivos de consumo de alcohol

Cox y Klinger (1988) desarrollaron un modelo teórico para explicar las razones detrás del consumo de alcohol. Propusieron que las personas beben debido a las expectativas de resultados positivos que tienen sobre su ingesta. Estas expectativas se basan en la idea de que el consumo de alcohol puede proporcionar ciertos beneficios. Por ello, los autores definieron los motivos de consumo como una

valencia hacia el refuerzo anticipado, ya sea para aumentar los afectos positivos o para reducir los negativos. Por ejemplo, una persona que experimenta disforia por orientación sexual puede beber para sentirse más relajada y aceptada en un entorno social (valencia positiva), o para aliviar sentimientos de malestar relacionados con las ideas sobre orientación sexual (valencia negativa).

El modelo de Cox y Klinger se estructura en torno a dos valencias o dimensiones principales: los motivos de mejora y los motivos de afrontamiento. Posteriormente, Cooper (1994) amplió y refinó el modelo al introducir una diferenciación basada en la fuente del refuerzo, que puede ser tanto interna (psicológica) como externa (social). En este sentido, Cooper identificó cuatro motivos para el consumo de alcohol: los motivos sociales (valencia positiva, fuente externa), los motivos de mejora (valencia positiva, fuente interna), los motivos de conformidad (valencia negativa, fuente externa) y los motivos de afrontamiento (valencia negativa, fuente interna).

El modelo de Cox y Klinger, junto con la clasificación propuesta por Cooper, proporciona un posible acercamiento para lograr comprender los motivos detrás del consumo de alcohol. Estos modelos destacan la importancia de las motivaciones tanto externas como internas. Sin embargo, la formación de estas motivaciones no ocurre de forma aislada, sino que está influenciada por una variedad de factores, incluidas las expectativas asociadas con el consumo de alcohol.

Las expectativas son complejas estructuras de pensamientos que se forman a lo largo del tiempo a partir de diversas influencias, tanto personas como sociales, que se graban en la memoria y afectan en la manera de pensar y actuar (Quigley et al., 2002). Smit et al. (2018) proponen una clasificación sobre cómo se adquieren las

expectativas hacia el consumo de alcohol, destaca dos tipos de predictores: los predictores individuales (tales como cogniciones relacionadas con el alcohol, psicopatología y factores genéticos) y los predictores ambientales (incluyendo el entorno familiar, la influencia de pares y los medios de comunicación).

Investigaciones realizadas en México han observado que las expectativas positivas relacionadas con el consumo de alcohol desempeñan un papel crucial en el nivel de consumo (Díaz-Negrete et al., 2015). Estas expectativas actúan como motivadores, influyendo en la cantidad y la frecuencia del consumo. Por otro lado, se ha encontrado que la presencia de expectativas negativas está asociada con un menor consumo de alcohol (Ahumada-Cortez et al., 2018), lo que sugiere que las percepciones sobre los efectos del alcohol pueden influir significativamente en los patrones de consumo de las personas.

Afrontamiento

El afrontamiento es uno de los conceptos claves de la Psicología, y se refiere a las habilidades tanto cognitivas como conductuales que son utilizadas para poder hacer frente y sobrellevar los eventos internos o externos que son valorados como amenazantes para el bienestar de la persona (Lazarus y Folkman, 1984a). Además, estas habilidades funcionan como una forma de poder manejar (dominar, reducir o tolerar) los problemas persona-entorno (Folkman y Lazarus, 1985). En general, las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en dos tipos; estrategias de resolución del problema o de afrontamiento dirigidas a la acción (enfocadas a manejar o alterar el problema que causa el malestar) y estrategias de regulación emocional o afrontamiento dirigidas a la emoción (enfocada a modular la respuesta emocional ante el problema). Estas últimas aparecen en mayor medida cuando el

individuo evalúa que no existe forma de poder modificar aquella situación o estímulo que le causa el malestar (Lazarus y Folkman, 1991) por lo que trata de evitar el estímulo estresante.

Principios de los motivos de afrontamiento de consumo de alcohol

Desde una perspectiva filosófica, se podría señalar que el humano por su propia naturaleza es un ser hedonista, es decir, que gran parte de sus conductas se basan en la búsqueda de las sensaciones placenteras y la evitación de todo aquello que le pueda producir displacer, malestar o dolor; y esto último se puede relacionar con el principio básico del reforzamiento negativo de Skinner, el cual sostiene que una conducta tenderá a repetirse si al realizarla tiene como consecuencia el hacer desaparecer, suspender o evitar algún estímulo que se perciba como desagradable para la persona (Skinner, 1938).

Una de las características importantes del alcohol, es que puede llegar a funcionar como un reforzador negativo (Pérez-Rial et al., 2003), es decir, la acción de consumir alcohol le puede servir a una persona para poder retirar o hacer desaparecer momentáneamente algún estímulo aversivo que esté percibiendo; por añadidura, si el alcohol está asociado a ideas culturales de alegría o felicidad, fácilmente puede aumentar el factor de riesgo para que ocurra un consumo como estrategia de afrontamiento, dado que el consumo de esta sustancia se le puede otorgar la idea de un mecanismo de escape para amortiguar las emociones negativas. Desde la perspectiva del reforzamiento negativo, el alcohol puede funcionar como un medio para reducir o eliminar el malestar emocional.

Se debe entender a la emoción negativa no dentro de una dicotomía de lo bueno y lo malo, sino como una cualidad que tiene este tipo de emoción, cuyas características producen en la persona, una necesidad de evitar sentirla (tristeza, miedo, enojo, etc.). Por lo que resulta importante recalcar que las emociones cumplen una función adaptativa en la vida de las personas dado que gracias a ellas se desencadenan una serie de respuestas conductuales que ayudan al abordaje de los problemas (Lerner et al., 2015). Por lo que se podría decir, que el consumo de alcohol como afrontamiento, en un primer momento, se puede considerar como una conducta volitiva. De acuerdo con Haggard (2019) las acciones volitivas son aquellas que se realizan para llegar a un estado deseable, dado que la persona puede buscar el alcohol ante una situación de crisis para lograr sentir una sensación de relajación o de alivio. Desde la perspectiva del reforzamiento negativo, el alcohol puede funcionar como un medio para reducir o eliminar el malestar emocional.

El modelo de motivos de consumo de alcohol de Cooper (1994), basado en el trabajo de Cox y Klinger (1988), sugiere que las personas pueden consumir alcohol para enfrentar sus emociones negativas. Los motivos de afrontamiento identificados por Cooper se alinean con las estrategias de regulación emocional descritas por (Folkman y Lazarus, 1985). Así, los individuos que experimentan homofobia internalizada o disforia por orientación sexual pueden recurrir al alcohol para aliviar temporalmente el malestar emocional asociado con su disonancia cognitiva.

Este alivio temporal puede reforzar el comportamiento de consumo de alcohol, haciendo que el individuo sea más propenso a recurrir al alcohol en situaciones futuras de estrés emocional. Este ciclo de reforzamiento negativo puede llevar al desarrollo de patrones de consumo problemático de alcohol y, potencialmente, a la dependencia.

Consumo de Alcohol y salud mental

El impacto del consumo de alcohol en la salud mental es bidireccional: mientras que las personas con ansiedad, depresión o estrés pueden recurrir al alcohol como un método de afrontamiento para aliviar sus síntomas a corto plazo (Turner et al., 2018), esta estrategia suele ser contraproducente, ya que el consumo excesivo puede agravar los trastornos de salud mental, generar dependencia y aumentar el riesgo de conductas autodestructivas (Kushner et al., 2000,). Consumir alcohol para aliviar los síntomas de depresión o ansiedad puede ofrecer un alivio temporal; sin embargo, a largo plazo, esta práctica suele derivar en una mayor dependencia y un deterioro significativo de la salud mental. El uso de sustancias psicoactivas como estrategia de afrontamiento para mitigar el malestar psicológico puede desencadenar un ciclo perjudicial de dependencia y agravamiento de los trastornos mentales (Turner et al., 2018).

El consumo crónico de alcohol está asociado con cambios neurobiológicos que afectan negativamente el funcionamiento cerebral, incluyendo alteraciones en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, lo que exacerba los síntomas depresivos y ansiosos (Koob y Volkow, 2016). Un estudio longitudinal realizado por Grant et al. (2015) encontró que el consumo excesivo de alcohol aumenta

significativamente el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, incluso cuando se controlan factores sociodemográficos y de salud inicial.

Estudios empíricos

La investigación se dividió en dos estudios:

Estudio 1: Creación y estudio psicométrico de la escala del malestar y dificultad por la orientación sexual.

Estudio 2: Análisis comparativo de la disforia por orientación sexual, malestar psicológico y motivos de consumo de alcohol según el nivel de homofobia y orientación sexual.

Estudio 1. Creación y estudio psicométrico de la escala de Disforia por Orientación Sexual

Diseño de investigación

Estudio no experimental de tipo instrumental (Montero y León, 2007). El estudio se realizó en tres fases principales:

- 1) Construcción y jueceo de los ítems
- 2) Análisis Factorial Exploratorio (AFE)
- 3) Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y pruebas de validez

En la segunda y tercera fase, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Objetivo general

Desarrollar y aportar evidencias de confiabilidad y validez de la escala de disforia por orientación sexual.

Primera fase. Construcción y jueceo de los ítems

Para la construcción de los ítems se realizó una revisión teórica de la literatura existente sobre las complejidades y malestares que enfrentan las personas no heterosexuales (Costa, et al., 2013; Colombia Diversa, 2016; Zambrano, et al. 2019). Con base en esta revisión teórica, se elaboraron 35 reactivos, los cuales se diseñaron abordar dos aspectos principales que pueden manifestarse en la disforia por orientación sexual:

- a. El conflicto interno, que incluye la disconformidad y el malestar emocional con la orientación sexual, la autenticidad, y creencias sobre el impacto de la orientación sexual en el bienestar; y
- b. El conflicto expresivo, que abarca las dificultades emocionales al expresar la orientación sexual a otros y la percepción de rechazo.

Los ítems fueron evaluados en cuanto a la claridad de su redacción y su relevancia. La claridad se midió mediante una lista de cotejo de 14 puntos, que evaluaba aspectos como el uso de un lenguaje claro sin tecnicismos, la brevedad de las frases, la medición de una sola idea por ítem y la ausencia de ambigüedades, entre otros. Cinco ítems fueron eliminados al obtener una puntuación inferior a 13 puntos. Posteriormente, se solicitó la colaboración de jueces expertos en temas relacionados con la investigación para evaluar la relevancia de los ítems. Cada ítem fue calificado en una escala de 1 a 5, y estas calificaciones se registraron en una hoja de Excel para calcular el coeficiente V de Aiken, utilizando un punto de corte mínimo de 0.7, siguiendo las recomendaciones de Charter (2003) y Merino Soto y Segovia (2009), quienes señalan que valores inferiores a 0.70 no son adecuados para la validación de ítems.

Segunda fase. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Participantes

370 jóvenes y adultos mexicanos ($M = 29.79$ años, $DE = 10.24$), de los cuales el 58.92% (218, $M = 30.67$, $DE = 10.48$) fueron hombres, el 39.19% (145, $M = 28.73$, $DE = 9.84$) mujeres, y el resto, el 1.89% (7, $M = 24.28$, $DE = 7.91$) prefirieron no revelar su sexo. El 13.78% (51) refirió tener estudios de posgrado, el 69.73% (258) de licenciatura, el 14.32% (53) de preparatoria, el 1.89% (7) de secundaria y el 0.27% (1) de primaria. 128 (34.59%) personas señalaron ser totalmente heterosexuales.

Procedimiento

El cuestionario se digitalizó a través de la plataforma Forms de Google. Se compartió el enlace a través de la técnica de bola de nieve. En el formulario se redactaron los puntos claves del consentimiento informado, para que los participantes pudieran leer de manera resumida el consentimiento. Se garantizó la confidencialidad de los datos, asegurando que las respuestas fueran anónimas y utilizadas exclusivamente con fines de investigación. El formulario tenía una duración aproximada de 12 min.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con JASP v.0.18.1. Se realizaron estadísticos descriptivos para evaluar la media, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis de las variables. Se utilizó un punto de corte de ± 3.0 para la asimetría y de ± 8.0 para la curtosis, siguiendo las recomendaciones de Kline (2016), quien señala que valores superiores a estos límites indican una desviación severa de la normalidad. Estos criterios se aplicaron para identificar y tratar ítems problemáticos que podrían comprometer la validez del análisis factorial.

Los resultados del contraste de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 7089.934$, $gl = 171.000$, $p < .001$) y del índice KMO (0.960) indicaron una alta adecuación de los datos para el análisis factorial. Se eligió la factorización de mínimo cuadrados ponderados y la rotación oblicua Oblimin, porque el contraste de normalidad multivariante de Mardia indicó una desviación significativa de la normalidad (asimetría: $p < .001$, curtosis: $p < .001$), lo que sugiere que los datos no siguen una distribución normal multivariante. Dado que el método de Máxima Verosimilitud asume normalidad, se consideró más adecuado utilizar la factorización de mínimo cuadrados ponderados, la cual es robusta ante violaciones de esta suposición.

En cuanto a la rotación, se optó por la rotación oblicua Oblimin debido a la posibilidad de que los factores estuvieran correlacionados, conforme a la teoría subyacente del modelo. Por consiguiente, la combinación de mínimo cuadrados ponderados y rotación oblimin fueron seleccionadas para garantizar una

interpretación robusta y teóricamente válida de los factores extraídos. El punto de corte establecido para las cargas factoriales fue fijado en valores inferiores a .400.

Se siguió el enfoque de generación de modelos propuesto por Jöreskog (1993), que consiste en ajustar y modificar el modelo inicial cuando no se obtienen buenos ajustes, hasta alcanzar un modelo que cumpla con tres criterios importantes: coherencia teórica, simplicidad y buen ajuste a los datos. Por ello, se utilizó un método secuencial que combinó el análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). Este enfoque permitió refinar el modelo mediante el ajuste de las cargas cruzadas y la covarianza de errores, siguiendo los índices de modificación (Byrne, 2010). Además, como señala Hair et al. (2010), el análisis factorial no solo es útil para evaluar la estructura subyacente de los datos, sino también como una herramienta para la reducción de datos, permitiendo simplificar la información al retener sólo los ítems más relevantes. Para determinar si un modelo es aceptable o bueno, se usaron los criterios que aparecen en la tabla 1.2.0.

Tabla 1.2.0. Puntuaciones esperadas de los índices de bondad de ajuste

Índices de ajuste		
	Modelo Aceptable	Modelo Bueno
CFI	> .90	> .95
NFI	> .90	> .95
TLI	> .90	> .95
CFI	> .90	> .95
SRMR	< .08	< .05
RMSEA	< .08	< .05
X ² /GL		≤ 3
PNFI	> 0.6	> 0.7
Confiabilidad		> 0.7

Nota: Tabla de creación propia a partir de los datos sugeridos por Bentler (1990), Hair et al., (1999), Hu y Bentler (1999) y Mulaik et al., (1989)

Tercera fase. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y prueba de validez

Participantes

Para el AFC participaron voluntariamente 300 jóvenes y adultos mexicanos (M= 29.81 años, DE= 10.03), de los cuales el 58% (174, M= 30.17 años, DE= 9.39) fueron hombres, el 39.33% (118, M= 29.12 años, DE= 10.61) mujeres, y el resto, el 2.67% (8, M= 32.25 años, DE= 14.68) prefirieron no revelar su sexo. El 11.33% (34) refirió tener estudios de posgrado, el 73.33% (220) de licenciatura, el 13% (39) de preparatoria, y el 2.33% (7) de secundaria 75 (25%) personas señalaron ser totalmente heterosexuales. Para las pruebas de validez participaron 172 personas, de las cuales el 63.37% (109, M= 28.789 años, DE= 6.489) fueron hombres, el 33.72% (58, M= 27.017 años, DE= 8.160) mujeres, y el resto, el 2.91% (5, M= 25, DE= 6.442) prefirieron no revelar su sexo. 145 personas refirieron ser no totalmente heterosexuales (84.30%).

