



Published in final edited form as:

Rev Griot. 2013 December ; 6(1): 44–65.

En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales

María del C. Fernández Rodríguez¹ and Fernando Vázquez Calle²

¹Afiliada a la Universidad de Puerto Rico Recinto de Cayey correo electrónico:

maria.fernandez9@upr.edu ²Investigador Auxiliar en la Universidad de Puerto Rico en Cayey.

fernando.vazquezcalle@upr.edu

Abstract

These descriptive cross-sectional study explores aspects related to mental health and resilience in 44 youth identified as gays, lesbians and bisexuals (GLB). A survey and a semi structured interviews were conducted. Approximately one in three young people surveyed showed suicidal thoughts. The 18.2% of all young people carried out suicide attempts, which represented about 50% of those who expressed suicidal thoughts. Young people respondents with suicidal thoughts reported a mean score significantly lower on scales of mental health and vitality, but a higher score on the scale of perceived stigma. 75% of GLB youth respondents exhibited high levels of self-esteem and resilience. These findings account for the inherent complexity related to be accepted as gay, lesbian or bisexual, since the person wants to express himself, even with the social costs that entails and implies.

Keywords

homosexuality; suicide; mental health; resilience; college students

La juventud gay, lesbiana y bisexual (GLB) que percibe un ambiente de rechazo por sus grupos de apoyo, puede internalizar este rechazo y convertirlo en conductas autodestructivas. El sentirse rechazado por motivo de la orientación sexual se ha relacionado con comportamientos asociados al suicidio. Existe amplia evidencia de que los adolescentes que se identifican como gays, lesbianas o bisexuales tienen mayor riesgo de experimentar síntomas de depresión, ideación e intentos suicidas que los adolescente heterosexuales (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar y Azrael, 2009; King, Semlyen, Tai, et al, 2008; Suarez y Madrigal, 2000). La exposición al rechazo en la personas GLB desde temprano en su infancia provoca que ellos vean la homofobia como natural y lleguen a internalizarla (Hass, et al, 2011). Diversas investigaciones establecen una asociación entre homonegatividad y el riesgo de conducta suicida, abuso del alcohol y de drogas (Coker, Austin y Schuster, 2010; Marshal, et al, 2008). Según datos del Centro para la Prevención del Suicidio (conocido como SPRC por sus siglas en inglés) la comunidad GLB tiene tres veces más probabilidades de reportar ideación suicida que los jóvenes que no son GLB (SPRC, 2008). Safren y Heimberg (1999) encuentran que 30% de los jóvenes homosexuales han intentado el suicidio en algún momento de su vida. Los autores antes citados postulan que los GLB

tienen intentos de suicidio más serios en términos de la determinación de morir. Los hallazgos de estas investigaciones demuestran que los jóvenes GLB tienen niveles altos de malestar emocional (Almeida, et al, 2009). Por otra parte, hay estudios que sugieren que las personas de la comunidad GLB que desarrollan resiliencia son capaces de resistir este rechazo, logrando mantener niveles de autoestima altos (Borrero-Bracero, 2008). Por tanto, además de considerar los factores que contribuyen a aumentar los niveles de malestar emocional entre los jóvenes GLB es pertinente el estudio de los factores que contribuyen a la resiliencia en jóvenes.

Factores que explican los altos niveles de malestar emocional en jóvenes GLB

Los significados culturales juegan un papel fundamental en la salud mental. Es sabido que nuestra sociedad valora de forma negativa la orientación sexual gay, lesbiana y bisexual, por lo cual existe prejuicio y opresión hacia las personas no heterosexuales (Ortiz Hernández, 2005). Ortiz Hernández (2005) indica que la homofobia internalizada se presenta cuando las personas GLB incorporan en su auto concepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la transgresión de género (TEG), lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, así como también hacia la homosexualidad de otros, su TEG y la de otros. Dado que el autor antes citado reconoce un vínculo simbólico entre la homosexualidad y la TEG, considera que este aspecto debe ser incorporado en la definición de homofobia internalizada. El temor a ser rechazado y discriminado está relacionado con el que muchas personas homosexuales opten por callar y ocultar su preferencia, haciendo particularmente retador para un individuo homosexual identificarse como tal. El proceso de desarrollo de la identidad sexual de los/las adolescentes puede ser uno complicado y difícil, más aún si el/la adolescente se encuentra cuestionando su identidad sexual.

Los profesionales de la psicología están muy conscientes que el estigma asociado con la salud mental tiene un impacto negativo, no sólo entre aquellos con problemas de salud mental, sino en toda la sociedad, pues desalienta el que las personas busquen ayuda para sus problemas emocionales. Pero también estamos conscientes de que muchos de estos jóvenes demuestran gran capacidad para revertir los efectos del estigma y el rechazo. Savin-Williams (2005) menciona que adolescentes GLB pueden ser saludables, resilientes y sentirse orgullosos/as de quiénes son y de cómo manejan situaciones difíciles.

Factores que contribuyen al desarrollo de la resiliencia en jóvenes GLB

La resiliencia se refiere fundamentalmente a la adaptación positiva o a la habilidad de mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar adversidad (Wald, Taylor, Asmundson, et al. (2006). Este concepto ha sido un poco difícil de operacionalizar, en tanto algunos consideran la resiliencia como un rasgo personal, mientras que otros tienden a verlo como una proceso dinámico. Herman et al. (2011) luego de una amplia consideración de distintas definiciones de resiliencia encuentra dos factores comunes a todas: remiten a la existencia de factores y sistemas que contribuyen a un proceso dinámico e interactivo que aumenta la probabilidad de resistir adversidad; y puede ser algo que ocurra en un contexto y

tiempo específico y no estar presente a lo largo de la vida. Estos investigadores plantean que hay muchas vías para desarrollar resiliencia, que interactúan e incluyen atributos biológicos, psicológicos y actitudinales, en conjunto con sistemas de apoyo social como lo son la familia, los amigos, la escuela y la comunidad. Entre los factores personales se incluyen la autoestima, el funcionamiento intelectual, la flexibilidad cognitiva y la regulación emocional. Así también la literatura sobre el tema da cuenta de factores ambientales a nivel macro y micro. A nivel micro ambiental el apoyo social, incluye relaciones con la familia y los pares, apego seguro con las madres, estabilidad familiar y ausencia de depresión en la madre. El apoyo social puede venir de los pares, de los maestros y de otros adultos significativos. A nivel macro y sistémico se señalan factores comunitarios, tales como buenas escuelas, oportunidades deportivas y artísticas, factores culturales, espiritualidad y religión.

Específicamente en cuanto al estudio de resiliencia entre la juventud LGB se han encontrado que hay factores de protección útiles para manejar el ambiente de rechazo y hostilidad, entre estos se encuentran la autoestima y el involucramiento familiar (Blum, McNeely y Nonnemaker, 2002). Toro Alfonso, Varas, Andujar y Nieves (2006) sostienen que para los jóvenes gays y bisexuales, el apoyo social se convierte en un espacio de validación principal necesario para el desarrollo de una identidad y para el logro de metas personales y sociales. Rusell y Richards (2003) identifican cinco (5) factores que influyen en la resiliencia de jóvenes GLB: 1) perspectiva de ser parte de un movimiento social y entender el impacto de la homofobia y otras opresiones; 2) capacidad para confrontar la homofobia internalizada; 3) expresión de emociones (coraje, tristeza asociadas); 4) aceptación y apoyo familiar; 5) contacto con otros miembros de la comunidad LGBT. Otras investigaciones encuentran una relación entre autoestima, resiliencia y revelar la identidad gay y lesbiana (Savin-Williams y Diamond, 2000; Savin-Williams, 2005). Aunque, a su vez hay otros estudios que señalan que revelar la identidad sexual GLB se ha asociado con diferentes consecuencias negativas (ej. síntomas de depresión, ansiedad, altos niveles de ideas e intentos de suicidio, victimización) en la vida de estos/as adolescentes (Harrison, 2003).