Materiales e instrumentos

Escala Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), creada por Lovibond y Lovibond (1995) y validada en México por Gurrola-Peña et al. (2006), la escala consta de 21 ítems tipo Likert y se divide en tres subescalas: estrés ($\alpha = 0.79$, varianza explicada = 10.8%), ansiedad ($\alpha = 0.76$, varianza explicada = 5.2%) y depresión ($\alpha = 0.81$, varianza explicada = 30.6%). En conjunto, la escala completa tiene un alfa de Cronbach de 0.86 y una varianza explicada del 46.64% en población mexicana.

Escala de Disforia por orientación sexual, instrumento de tipo Likert de 5 puntos que mide disforia por orientación. Está compuesto por dos factores, el primer factor de 11 reactivos, llamado como disforia expresiva de la orientación sexual (malestar emocional que resulta al tener que expresar la orientación sexual a otros), y el segundo factor de 5 reactivos, nombrado como disforia autopercebida de la orientación sexual (emociones e ideas negativas hacia la propia orientación sexual).

Procedimiento

El cuestionario se digitalizó a través de la plataforma Forms de Google. Se compartió el enlace a través de la técnica de bola de nieve. En el formulario se redactaron los puntos claves del consentimiento informado, para que los participantes pudieran leer de manera resumida el consentimiento. El formulario tenía una duración aproximada de 10 min.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con JASP v.0.18.1. Se evaluaron los índices de bondad de ajuste para asegurar que el modelo se ajustara adecuadamente a los datos. Para el análisis, se utilizó el método de estimación de Diagonally Weighted Least Squares (DWLS), el cual es apropiado para las características de los datos. Este método es especialmente adecuado para variables categóricas u ordinales y para datos que no cumplen con el supuesto de normalidad multivariada, garantizando estimaciones más robustas bajo estas condiciones.

El ajuste de modelo se evaluó tomando como base varios índices estándar, Índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonett (NFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Índice de Ajuste Comparativo (CFI), Raíz del error cuadrado medio estandarizado

(SRMR), Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), Índice de ajuste normalizado de parsimonia (PNFI), el chi-cuadrado dividido por los grados de libertad y confiabilidad. Para determinar si el modelo cumple con los requisitos, se usaron los criterios que aparecen en la tabla 1.2.0.

La fiabilidad de la escala de disforia por orientación sexual se evaluó mediante los coeficientes de Cronbach y McDonald. Se utilizaron las subescalas de estrés, ansiedad y depresión del Dass-21 para evaluar la validez convergente con la escala de disforia por orientación. Se realizaron las pruebas de Shapiro-Wilk para evaluar el supuesto de normalidad bivariada entre las variables ($p < 0.05$) y la normalidad multivariada, ($p < 0.05$) encontrando que los datos no cumplen con los supuestos de normalidad. Dado que las variables no cumplen con los supuestos de normalidad, se decidió utilizar la correlación de Spearman, una prueba no paramétrica apropiada para datos que no siguen una distribución normal.

Resultados. Estudio 1

Primera fase. Construcción y jueceo de los ítems

Tras el análisis de los jueces expertos obtenidos con el coeficiente V de Aiken, se eliminaron ocho ítems que no cumplieron con las calificaciones mínimas requeridas. Los 27 ítems restantes obtuvieron un puntaje V de Aiken por encima de 0.70, una media de puntuación de los jueces que oscilaron del 3.80 al 5 (Tabla 1.1.1).

Tabla 1.1.1. Evaluación V de Aiken

Reactivos	Media	V de Aiken	V Aiken Dimensión	Reactivos	Media	V de Aiken	V Aiken Dimensión
1	4,80	0,95	0,90	14	4,60	0,90	0,90
2	5,00	1,00		15	4,60	0,90	
3	4,60	0,90		16	4,20	0,80	
4	4,40	0,85		17	3,80	0,70	
5	5,00	1,00		18	4,60	0,90	
6	4,00	0,75		19	3,80	0,70	
7	5,00	1,00		20	4,60	0,90	
8	5,00	1,00		21	4,60	0,90	
9	4,00	0,75		22	4,40	0,85	
10	4,60	0,90		23	4,60	0,90	
11	4,00	0,75		24	4,00	0,75	
12	4,40	0,85		25	4,60	0,90	
13	4,60	0,90		26	3,80	0,70	
				27	4,20	0,80	

Nota: creación propia.

El cuestionario al finalizar la primera fase presentó un total de 27 ítems, divididos en dos dimensiones. La primera dimensión llamada disforia expresiva de la orientación sexual, compuesta con 13 reactivos que reflejan aquel malestar emocional que resulta al tener que expresar la orientación sexual a otras personas,

y la segunda dimensión nombrada disforia autopercebida de la orientación sexual, compuesta de 14 ítems relacionados con emociones e ideas negativas hacia la propia orientación sexual (tabla 1.1.2).

Tabla 1.1.2. Concentrado de ítems al finalizar jueceo

Dimensión	Número	Ítems
1. Disforia expresiva de la orientación sexual	1	Siento vergüenza cuando expreso mi orientación sexual a otros.
	2	Siento miedo al hablar sobre mi orientación sexual con otras personas.
	3	Me preocupa lo que piensen los demás acerca de mi orientación sexual.
	4	Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual con familiares.
	5	Me siento juzgado por mi orientación sexual.
	6	Me siento incómodo al hablar sobre mi orientación sexual.
	7	Me preocupa que otros me rechacen debido a mi orientación sexual.
	8	Evito hablar sobre mi orientación sexual para evitar conflictos.
	9	Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual.
	10	Tengo dificultades para aceptar públicamente mi orientación sexual.
	11	Tengo temor de ser rechazado debido a mi orientación sexual.
	12	Tengo miedo de expresar abiertamente mi orientación sexual en mi entorno laboral/escolar.
	13	Tengo temor de ser rechazado por mi orientación sexual en entornos religiosos.
2. Disforia autopercebida de la orientación sexual	14	Me siento avergonzado por mi orientación sexual.
	15	Deseo tener otra orientación sexual diferente a la mía.
	16	Siento que mi orientación sexual me impide ser feliz.
	17	Experimento presión para ocultar mi orientación sexual.
	18	Tengo miedo de mi propia orientación sexual.
	19	Experimento tristeza debido a mi orientación sexual.
	20	Tengo dificultades para aceptar mi orientación sexual.
	21	Siento que mi orientación sexual afecta mi nivel de felicidad.
	22	Siento culpa por mi orientación sexual.
	23	Siento que mi orientación sexual afecta mi autoestima.
	24	Experimento soledad debido a mi orientación sexual.
	25	Experimento enojo debido a mi orientación sexual.
	26	Siento que mi orientación sexual impacta mi calidad de vida.
	27	Siento que mi orientación sexual ha causado dificultades en mi vida amorosa.

Nota: creación propia.

Segunda fase. Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Previo a realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se llevaron a cabo análisis descriptivos para evaluar las propiedades estadísticas de los ítems, considerando la media, desviación estándar, asimetría y curtosis (ver Tabla 1.2.1). Los ítems 14, 15, 18, 22 y 25 fueron eliminados al exceder los puntos de corte recomendados de 3 para asimetría y 8 para curtosis. Si bien estas métricas no garantizan la ausencia total de desviación, su uso permite reducir casos de desviación severa que podrían distorsionar los resultados del análisis factorial. Asimismo, los ítems 20, 21 y 23 se eliminaron al encontrarse muy próximos a estos puntos de corte, lo que podría haber representado un riesgo adicional de sesgo. Estas decisiones buscan maximizar la calidad de los datos y la validez del modelo factorial resultante.

Tabla 1.2.1. Datos descriptivos de los ítems

Ítems	Cargas de los Factores			
	Media	Desviación Estándar	Asimetría	Curtosis
1	1.535	0.996	1.880	2.713
2	1.649	1.119	1.658	1.677
3	1.632	1.117	1.714	1.849
4	2.122	1.542	0.927	-0.789
5	1.854	1.275	1.277	0.331
6	1.616	1.081	1.676	1.726
7	1.703	1.249	1.611	1.219
8	1.822	1.327	1.414	0.573
9	1.749	1.238	1.469	0.814
10	1.686	1.223	1.637	1.359
11	1.724	1.251	1.576	1.093
12	1.743	1.259	1.543	1.032
13	1.811	1.434	1.461	0.458

14	1.224	0.667	3.283	10.842
15	1.297	0.815	3.054	9.009
16	1.314	0.785	2.725	7.127
17	1.405	0.936	2.401	4.990
18	1.284	0.812	3.073	9.049
19	1.349	0.868	2.785	7.390
20	1.308	0.831	2.903	7.851
21	1.346	0.861	2.800	7.546
22	1.268	0.722	3.018	9.116
23	1.316	0.820	2.858	7.814
24	1.403	0.956	2.547	5.791
25	1.232	0.744	3.414	11.158
26	1.414	0.979	2.421	4.876
27	1.624	1.208	1.856	2.125

Nota: Creación propia. Los ítems eliminados se destacan en negrita.

En un primer momento, el AFE reveló que los ítems del Cuestionario de Disforia por Orientación Sexual se agruparon en dos factores principales, disforia expresiva de la orientación sexual (13) y disforia autopercibida de la orientación sexual (6); tal como se había previsto en la fase de diseño del instrumento. Con estos resultados se confirma la estructura teórica propuesta y sugieren que los ítems capturan adecuadamente las dos dimensiones clave. Los ítems presentaron cargas factoriales superiores a 0.4 y valores adecuados de unicidad (tabla 1.2.2).

Tabla 1.2.2. Pesos factoriales de los reactivos

Ítems	Cargas de los Factores		
	Factor 1	Factor 2	Unicidad
9	0.956		0.181
8	0.954		0.210
6	0.914		0.211
11	0.890		0.188
10	0.887		0.206

12	0.850		0.274
3	0.826		0.214
7	0.810		0.247
2	0.802		0.321
5	0.797		0.302
1	0.753		0.338
4	0.749		0.399
13	0.684		0.517
24		0.829	0.336
19		0.828	0.292
26		0.788	0.433
16		0.770	0.378
27		0.734	0.410
17		0.481	0.457

Nota: Se utilizó mínimo cuadrados ponderados y rotación oblimin

En la fase exploratoria del cuestionario, aunque los índices de bondad de ajuste iniciales fueron aceptables, se revisaron los índices de modificación para identificar posibles cargas cruzadas y covarianzas entre los errores, e iniciar un proceso de refinamiento. Como resultado de esta revisión, se decidió eliminar algunos ítems que presentaban problemas estadísticos, tales como cargas cruzadas significativas (ítem 17) y errores correlacionados (ítems 1 y 7). Estos ajustes permitieron obtener un modelo más consistente y adecuado (ver tabla 1.2.3).

Tabla 1.2.3. Proceso de refinamiento

Índice de bondad de ajuste	Puntuaciones de bondad de ajuste	
	Previa eliminación de los ítems 17,1 y 7	Tras eliminación de los ítems 17, 1 y 7
RMSEA	0.065	0.035
SRMR	0.031	0.021
CFI	0.992	0.998
TLI	0.991	0.998

X2/GL	2.58	1.45
NFI	0.987	0.994
PNFI	0.882	0.858

Nota: Estimador DWLS. Proceso de refinamiento. El ítem 17 fue eliminado debido a una alta carga cruzada (Mod. Ind. = 30.061), mientras que los ítems 1 y 7 fueron eliminados por presentar alta covarianza de los errores (Mod. Ind. = 54.318 y 31.499, respectivamente)

Al término del proceso de refinamiento se obtuvo un modelo final compuesto por 16 ítems ($\alpha = 0.959$, $\omega = 0.962$), y dos factores ($r = 0.699$). El primer factor, llamado disforia expresiva de la orientación sexual, quedó conformado por 11 ítems ($\alpha = 0.963$, $\omega = 0.964$) y el segundo factor, llamado disforia autopercebida de la orientación sexual por 5 ítems ($\alpha = 0.854$, $\omega = 0.859$). Ambos factores mostraron cargas factoriales superiores a 0.6 (ver tabla 1.2.4) y alcanzaron buenos niveles de bondad de ajuste (ver tabla 1.2.5). Estos resultados sugieren que el proceso de refinamiento mejoró el ajuste del modelo, logrando una estructura factorial sólida y consistente.

Tabla 1.2.4. Pesos factoriales de los reactivos

Ítems	Cargas de los Factores			Alfa por dimensión
	Factor 1	Factor 2	Unicidad	
9	0.950		0.176	0.963
8	0.944		0.205	
6	0.910		0.204	
10	0.880		0.198	
11	0.865		0.206	
12	0.849		0.272	
5	0.809		0.299	
3	0.805		0.227	
2	0.771		0.347	
4	0.765		0.386	
13	0.692		0.507	
19		0.827	0.289	0.854

24	0.820	0.337
26	0.789	0.429
27	0.757	0.390
16	0.746	0.399

Nota: Se utilizó mínimo cuadrados ponderados y rotación oblimin

Tabla 1.2.5. Bondad de ajuste del modelo final

	Índices de ajuste						
	χ^2/df	CFI	TLI	NFI	RMSEA	SRMR	PNFI
Modelo final	1.45	0.99	0.99	0.99	0.035	0.021	0.85

Nota: Estimador DWLS.

Tercera fase. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y pruebas de validez

En el AFC se evaluaron dos modelos: el modelo final de 16 ítems resultante del proceso de refinamiento en la segunda fase, y un modelo unifactorial de 16 ítems. Ambos modelos presentaron buenos índices de ajuste en CFI, TLI, NFI y PNFI; sin embargo, el modelo unifactorial mostró valores superiores al límite mínimo aceptable en los indicadores RMSEA, SRMR y χ^2/gf , a diferencia del modelo bifactorial derivado del AFE (Figura 1.3.1), que cumplió con todos los criterios establecidos. Los dos factores presentaron una correlación de $r=0.498$, con una varianza explicada del 47.8% para el primer factor y 18.6% para el segundo factor (tabla 1.3.1).

Tabla 1.3.1. Bondad de ajuste del modelo final

	Índices de ajuste						
	χ^2/gf	CFI	TLI	NFI	RMSEA	SRMR	PNFI
Modelo bifactorial	1.66	0.99	0.99	0.99	0.047	0.042	0.85
Modelo unifactorial	5.50	0.97	0.97	0.96	0.123	0.115	0.85

Nota: Estimador DWLS.

El análisis de fiabilidad de la escala reveló un Alfa de Cronbach de 0.954 y un Omega de McDonald de 0.958, indicando una buena consistencia interna. Tanto el factor 1 ($\alpha=0.961$, $\omega=0.961$) como el factor 2 ($\alpha=0.837$, $\omega=0.842$) también mostraron

una adecuada consistencia interna. Se llevaron a cabo dos análisis adicionales; el primero evaluó si la eliminación de algún ítem mejoraría la fiabilidad de la escala, sin observarse una mejora significativa al excluir algún ítem. El segundo análisis examinó la correlación de los reactivos con el test, mostrando puntuaciones satisfactorias (ver tabla 1.3.2). Estos resultados sugieren que los ítems del cuestionario son altamente consistentes entre sí, lo que refleja una medición precisa y confiable del constructo evaluado.

Tabla 1.3.2. Puntajes de confiabilidad

Ítem	si se elimina el ítem		Correlación del ítem con el resto
	Cronbach's α	McDonald's ω	
2	0.950	0.954	0.805
3	0.949	0.953	0.830
4	0.952	0.956	0.730
5	0.950	0.954	0.794
6	0.949	0.954	0.830
8	0.949	0.953	0.839
9	0.949	0.953	0.862
10	0.949	0.953	0.842
11	0.949	0.953	0.848
12	0.950	0.953	0.814
13	0.954	0.958	0.641
16	0.954	0.957	0.581
19	0.953	0.957	0.631
24	0.954	0.958	0.587
26	0.955	0.958	0.537
27	0.954	0.958	0.615

Nota: Creación propia

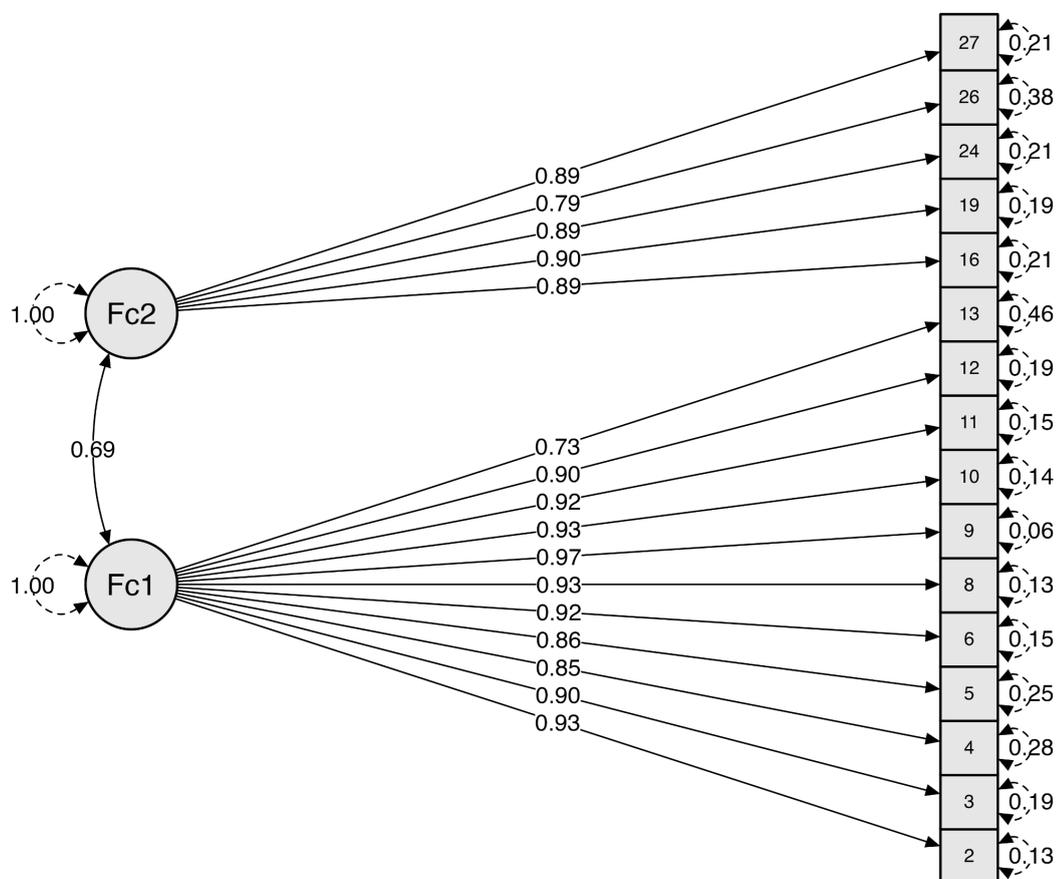
Los análisis de validez convergente revelaron correlaciones positivas y bajas entre la escala de disforia por orientación sexual y cada una de las subescalas del DASS-21 (tabla 1.3.3).

Tabla 1.3.3. Correlaciones entre la escala de disforia por orientación sexual y las subescalas del DASS-21.

Correlaciones	
Ítems	Disforia por orientación sexual
Estrés (DASS-21)	0.305***
Ansiedad (DASS-21)	0.286***
Depresión (DASS-21)	0.312***

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Figura 1.3.1. Gráfico del modelo bifactorial



Conclusión. Estudio 1

El objetivo de este estudio fue desarrollar y aportar evidencias de confiabilidad y validez de la escala de disforia por orientación sexual, diseñada para evaluar el malestar y dificultades relacionadas con la orientación sexual. Los resultados confirmaron una estructura bifactorial de la escala, identificando dos factores principales: disforia expresiva (11 reactivos) y disforia autopercebida (5 reactivos).

Los reactivos de la disforia expresiva evalúan las dificultades y el malestar que surgen en situaciones donde la persona debe expresar abiertamente su orientación sexual. Esto puede implicar conversaciones sobre su orientación con familiares, amistades, o en contextos sociales y laborales. Los ítems de este factor capturan las emociones negativas que emergen ante la posibilidad de ser juzgado, rechazado o incomprendido, así como la ansiedad anticipatoria vinculada a estas interacciones. Este factor destaca la naturaleza situacional del malestar, ya que se activa principalmente en momentos en los que se requiere una interacción directa y visible sobre el tema.

Los reactivos de la disforia autopercebida se centran en las percepciones internas de la persona sobre su orientación sexual. Refleja el grado en que la persona experimenta sentimientos de incomodidad, conflicto o rechazo hacia su propia orientación. Este malestar es más interno y persistente, ligado a procesos de autoevaluación, autoaceptación y la influencia de mensajes culturales o sociales negativos que han sido internalizados. A diferencia del factor expresivo, este aborda

el impacto emocional más estable y prolongado de la orientación sexual sobre la autopercepción.

Ambos factores permiten captar diferentes aspectos del malestar por orientación sexual. Mientras que la disforia expresiva tiene un carácter más situacional y reactivo, la disforia autopercebida se vincula a experiencias emocionales más profundas y continuas. Juntas, estas dimensiones ofrecen una evaluación integral del impacto emocional de la orientación sexual, diferenciando entre el malestar relacionado con la interacción social y el conflicto interno.

Es importante señalar que todos los ítems que se mantuvieron mostraron adecuada validez de contenido y empírica. Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios evidenciaron un modelo con buenos índices de ajuste, mientras que los análisis de fiabilidad mostraron consistencias internas elevadas, tanto en la escala completa como en cada factor.

Los análisis de validez convergente mostraron correlaciones positivas y significativas entre la disforia por orientación sexual y las dimensiones de malestar psicológico. Las correlaciones fueron bajas, coincidiendo con lo esperado debido a la naturaleza multifactorial del estrés, la ansiedad y la depresión, ya que pueden ser causadas por diferentes factores.

Las puntuaciones de las correlaciones sugieren que el malestar asociado a la orientación sexual es principalmente contextual, manifestándose en situaciones puntuales o específicas en donde la persona debe expresar su orientación sexual, y dado que estas situaciones no son constantes, es menos probable que este malestar se convierta en un problema recurrente. Esto podría explicar las

puntuaciones bajas observadas en las correlaciones entre disforia por orientación sexual y las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión, ya que el malestar situacional no necesariamente se traduce en un impacto emocional prolongado o generalizado.

La naturaleza contextual de los ítems permite capturar un estado reactivo de disforia que, aunque conceptualmente relacionado con el malestar psicológico general, mide un constructo único y relevante. Esto resalta la importancia de considerar las experiencias situacionales al abordar el impacto emocional de la orientación sexual. Estos hallazgos brindan una base sólida para utilizar la escala en investigaciones futuras y en contextos clínicos, contribuyendo al entendimiento y abordaje del malestar asociado con la orientación sexual.

Estudio 2. Diferencias en disforia por orientación sexual, malestar psicológico y consumo de alcohol

Diseño de investigación

La investigación del tipo cuantitativo no experimental, con corte transversal y muestreo no probabilístico por conveniencia (Ato et al., 2013).

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la disforia por orientación sexual, ansiedad, depresión, estrés y el consumo de alcohol según el nivel de homofobia internalizada y la orientación sexual?

Objetivo General

Examinar las diferencias en la disforia por orientación sexual, ansiedad, depresión, estrés y el consumo de alcohol según el nivel de homofobia internalizada y la orientación sexual.

Hipótesis

Personas no totalmente heterosexuales con mayores niveles de homofobia internalizada presentarán mayor disforia por orientación sexual, ansiedad, depresión, estrés y consumo de alcohol.

Participantes

Participaron voluntariamente con previo consentimiento informado un total de 411 personas mexicanas, se eliminaron a 5 personas porque no respondieron

completamente alguna de las escalas. La muestra final fue de 406 personas (M= 27.76 años, DE= 7.09). El 60.59% (246, M= 28.53 años, DE= 6.59) fueron hombres, el 36.95% (150, M= 26.71 años, DE= 7.77) mujeres y el 2.22% (9, M= 24 años, DE= 6.34) prefirió no revelar su sexo. 60 personas (14.78%) cuentan con estudios de posgrado, 284 (69.95%) con estudios de licenciatura, 53 (13.05%) con preparatoria, y 9 (2.22%) con educación básica. El 77.83% (316, M= 27.29 años, DE= 6.33) refirió ser persona no totalmente heterosexual y el 22.17% (90, M= 29.40 años, DE= 9.13) ser totalmente heterosexual.

Las escalas de nivel y motivo de consumo fueron aplicadas a una submuestra de 394 personas de las 406 participantes (97.04%), debido a limitaciones logísticas durante la recolección de datos. La composición demográfica de esta submuestra es similar a la de la muestra general y mantiene proporciones comparables en edad. De las 394 personas, 33 (8.38%) señalaron que durante el último año no consumieron bebidas alcohólicas.

Criterios de inclusión

- a) Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión

- a) No contar con celular o computadora/laptop.
- b) No saber leer.

Criterios de eliminación

- a) Dejar sin responder más de 3 ítems en alguna de las encuestas.

Instrumentos

Escala de homofobia internalizada

Instrumento tipo Likert de cinco puntos, validado en población mexicana por Lozano y Salinas (2016), con un adecuado nivel de confiabilidad ($\alpha=0.87$) y una varianza explicada del 57.85%. La escala consta de 13 ítems y se compone de dos factores, aprobación de la heterosexualidad con 9 ítems (varianza explicada = 42.59%) y temor al rechazo social con 4 ítems (varianza explicada = 15.26%). Entre mayor puntuación mayor nivel de homofobia internalizada.

Disforia por orientación sexual

Instrumento de tipo Likert de 5 puntos que mide disforia por orientación. Está compuesto por dos factores, el primer factor de 11 reactivos, llamado como disforia expresiva de la orientación sexual (malestar emocional que resulta al tener que expresar la orientación sexual a otros), y el segundo factor de 5 reactivos, nombrado como disforia autopercebida de la orientación sexual (emociones e ideas negativas hacia la propia orientación sexual). La escala ha presentado adecuados niveles de confiabilidad, tanto en la escala total ($\alpha= 0.954$ y $\omega= 0.958$), como en el primer ($\alpha=0.961$, $\omega=0.961$) y segundo factor ($\alpha=0.837$, $\omega=0.842$). Consta de una varianza explicada del 66.4%.

Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)

Creada por Lovibond y Lovibond (1995) y validada en México por Gurrola-Peña et al. (2006), la escala consta de 21 ítems tipo Likert y se divide en tres subescalas: estrés ($\alpha= 0.79$, varianza explicada = 10.8%), ansiedad ($\alpha= 0.76$, varianza explicada = 5.2%) y depresión ($\alpha= 0.81$, varianza explicada = 30.6%). En

conjunto, la escala completa tiene un alfa de Cronbach de 0.86 y una varianza explicada del 46.64% en población mexicana.

Alcohol use Disorders identification test (AUDIT)

Instrumento con validez transnacional, diseñado para detectar el consumo excesivo de alcohol y/o posible dependencia; que en población mexicana ha llegado a presentar puntuaciones de alfa de Cronbach que oscilan de 0.77 (Salazar-Garza et al., 2010) a 0.80 (Almaraz-Castruita y Alonso-Castillo, 2016). Consta con un total de 10 ítems, los cuales se dividen en tres categorías, consumo de riesgo de alcohol (1. Frecuencia del consumo, 2. Cantidad típica, 3. Frecuencia del consumo elevado); síntomas de dependencia (4. Pérdida del control sobre el consumo, 5. Aumento de la relevancia del consumo, 6. Consumo matutino), y consumo perjudicial de alcohol (7. Sentimiento de culpa tras el consumo, 8. Lagunas de memoria, 9. Lesiones relacionadas con el alcohol, 10. Otros se preocupan por el consumo).

Drinking motives questionnaire revised short form (DMQ-R-12)

Versión corta del Drinking Motives Questionnaire (DMQ), el cual es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de motivos para el consumo de alcohol. Esta versión en población mexicana (Padrós et al., 2023) ha presentado un adecuado nivel de consistencia interna ($\alpha=0.88$ y $\omega=0.94$). Consta con un total de 12 ítems, los cuales se dividen en cuatro categorías, motivos sociales ($\alpha=0.75$ y $\omega=0.76$), motivos de mejora ($\alpha=0.82$ y $\omega=0.82$), motivos de conformidad ($\alpha=0.81$ y $\omega=0.82$) y motivos de afrontamiento ($\alpha=0.80$ y $\omega=0.81$). Es un instrumento tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

Procedimiento

La escala fue aplicada en dos momentos. En un primer momento, se aplicó presencialmente durante la marcha del orgullo 2024 de la ciudad de Morelia a 55 personas, a quienes se les explicó la importancia de su participación. Sin embargo, debido a las inclemencias del clima, se suspendió la aplicación presencial y se optó por digitalizar la escala utilizando la plataforma Google Forms para continuar con la recolección de datos. En formato digital, se incluyó un breve consentimiento informado al inicio del formulario, explicando a los participantes la importancia del estudio, la confidencialidad de sus respuestas y los aspectos éticos de la investigación. Además, se creó una imagen de invitación para ampliar el alcance a través de las redes sociales, se utilizó la técnica de bola de nieve. Esta imagen incluía el propósito de la investigación, los criterios de participación, la duración estimada del cuestionario, y un código QR que dirigía directamente al formulario digital al ser escaneado. Se aplicaron 4 escalas, disforia por orientación sexual, homofobia internalizada, motivos de consumo de alcohol, e identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, además de un cuadro de datos sociodemográficos. La duración estimada para completar el cuestionario fue de aproximadamente de 7 a 15 minutos.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando JASP v.0.18.1. En primer lugar, se analizaron las diferencias en las puntuaciones de las variables de homofobia, disforia por orientación sexual, malestar psicológico (estrés, ansiedad y depresión) y consumo de alcohol (nivel y motivos de consumo) en función de la orientación sexual. Para ello, los participantes se clasificaron en dos grupos: no totalmente heterosexuales (personas que en los datos sociodemográficos indicaron ser totalmente homosexuales, parcialmente homosexuales, bisexuales, parcialmente heterosexuales u otro) y totalmente heterosexuales (personas que indicaron ser totalmente heterosexuales). Para la variable homofobia internalizada, se formaron grupos basados en las puntuaciones obtenidas en las respectivas escalas. Los grupos para las personas no heterosexuales se establecieron calculando los percentiles 33.33 y 66.67, resultando en tres niveles:

- **Nivel bajo:** Puntuaciones iguales o menores al percentil 33.33.
- **Nivel medio:** Puntuaciones mayores al percentil 33.33 pero iguales o menores al percentil 66.67.
- **Nivel alto:** Puntuaciones mayores al percentil 66.67.

Por otro lado, todas las personas heterosexuales se agruparon en un único grupo. Se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las puntuaciones medias en disforia por orientación sexual, malestar psicológico y motivos de consumo de alcohol, considerando el nivel de homofobia y la orientación sexual. Para cada ANOVA realizado, se evaluó el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. En los casos donde

este supuesto no se cumplió ($p < 0.05$), se optó por emplear la ANOVA de Welch, más adecuada para grupos con varianzas desiguales. Se excluyó de los análisis comparativos de las variables relacionadas con el nivel y los motivos de consumo de alcohol a las personas que indicaron nunca haber consumido alcohol o no haber consumido en el último año.

Consideraciones éticas

Se redactó el consentimiento informado con base a las políticas del Posgrado y conforme a los artículos 20 y 21 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Debido a que se planteó realizar el levantamiento de la información a través de una plataforma digital, el consentimiento informado tuvo una versión resumida, esta versión se visualizó en la primera página de la encuesta, donde se explicó el objetivo de la investigación, las medidas de confidencialidad, la dinámica de la resolución de las preguntas y los datos de contacto de la persona encargada de realizar la investigación. Si la persona participante deseaba obtener más información sobre el consentimiento, tuvo la posibilidad de poder descargar la versión completa y más detallada del documento.

A cada participante se le asignó un número de folio para así poder analizar los datos de manera anónima y poder garantizar su confidencialidad. Ninguno de los datos sociodemográficos y ninguno de los ítems de las escalas, atentaron con la seguridad y bienestar del participante, así como lo establece el artículo 17 del ya mencionado reglamento.