El concepto de identidad sexual gay o lesbiana se ha descrito como “la representación de una categoría socialmente reconocida que nombra percepciones, sentimientos y significados que un individuo tiene sobre sus sentimientos sexuales, atracciones y comportamientos y que se simboliza por decir “soy gay/soy lesbiana” (Savin-Williams y Diamond, 2000). Se ha teorizado además que el desarrollo de la identidad gay es un proceso cultural y no universal (Owens, 1998). Es decir, que es un proceso individual con influencia cultural, que puede variar de acuerdo al género, puede darse en un continuo a través del cual la persona pasa por una serie de etapas que van desde la ausencia de reconocimiento de su homosexualidad o lesbianismo, con una sensación de ser diferente de los demás, hasta el reconocimiento de su homosexualidad o lesbianismo, o en algunos casos, no pasar por ninguna etapa (Owens, 1998). Para Ardila (1998), por ejemplo, hay homosexuales que no salen del “closet”, que no establecen relaciones de pareja, y que no se sienten orgullosos de sí mismos. Mohr y Fassinger (2003) señalan que los adolescentes GLB muestran niveles diferentes de auto aceptación y de auto revelación sobre su orientación sexual. Pero son más resilientes, los jóvenes que se sienten orgullosos de quiénes son y logran comunicar su orientación sexual a las personas en varios ámbitos, incluyendo el familiar (Rusell y Richards, 2003). De hecho,

la decisión de revelar su orientación sexual homosexual a sus pares o padres va a depender del tipo de relación ya existente. Recibir apoyo de sus pares y tener una relación estable y saludable con su padre y madre puede ayudar al/a la adolescente GLB en el proceso de aceptar su propia orientación sexual homosexual, pero también en el desarrollo de la resiliencia.

Aunque la religiosidad ha sido considerado un factor que puede asociarse con resiliencia en jóvenes heterosexuales, investigaciones recientes encuentran que, sin embargo, para los jóvenes GLB latinos la religiosidad es un factor que puede aumentar el malestar emocional, en tanto algunas iglesias señalan y condenan la homosexualidad como un pecado (Jiménez, Borrero y Nazario (2011).

Entendemos que tanto los factores que contribuyen al malestar psicológico como los que contribuyen al desarrollo de resiliencia merecen investigación adicional. Jiménez, et al. (2011) recomiendan continuar ampliando el conocimiento en estas áreas, en especial con adolescentes lesbianas, pues ellas tienen procesos diferentes a los de los hombres. Además, enfatizan la importancia de explorar la posibilidad de desarrollar intervenciones apropiadas para los/as adolescentes GLB en Puerto Rico, para su posterior implantación. Borrero-Bracero (2008) destaca que mucha de las investigaciones sobre la juventud GLB puertorriqueña surge de la necesidad social de acercarse a las experiencias particulares de esta población en una sociedad donde hay discriminación, violencia y homofobia. Concluye este autor, que la investigación futura con estos grupos debe tomar en cuenta la cultura y la sociedad puertorriqueña, sus experiencias de vida, su familia, sus amistades y sus fortalezas para, así entender al joven insertado en su contexto familiar y cultural. Similarmente, otras investigaciones revisadas recomiendan que en contextos universitarios se incorporen estrategias de prevención de suicidios dirigidas a la población GLB que consideren las características particulares del contexto cultural en el cual dichas conductas se manifiestan. (SPRC, 2008; Goldstein, Molock, Whitbeck, Murakami, Zayas y Nagayama, 2008).

El presente estudio

Tomando lo anterior en consideración el presente estudio tuvo como objetivo general explorar en jóvenes GLB cursando estudios universitarios aspectos relacionados con su identidad, indicadores de opresión internalizada, experiencias de discriminación, nivel de conocimiento de la familia sobre su orientación sexual, comportamientos asociados al suicidio e indicadores de salud mental y resiliencia. Específicamente nos interesó contestar las siguientes preguntas: ¿Cómo se concebían a sí mismos en términos de su identidad sexual? ¿Qué indicadores de opresión internalizada exhibían? ¿Existe relación entre homofobia internalizada, percepción de estigma y ocultamiento? ¿Ocultan su orientación sexual (OS) más los hombres o las mujeres? ¿Cuánto conocían su familia sobre su orientación sexual y cómo fue o pensaban sería la reacción al conocerla? ¿En qué escenarios habían sufrido algún tipo de discriminación por orientación sexual? ¿Qué aspectos psicosociales influyen en el desarrollo de la resiliencia? ¿Existen diferencias por cuestión de sexo en cuanto a indicadores de salud mental y resiliencia? ¿En qué medida hubo indicadores de malestar emocional y comportamientos asociados al suicidio relacionados a su OS? ¿Existe relación entre homonegatividad, experiencia de rechazo y problemas de salud mental?

Método

Participantes

Los participantes fueron 44 jóvenes estudiantes pertenecientes a la comunidad GLB, 27 mujeres (62%) y 17 varones (39%). La edad promedio fue de 21 años. El 52.3% (23) se identificó como bisexual y un 45.5% (20) como homosexual. Un participante no se definió.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario autoadministrable desarrollado por Ortiz Hernández (2005). Este explora aspectos de la identidad gay y permite tener indicadores de opresión internalizada, discriminación, conocimiento de la familia sobre la orientación sexual, salud mental y comportamientos asociados al suicidio. Se incluyó una escala diseñada para medir resiliencia desarrollada por Joaquina Palomar Lever y Norma E. Gómez Valdez (2010). La escala de mencionada tiene un nivel de consistencia interna alta, pues, el estadístico Alfa-Cronbach es igual a 0.93. Estos autores conceptualizan la resiliencia no como un atributo, sino como proceso y fenómeno multidimensional que surge de la interacción de componentes personales y sociales.

Se preparó una guía de preguntas a tener en cuenta en la entrevista semia-estructurada, que se administró a 8 de los 44 participantes de la encuesta estructurada. La guía de entrevista comprendió cuatro temas principales:

1. Identificación de la orientación homosexual: (i) situaciones que los hicieron sentirse diferentes; (ii) observaciones de otros que los hicieron reconocerse diferentes; y (iii) sentimientos que les generó reconocerse diferentes;
2. Experiencia de homofobia: rechazo a la homosexualidad en general o a homosexuales en específico, en entornos de socialización primarios (familia, casa), así como en entornos secundarios (escuela, lugar de trabajo y vías públicas);
3. Indicadores de daños a la salud mental; sentimientos, pensamientos y conducta que generaba la homofobia; culpa, aislamiento, tristeza, miedo y conducta suicida;
4. Estrategias de afrontamiento utilizadas para lidiar con el rechazo y experiencias que contribuyeron al desarrollo de resiliencia.

Procedimiento

Los participantes de la comunidad GLB fueron reclutados utilizando la técnica de muestreo no aleatorio conocida como bola de nieve. Este reclutamiento se realizó en los predios de la universidad, para luego identificar un espacio privado donde los participantes pudieran contestar la encuesta. El cuestionario completado junto a la hoja de consentimiento podía ser entregado posteriormente al equipo de investigación. Los participantes completaron el cuestionario en los predios de la universidad. A los que aceptaban completar el cuestionario se le preguntaba si estaban disponibles para una entrevista a profundidad, la cual duraba aproximada entre una hora y dos horas. Las entrevistas se realizaron en la oficina de la investigadora principal y fueron grabadas en audio.

Hallazgos

Los resultados de la entrevista estructurada envuelven la medición a través de un cuestionario de 9 dimensiones de la experiencia de los jóvenes GLB participantes: concepción sobre la propia identidad sexual, niveles de homonegatividad, ocultamiento, percepción de estigma, comunicación de su orientación sexual a otras personas, discrimen en relación a su orientación sexual, salud mental, comportamientos asociados al suicidio y resiliencia. Además, se incluye el análisis cualitativo de las entrevistas semiestructuradas para abundar en los significados que otorgan a esas experiencias.