Resultados. Estudio 2

1. Disforia por orientación sexual

Los estadísticos descriptivos (figura 2.1, tabla 2.1) mostraron que las personas no totalmente heterosexuales con altos niveles de homofobia internalizada obtuvieron las puntuaciones promedio más altas en disforia ($M= 48.25$, $DE= 14.24$), seguidas de aquellas con niveles de homofobia medios ($M= 30.97$, $DE= 11.19$), niveles bajos ($M= 22.98$, $DE= 9.40$) y las personas totalmente heterosexuales ($M= 17.38$, $DE= 5.19$). El análisis ANOVA de Welch reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 209.878)= 152.10$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = 0.542$).

Se realizaron análisis post hoc y en todas las combinaciones de grupos hubo diferencias significativas ($p < 0.001$). Entre las diferencias más relevantes se destacan que las personas con alto nivel de homofobia internalizada presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en disforia por orientación sexual que aquellas con niveles medios (diferencia de medias= 17.28, $ET= 1.52$, $t= 11.40$, $p < 0.001$, $d= 1.642$), con niveles bajos (diferencia de medias= 25.27, $ET= 1.43$, $t= 17.68$, $p < 0.001$, $d= 2.40$), y personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 30.87, $ET= 1.54$, $t= 20.04$, $p < 0.001$, $d= 2.93$).

Además, se encontró que las personas con niveles bajos de homofobia internalizada también presentaron puntuaciones significativamente más elevadas que las personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 5.59, $ET= 1.46$, $t= 3.83$, $p < 0.001$, $d= 0.53$).

Figura 2.1. Descriptivo de puntuaciones de disforia por orientación sexual

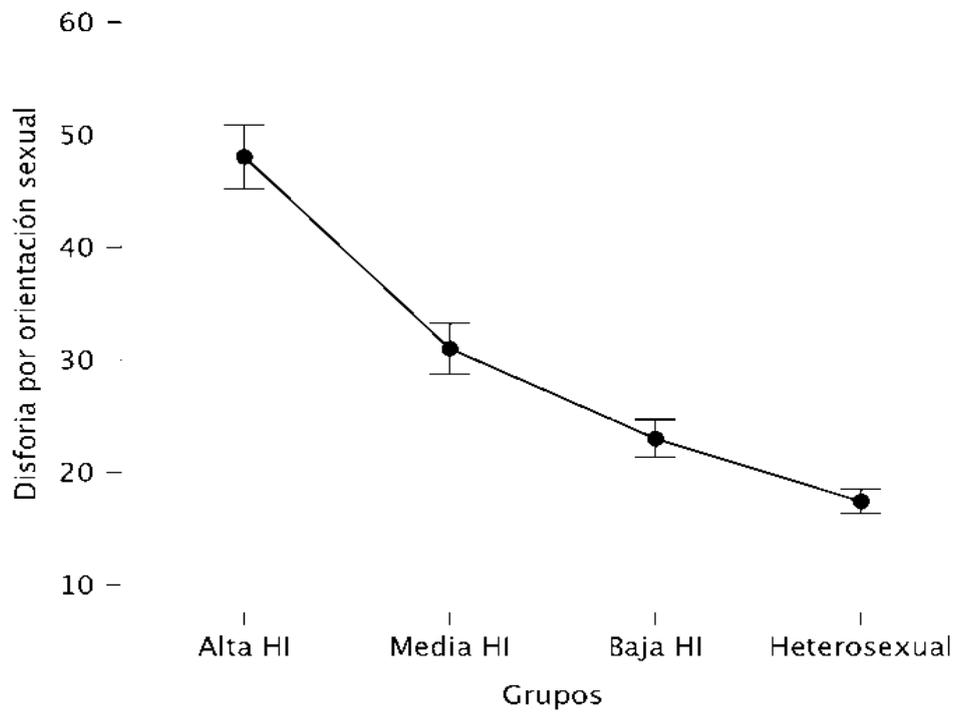


Tabla 2.1. Anova disforia

Grupo 1.	Grupo 2.	Grupo 3.	Grupo 4.	F	Diferencia entre grupos
Alta Hi	Media Hi	Baja Hi	Heterosexual		
Media	Media	Media	Media		
(DE)	(DE)	(DE)	(DE)		
48.25	30.97	22.98	17.38	152.10***	G1 > G2, G3, G4
(14.24)	(11.19)	(9.40)	(5.19)		G2 > G3, G4
					G3 > G4

*** < 0.001

2. Malestar psicológico

Para analizar el malestar psicológico, se realizaron 3 análisis ANOVA, uno para cada factor del DASS-21.

a. Estrés

Los resultados (figura 2.2.1, tabla 2.2.1) mostraron que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizada obtuvieron las puntuaciones promedio más elevadas en estrés ($M= 17.42$, $DE= 5.92$), seguidas de aquellas con niveles medios de homofobia internalizada ($M= 13.78$, $DE= 5.69$), personas totalmente heterosexuales ($M= 13.23$, $DE= 5.20$) y, personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada ($M= 11.02$, $DE= 5.192$). El análisis ANOVA de Welch reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 216.453)= 23.51$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = 0.156$).

Al realizar los análisis post hoc, se encontró que las personas con alto nivel de homofobia internalizada presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en estrés aquellas con niveles medios (diferencia de medias= 3.729, $ET= 0.790$, $t= 4.718$, $p < 0.001$, $d= 0.677$), personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 4.277, $ET= 0.804$, $t= 5.322$, $p < 0.001$, $d= 0.777$) y personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos (diferencia de medias= 6.486, $ET= 0.745$, $t= 8.702$, $p < 0.001$, $d= 1.178$).

A su vez, se encontró que las personas no totalmente heterosexuales con bajos niveles de homofobia internalizada presentaron significativamente menores

puntuaciones en estrés que las personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= -2.209, ET= 0.764, $t = -2.893$, $p < 0.05$, $d = -0.401$).

Figura 2.2.1. Descriptivo de puntuaciones de estrés

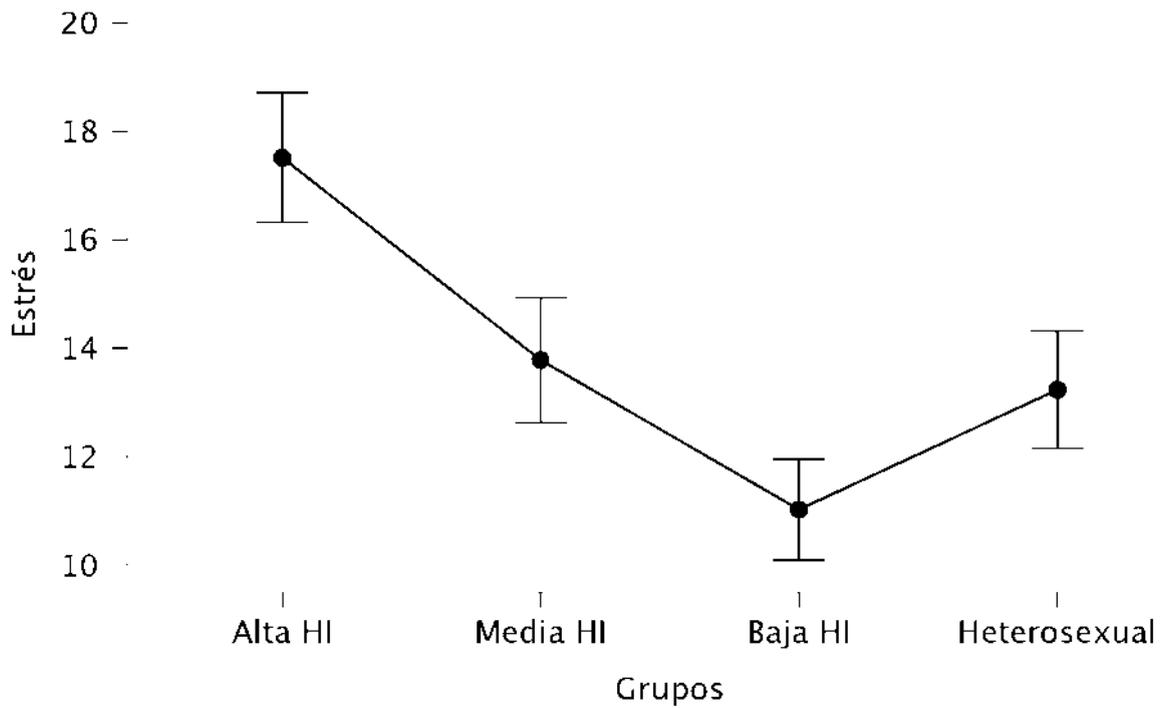


Tabla 2.2.1. Anova estrés

Grupo 1.	Grupo 2.	Grupo 3.	Grupo 4.	F	Diferencia entre grupos
Alta Hi	Media Hi	Baja Hi	Heterosexual		
Media	Media	Media	Media		
(DE)	(DE)	(DE)	(DE)		
17.42	13.78	11.024	13.23	23.51***	G1 > G2, G3, G4
(5.92)	(5.69)	(5.19)	(5.20)		G2 > G3
					G3 < G4

*** < 0.001

b. Ansiedad

Los estadísticos descriptivos (figura 2.2.2, tabla 2.2.2) mostraron que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizada obtuvieron las puntuaciones promedio más elevadas en ansiedad ($M= 16.29$, $DE= 5.32$), seguidas de aquellas con niveles medios de homofobia internalizada ($M= 13.85$, $DE= 5.36$), personas totalmente heterosexuales ($M= 13.06$, $DE= 4.58$) y, personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada ($M= 11.32$, $DE= 4.68$). El análisis ANOVA reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 402)= 18.39$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = 0.121$).

Se realizaron análisis post hoc, se encontró que las personas con alto nivel de homofobia internalizada presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en ansiedad que aquellas con niveles medios (diferencia de medias= 2.43, $ET= 0.72$, $t= 3.39$, $p < 0.01$, $d= 0.489$), personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 3.23, $ET= 0.73$, $t= 4.33$, $p < 0.001$, $d= 0.649$), y personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos (diferencia de medias= 4.97, $ET= 0.68$, $t= 7.35$, $p < 0.001$, $d= 0.99$). También se observó que las personas totalmente heterosexuales no tuvieron diferencias significativas con las personas no totalmente heterosexuales con niveles medios ($p > 0.05$) y bajos de homofobia internalizada ($p > 0.05$).

Figura 2.2.2. Descriptivo de puntuaciones de ansiedad

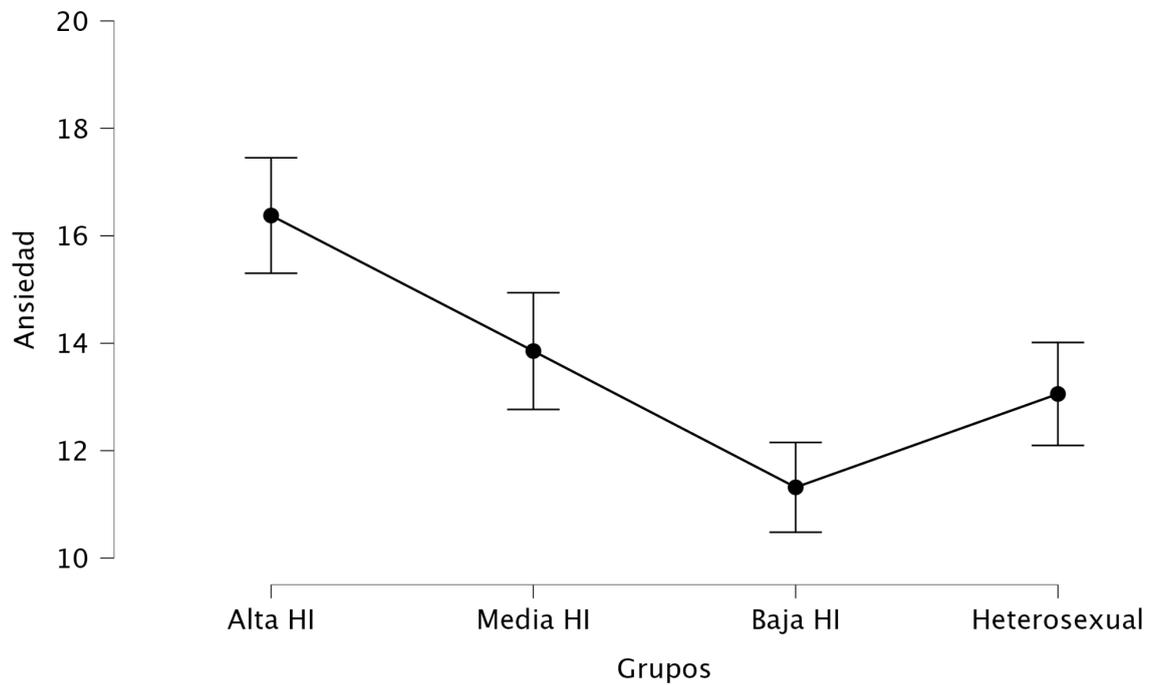


Tabla 2.2.2. Anova ansiedad

Grupo 1. Alta Hi	Grupo 2. Media Hi	Grupo 3. Baja Hi	Grupo 4. Heterosexual	F	Diferencia entre grupos
Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
16.29 (5.32)	13.85 (5.36)	11.32 (4.68)	13.06 (4.58)	18.39***	G1 > G2, G3, G4 G2 > G3

*** < 0.001

c. Depresión

Los estadísticos descriptivos (figura 2.2.3, tabla 2.2.3) mostraron que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizada obtuvieron las puntuaciones promedio más elevadas en depresión ($M= 17.46$, $DE= 5.80$), seguidas de aquellas con niveles medios de homofobia internalizada ($M= 14.07$, $DE= 5.74$), personas totalmente heterosexuales ($M= 13.80$, $DE= 5.68$) y, personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada ($M= 11.38$, $DE= 5.42$). El análisis ANOVA reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 402)= 21.04$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = 0.136$).

En los análisis post hoc se encontró que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizada presentaron puntuaciones significativas más elevadas de depresión que las personas no totalmente heterosexuales con niveles medios (diferencia de medias= 3.39, $ET= 0.81$, $t= 4.17$, $p < 0.001$, $d= 0.601$), personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 3.66, $ET= 0.83$, $t= 4.44$, $p < 0.001$, $d= 0.65$), y personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada (diferencia de medias= 6.08, $ET= 0.77$, $t= 7.04$, $p < 0.001$, $d= 1.077$).

También se encontró que las personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada presentaron significativamente menores puntuaciones en depresión que las personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= -2.418, $ET= 0.78$, $t= -3.09$, $p < 0.05$, $d= -0.428$) y personas con niveles

medios de homofobia internalizada (diferencia de medias= -2.691, ET= 0.77, t= -3.50, $p < 0.01$, $d = -0.477$).