Etapas de identidad sexual en que se encontraban los participantes

Asumir una identidad homosexual o bisexual tiene que ver con la auto percepción de la persona como homosexual en relación a situaciones románticas y sexuales. El instrumento contiene una escala que solicitaba a los participantes indicar si le ocurrían eventos típicos de las distintas etapas que atraviesa una persona hasta consolidar su identidad homosexual o bisexual, según Cass (1979). Las etapas que incluye la escala son seis: confusión, comparación, tolerancia, aceptación, orgullo y síntesis o consolidación de la identidad. Ninguno de los encuestados se ubicó en la etapa de confusión. Una mayoría de 35.7% se clasificó en la etapa de aceptación; un 23.8% se identificó en la etapa tolerancia. En la etapa de comparación, que es la segunda de menor consolidación, se identificó el 2.4%. Cabe destacar que un 14.3% se clasificó en la etapa de síntesis, que demuestra la máxima consolidación de la identidad sexual gay.

Indicadores de opresión internalizada

La opresión internalizada se midió a través de una escala general de 23 reactivos, los cuales a su vez se midieron con una escala Likert de 3 puntos, donde 3=frecuentemente, 2=algunas veces y 3=nunca. En particular la Escala de Opresión Internalizada se obtuvo sumando los valores correspondientes de los 23 reactivos que se consideran manifestaciones concretas de opresión internalizada. El recorrido de la escala va de 23 a 69, con una media de 38.5 y desviación promedio de 12 puntos. Como parte de la escala de opresión internalizada se midieron las siguientes subescalas de Opresión Internalizada: Homofobia Internalizada, Percepción de Estigma y Ocultamiento Internalizado. En promedio, las mujeres puntuaron un poco más alto en la escala general de Opresión Internalizada y en la subescala de Ocultamiento (39.3 versus 37.3 y 13.3 versus 12.9, respectivamente). Sin embargo, en las subescalas de Homofobia y Percepción de Estigma las mujeres registraron una puntuación promedio ligeramente menor que los hombres (9.3 versus 9.6 y 13.9 versus 14.6). Es importante indicar que, basado en la distribución de t aun nivel de significación de 0.05, el contraste de las puntuaciones medias entre hombres y mujeres no arrojó diferencias estadísticamente significativas ni en la escala general de opresión ni en las tres subescalas anteriormente definidas.

Para visualizar con mayor claridad los resultados de la escala de Opresión Internalizada y las tres subescalas que componen dicha escala, las puntuaciones se clasificaron en tres categorías ordinales (bajo, moderado y alto), cuyos puntos de corte se determinaron a base de los terciles del recorrido de valores. La mayoría registró niveles bajos de opresión en la

escala de Opresión, así como en las subescalas de Homofobia, Estigma y Ocultamiento. Entre 60 y 71 por ciento de los jóvenes LGB entrevistados registró niveles bajos de Opresión Internalizada, así como de Homofobia, Estigma y Ocultamiento.

Por otra parte, el análisis de correlación de Pearson reflejó una relación directa, estadísticamente significativa (a un nivel de 0.01) y fuerte entre la escala general de Opresión Internalizada y las subescalas de Homofobia, Percepción de Estigma y Ocultamiento. El coeficiente de correlación de Pearson entre la escala de Opresión Internalizada y las subescalas que la componen sobrepasó el +0.90. Sin embargo, las correlaciones entre las subescalas aunque son estadísticamente significativas a un nivel de 0.01, los coeficientes son un poco más pequeños, fluctuando entre +0.72 y +0.84. Estos resultados abonan a la evidencia de la confiabilidad y validez de la escala de opresión internalizada, puesto que como dice un viejo adagio “pájaros de la misma pluma vuelan juntos”.

Nivel de ocultamiento de la identidad gay por sexo

Una mayoría de 53 por ciento indicó que una mayoría de las personas conocían su identidad gay. Mientras que el 47 por ciento contestó que la mitad de las personas o menos conocían su identidad gay. El cruce de la variable de ocultamiento de la identidad gay y el sexo no arrojó diferencias estadísticamente significativas ($Ji\text{-Cuadrado}=0.308$, $gl=2$, $\text{valor-p de Fisher}=0.92$). Por tanto, el nivel de ocultamiento de la identidad gay de los entrevistados es similar en hombres y mujeres.

Cuánto conocía su familia sobre su orientación sexual

El 43% indicó que su familia no sabía con certeza sobre su orientación sexual. Del 57 % que reportó que su familia sí conocía de su orientación sexual, hubo un 14% que indicó que su familia lo sabía pero no lo aceptaba. Un 21% indicó que su familia lo sabía y el 43% indicó que su familia no sabía con certeza sobre su orientación sexual. Un 21% indicó que su familia lo sabía y lo toleraba, mientras que un 22% reportó que su familia lo sabía y lo aceptaba. Es notable que un número menor de participantes contaran con la aceptación de su familia respecto a su orientación sexual.

Discrimen en algún momento de la vida

A los encuestados se le preguntó si habían experimentado algún tipo de acción discriminatoria en diferentes situaciones de la vida cotidiana. En la Tabla 1 se resumen las respuestas afirmativas de los encuestados a las preguntas relativas al discrimen por motivos de la orientación sexual. Debe resaltarse que, en general, los porcentajes son relativamente bajos. No obstante, llama la atención que alrededor de uno de cada cinco informó que sufrió humillaciones, regaños o maltrato, por parte de algún empleado (vendedores, meseros, otros) en situaciones en que estaba solicitando o recibiendo algún servicio. Tomando en cuenta las diez posible situaciones de discrimen por orientación sexual definidas en la Tabla 1 y haciendo el ajuste de rigor por el conteo de múltiples respuestas, la incidencia de discrimen por orientación sexual fue de aproximadamente cinco por ciento.

Autoestima

La escala de Autoestima se obtuvo sumando los valores de las respuestas de diez (10) reactivos, los cuales se midieron con una escala Likert de cuatro (4) puntos (4=totalmente de acuerdo, 3=en acuerdo, 2=en desacuerdo, 1=totalmente en desacuerdo). El recorrido de la escala va de 5 a 25 puntos, y la puntuación promedio fue de 17.9 y una desviación media de 2.2 puntos. Nuevamente, para visualizar los resultados con mayor claridad, a base de los terciles las puntuaciones de la escala se clasificaron en tres (3) categorías ordinales: baja (5 a menos de 12), moderada (12 a 18) y alta (18 a 25). Una mayoría de 51.2 por ciento puntuó en el nivel moderado y 46.5 por ciento en el nivel alto. Llama mucho la atención que un pequeño 2.3 por ciento registró una autoestima baja.

La puntuación promedio de la escala de Autoestima fue muy similar entre hombres y mujeres (17.7 y 17.9, respectivamente). De hecho, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de 0.05) en la autoestima promedio entre hombres y mujeres. Tampoco las diferencias en la autoestima por orientación sexual resultaron estadísticamente significativas.

Por otra parte, se sometieron a pruebas estadísticas las diferencias por sexo con respecto a la escala de Autoestima, la escala de Resiliencia y las subescalas que componen a esta última. La Tabla 2 resume los resultados de las pruebas estadísticas antes mencionadas. Obsérvese en la tabla antes mencionada que no se hallaron diferencias significativas (a un nivel de probabilidad de 0.05) entre hombres y mujeres en lo que respecta al nivel de autoestima. Mientras que la prueba de t arrojó evidencia contundente de que las mujeres, en promedio, tienen un nivel de resiliencia significativamente mayor que los hombres.

Las escalas de Autoestima y Resiliencia resultaron con una correlación directa y estadísticamente significativa ($r=+0.57$, $n=44$, $\text{valor-}p=0.000$). Por tanto, en promedio, a mayor autoestima, mayor nivel de resiliencia. El coeficiente de determinación (r^2) fue de 0.32, indicativo de que, en promedio, el 32 por ciento de las fluctuaciones en el nivel de resiliencia está explicado por los cambios en la autoestima. Para identificar qué factores en particular de la resiliencia están más asociados a los cambios en la autoestima, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson correspondientes. El análisis arrojó resultados interesantes. Las pruebas estadísticas de rigor a un nivel de significación de 0.05 o menos arrojaron evidencia de una relación confiable entre la Autoestima y las siguientes subescalas de Resiliencia: Fortaleza y Confianza en sí Mismo, Competencia Social y Estructura Personal. Las otras dos subescalas (Apoyo Familiar y Apoyo Social) arrojaron un nivel de significación mayor que 0.05 y menor que 0.10. A base de los coeficientes de correlación (r de Pearson) y de determinación (r^2), se puede decir que la autoestima explica en una proporción mayor los cambios en los factores de resiliencia de Fortaleza y Confianza en sí Mismo y Estructura Personal, los cuales registraron un coeficiente r igual a 0.649 y 0.551, respectivamente. La Tabla 3 muestra los indicadores del análisis de correlación y las pruebas estadísticas explicadas anteriormente.

Salud Mental y Vitalidad

Las escalas de Salud Mental y Vitalidad se obtuvieron sumando las respuestas de 5 y 4 reactivos, respectivamente. Las mediciones de cada reactivo de las dos conceptos antes mencionados se obtuvieron de una escala de respuestas de 6 puntos ordinales: 0=nunca, 1=casi siempre, 2=algunas veces, 3= muchas veces, 4=casi siempre y 5=siempre. A fin de lograr que ambas escalas tuvieran un recorrido de 0 a 100, se definió un esquema de ponderación de los 6 puntos ordinales utilizados para medir las respuestas. Siguiendo el orden de los 6 puntos de la escala de medición antes definida, en el caso del concepto de salud mental el esquema de ponderación fue: 20, 16, 12, 8, 4 y 0; en el caso del concepto de vitalidad las ponderaciones fueron 0, 5, 10, 15, 20 y 25. Mientras más cerca de 0 la puntuación, menos vitalidad o salud mental y mientras más cerca de 100 mayor vitalidad y salud mental. Esta escala tuvo un índice Alfa de Cronbach igual a 0.77, lo cual es aceptable como indicador de consistencia interna. La puntuación promedio en ambas escalas fue 63.4 y 66.5, respectivamente. Utilizando los terciles del recorrido de las escalas antes mencionadas, las puntuaciones se clasificaron en tres categorías ordinales: baja (33 o menos), moderada (34 a 67) y alta (67 a 100). En la escala de vitalidad la mayoría puntuó en las clasificaciones de moderada y alta, 51.2% y 43.9%, respectivamente. En cambio, en la escala de Salud Mental la mayoría puntuó en la clasificación de alta (57.1%), seguida por la clasificación de moderada con 42.9%.

En ambas escalas, en promedio, las mujeres puntuaron más alto que los hombres. En la escala de vitalidad las puntuaciones medias de hombres y mujeres fueron 61.0 y 64.8, respectivamente. En la escala de Salud Mental, las puntuaciones medias de hombres y mujeres, respectivamente, fueron 65.3 y 67.1. Sin embargo, en ambas escalas las diferencias observadas entre las medias de los hombres y las mujeres no resultaron significativas a un nivel de confianza de 0.05. Respectivamente, los indicadores de las pruebas estadísticas de *t* de las escalas de Vitalidad y Salud Mental fueron: $t=0.66$, $gl=39$, $\text{valor-}p=0.51$; $t=0.334$, $gl=33$, $\text{valor-}p=0.74$.

Mediante los coeficientes de correlación de Pearson (*r*) se midió la fuerza y la dirección de la asociación entre el estado de salud mental y las escalas y subescalas de las condiciones de opresión internalizada y resiliencia. La Tabla 4 muestra los coeficientes de correlación estimados y los resultados de las pruebas estadísticas para evaluar si las diferencias de las *r* observadas con respecto a cero (que implica que no hay correlación) son lo suficientemente grandes como para descartar que se explican por las fluctuaciones aleatorias.

Los signos algebraicos de las correlaciones mencionadas son consonos con lo que se esperaba. Los coeficientes de correlación entre el estado de salud y la escala de Resiliencia y sus respectivas subescalas tienen signo positivo, indicativo de que a mayor resiliencia, en promedio, mayor salud mental. En cambio, como era de esperarse, los signos de la correlación entre salud mental y la escala de Opresión Internalizada y sus respectivas subescalas son negativos. Esto quiere decir que a mayor opresión internalizada, menor salud mental y viceversa, a menor opresión, mejor salud mental.

Como puede verse en la Tabla 4, la escala de Resiliencia y las subescalas Fortaleza y Confianza en sí Mismo, Competencia Social y Estructura Personal, exhibieron una correlación estadísticamente significativa con la Salud Mental. Sin embargo, la escala de Opresión Internalizada y sus subescalas, no arrojaron evidencia contundente de estar significativamente asociadas con la salud mental.

Resiliencia

Sumando 43 reactivos se construyó la escala de Resiliencia, la cual a su vez está compuesta por cinco subescalas: Fortaleza y Confianza, Competencia Social, Apoyo Familiar, Apoyo Social y Estructura. La Tabla 5 muestra un grupo de indicadores seleccionados de la escala de Resiliencia. A fin de facilitar la interpretación de los resultados relativos a la resiliencia, las puntuaciones tanto de la escala de Resiliencia como de las subescalas que la componen, se categorizaron en tres niveles: bajo, moderado y alto. La puntuación promedio de la escala de Resiliencia fue de 141 con una desviación estándar de 23 puntos. Casi tres cuartas partes (3/4) reflejó un nivel alto (130 o más) de resiliencia. Muy pocos (2.6 por ciento) registraron un nivel bajo (43 a 86) de resiliencia.

La escala general de Resiliencia está directa y fuertemente relacionada con las subescalas que la componen. Todos los coeficientes de correlación de Pearson resultaron significativos a un nivel de 0.01. El coeficiente de correlación de Pearson de la escala de Resiliencia y sus cinco subescalas fluctuó entre 0.53 y 0.91. Las asociaciones más fuertes fueron entre Resiliencia y Fortaleza y Confianza en sí Mismo, Competencia Social y Apoyo Social, cuyos coeficientes, respectivamente, fueron +0.91, +0.83 y +0.73. Las correlaciones menos fuertes fueron con Apoyo Familiar y Estructura Personal, que arrojaron coeficientes de +0.53 y +0.68, respectivamente.

La puntuación promedio de los hombres en la escala de Resiliencia fue de 127.6, mientras que la puntuación promedio de las mujeres fue 21.1 puntos mayor. De las cinco subescalas de resiliencia, dos de ellas, Fortaleza y Confianza en sí Mismo y Apoyo Familiar, arrojaron evidencia indicativa de diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Nótese en la tabla antes mencionada que en ambas subescalas, en promedio, las mujeres puntuaron significativamente por encima de los hombres.

Ideas Suicidas

A los jóvenes entrevistados se le hicieron tres preguntas relacionadas con las ideas de suicidarse. Una en torno a si tenía pensamientos suicidas, otra inquiriendo si había llevado a cabo intentos de suicidio y, la tercera pregunta buscaba auscultar la situación actual de los jóvenes con respecto a los pensamientos suicidas.