Figura 2.2.3. Descriptivo de puntuaciones de depresión

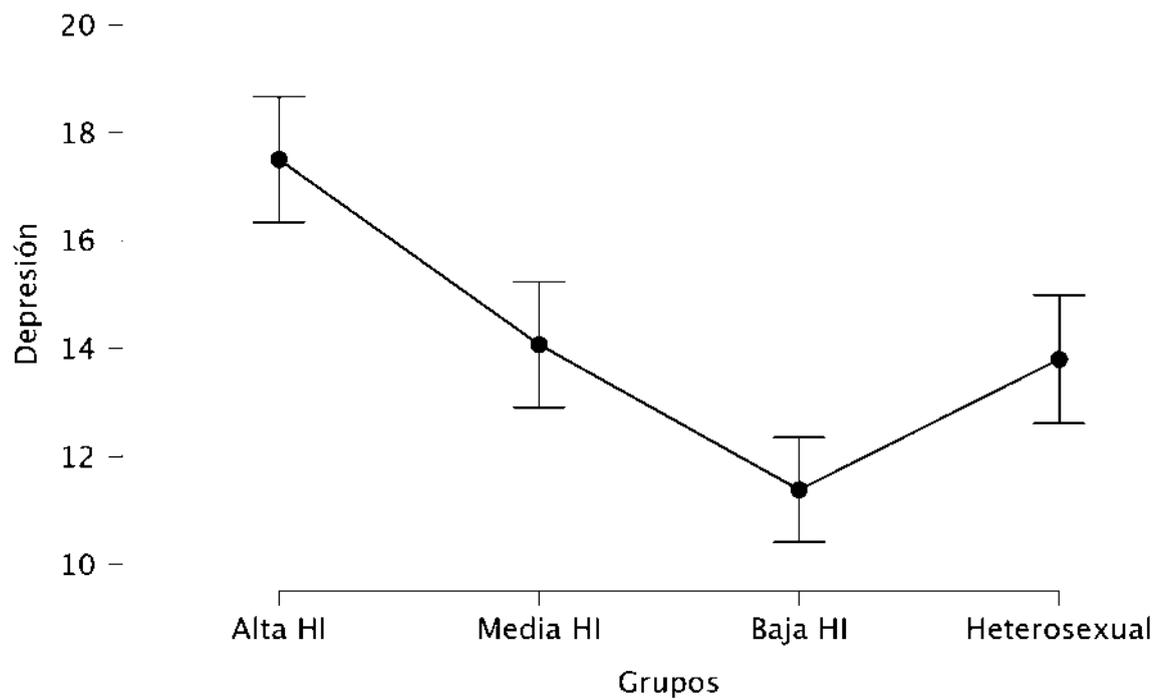


Tabla 2.2.3. Anova depresión

Grupo 1. Alta HI	Grupo 2. Media HI	Grupo 3. Baja HI	Grupo 4. Heterosexual	F	Diferencia entre grupos
Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
17.46 (5.80)	14.073 (5.739)	11.382 (5.421)	13.800 (5.679)	21.04***	G1 > G2, G3, G4 G3 < G2, G4

*** < 0.001

3. Nivel de consumo de alcohol

El análisis ANOVA no reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p > 0.05$).

4. Motivos de consumo de alcohol

Para analizar los motivos del consumo de alcohol, se realizaron 4 análisis ANOVA, uno para cada factor del DMQ-R-12.

a. Motivo de afrontamiento

Los datos descriptivos (figura 2.4.1, tabla 2.4.1) muestran que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia presentaron mayores puntuaciones en consumo de alcohol por motivo de afrontamiento ($M= 6.04$, $DE= 3.52$) que aquellas con niveles medios ($M= 5.54$, $DE= 3.29$), niveles bajos ($M= 4.95$, $DE= 2.44$) y personas totalmente heterosexuales ($M= 4.74$, $DE= 2.81$). El análisis ANOVA de Welch reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 188.481)= 2.94$, $p < 0.05$, con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2 = 0.026$).

El análisis post hoc, reveló que sólo hubo una diferencia significativa entre los grupos. Las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizado presentaron significativamente mayor puntuación en motivos de afrontamiento que las personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 1.29, $ET= 0.47$, $t= -2.73$, $p < 0.05$, $d= 0.427$).

Figura 2.4.1. Descriptivo de puntuaciones de motivos por afrontamiento

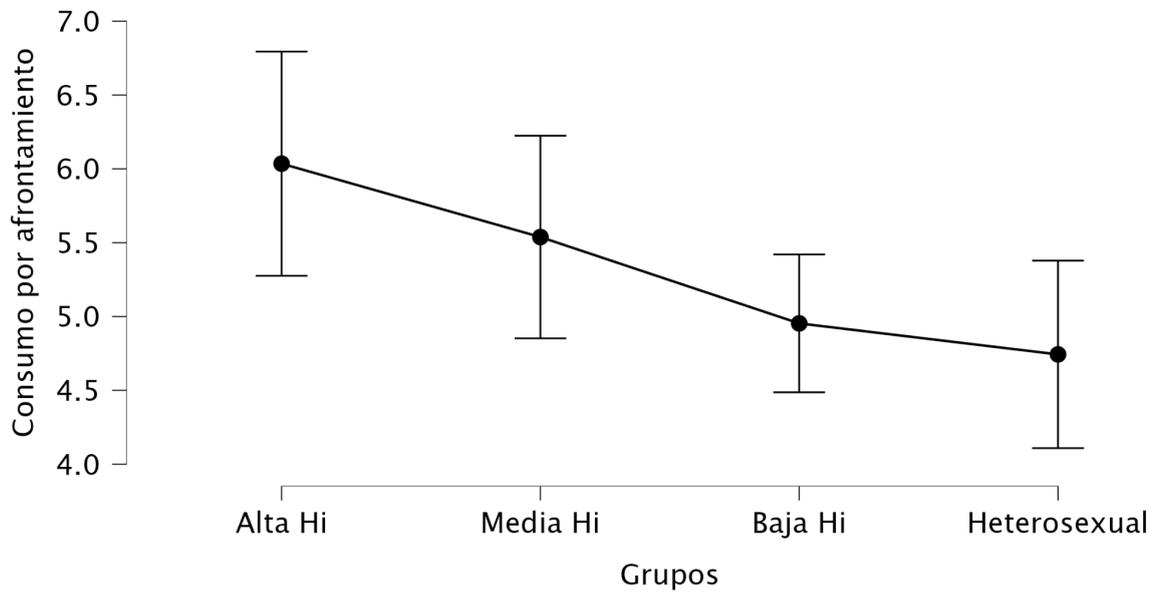


Tabla 2.4.1. Anova motivo de afrontamiento

Grupo 1. Alta Hi	Grupo 2. Media Hi	Grupo 3. Baja Hi	Grupo 4. Heterosexual	F	Diferencia entre grupos
Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
6.04 (3.52)	5.54 (3.29)	4.95 (2.44)	4.74 (2.81)	2.94*	G1 > G4

* < 0.05

b. Motivo de mejora

El análisis ANOVA no reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p > 0.05$).

c. Motivo de conformidad

Los datos descriptivos (figura 2.4.2, tabla 2.4.2) muestran que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia presentaron mayores puntuaciones en consumo de alcohol por motivo de conformidad ($M= 5.21$, $DE= 3.27$) que aquellas con niveles medios ($M= 4.29$, $DE= 2.45$), personas totalmente heterosexuales ($M= 3.90$, $DE= 2.43$), y personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada niveles bajos ($M= 3.59$, $DE= 1.66$). El análisis ANOVA de Welch, reveló diferencias significativas entre grupos, $F(3, 189.907)= 6.41$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto mediano ($\eta^2 = 0.58$).

Al realizar los análisis post hoc, se encontró que sólo hubo dos diferencias significativas, las personas no totalmente heterosexuales con alto nivel de homofobia internalizada, presentaron significativamente mayores puntuaciones en motivo de conformidad en comparación de las personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada (diferencia de medias= 1.62, $ET= 0.36$, $t= 4.52$, $p < 0.001$, $d= 0.655$) y personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 1.314, $ET= 0.39$, $t= 3.39$, $p < 0.01$, $d= 0.532$).

Figura 2.4.2. Descriptivo de puntuaciones de motivos por conformidad

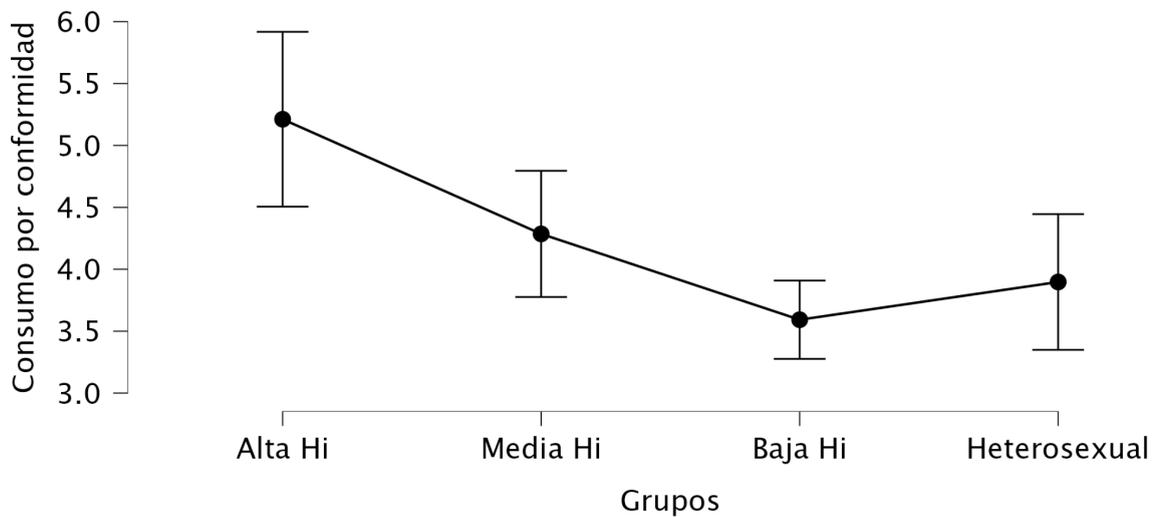


Tabla 2.4.2. Anova motivo de conformidad

Grupo 1. Alta Hi	Grupo 2. Media Hi	Grupo 3. Baja Hi	Grupo 4. Heterosexual	F	Diferencia entre grupos
Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
5.21 (5.27)	4.29 (2.45)	3.59 (1.66)	3.90 (2.43)	6.42***	G1 > G3, G4

*** < 0.001

d. Motivo social

Los datos descriptivos (figura 2.4.3, tabla 2.4.3) muestran que las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia presentaron mayores puntuaciones en consumo de alcohol por motivo social (M= 8.60, DE= 3.00) que aquellas con niveles medios (M= 8.40, DE= 3.09), niveles bajos (M= 7.20, DE= 3.04) y personas totalmente heterosexuales (M= 7.06, DE= 3.11). El análisis ANOVA,

encontró diferencias significativas entre grupos, $F(3, 358) = 5.96$, $p < 0.001$, con un tamaño del efecto mediano ($\eta^2 = 0.048$).

Los análisis post hoc, mostraron que hubo 4 diferencias significativas entre grupos, las personas no totalmente heterosexuales con niveles altos de homofobia internalizada presentaron significativamente mayores puntuaciones en motivos de consumo social que aquellas con niveles bajos (diferencia de medias= 1.40, $ET = 0.44$, $t = 3.15$, $p < 0.01$, $d = 0.457$) y personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 1.54, $ET = 0.48$, $t = 3.20$, $p < 0.01$, $d = 0.502$).

A su vez, personas no totalmente heterosexuales con niveles medios de homofobia internalizada presentaron mayores puntuaciones significativas que las personas totalmente heterosexuales (diferencia de medias= 1.33, $ET = 0.47$, $t = 2.82$, $p < 0.05$, $d = 0.435$) y personas no totalmente heterosexuales con niveles bajos de homofobia internalizada (diferencia de medias= 1.19, $ET = 0.44$, $t = 2.74$, $p < 0.05$, $d = 0.390$).

Figura 2.4.3. Descriptivo de puntuaciones de motivos sociales

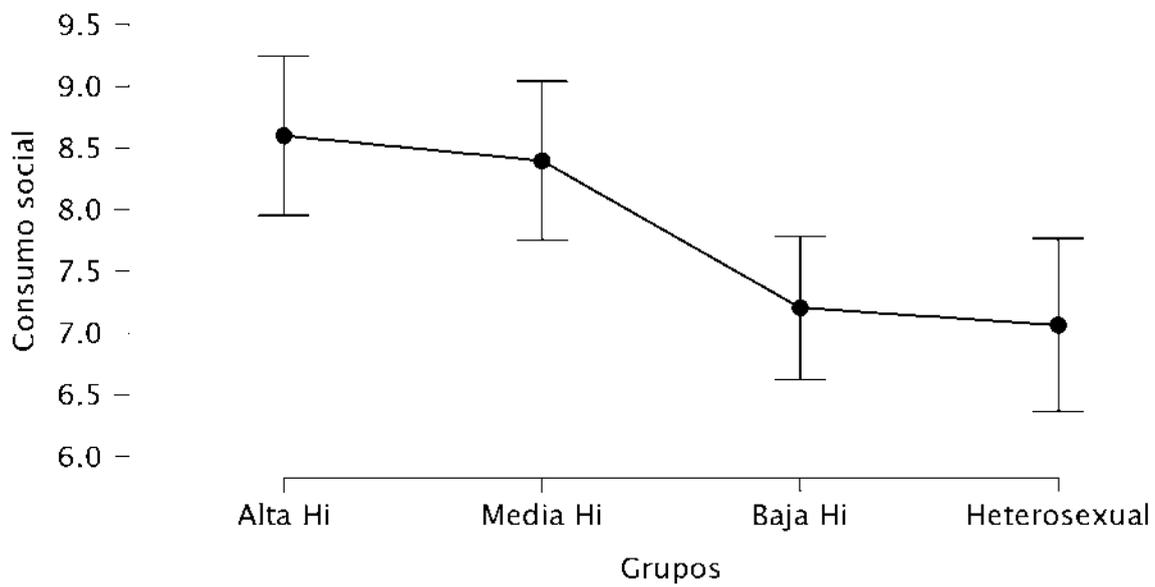


Tabla 2.4.3. Anova motivo social

Grupo 1.	Grupo 2.	Grupo 3.	Grupo 4.	F	Diferencia entre grupos
Alta Hi	Media Hi	Baja Hi	Heterosexual		
Media	Media	Media	Media		
(DE)	(DE)	(DE)	(DE)		
8.60	8.40	7.20	7.06		G1 > G3, G4
(3.00)	(3.09)	(3.04)	(3.11)	5.96***	G2 > G3, G4

*** < 0.001

Conclusión. Estudio 2

1. Disforia por orientación sexual

Los resultados indicaron que, a mayor nivel de homofobia internalizada, se observa significativamente una mayor experiencia de malestar y dificultades relacionadas con la orientación sexual en personas no heterosexuales. Estos malestares y dificultades incluyen tanto el malestar emocional al expresar su orientación sexual en contextos sociales (disforia expresiva) como la presencia de emociones e ideas negativas hacia su propia orientación sexual (disforia autoperceptiva).

Presentar este tipo de homofobia siendo una persona no heterosexual, puede manifestarse en dificultades para hablar abiertamente sobre la orientación sexual, debido al temor al rechazo y al juicio. Estos temores generan un malestar emocional que puede incluir tristeza, soledad y la sensación de que la orientación sexual impacta negativamente en la calidad de vida. Además, la internalización de creencias homofóbicas fomenta una preocupación constante por la percepción de los demás, generando incomodidad en espacios sociales, familiares, laborales o escolares, y dificultando la aceptación pública de la propia orientación sexual.

Las personas no heterosexuales pudieron presentar mayores niveles de disforia por orientación sexual debido a los desafíos y presiones que enfrentan en un contexto sociocultural que privilegia la heterosexualidad como norma. Este entorno genera un clima de rechazo, prejuicio y discriminación que afecta profundamente la manera en que las personas no heterosexuales perciben y

manejan su orientación sexual, tanto hacia sí mismas como en interacción con los demás.

La disforia por orientación sexual, como lo reflejan los ítems de la escala, se manifiesta a menudo en dificultades para expresar la orientación sexual de manera abierta ("Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual") debido al temor de ser juzgadas o rechazadas ("Me preocupa lo que piensen los demás acerca de mi orientación sexual", "Tengo temor de ser rechazado debido a mi orientación sexual"). Estas experiencias son particularmente comunes en contextos como el entorno laboral o escolar, donde expresar abiertamente la orientación sexual puede implicar riesgos sociales o profesionales ("Tengo miedo de expresar abiertamente mi orientación sexual en mi entorno laboral/escolar").

Además, las personas no heterosexuales pueden experimentar un conflicto interno, caracterizado por sentimientos negativos hacia su propia orientación sexual. Este conflicto puede entenderse desde la perspectiva de la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957), que propone que las personas experimentan incomodidad psicológica cuando existen discrepancias entre sus creencias y sus comportamientos o entre distintas creencias importantes.