Resulta preocupante que aproximadamente 1 de cada 3 jóvenes encuestados abiertamente mostró pensamientos de suicidarse. Pero todavía más preocupante resultó que aproximadamente la mitad de los que expresaron pensamientos suicidas, llevaron a cabo intentos de suicidarse (alrededor de 1 de cada 5 de los jóvenes encuestados). En cuanto a la situación actual con respecto a los pensamientos de suicidarse, alrededor de 1 de cada 5 aún alberga ideas de suicidarse. El 43% de los que reportaron ideación suicida indicaron que su familia no conocía con certeza su orientación sexual. Un 14.3% de los que reportaron

ideación suicida también dijeron que su familia no aceptaba su orientación sexual, mientras que el 43% de los que reportaron ideación suicida mantenía esta información oculta a su familia. El 50 % de los participantes que ejecutaron intentos de suicidio en el último año, cree que su familia no sabía sobre su orientación sexual, mientras que el 38% de los que lo intentaron indicaron que su familia lo sabía pero no lo aceptaba. La proporción de hombres con pensamientos de suicidarse es mucho mayor que la de mujeres; el 41.2 por ciento de los hombres alberga pensamientos suicidas, mientras que sólo el 7.7 por ciento de las mujeres expresó que tenía dichos pensamientos. La prueba estadística basada en la distribución de Ji-Cuadrada arrojó evidencia contundente de que una proporción significativamente mayor de hombres que de mujeres alberga pensamientos de suicidarse ($Ji\text{-Cuadrada}=6.96$, $gl=1$, valor- p de Fisher para muestras pequeñas=0.018).

Por otra parte, mediante la prueba estadística de t se relacionó la ideación suicida con la salud mental y la vitalidad. Los jóvenes encuestados con pensamientos suicidas registraron una puntuación promedio significativamente menor en las escalas de salud mental y vitalidad. En la escala de salud mental la puntuación promedio de los que tenían pensamientos suicidas versus los que no tenía esos pensamientos fue de 49.6 y 69.7, respectivamente. En la escala de vitalidad la puntuación promedio de los dos grupos (pensamientos suicidas y ausencia de dichos pensamientos) fue de 49.4 y 66.4. El contraste de los promedios antes mencionados resultó estadísticamente significativo a un nivel de confianza de 0.05. Esto quiere decir que, en promedio, a mejor estado de salud y mayor vitalidad, los pensamientos suicidas son menos probables.

También se relacionó la ideación suicida con las escalas de autoestima y resiliencia. La primera escala arrojó evidencia de una relación significativa con la ideación suicida ($t=3.11$, $gl=36$, valor- $p=0.004$). Asimismo, la resiliencia también reflejó una relación estadísticamente significativa ($t=4.91$, $gl=40$, valor- $p=0.000$). Lo anterior implica que, en promedio, a mayor resiliencia y autoestima, menor es la probabilidad de ideas suicidas en los jóvenes GLB encuestados.

Las pruebas estadísticas de t no arrojaron evidencia de una relación significativa entre la ideación suicida y la opresión internalizada. Sin embargo, la subescala de opresión internalizada, percepción de estigma, sí arrojó evidencia de una asociación estadísticamente significativa ($t=-2.35$, $gl=30$, valor- $p=0.032$). Esto quiere decir que, en promedio, a mayor percepción de estigma, mayor la probabilidad de albergar pensamientos suicidas.

Análisis de las entrevistas semiestructuradas

Del análisis de las narrativas de los y las participantes pudimos identificar siete temas principales que se desglosan a continuación.

El estigma se aprende primero que la propia conciencia respecto a la orientación

La mayoría de las personas entrevistadas describen cómo antes de reconocerse como gays, lesbianas o bisexuales, se habían reconocido como diferentes, aunque no habían podido identificar o entender el significado preciso de esa diferencia. Este participante ejemplifica lo anterior, “No siempre me he identificado así porque no fue hasta los 15 años que reconocí

que tenía un deseo por los hombres en vez de las mujeres, pero antes de los 15 sí notaba que había algo de mí que era diferente al resto de los chicos pero no sabía exactamente”. Es decir, que en un sentido ya la persona siente el estigma de ser diferente, sin poder nombrar aun esa diferencia.

Angustia en el reconocimiento de la orientación sexual

Todos los participantes describen como angustioso el proceso de reconocerse como no heterosexual. Cuatro de ellos indicaron cómo dicha angustia los llevó a utilizar el ocultamiento como una estrategia. Por ejemplo, “Era todo bien callado, como que nadie se puede enterar de lo que yo estoy haciendo.”

Actitudes de la familia hacia su orientación sexual

El modo en el que la familia reacciona ante la orientación sexual fue otro de los temas presentes en las distintas entrevistas. Cuatro de las ocho personas entrevistadas mencionaron que la familia asumía actitudes principalmente de rechazo hacia su orientación sexual. La siguiente cita es representativa de esto: “A mis papás les molestó, mis papás dejaron de hablarme por un tiempo...esto, empezaron a decirme que yo estaba enferma de la mente, que yo estaba confundida”. Otro joven comentó que en una ocasión le estaba contando al padre que no estaba saliendo bien en la universidad y él le adjudicó ese hecho a su homosexualidad: “Y él me dice bueno por algo te están pasando cosas malas, si tu cambiaras y fueses normal quizás te estarían pasando cosas normales. Esa fue su reacción, tu sabes que lo ven como algo mal”.

Cinco de los participantes indicaron que su familia abiertamente les solicitaba que modificaran su comportamiento que pudiera ser transgresor de los estereotipos de género. Uno de los participantes indicó que constantemente tíos y abuelos le corregían el modo de gesticular con las manos y el tono de la voz para que fuera más grave y masculino.

Razones para ocultar OS

Hubo tres participantes que indicaron que ocultaron por un tiempo su orientación sexual y otros que inclusive la ocultaban a familiares al presente. Entre las razones para mantener oculta la identidad sexual ante la familia se mencionó el temor al rechazo y a la reacciones de los familiares. El siguiente texto es emblemático: “Me gustaría decírselo a alguien de mi familia, pero si se lo digo a cualquiera, hasta alguno de mis hermanos, seguramente se va a correr lo que dije por toda la familia y entonces todo el mundo va estar en contra mía”.

Otra razón que mencionaron los participantes para ocultar su orientación en el ámbito laboral fue el temor al discrimen. Uno de ellos nos dijo, “Donde yo trabajo son religiosos y no sería muy buena idea que se supiera. No lo digo en el trabajo porque ya ha habido despidos por eso y prefiero tenerlo en el anonimato”.

Impacto en la salud mental

Algunos participantes expresaron haber experimentado síntomas de depresión, conductas de autoagresión y de abuso de sustancias como resultado de la angustia asociada a su orientación sexual no heterosexual. Por ejemplo, una chica nos dijo, “yo tenía que hacer

como una payasa: sonreírle a la gente para no dejarle saber mis sentimientos, yo escondía mucho mis sentimientos. Las cosas que yo hacía en cuanto a cómo expresarlo, que era la autoagresión, nadie se enteraba”. Asimismo uno de los varones indicó, “Sí, alcohol yo compraba litros yo solo y me encerraba en una casa, en un hospedaje donde sea y bebía los litros así puro y me quedaba todo el día tomando alcohol sin querer saber nada del mundo”. Otro nos dijo, “En intermedia tuve pensamientos de cortarme las venas. En superior me quise suicidar con pastillas pero tampoco lo hice... En primer año de universidad empecé a cortarme a cortarme...tratando de ver si me podía suicidar pero no lo logré. La última vez quise coger con el carro y chocar tan fuerte de que... pero tampoco pude”.

Autoestima y orgullo de su identidad

No todos los jóvenes GLB experimentan problemas de salud, de hecho, la mayoría viven vidas satisfactorias a pesar de enfrentar retos sociales durante la adolescencia. Una de las áreas que emergen en la pasada década ha sido explorar el contexto de jóvenes que funcionan bien a pesar del estigma, la discriminación, el acoso y otros riesgos de salud (Russell, 2005, Saewyc, 2011). En las narrativas manifestaron orgullo de ser quienes eran y desarrollo de competencias como resultado de las experiencias superadas. Por ejemplo, una de ellas expresó, “A mí siempre me ha gustado ser diferente, siempre me ha gustado ser diferente y pues es una manera más que soy totalmente diferente al resto, so’ que es como que ok, ustedes allá y yo acá, feliz”. Otra nos dijo, “el aceptarme tal y como yo soy ha sido un gran paso en mi vida, ya que así puedo desenvolverme más en los diferentes aspectos de mi vida. Puedo ser yo en todo momento, no tengo que esconderme, no tengo que esconder nada”.

Educar para la diversidad desde la universidad

Algunos estudiantes consideran que en el ámbito universitario hace falta incorporar en el currículo el tema de la diversidad como una manera de combatir el prejuicio. Una chica lo dijo del siguiente modo: “simplemente hablan despectivamente y no le tienen ese respeto, yo entiendo que se debería educar más a los universitarios”. Uno de los entrevistados consideró que sobre todo en los cursos de pedagogía se debe trabajar la aceptación a la diversidad y aprovechar para formar actitudes de respeto en los niños, “respeto mucho a mis compañeras de pedagogía, son los mamás y papás de esos nenes, ..., si en los años de elemental se le enseña a los niños la aceptación, se le enseña “mira hay gente diferente a ti, pero eso no significa que es malo, sabe, porque tu no ves, este ‘bullying’ que ocurre en kínder, primero, segundo, tercero, tú ves ‘bullying’ en intermedia, ahora, pues, las cosas se pueden evitar”

Discusión

En este estudio se exploraron aspectos relacionados con la identidad sexual. Notamos que en mayor proporción las mujeres se identificaron como bisexuales. Esto también fue un hallazgo del estudio realizado por Savin Williams y Diamond (2000). Este fue un estudio transversal y reconocemos que esa fue la manera en que los jóvenes se identificaron en ese momento, por lo que resultaría interesante ver si esas identificaciones cambian con el tiempo y la etapa de desarrollo. Hay estudios longitudinales que van creando conciencia de la

fluidez de la orientación en ese periodo entre la adolescencia a la adultez. Rosario, Schrimshaw, Hunter y Braun (2006) explora precisamente los cambios en las etiquetas sobre la orientación entre jóvenes de minorías sexuales en Nueva York y encuentran que un 7% cambió de gay o lesbiana o bisexual y sólo un 3% de los jóvenes cambiaron a 'straight'. En esta investigación una de las jóvenes da cuenta de esto cuando nos dice en la entrevista: "Sí, aja, cuando llene el formulario entonces me sentía mayormente homosexual con un grado sustancial de heterosexualidad, ... ahora siento que estoy aquí ahora mismo mayormente heterosexual con un pequeño grado de homosexualidad ..."

Otro de los hallazgos de esta investigación, obtenido del análisis cualitativo fue que la mayoría de las personas entrevistadas describen cómo antes de reconocerse como gays, lesbianas o bisexuales, se habían reconocido como diferentes, aunque no habían podido identificar o entender el significado preciso de esa diferencia. En ese sentido, el estigma hacia lo homosexual era interiorizado antes del reconocimiento de su identidad sexual. Asimismo dan cuenta de que el reconocimiento per se de la orientación sexual puede ocurrir en distintas etapas de la vida. Por ejemplo, algunos (4) mencionaron que fue en la niñez entre los seis y ocho años, mientras que otros (3) describieron que fue en la etapa de la adolescencia y uno de los participantes describe que fue ya estando en la universidad.

Distintos autores han disertado sobre el desarrollo de la identidad gay y algunos de ellos han propuesto etapas de desarrollo como modelo explicativo (Cass, 1979; Yarhouse, 2001; Troiden, 1988). Troiden (1989) por ejemplo, aunque propone un modelo de etapas deja claro que la identidad no se determina en un sentido fijo o absoluto, sino que siempre está sujeta a modificaciones y a cambios posteriores. Aun así, su modelo como otros que incluyen etapas, ha recibido algunas críticas. Una de estas es que implican que la identidad es esencialmente homosexual y que la persona se mueve a descubrirla ya que es su "verdadera" identidad. Postura que algunos construccionistas consideran problemática por entender que la identidad puede ser seleccionada entre un abanico de identidades sociales y situarse por épocas, histórica y culturalmente (Weeks, 1987). Asimismo, otros han indicado que esos modelos no toman en consideración diferencias por género o el contexto cultural (Groves, Bimbi, Nanin y Parson, 2006). Frankhanel (2010) por su parte ha propuesto que es importante realizar investigación que permita recopilar datos de este proceso en los jóvenes GLB puertorriqueños. Con el fin de explorar sobre estas nociones, en el cuestionario administrado se incluyó una escala para que la persona indicara si le ocurren pensamientos y acciones cónsonos con determinada etapa de la identidad sexual, según Cass (1979). Nuestros hallazgos reflejaron que el 35.7% se ubicó en la etapa de aceptación, un 23.8% se ubicó en la etapa de tolerancia y un 23.8% en la etapa de orgullo. Ninguno de los participantes se ubicó en la etapa de confusión. Estos datos entiendo son indicativos de que muchos de los jóvenes conciben su identidad gay con sentido de aceptación, tolerancia y orgullo. Hallazgo que es confirmado por el análisis narrativo de las entrevistas en las cuales los participantes hicieron comentarios indicativos de un sentido de aceptación y orgullo. Relacionado con esto es el hecho de que el 100% de los participantes contestaron que no, al preguntársele si se tomarían una píldora que los volviera heterosexual.

Estos hallazgos resultan interesantes considerando el acoso por parte de los pares durante los años de escuela y las presiones que recibieron muchos de los participantes para modificar

algunas de sus conductas, consideradas como transgresoras de los estereotipos de género. Se ha documentado que existe más acoso escolar hacia los GLB que hacia los heterosexuales en Estado Unidos (Coker, Austin y Schuster, 2010). Es pertinente explorar esta tendencia en nuestro país y examinar cómo se atiende por las autoridades escolares.

En cuanto a los indicadores de opresión internalizada en este estudio los participantes tuvieron niveles de homofobia internalizada bajos y moderados. En la escala de HI y de PE los varones tuvieron niveles más altos que las mujeres. Esta opresión internalizada motiva el que las personas opten por ocultar su orientación sexual. De hecho, un 44% al momento de la entrevista ocultaba su orientación sexual, pero en este caso más mujeres que hombres ocultaban su orientación sexual. El poco apoyo de los familiares y el acoso escolar fueron algunas de las razones ofrecidas por los participantes para ocultar su identidad. Una de las narrativas ejemplifica esto: “yo nunca dije yo soy homosexual o me gusta un nene. Yo pensaba que eso eran pensamientos malos y de hecho yo se lo dije a mi mamá. lo que me contestó fue, quien está mal eres tú... no son ellos, quien tiene que cambiar la actitud y la forma de ser eres tú, porque tú eres la persona diferente, y tú eres el que está mal.”. Vemos entonces, como en algunos casos la familia lejos de ser una fuente de apoyo para el joven fue una fuente de estrés.

En este estudio un 27.3% de los participantes expresaron sentimientos de culpa por su orientación sexual y particularmente los hombres experimentaron más culpa que las mujeres. En las narrativas de los participantes también hay información que remite a sentimientos de culpa por orientación sexual en algunos de los participantes en su proceso de desarrollo. Uno de ellos nos dijo que oraba para ser perdonado “De hecho yo lo que hacía yo me sentía lo que hacía era como que orar y pedirle a Dios que cambiara la situación, que me pudiera ver de otra manera. Todas las noches hacía eso”.

El 43% de los entrevistados indicó que su familia no sabía con certeza sobre su orientación sexual y hubo un 14% que indicó que su familia lo sabía pero no lo aceptaba. El 59% de los varones indicó que pensaba que la reacción de su familia ante su orientación sexual sería de agresión. Al momento de la entrevista, tres de los participantes mantenían oculta su orientación a sus padres, por temor a la reacción de los familiares.

En otro escenario que algunos de los participantes prefieren ocultar su orientación, por temor a ser discriminados, es en el espacio laboral. Estos hallazgos son interesantes y resaltan la importancia de legislar para combatir el discrimen hacia este sector de la población. En nuestro país Toro-Alfonso (2010) llevó a cabo un estudio sobre discrimen hacia las personas GLBT en el sector público, algunos de los hallazgos dan cuenta de la existencia de una política silenciosa no explícita que tiende a discriminar solapadamente contra personas gays y lesbianas y otras personas de la comunidad GLBT.