En este caso, la internalización de creencias homofóbicas prevalentes en la sociedad puede generar una discrepancia entre la aceptación de dichas creencias y la experiencia de su propia orientación sexual, lo que lleva a desarrollar sentimientos de tristeza, soledad y una percepción de que su orientación sexual es una barrera para una vida plena ("Experimento tristeza debido a mi orientación sexual", "Experimento soledad debido a mi orientación sexual", "Siento que mi

orientación sexual me impide ser feliz"). Aunque Festinger no aborda específicamente este tipo de conflicto en el contexto de la orientación sexual, su teoría proporciona un marco conceptual útil para interpretar la dinámica psicológica de la homofobia internalizada en personas no heterosexuales.

Investigaciones previas han señalado que, en entornos socioculturales hostiles hacia las personas no heterosexuales, la probabilidad de revelar la orientación sexual disminuye considerablemente, ya que el temor al rechazo se convierte en un factor determinante (Burn et al., 2005; DiPlacido, 1998). Este temor al rechazo en espacios sociales, familiares o religiosos ("Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual con familiares", "Tengo temor de ser rechazado por mi orientación sexual en entornos religiosos") contribuye a un estado constante de vigilancia y estrés. El contexto sociocultural puede intensificar el malestar emocional al forzar a las personas no heterosexuales a manejar cuidadosamente cómo y con quién comparten su orientación sexual. Este malestar no solo impacta las relaciones interpersonales, sino también la vida amorosa y la percepción general de bienestar.

El hecho de que las personas heterosexuales hayan mostrado menores puntuaciones en disforia por orientación sexual puede llegar a ser comprensible, ya que viven en un contexto sociocultural donde la heterosexualidad es vista como la norma y lo socialmente "correcto". Según la teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957), las personas tienden a experimentar malestar psicológico cuando sus creencias o comportamientos entran en conflicto, pero, en el caso de las personas heterosexuales, no suelen enfrentarse a esa disonancia, ya que su orientación sexual no está en contradicción con las normas sociales predominantes.

Este entorno privilegiado reduce significativamente la posibilidad de experimentar conflictos internos o sociales relacionados con su orientación sexual. A diferencia de las personas no heterosexuales, los individuos heterosexuales no suelen enfrentar cuestionamientos sobre cómo será percibida su orientación sexual por los demás, ni sienten la necesidad de ocultarla o gestionarla cuidadosamente en diferentes entornos. Los aspectos como el temor al rechazo familiar, en espacios sociales, escolares o laborales, rara vez se enfrentan, lo que podría explicar por qué las personas heterosexuales presentan menores puntuaciones en los ítems relacionados con temores y emociones negativas sobre la expresión de su orientación sexual en comparación con las personas no heterosexuales.

Asimismo, las personas heterosexuales no cargan con la preocupación constante de ser juzgadas o rechazadas por su orientación sexual, lo que les permite desenvolverse libremente sin cuestionar cómo afectará su orientación a sus relaciones sociales o familiares. En contraste, las personas no heterosexuales enfrentan estas preocupaciones como parte de su experiencia cotidiana, lo que puede afectar su bienestar emocional y su calidad de vida (Meyer, 2003).

Por lo tanto, el contexto social de aceptación que rodea a las personas heterosexuales funciona como un factor protector que disminuye la posibilidad de desarrollar sentimientos de incomodidad, inseguridad o malestar relacionados con su orientación sexual. Esto puede explicar por qué los niveles de disforia por orientación sexual son considerablemente más bajos en este grupo y más altos en personas no heterosexuales.

En resumen, los mayores niveles de disforia por orientación sexual en personas no heterosexuales pueden ser producto de un entorno sociocultural que perpetúa la exclusión y el rechazo, tanto de manera explícita como a través de la internalización de estos prejuicios. Las dificultades para aceptar y expresar la orientación sexual, junto con las emociones negativas asociadas, reflejan el impacto de vivir en una sociedad que condiciona la validez de las identidades no heterosexuales.

2. Malestar psicológico

Los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de estrés, ansiedad y depresión según la orientación sexual y los niveles de homofobia internalizada. En particular, los grupos de personas no heterosexuales con niveles altos y medios de homofobia internalizada presentaron puntuaciones más elevadas en los tres elementos evaluados para el malestar psicológico, lo cual respalda investigaciones previas que señalan la relación entre la homofobia internalizada y problemas de salud mental (Laguna-Maqueda, 2017; Walch et al., 2016; Gómez et al., 2021). Sin embargo, un hallazgo especialmente relevante fue que las personas no completamente heterosexuales con baja homofobia internalizada reportaron puntuaciones más bajas de estrés, ansiedad y depresión que los grupos formados por participantes no heterosexuales con puntuaciones medias o altas de homofobia internalizada, e incluso por debajo de las personas totalmente heterosexuales.

Este resultado sugiere que aceptar la propia orientación sexual contribuye a una mayor congruencia entre las creencias y la identidad personal. La teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957) ayuda a entender cómo el conflicto interno surge cuando las creencias negativas interiorizadas sobre la orientación sexual se enfrentan a la identidad personal, generando un desgaste emocional significativo. Por el contrario, quienes logran integrar y aceptar su orientación sexual eliminan este conflicto interno, lo que les permite experimentar una mayor armonía interna. Esto no solo reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, sino que también convierte la aceptación de la propia orientación sexual en un factor protector frente al malestar psicológico, ya que la ausencia de disonancia cognitiva evita el desgaste emocional derivado de intentar conciliar creencias negativas con la identidad personal.

Es posible también que este grupo de personas esté menos expuesto a entornos homofóbicos, haya desarrollado habilidades para gestionar situaciones de discriminación o cuente con redes sociales de apoyo. Es importante destacar que el apoyo social es crucial para la salud mental, ya que proporciona recursos emocionales y prácticos que ayudan a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, al ofrecer un espacio seguro para compartir preocupaciones, fortalecer la autoestima, fomentar habilidades de afrontamiento y promover hábitos saludables, lo que mejora la resiliencia y facilita la adaptación a las adversidades (Williams et al., 2019a, D'amico y Julien, 2012). Martxueta (2014) destaca que la autoaceptación de la orientación sexual, así como contar con redes de apoyo, se vinculan de manera positiva con el bienestar psicológico. Esta combinación de aceptación personal, posible resiliencia y contexto social podría explicar por qué presentan niveles significativamente más bajos de estrés y depresión.

3. Consumo de alcohol

Los resultados mostraron que no existieron diferencias significativas en el nivel de consumo de alcohol entre personas totalmente heterosexuales y no totalmente heterosexuales, independientemente de sus niveles de homofobia internalizada. Este hallazgo contrasta con estudios previos que han documentado un mayor consumo de alcohol en poblaciones no heterosexuales y personas con homofobia internalizada (Lewis et al., 2021; Schuler y Collins, 2020, Hughes et al., 2020; Martxueta y Etxeberria, 2014; Ortiz-Hernández et al., 2009). Estas investigaciones han sugerido que las personas no heterosexuales tienden a presentar patrones de consumo de alcohol más elevados en comparación con las personas heterosexuales debido a la discriminación y la homofobia internalizada, sin embargo, los resultados de este estudio no respaldan dichos resultados, lo que sugiere que el consumo de alcohol en esta muestra podría estar influenciado por otros factores contextuales o personales no evaluados directamente.

Aunque no se encontraron diferencias en el nivel de consumo, los resultados mostraron diferencias significativas en algunos motivos de consumo de alcohol. Específicamente, las personas no totalmente heterosexuales con altos niveles de homofobia internalizada reportaron un mayor consumo de alcohol con fines de afrontamiento que sus contrapartes totalmente heterosexuales, utilizando el alcohol como una estrategia para manejar el malestar emocional. Este resultado coincide con investigaciones que señalan que el consumo de alcohol puede ser un mecanismo de afrontamiento ante el estrés y la discriminación (Guasti y Rodríguez, 2023; Torres, 2019; Magee y Connell, 2021).

Asimismo, se observaron diferencias significativas en el motivo social, donde las personas no totalmente heterosexuales con altos y medios niveles de homofobia internalizada presentaron mayores puntuaciones en comparación con aquellas no totalmente heterosexuales con bajos niveles de homofobia internalizada y las personas totalmente heterosexuales. Además, las personas no totalmente heterosexuales con altos niveles de homofobia internalizada también reportaron un mayor consumo de alcohol por motivos de conformidad, es decir, para ajustarse a las expectativas sociales. En contraste, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en el motivo de mejora, lo que sugiere que el consumo de alcohol para intensificar experiencias positivas no está relacionado con la orientación sexual ni con los niveles de homofobia internalizada.

Una posible explicación de estos resultados radica en la búsqueda de aceptación social. La homofobia internalizada puede generar un conflicto interno que lleva a las personas no totalmente heterosexuales a buscar validación y aceptación en entornos sociales. Consumir alcohol en contextos sociales puede facilitar la integración o pertenencia a grupos, actuando como un mecanismo para reducir la ansiedad social y encajar en ciertos contextos. Esto sugiere que, en estos grupos, el alcohol puede ser utilizado para facilitar la integración social o pertenecer a determinados grupos. Asimismo, la presión social y la necesidad de adaptación pueden influir significativamente en estos comportamientos. El motivo de conformidad implica beber alcohol para ajustarse a las normas sociales, y las personas con alta homofobia internalizada podrían sentir una presión mayor para adaptarse a comportamientos aceptados socialmente, utilizando el alcohol como

medio para encajar y evitar ser juzgadas o rechazadas (Cooper, 1994; Cox y Klinger, 1988).

La combinación de homofobia internalizada y experiencias de discriminación puede propiciar el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como consumir alcohol para reducir la incomodidad social o aliviar tensiones emocionales (Lewis et al., 2021). Esto se complementa con una mayor vulnerabilidad emocional, donde la inseguridad respecto a la orientación incrementa la susceptibilidad a la presión social, explicando por qué recurren al alcohol en contextos sociales o para conformarse con normas grupales. Estos factores en conjunto sugieren que la homofobia internalizada no solo afecta el bienestar emocional, sino también los patrones de consumo de alcohol, especialmente cuando está motivado por la integración social y la conformidad.

Limitaciones y sugerencias

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentra la naturaleza transversal del diseño, lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Además, no se incluyeron medidas directas de redes de apoyo social, factor que podría influir significativamente en el consumo de alcohol y el malestar psicológico. Otra limitación importante fue la falta de control sobre la presencia de trastornos psicológicos en las personas participantes, como depresión, ansiedad o trastornos por abuso de sustancias psicoactivas. La muestra, aunque fue amplia, podría beneficiarse de una ampliación en el número de personas heterosexuales, además de incluir diferentes contextos socioculturales y rangos de edad, lo que permitiría una mayor generalización de los resultados.

Para profundizar en la comprensión de los factores que influyen en el consumo de alcohol y el malestar psicológico en poblaciones no heterosexuales, es fundamental incorporar variables relacionadas con el apoyo social, recursos psicológicos, rasgos de personalidad y experiencias de discriminación, ya que estos factores podrían desempeñar un papel relevante en la regulación emocional y en la gestión de situaciones de discriminación. Incluir estas variables permitirá obtener una visión más completa de los mecanismos que median la relación entre homofobia internalizada, disforia por orientación sexual, consumo de alcohol y bienestar psicológico.

Se sugiere diseñar y evaluar programas de intervención enfocados en reducir la homofobia internalizada, promover estrategias de afrontamiento saludables y concientización sobre las diversidades. Estas intervenciones podrían contribuir a

disminuir el malestar psicológico, la discriminación y prevenir el consumo problemático de alcohol, mejorando así la calidad de vida de las poblaciones no heterosexuales.

Referencias

- Adrián, L., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.001>
- Alises, C. (2022). Guía de delitos de odio LGBTI. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
- American Psychological Association. (2018). APA Dictionary of Psychology. APA. <https://dictionary.apa.org/>
- Arnsten, A. F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410-422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Baiocco, R., D'Alessio, M., y Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive Behaviors*, 35(10), 896–899. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.004>
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bartel, S. J., Sherry, S. B., Molnar, D. S., Mushquash, A. R., Leonard, K. E., Flett, G. L., y Stewart, S. H. (2017). Do romantic partners influence each other's heavy episodic drinking? Support for the partner influence hypothesis in a three-year longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 69, 55–58. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.020>
- Baruch-Domínguez, R. (2015). Reporte de Resultados de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Población LGBTI en México 2015. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.5104.4085>
- Beck, A. Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. y Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid, Sociodrogalcohol.
- Betrián, P. (2021). La discriminación indirecta. En Ibarra, A. (coord.), *Discriminación, piezas para armar* (53-79). Suprema Corte de Justicia de la Nación. ISBN: 978-607-552-178-7
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological*

- Bulletin, 107(2), 238-246. <http://dx.doi:10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Burn, S. M., Kadlec, K., y Rexer, R. (2005). Effects of subtle heterosexism on gays, lesbians, and bisexuals. *Journal of Homosexuality*, 49(2), 23–38. https://doi.org/10.1300/J082v49n02_02
- Byrne, B. (2010). *Structural Equation Modelling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge.
- Calzo, J., Blashill, A., Brown, T. y Argenal, R. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Current Psychiatry Reports*, 19(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- Caputi, T., Smith, D. y Ayers, J. (2017). Suicide Risk Behaviors Among Sexual Minority Adolescents in the United States. *JAMA*, 19;318 (23), 2349-2351. <https://doi.org/10.1001%2Fjama.2017.16908>
- Charter, R. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304. <https://doi.org/10.1080/00221300309601160>
- Clark, D. y Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Cohen, S., Kessler, R. y Gordon, L. (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Cohen, B., Edmondson, D. y Kronish, I. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11) pp 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Colder, C., Lee, Y., Fedrndak, S., Read, J. y Wiczorek. (2019). Internalizing Symptoms and Cannabis and Alcohol Use: Between and Within Person Risk Pathways with Coping Motives. *Journal of consulting and clinical psychology*. 87 (7). <https://doi.org/10.1037%2Fccp0000413>
- Corbin, W., Farmer, N. y Nolen, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38 (4), 1912-1919. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70394-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70394-7)
- Craske, M., Stein, M., Eley, T., Milad, M., Holmes, A., Rapee, R. y Wittchen, H. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Curry, C., Beach, L., Wang, X., Ruprecht, M., Felt, D., Floresca, Y. y Phillips, G. (2022). At-School Victimization and Alcohol Use Among Minoritized U.S. Youth, 2009–2017. 63 (5), 772-782.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.06.003>

- D'amico, E., y Julien, D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: Associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies*, 8(3), 215-242. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2012.677232>
- Davidson, R. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55(11), 1196-1214. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.11.1196>
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. En G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 138–159). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452243818.n7>
- Dovidio, J., Evans, N., y Tyler, R. (1986). Racial stereotypes: The contents of their cognitive representations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(1), 22–37. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90039-9](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90039-9)
- Duman, R. S. (2004). Depression: A case of neuronal life and death?. *Biological Psychiatry*, 56(3), 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.02.033>
- Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology*. 69, 275-298. Doi: 10.1146/annurev-psych-122216-011719
- Endler, N. y Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231-245. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3)
- Espinosa, A., Mendoza, M., y Villalba, V. (2020). Practicas parentales en la regulación emocional de adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 23(1), 400-417.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Frederick, D., y Essayli, J. (2016). Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national U.S. Studies. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(4), 336–351. <https://doi.org/10.1037/men0000031>
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fowler, A., Thompson, J., Chen, L., Dagda, M., Dertien, J., Dossou, K., Moaddel, R., Bergeson, S. y Kruman, I. (2014). Differential sensitivity of prefrontal cortex and hippocampus to alcohol-induced toxicity. *PloS one*, 9(9), e106945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106945>
- Gilbert, P. y Zemore, S. (2016). Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Social Science & Medicine*, 161, 178-194. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.009>