El hallazgo más significativo de este estudio lo fue el que al momento de completar el cuestionario el 41.2% de los varones y el 7.7% de las mujeres expresaron ideación suicida activa. El 52% de los varones y el 22% de las mujeres indicaron haber considerado la idea de quitarse la vida durante el último año. El 18.2% de todos los jóvenes que expresaron pensamientos suicidas, llevaron a cabo intentos de suicidio. Estos hallazgos coinciden con

mucha de la literatura revisada, que sostiene y afirma una estrecha relación entre comportamientos asociados al suicidio y rechazo por orientación sexual en las personas GLBT. Se encontró también que a mayor puntuación en las escalas de salud mental, autoestima, vitalidad y resiliencia, menor es el riesgo de experimentar ideación suicida. Sin embargo, a mayor percepción de estigma, mayor ideación suicida.

Otro hallazgo significativo de esta investigación estuvo relacionado a los altos niveles de resiliencia y autoestima que exhiben estos jóvenes, a pesar de todo el clima de adversidad que han vivido. Anderson (1998) en un estudio previo con jóvenes gays encontró que éstos en comparación con normas de la población general tenían niveles significativamente mayores de autoestima. Estos jóvenes se percibían como personas fuertes y competentes, se sentían bien con ellos mismo y tenían control sobre su vida. Nuestro estudio al igual que el de Anderson (1998) y el de Toro Alfonso, et al. (2006), encuentra que estos jóvenes tienen muchas fortalezas. Algunos de estos jóvenes expresaron tener metas altas y aspiraciones de una vida mejor. Este hallazgo merece discutirse en el contexto de trabajos como el de Hernández (2010), quien básicamente considera los procesos de desarrollo de identidades autoreferenciadas de lesbianas, gays o bisexuales como procesos de resiliencia. Para esta autora asumir una identidad GLB es un proceso indicativo de resiliencia en sí mismo. Hernández (2010) luego de un amplísimo análisis y estudio del término, define resiliencia como el proceso holístico multidimensional en el que mediante la gestión de los factores que lo obstaculizan y la promoción de los factores que lo impulsan se generan resultados que se manifiestan como fortalecimiento o mejoras. En el caso de las personas GLB los factores de no resiliencia están asociados a la adversidad, sus diversas manifestaciones y consecuencias relacionadas al heterosexismo y la homofobia. Es decir, que todas las personas GLB como grupo sufren o reciben el impacto de una ideología que subordina tanto su sexualidad como su expresión de identidad. Sin embargo, esto en sí mismo puede constituirse en elemento clave para el desarrollo de la resiliencia. Russell y Richards (2003) plantean que el tener una perspectiva de pertenecer a una comunidad como lo es la GLBT permite que las personas ubiquen ciertas experiencias dolorosas (tales como el rechazo familiar por ejemplo) en un contexto menos personalizado. Estos autores también consideran que adoptar esta perspectiva permite a las personas GLB entender la relevancia de la homonegatividad en sus vidas, lo que disminuye la probabilidad de que se impacten por la sobre presencia de retóricas y acciones anti gays.

Los resultados del estudio dan cuenta de las distintas dimensiones de la experiencia de los jóvenes GLB. Los hallazgos apoyan la idea de que la experiencia de tener una orientación sexual distinta a la heteronormativa plantea retos particulares a estos jóvenes. En esta investigación se encontró que a mayor puntuación en las escalas de salud mental, autoestima y resiliencia, menor es el riesgo de experimentar ideación suicida. A su vez, se encontró que a mayor percepción de estigma mayor ideación suicida. Dichas relaciones, permiten identificar las áreas que hay que trabajar para reducir los intentos y la ideación suicida, particularmente la percepción de estigma.

La dificultad inherente a divulgar la orientación sexual a la familia por temor al rechazo fue otro de los hallazgos. Esto también es cónsono con la literatura revisada que plantea que tener que divulgar una orientación sexual homosexual es una de las más arduas

declaraciones que un individuo tiene que enfrentar al pertenecer a una minoría sexual” (Savin-Williams y Diamond, 2000). Aunque la muestra de este estudio es limitada se observó una tendencia a que aquellos que ocultaban su orientación sexual a familiares, presentaron a su vez más comportamiento asociado al suicidio. Investigaciones previas señalan que revelar la orientación sexual a la familia está asociado con amenazas y abuso verbal y físico, pero a su vez haber salido del armario les hace sentir mejor con ellos mismos y más cómodos con su orientación sexual (D’Augelli, Hershberger y Pilkington, 1998). Resulta interesante que el análisis cualitativo de los datos también apoya lo que plantean autores como Ortiz Hernández (2005) con respecto a que los individuos que portan algún estigma en su proceso de socialización tienden a incorporar el punto de vista dominante o las creencias sobre el estigma hacia los GLB y lo que acarrea portar dicho estigma. Esto ha sido internalizado típicamente antes de que la persona se identifique como homosexual o que identifique que la razón por la cual es diferente tiene que ver con la orientación sexual.

Si bien es cierto que para los participantes el proceso de asumir una identidad homosexual no estuvo exento de confusión, negación y en algunos casos de rechazo por parte de sus familiares, la mayoría exhibe sentimientos de aceptación y orgullo sobre su identidad. Aunque algunos de ellos a través de su vida han experimentado comportamientos asociados al suicidio y niveles moderados de homofobia internalizada, como grupo la mayoría exhibe altos niveles de autoestima y resiliencia.

La relación entre resiliencia y salud mental está ampliamente documentada en investigaciones como la realizada por Hiew, Mori, Shimizu y Tominaga (2000) que demuestran que la resiliencia reduce la intensidad del estrés y produce el decrecimiento de signos emocionales negativos como la ansiedad, la depresión o la rabia, a la vez que aumenta la curiosidad y la salud emocional. Igualmente, se ha encontrado que factores de resiliencia como el sentido de propósito, el afecto y la autoeficacia están relacionados con la mejora y recuperación de la salud en general (Evers, Kraaimaat, Geene, Jacobs y Bijlsma, 2003).

Estos hallazgos dan cuenta de la complejidad inherente a aceptarse como persona gay, lesbiana o bisexual, toda vez que la persona quiere expresar su sí mismo aun con los costes sociales que ello acarrea e implica. Nuestros hallazgos apoyan el estudio de Toro, et al. 2006 en el cual evidenciaron la coexistencia de implicaciones positivas y negativas de vivir como gay o bisexual en un contexto dominado por la heterosexualidad. Estos investigadores encontraron en su muestra que el 45% reportó altos niveles de depresión según medida por los criterios del CES-S, pero a su vez el 62% reportó consumir bajas cantidades o ninguna de alcohol, requerir de poco apoyo social y evitar involucrarse en actividad sexual sin protección. Entender el proceso cognitivo, emocional y conductual que experimentan estos jóvenes cuando están lidiando con estas áreas de preocupación es valioso, ya que pone en una mejor posición a los profesionales de la conducta a la hora de proveer la asistencia que requieren estos jóvenes.

Una de las áreas que emergen en la pasada década ha sido explorar el contexto de jóvenes que funcionan bien a pesar del estigma, la discriminación y el acoso y otros riesgos de salud (Russell y Richards 2003). Toro-Alfonso (2012) enfatiza la importancia que reviste que

desde la psicología podamos generar evidencia científica del daño que provoca la exclusión. En esta investigación encontramos que efectivamente coexisten altos niveles de resiliencia en estos jóvenes que a pesar de las arduas experiencias, cursan estudios en una institución universitaria de prestigio. Esto nos parece significativo y quisimos destacarlo, pues muchas veces enfocarnos en denunciar los efectos de la opresión no permite resaltar las fortalezas de este sector (Toro Alfonso, et al, 2006). Jiménez Borrero y Nazario (2011) señalan la importancia de las fortalezas para trabajar las vulnerabilidades y el carácter patológico que podemos adscribir a la experiencia GLB si solo nos enfocamos en la sintomatología. Tal como dice Hernández (2010), el énfasis puesto en esta temática ha llevado a proyectar una imagen de la juventud LGB como “población de riesgo” que contribuye a alimentar los estereotipos negativos y el miedo en los y las jóvenes, sus familias y la sociedad en general. Coincidimos con Hernández (2010) en reconocer el valor de la complejidad implicada en el fenómeno de la resiliencia y sus procesos, pues son el reflejo de la gran diversidad presente en el ser humano, los grupos que forma, las comunidades, las sociedades y las diferentes culturas que desarrolla.