- González, C. (1997). Identidad, alteridad y comunicación, definiciones y relaciones. *Signo Y Pensamiento*, 16(30), 77–84. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/view/3062>
- Grant, B., Goldstein, R., Saha, T., Chou, S., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Gross, J y Thompson, R. (2006). Emotion regulation: conceptual foundations. En Gross J, (eds). *Handbook of emotion regulation* (p. 3-24). The Guilford Press.
- Guasti, N. N., y Rodríguez, M. L. (2023). Estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol en adultos: Coping Strategies and Alcohol Consumption in Adults. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(1), 882–893. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.303>
- Gurrola-Peña, G., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muños, M. y Virseda-Heras, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(2), 3-7.
- Haaga, D. (1991). "Homophobia"? *Journal of Social Behavior & Personality*, 6(1), 171–174.
- Haggard, P. (2019). The Neurocognitive Bases of Human Volition. *Annual Review of Psychology*, 70, 9-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103348>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., y Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- Herek, G. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *Journal of Sex Research*, 25(4), 451-477. <https://doi.org/10.1080/00224498809551476>
- Herek, G. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65–111). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_4
- Herman, J. y Cullinan, W. (1997). Neurocircuitry of stress: Central control of the hypothalamo–pituitary–adrenocortical axis. *Trends in Neurosciences*, 20(2), 78-84. [https://doi.org/10.1016/s0166-2236\(96\)10069-2](https://doi.org/10.1016/s0166-2236(96)10069-2)
- Hu, L. y Bentler, P. (1999) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*, 6:1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huebner, D., McGarrity, L., Perry, N., Spivey, L., Smith, T. (2021). Cardiovascular and

- cortisol responses to experimentally-induced minority stress. *Health Psychol*, 40 (5), 316-325. <https://doi.org/10.1037/hea0001067>
- Hughes, T., Veldhuis, C., Drabble, L. y Wilsnack, S. (2020). Research on alcohol and other drug (AOD) use among sexual minority women: A global scoping review. *PLoS ONE*, 15(3), e0229869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229869>
- Igartua, K. Gill, K. y Montoro, R. (2003). Internalized Homophobia: A Factor in Depression, Anxiety, and Suicide in the Gay and Lesbian Population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15-30. <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-2003-0011>
- Jöreskog, K. (1993). Testing structural equation models. In K. Bollen y J. Lang (Eds.), *Testing structural equation models*, 294–316. Sage.
- Kiekens, W., Baa,s, L. y Veenstra, R. (2022). Differences by sex and gender in the association between minority stress and alcohol use among sexual and gender minority youth: A daily diary study. *Social Science & Medicine*, 294, 114679. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114679>
- Kim, J. y Diamond, D. (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity, and lost memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(6), 453-462. <https://doi.org/10.1038/nrn849>
- Kitayama, S. y Uskul, A. (2011) Culture, Mind, and the Brain: Current Evidence and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 62 (1), 419-449. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145357>
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Koob, G. y Volkow, N. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Krueger, E. y Upchurch, D. (2019). Are Sociodemographic, lifestyle, and psychosocial characteristics associated with sexual orientation group differences in mental health disparities? Results from a national population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 755-770. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1649-0>
- Kushner, M., Abrams, K. y Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00027-6)
- Laguna-Maqueda, Ó. (2017). Un huésped no invitado: homofobia en los arreglos parentales de padres gay en la Ciudad de México. *El Cotidiano*, 202, 31-43
- Layland, E., Bray, B., Kipke, M. y Maggs, J. (2022). Drug and Alcohol Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 241, 109652. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109652>

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325.). New York: Guilford.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155-184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- LeDoux, J. y Pine, D. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Lee, D., Hope, M., Heinze, J., Cunningham, M., Caldwell, C. y Zimmerman, M. (2020). Psychological Pathway from Racial Discrimination to the Physical Consequences of Alcohol Consumption: Religious Coping as a Protective Factor. *Journal of ethnicity in substance abuse*. 19 (3), 453–475. <https://doi.org/10.1080%2F15332640.2018.1540956>
- Lerner, J., Li, Y., Valdesolo, P. y Kassam, K. (2015). Emotion and Decision Making. *Annual Review of Psychology*, 66, 799-823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>
- Lewis, R., Romano, K., Ehlke, S., Lau-Barraco, C., Sandoval, C., Glenn, D. y Heron, K. (2021). Minority stress and alcohol use in sexual minority women's daily lives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29 (5), 501–510. <https://doi.org/10.1037/pha0000484>
- Linden-Carmichael, A. N., Vasilenko, S. A., Lanza, S. T., y Maggs, J. L. (2017). High-Intensity Drinking Versus Heavy Episodic Drinking: Prevalence Rates and Relative Odds of Alcohol Use Disorder Across Adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(10), 1754–1759. <https://doi.org/10.1111/acer.13475>
- Littleford, L. y Kite, M. (2010). Institutionalized Sexual Stigma. En Keith, K. (editor), *Cross-Cultural Psychology: Contemporary Themes and Perspectives*. Wiley-Blackwell.
- Lovibond, S. y Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. *Género y Salud en Cifras*, 14 (3), 32-45.
- Lozano-Verduzco y del Castillo (2018). Homofobia internalizada, discriminación, violencia y salud mental de mujeres lesbianas y bisexuales en Díaz, R., Lagunes, I. y López, F. (Ed.), *Aportaciones actuales de la Psicología Social volumen IV* (177-1192). Asociación Mexicana de Psicología Social.

- Lozano-Verduzco, I., Fernández-Niño, J. y Baruch-Domínguez, R.. (2017). Association between internalized homophobia and mental health indicators in LGBT individuals in Mexico City. *Salud mental*, 40(5), 219-226. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.028> .
- Lu, J., Benet-Martínez, V. y Wang, L. (2023). A Socioecological-Genetic Framework of Culture and Personality: Their Roots, Trends, and Interplay. *Annual Review of Psychology*, 74 (1). . <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-032631>
- Luk, J., Goldstein, R., Yu, J., Haynie, D. y Gilman, S. (2021). Sexual Minority Status and Age of Onset of Adolescent Suicide Ideation and Behavior. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-034900>
- Mackie, M. (1973). Arriving at truth by definition: Case of stereotype inaccuracy. *Social Problems*, 20, 431-447
- Magee, K. y Connell, A. (2021). The role of substance use coping in linking depression and alcohol use from late adolescence through early adulthood. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 29 (6), 659-669. <https://doi.org/10.1037%2Fpha0000436>
- Malenka, R. y Bear, M. (2004). LTP and LTD: An embarrassment of riches. *Neuron*, 44(1), 5-21. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.09.012>
- Marín, M., Andrade, P., González, C., y Robles, R. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
- Martxueta, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 255-271. <https://doi.org/10.6018/rie.32.1.168461>
- Martxueta, A. y Etxeberria, J. (2014) Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (1), 23-35.
- Matadamas, D., Islas-Orozco, M. y Soto-Velázquez, M. (2016). La escultura del dios del pulque del Antiguo Palacio del Arzobispado de la Ciudad de México. *Arqueología Mexicana*, (137), 76-80.
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the modern racism scale. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination , and racism* (pp. 91–125). Academic Press.
- McEwen, B. S. (2004). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54(3), 200-207. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00177-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00177-x)
- McEwen, B. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- McEwen, B. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367–381. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189. [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(00)02950-4)
- Méndez-Guerrero, A., Gata-Maya, D., Domingo-Santos, A. y Bermejo-Pareja, F. (2015). Patología neurológica en intoxicaciones y consumo de drogas. Manifestaciones neurológicas de las formas agudas y crónicas del alcoholismo. *Medicine*, 11(76), 4572-4579. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.03.013>
- Mendoza J., Ortiz, L., Román, R., y Rojas, A. (2015). Principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015. Ciudad de México: UAM-Xochimilco, Inspira.
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Busetto, P., Solmi, M., Santonastaso, P., y Favaro, A. (2018). Eating disorders symptoms in sexual minority women: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 275–292. <https://doi.org/10.1002/erv.2601>
- Meredith, L. S., Seelam, R., Stein, B. D., Parast, L., Shadel, W. G. y D’Amico, E. J. (2019). Adolescents with better mental health have less problem alcohol use six months later. *Addictive Behaviors*, 95, 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.03.006>
- Merino-Soto, C., y Livia-Segovia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25-45. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.25>
- Mirowsky, J. y Ross, C. (2003). *Social causes of psychological distress* (2da ed.). Aldine de Gruyter.
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A., Jiménez, J., Chávez-Vera, M., Olave, L., e Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de psicología*. 37(1), 121-132. <https://doi.org/10.6018/analesps.404671>
- Montoya-Filardi, A. y Mazón, M. (2017). El cerebro adicto: imagen de las

- complicaciones neurológicas por el consumo de drogas. *Radiología*, 59(1), 17-30. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2016.09.005>
- Moral, J., Valle, A. y Martínez, E. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. *Psicología desde el Caribe*, 30 (3), 526-550.
- Mulaik, S., James, L., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., y Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.430>
- Muñoz-García, A. N. y Arellanez-Hernández, J. L. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S*, 6(2), 1-20. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v6n2/2007-1833-rpcc-6-02-1.pdf>
- Nadal, K., Issa, M., Leon, J., Meterko, V., Wideman, M. y Wong, Y. (2011). Sexual orientation microaggressions: "Death by a thousand cuts" for lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of LGBT Youth*, 8(3), 234–259.
- Nestler, E., Barrot, M., DiLeone, R., Eisch, A., Gold, S. y Monteggia, L. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(02\)00653-0](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(02)00653-0)
- Niedenthal, P. y Brauer, M. (2012). Social Functionality of Human Emotion. *Annual review of psychology*, 63, 259–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131605>
- Olmedo-Carranza, B. (2014). Tequila: origen, atributos y patrimonio cultural en riesgo. *Teka Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych*, 2, 39-49.
- Ortiz-Hernández, L., Gómez, B. y Valdés, J. (2009). The association of sexual orientation with self-rated health, and cigarette and alcohol use in Mexican adolescents and youths. *Social Science & Medicine*, 69(1), 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.028>
- Ortiz-Hernández, L. y García-Torres, M. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública* 21(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300026>
- Ortiz, L. y Mendoza, J. (2020). Violencia sutil y salud mental en población lésbico, gay y bisexual de la Ciudad de México: implicaciones para la política pública. *Revista Digital en Discriminación, Derechos Humanos y Política Pública. Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México*. 1, 10-27.
- Oscar-Berman, M., y Marinković, K. (2007). Alcohol: Effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review*, 17(3), 239-257.

<https://doi.org/10.1007/s11065-007-9038-6>

- Ortiz-Villalobos, A. (2010). Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (I). *Medicine*, 10(61), 4212–4223. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(10\)70221-3](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(10)70221-3)
- Pérez-Rial, S., Ortiz, S. y Manzanares, J. (2003). Neurobiología de la dependencia alcohólica. *Trastornos Adictivos*, 5(1), 4-12. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-neurobiologia-dependencia-alcoholica-13045021>
- Pettigrew, T. y Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75
- Planas-Ballvé, A., Grau-López, L., Morillas, R. y Planas, R. (2017). Manifestaciones neurológicas del alcoholismo. *Gastroenterología y Hepatología*, 40(10), 709-717. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.05.011>
- Qi, T., Hu, T., Ge, Q., Zhou, X. Li, J., Jiang, C. y Wang, W. (2021). COVID-19 pandemic related long-term chronic stress on the prevalence of depression and anxiety in the general population. *BMC Psychiatry* 21 (380). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03385-x>
- Raj, A., Chatterji, S., Johns, N., Yore, J. Dey, A. y Williams, D. (2023). The associations of everyday and major discrimination exposure with violence and poor mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*, 318. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115620>
- Razón, K. Rodríguez, L. y León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (4), 1344-1361. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/62805>
- Rincón, I. y Zambrano, J. (2017). Mediación del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento en la relación entre el sexo, la discriminación, la homofobia internalizada, la apertura y el bienestar psicológico en hombres y mujeres caraqueños que se identifiquen como lesbianas, gays o bisexuales. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Andrés Bello]. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6999.pdf>
- Rodríguez-Zepeda, J. (2006). Un marco teórico para la discriminación. Ediciones CONAPRED. ISBN: 970-9833-41-3
- Rondón, J., Morales, L. y Rondón, R. (2023). Factores psicosociales que influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Médica Sinergia*, 8(11), e1117. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i11.1117>
- Ruiz, C., Herrera, B. y Puldón, S. (2012). Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. *Modelos animales. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 31 (1), 26-36.
- Ruíz, E., Ballester, R., Gil, M., Giménez, C. y Nebot, J. (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. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1776>
- Russell, S. y Fish, J. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Salomé, L. (2017). La discriminación y algunos de sus calificativos: directa, indirecta, por indiferenciación, interseccional (o múltiple) y estructural. *Pensamiento Constitucional*, (22), 255-290. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/19948/19969>
- Salway, T., Rich, A., Ferlatte, O., Gesink, D., Ross, L., Bränström, R., Sadr, A., Grennan, T., Shokoohi, M., Brennan, S. y Gilbert, M. (2002). Preventable mortality among sexual minority Canadians. *SSM - Population Health*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101276>
- Sanchez, Z. M., Ribeiro-Santos, M. G., Sanudo, A., Carlini, C. M. y Martins, S. S. (2019). Sexual Aggression in Brazilian Nightclubs: Associations with Patron's Characteristics, Drug Use, and Environmental Factors. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 609–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1322-4>
- Sánchez-García, C., Pérez, S., & Medina, L. (2023). Advances in the understanding of anxiety disorders: Clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1112-1130. <https://doi.org/10.1002/jclp.23476>
- Santarelli, L., Saxe, M., Gross, C., Surget, A., Battaglia, F. y Dulawa, S. (2003). Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 301(5634), 805-809. <https://doi.org/10.1126/science.1083328>
- Sanz-Marcos, N., Arias-Constantí, V., Trenchs-Sainz de la Maza, V., Curcoy Barcenilla, A. I., Matalí Costa, J. y Luaces-Cubells, C. (2009). Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. *Anales de Pediatría*, 70(2), 132-136. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.10.006>
- Sapolsky, R. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925-935. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.925>
- Stockmeier, C., Mahajan, G., Konick, L., Overholser, J., Jurjus, G. y Meltzer, H. (2004). Cellular changes in the postmortem hippocampus in major depression. *Biological Psychiatry*, 56(9), 640-650. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.022>
- Saussure, F. (1916). *Curso de lingüística general* (C. Bally & A. Sechehaye, Eds.). Paris: Payot.
- Shields, S. y Harriman, R. (1984). Fear of male homosexuality: Cardiac responses of low and high homonegative males. *Journal of Homosexuality*, 10(1-2), 53-67.

https://doi.org/10.1300/j082v10n01_04

Schultz, W. (2016). Dopamine reward prediction-error signalling: a two-component response. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(3), 183–195. <https://doi.org/10.1038/nrn.2015.26>

Schuler, M. y Collins, R. (2020). Sexual minority substance use disparities: Bisexual women at elevated risk relative to other sexual minority groups. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107755. <https://doi.org/10.1016%2Fj.drugalcdep.2019.107755>

Secretaría de Salud. (2022). 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw-Hill.

Skinner, B. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century- Crofts.

Spielberger, C. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp. 23–49). Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5>

Spielberger, C. (1966). *Theory and research on anxiety*. *Anxiety and behavior*. New York: Academic press.

Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (2023). STAI, cuestionario de ansiedad estado/rasgo (G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme, y N. Seisdedos Cubero, Adaptadores; 10ª ed.). TEA.

Stanton, R., To, Q., Khalesi, S., Williams, S., Alley, S., Thwaite, T., Fenning, A. y Vandelanotte, C. (2020) Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (11), <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17114065>

Stein, M. y Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1507094>

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Torres, J. (2019). *Estilos de afrontamiento y consumo de alcohol-cannabis en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/891>

Turner, S., Mota, N., Bolton, J., y Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or

- drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35(9), 851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
- Valarezo-Bravo, O., Erazo-Castro, R. y Muñoz-Vinces, Z. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 279-293. doi:10.21134/haaj.v21i1.584
- Valarezo-Bravo, O., Erazo-Castro, R. y Muñoz-Vinces, Z. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 279-293. doi:10.21134/haaj.v21i1.584
- Valdez-Montero, C., Onofre-Rodríguez, D., Moral de la Rubia, J. y Ahumada-Cortez, J. (2020). Factores asociados al consumo de drogas previo encuentro sexual y asistencia a sitios en hombres que tienen sexo con hombres. *Eureka*, 17(3), 203-217
- Valdez-Montero, C., Martínez-Velasco, C., Ahumada-Cortez, J., Caudillo-Ortega, L., y Gámez-Medina, M. (2018). Manifestación de homofobia internalizada en adolescentes y jóvenes al norte de México. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.379>
- Van Gundy, K. T., Howerton-Orcutt, A., y Mills, M. L. (2015). Race, Coping Style, and Substance Use Disorder Among Non-Hispanic African American and White Young Adults in South Florida. *Substance Use & Misuse*, 50(11), 1459–1469. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1018544>
- Vela, E. (2018). El pulque prehispánico: regalo de los dioses. [Edición especial] *Arqueología Mexicana*, 78, 8-13.
- Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A., y Guzmán-Facundo, F. R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 35-46. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000100004&script=sci_arttext
- Waddell, J. T., Corbin, W. R., & Marohnic, S. D. (2021). Putting things in context: Longitudinal relations between drinking contexts, drinking motives, and negative alcohol consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(2), 148–159. <https://doi.org/10.1037/adb0000653>
- Weinberg, G. (1972). *Society and the Health Homosexual*. St. Martin's Griffin. ISBN 9781429973465
- Wheaton, B. (2007). The twain meet: Distress, disorder and the continuing conundrum of categories (comment on Horwitz). *Health*, 11(3), 303 – 319. <https://doi.org/10.1177/1363459307077545>
- Williams, D., Lawrence, J. y Davis, B. (2019a). Racism and health: Evidence and

needed research. *Annual Review of Public Health*, 40, 105-125.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>

Williams, D., Lawrence, J., Davis, B. y Vu, C. (2019b). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54, 1374–1388.
DOI: 10.1111/1475-6773.13222

Xu, W., Zheng, Y., Wiginton, J. M., y Kaufman, M. R. (2019). Alcohol use and binge drinking among men who have sex with men in China: Prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.006>

Zakhari, S. (2006). Overview: How is alcohol metabolized by the body? *Alcohol Research & Health*, 29(4), 245–254.

<https://www.paho.org/es/noticias/16-5-2009-dia-internacional-contra-homofobia>

Organizacion panamerica de la salud

Anexos



CONAHCYT

Maestría en Psicología

Maestría inscrita en el Programa Nacional de Posgrado de Calidad (PNPC) del
CONAHCYT

Propiedades psicométricas de las escalas de actitudes ante la diversidad sexual

Somos un grupo de licenciados y licenciadas en psicología, estudiando la maestría en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Estamos trabajando en una investigación para medir las propiedades psicométricas de las escalas de actitudes ante diversidad sexual en México.

No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa saber tu opinión. Los datos que nos proporcionen serán tratados con absoluta confidencialidad y serán únicamente usados con fines académicos e investigativos.

Si tienes una duda, puedes comunicarte con:

Lic. Santos Acosta, 1131843j@umich.mx

1131843j@umich.mx [Cambiar de cuenta](#)



No compartido

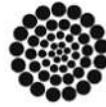
* Indica que la pregunta es obligatoria

Consentimiento

Doy mi consentimiento para participar en esta investigación, sabiendo que los datos y las respuestas que proporcione serán tratadas con absoluta confidencialidad y sólo con fines investigativos.

(puedes consultar el consentimiento informado en extenso a través del siguiente enlace:

<https://drive.google.com/file/d/1Maa1LIU05jatNUBUTdGt8VX8LGWonNOB/view?usp=sharing>)



CONAHCYT



Maestría en Psicología

Maestría inscrita en el Programa Nacional de Posgrado de Calidad (PNPC) del
CONAHCyT

"Relación entre homofobia y malestar por orientación sexual con los motivos y niveles de consumo de alcohol"

Se te invita a participar en este estudio que tiene como propósito **investigar** diversos **aspectos relacionados con el consumo de alcohol, los trastornos psicológicos, la homofobia, malestares y problemáticas relacionadas a la orientación sexual**. Esta investigación forma parte de una tesis de maestría del Posgrado en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Tu participación consiste en responder una serie de cuestionarios psicológicos. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa saber tu opinión. La participación en el estudio tiene una **duración entre 7 a 15 minutos**. Las respuestas que proporcionen serán tratadas con absoluta confidencialidad y serán únicamente usadas con fines investigativos. La **participación** es totalmente **voluntaria**, y no representa ningún riesgo físico o emocional.

Si tienes alguna duda o pregunta sobre el proyecto, puedes dirigirla en cualquier momento al investigador principal, el Lic. en Psic. Victor Santos Acosta Madueño, escribiendo al correo 1131843J@umich.mx



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La relación entre homofobias y disforia por orientación sexual con los motivos de consumo de alcohol

Investigador principal: Acosta Madueño Victor Santos

Dirección del investigador: Gral. Francisco Villa 450, Dr Miguel Silva González, 58110 Morelia, Mich.

Teléfono de contacto del investigador: 443-490-1186

INTRODUCCIÓN:

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación de Relación entre la homofobia y disforia por orientación sexual con el consumo de alcohol.

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento; pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki y de las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

La Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a través del grupo de investigación, le invitan a participar en este estudio que tiene como objetivo: Conocer la relación entre la homofobia y disforia por orientación sexual con el consumo de alcohol.

Su participación en el estudio tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Su participación en el estudio consiste en: responder un formulario de google que constara de 5 cuestionarios y una sección de datos sociodemográficos.

RIESGOS E INCONVENIENTES:

Esta investigación no le causara riesgos o daños que puedan afectarle a su salud física.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Si decide participar,

tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en la Facultad de Psicología de la UMSNH.

El investigador del estudio puede excluirlo si no se concluyen los procedimientos que forman parte de la investigación; en este caso usted será notificado sobre su retiro de la investigación.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado para reportar los resultados de la investigación. Los datos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones en foros académicos.

La información que usted proporcione estará solo disponible para los investigadores titulares, quienes están obligados por la Ley a no divulgar su identidad. Los documentos que contengan la información obtenida serán guardados en un archivero con llave y en una computadora con contraseña. Sólo los investigadores tendrán acceso a ellos.

FIRMA

Formato físico de las pruebas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se te invita a participar en este estudio que tiene como propósito **investigar** diversos **aspectos relacionados con la orientación sexual, el consumo de alcohol, los trastornos psicológicos y la homofobia**. Esta investigación forma parte de una tesis de maestría del Posgrado en Psicología de la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**.

Tu participación consiste en **responder una serie de cuestionarios** psicológicos. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo nos interesa saber tu opinión. La participación en el estudio tiene una **duración** aproximada **de 10 minutos**. Las respuestas que proporcionas serán tratadas con absoluta **confidencialidad** y serán únicamente usadas con **finés investigativos**. La **participación** es totalmente **voluntaria**, y no representa ningún riesgo físico o emocional.

Si tienes alguna duda o pregunta sobre el proyecto, puedes dirigirla en cualquier momento al investigador principal, el Lic. en Psic. Víctor Santos Acosta Madueño, escribiendo al correo 1131843J@umich.mx

Yo _____,
(nombre y firma)

doy mi consentimiento para participar en este proyecto de investigación, declarando que lo hago libremente y sin sentir presión de ningún tipo, entiendo que mis datos serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente con fines investigativos.

Datos sociodemográficos

Edad: _____ _____ Sexo: Hombre () Mujer () Prefiero no decirlo ()	Grado de estudios: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Maestría () Doctorado ()	¿Cuál es tu orientación sexual? Totalmente homosexual () Preferentemente homosexual () Bisexual () Preferentemente heterosexual () Totalmente heterosexual () Otra (), especifique: _____
¿A qué edad consumiste por primera vez alcohol? a. Edad: _____ b. Nunca he consumido ()		¿En qué tipo de área creciste? () Urbana (ciudad) () Semiurbana () Rural (pueblo)

AUDIT

Instrucciones: La escala siguiente está diseñada para **conocer tu consumo de alcohol durante los últimos 12 meses**. Por favor, **conteste** marcando con una cruz (X) a cada pregunta. Se te pide que contestes con total sinceridad.

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca () pase a la pregunta # Una o menos veces al mes () 2 a 4 veces al mes () 2 o 3 veces a la semana () 4 o más veces a la semana ()
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 () 3 o 4 () 5 o 6 () 7 a 9 () 10 o más ()
3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi diario ()
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()
8.	Nunca ()

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()
9. Tú o alguna otra persona, ¿han resultado heridos porque habías bebido?	No () Sí, pero no en el curso del último año () Sí, en el último año ()
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No () Sí, pero no en el curso del último año () Sí, en el último año ()

DMQ-R

Instrucciones: Esta escala identifica los posibles **motivos para consumir alcohol**. **Marca con una cruz (X)** cada cuestión. No hay respuestas correctas o incorrectas, responde rápidamente, sin analizar demasiado.

Yo bebo alcohol...	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1) ...Porque me gusta la sensación					
2) ...Porque es lo que la mayoría de mis amigos hacen cuando estamos reunidos					
3) ...Para olvidar mis preocupaciones					
4) ...Porque es una costumbre hacerlo en ocasiones o situaciones especiales					
5) ...Porque me ayuda cuando me siento ansioso (nervioso)					
6) ...Porque es divertido					
7) ...Porque hace que las reuniones sociales sean más agradables o entretenidas					
8) ...Para animarme o alegrarme cuando estoy de mal humor					
9) ...Para caerle bien a los otros					

10) ...Para encajar en un grupo que me agrade					
11) ...Porque me hace sentir bien					
12) ...Para no sentirme excluido					

Malestar y Dificultades Relacionadas con la Orientación Sexual

INSTRUCCIONES: Marca con una X lo que mejor describa tu forma de pensar. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo nos interesa saber tu opinión, por lo que te pedimos que respondas con total sinceridad. Contesta con rapidez y no analices demasiado tus respuestas, ya que la primera suele ser la más aproximada a tu forma de pensar.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Siento vergüenza cuando expreso mi orientación sexual a otros.					
2. Siento miedo al hablar sobre mi orientación sexual con otras personas.					
3. Me preocupa lo que piensen los demás acerca de mi orientación sexual.					
4. Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual con familiares.					
5. Me siento juzgado por mi orientación sexual.					
6. Me siento incómodo al hablar sobre mi orientación sexual.					
7. Me preocupa que otros me rechacen debido a mi orientación sexual.					
8. Evito hablar sobre mi orientación sexual para evitar conflictos.					
9. Tengo dificultades para hablar abiertamente sobre mi orientación sexual.					
10. Tengo dificultades para aceptar públicamente mi orientación sexual.					
11. Tengo temor de ser rechazado debido a mi orientación sexual.					
12. Tengo miedo de expresar abiertamente mi orientación sexual en mi entorno laboral/escolar.					
13. Tengo temor de ser rechazado por mi orientación sexual en entornos religiosos.					

14. Me siento avergonzado por mi orientación sexual.					
15. Deseo tener otra orientación sexual diferente a la mía.					
16. Siento que mi orientación sexual me impide ser feliz.					
17. Experimento presión para ocultar mi orientación sexual.					
18. Tengo miedo de mi propia orientación sexual.					
19. Experimento tristeza debido a mi orientación sexual.					
20. Tengo dificultades para aceptar mi orientación sexual.					
21. Siento que mi orientación sexual afecta mi nivel de felicidad.					
22. Siento culpa por mi orientación sexual.					
23. Siento que mi orientación sexual afecta mi autoestima.					
24. Experimento soledad debido a mi orientación sexual.					
25. Experimento enojo debido a mi orientación sexual.					
26. Siento que mi orientación sexual impacta mi calidad de vida.					
27. Siento que mi orientación sexual ha causado dificultades en mi vida amorosa.					

DASS-21

Este cuestionario **evalúa depresión, ansiedad y estrés**. Lee cada afirmación y **marca con una "X"** la casilla que mejor describa **la frecuencia de tus síntomas en la última semana**. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	Nunca	A veces	Frecuente mente	Casi siempre
1. Encontré difícil terminar las cosas.				
2. Estuve consciente de la resequedad de mi boca.				
3. Al parecer experimenté sentimientos negativos.				
4. Experimenté dificultades al respirar (por ejemplo, respiración excesivamente rápida,				

quedarme sin aliento en ausencia de esfuerzo físico).				
5. Encontré difícil tener la iniciativa para hacer las cosas.				
6. Tendí a reaccionar exageradamente ante situaciones.				
7. Experimente temblores (por ejemplo, en las manos).				
8. Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa.				
9. Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo.				
10. Sentí que no tenía nada que esperar.				
11. Me encontré a mi mismo poniéndome nervioso.				
12. Encontré difícil relajarme.				
13. Me sentí desanimado y triste.				
14. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo.				
15. Sentí que estuve a punto de entrar en pánico.				
16. Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada.				
17. Sentí que no valía nada como persona.				
18. Sentí que estaba más bien susceptible.				
19. Estuve consciente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ejemplo, sentir incremento de la frecuencia cardíaca, el corazón perdiendo un latido).				
20. Sentí miedo sin ninguna razón.				
21. Sentí que la vida no tenía sentido.				

INSTRUCCIONES: Marca con una X lo que mejor describa tu forma de pensar. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo nos interesa saber tu opinión, por lo que te pedimos que respondas con total sinceridad. Contesta con rapidez y no analices demasiado tus respuestas, ya que la primera suele ser la más aproximada a tu forma de pensar.

Homofobia Internalizada

(Responde solo si no eres heterosexual)

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. He tratado de que ya no me atraigan las personas de mi mismo sexo.					
2. Si alguien me ofreciera la oportunidad de ser completamente heterosexual, yo aceptaría esa oportunidad.					
3. Yo desearía ya no ser homosexual o bisexual.					
4. Desearía poder desarrollar más sentimientos eróticos por personas del otro sexo.					
5. Me siento un/a extraño/a para mí mismo/a debido a que soy homosexual o bisexual.					
6. Siento que ser homosexual o bisexual es un defecto personal.					
7. Me gustaría obtener ayuda profesional para convertirme en heterosexual.					
8. He tratado de sentirme más atraído/a sexualmente por personas del otro sexo.					
9. Siento que me podría quedar solo/a debido a mi sexualidad o identidad de género.					
10. Tengo miedo de que mi familia me rechace.					
11. Me da miedo que me rechacen en mi escuela/trabajo por mi orientación.					
12. Tengo temor a que sea agredido/a físicamente a causa de mi sexualidad o identidad de género.					
13. Tengo temor a infectarme de VIH/SIDA.					

Por favor, verifica que hayas respondido todas las preguntas antes de finalizar.

Gracias por participar

Victor Santos Acosta Madueño

Influencia de la homofobia internalizada en la disforia por orientación sexual, el malestar psicológ

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:436963447

Fecha de entrega

6 mar 2025, 12:38 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

6 mar 2025, 12:50 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

Influencia de la homofobia internalizada en la disforia por orientación sexual, el malestar psicol....pdf

Tamaño de archivo

2.8 MB

133 Páginas

29,894 Palabras

163,621 Caracteres

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología	
Título del trabajo	Influencia de la homofobia internalizada en la disforia por orientación sexual, el malestar psicológico y el consumo de alcohol	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Victor Santos Acosta Madueño	1131843J@umich.mx
Director	Ferran Padrós Blázquez	fpadros@umich.mx
Codirector	Victoria González Ramírez	victoria.gonzalez@umich.mx
Coordinador del programa	Blanca Edith Pintor Sánchez	mae.psicologia@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	Se uso para mejorar la redacción y fluidez de los textos, además de parafrasear y disminuir la extensión de párrafos.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Sí	Se uso para poder leer artículos en otros idiomas.
Traducción a otra lengua	Sí	Se uso para redactar el "abstract"
Revisión y corrección de estilo	Sí	Se uso para dar cohesión entre párrafos, y claridad a las ideas.
Análisis de datos	Sí	Se uso para un mejorar el entendimiento de los datos arrojados por el programa estadístico y tutorial de uso de algunas funciones del programa.
Búsqueda y organización de información	Sí	Se uso para pedir referencias de autores relevantes relacionados a la temática de la tesis.
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Victor Santos Acosta Madueñ 
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán. 7 de Marzo del 2025