En conclusión, entender el proceso cognitivo, emocional y conductual que experimentan estos jóvenes cuando están lidiando con estas áreas de preocupación es valioso, no sólo para el trabajo clínico sino para el cambio colectivo hacia una sociedad más solidaria y receptiva a la diversidad.

Acknowledgments

Este trabajo fue parcialmente apoyado por la propuesta número P20 MD006144 del National Institute of Minority Health and Health Disparities y su contenido es únicamente responsabilidad de sus autores y no necesariamente representan los criterios oficiales del Department of Health and Human Services. Reconocemos la valiosa colaboración en distintas facetas del estudio de los siguientes estudiantes asistentes de investigación: Héctor Cay Bonilla, Jamelisse Rivera, Taina González, Alma Torres, Verónica Rivera, Jorge Velázquez y Marcos Jiménez.

Referencias

- Almeida J, Johnson R, Corliss H, Molnar B, Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal Youth Adolescence*. 2009; 38 DOI 10.1007/s10964-009-9397-9.
- Anderson AL. Strengths of gay male youth: An untold story. *Child y Adolescent Social Work Journal*. 1998; 1:55–71.
- Ardila, R. Homosexualidad y Psicología. Manual Moderno; Colombia: 1998.
- Blum RW, McNeely C, Nonemaker J. Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 31:28–39. doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00411-1.
- Borrero-Bracero N. De la vulnerabilidad a la resiliencia: las investigaciones sobre la “salida del closet” de jóvenes gay puertorriqueños. *Ciencias de la conducta*. 2008; 23(1):25–54.
- Cass VC. Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*. 1979; 4:219–235. doi.org/10.1300/J082v04n03_01. [PubMed: 264126]
- Coker TR, Austin SB, Schuster MA. The health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*. 2010; 31:457–477. doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103636.
- D ‘Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998; 68:361–371. doi.org/10.1037/h0080345. [PubMed: 9686289]
- Evers AM, Kraaimaat FW, Geene R, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour*

- Research and Therapy. 2003; 41(11):1295–1310. doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00036-6. [PubMed: 14527529]
- Frankhanel E. The identity development and coming out process of gay youth in Puerto Rico. *Journal of LGBT Youth*. 2010; 7(3):262–283. doi:9361653.2010.489330.
- Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Nagayama GC. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*. 2008; 63(1):14–31. doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14. [PubMed: 18193978]
- Grov C, Bimbi D, Nanin J, Parsons J. Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *The Journal of Sex Research*. 2006; 43:115–121. doi.org/10.1080/00224490609552306.
- Harrison T. Adolescent Homosexuality and Concerns Regarding Disclosure. *Journal of School Health*. 2003; 73(3):107–112. doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03584.x. [PubMed: 12677729]
- Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D’Augelli AR, Brown GK. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*. 2011; 58(1):10–51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038. [PubMed: 21213174]
- Herek GM. Sexual prejudice and gender: Do heterosexuals’ attitudes toward lesbians and gay men differ? *Journal of Social Issues*. 2000; 56(2):451–477. doi.org/10.1111/0022-4537.00164.
- Herman H, Stewart DE, Díaz Granados N, Berger E, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2011; 56(5):258–285.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. *Metodología de la investigación*. 4th ed.. McGraw-Hill; México: 2006.
- Hernández, G. *Los procesos holísticos de resiliencia en el desarrollo de identidades autorreferenciadas en lesbianas, gays y bisexuales*. Tesis Doctoral. Universidad de Las palmas de Gran Canaria. Departamento de Educación; 2010.
- Hiew C, Mori T, Shimizu M, Tominaga M. Measurement of Resilience Development: Preliminary Results with a State-Trait Resilience Inventory. *Journal of Learning and Curriculum Development*. 2000; 1:111–117.
- Jiménez M, Borrero N, Nazario J. Adolescentes gays y lesbianas en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2011; 22:147–173.
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D. A systematic review of mental disorder suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(70):1–17. doi.org/10.1186/1471-244X-8-70. [PubMed: 18173833]
- Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, et al. Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*. 2008; 103:546–556. doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x. [PubMed: 18339100]
- Mohr JJ, Fassinger RE. Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*. 2003; 50(4):482–495. doi.org/10.1037/0022-0167.50.4.482.
- Palomar J, Gómez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M) Interdisciplinaria. 2010; 27:7–22.
- Ortiz Hernández L. Influencia de la opresión Internalizada sobre la salud mental bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2005; 28(4):49–64.
- Owens, RE. *Queer kids: The Challenges and Promise for Lesbian, Gay, and Bisexual Youth*. The Haworth Press; Binghamton, NY: 1998.
- Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J, Braun L. Sexual orientation identity development among lesbian, gay and bisexual youths: consistency and change over time. *Journal of Sex Research*. 2006; 43:46–58. [PubMed: 16817067]
- Russell GM, Richards JA. Stressor and Resilience Factors for Lesbians, Gay Men, and Bisexuals Confronting Antigay Politics. *American Journal of Community Psychology*. 2003; 31:313–328. [PubMed: 12866688]
- Saewyc E. Research on adolescent sexual orientation: development, health disparities, stigma and resilience. *Journal of research on adolescence*. 2011; 21(1):256–272. doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00727.x.

- Safren SA, Heimberg RG. Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67(6):859–866. [PubMed: 10596508]
- Savin-Williams R. The new gay teen: Shunning labels. *The gay and lesbian review*. 2005; 12:16–19.
- Savin-Williams R, Diamond L. Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*. 2000; 29:607–627. [PubMed: 11100265]
- Suarez, D.; Madrigal, S. CIPAC. Costa Rica; 2000. Suicidio en la población homosexual costarricense. Suicide Prevention Resource Center. Suicide Risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Education Development Center, Inc.; Newton, MA: 2008.
- Toro-Alfonso J. El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia psicológica*. 2012; 30(2):71–76.
- Toro-Alfonso J, Varas-Díaz N, Andújar-Bello I, Nieves-Rosa L. Strengths and vulnerabilities of a sample of gay and bisexual male adolescents in Puerto Rico. *Interamerican Journal of psychology*. 2006; 40(1):59–68.
- Toro-Alfonso J. Gender inversion as the limit for acceptance of gay and lesbian people by government employees in Puerto Rico. *Cuadernos de la Revista Cayey #3*. 2010:141–158.
- Troiden RR. Homosexuality identity development. *Journal of Adolescent Health Care*. 1988; 9(2): 105–113. doi.org/10.1016/0197-0070(88)90056-3. [PubMed: 3283087]
- Troiden RR. The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality*. 1989; 17(1-2):43–73. doi.org/10.1300/J082v17n01_02. [PubMed: 2668403]
- Wald, J.; Taylor, S.; Asmundson, G.; Jang, KL.; Stapleton, J. Literature review of concepts: Psychological resiliency. (CR 2006-073). Defense Research and Development Canada; Toronto, Ontario: 2006.
- Weeks, Jeffrey. Questions of Identity. Caplan, Pat, editor. *The Cultural Construction of Sexuality*; Routledge, London: 1987.
- Yarhouse M. Sexual identity development: The influence of valuative frameworks on identity synthesis. *Psychotherapy: Theory Research Practice Training*. 2001; 38(3):331–341. doi.org/10.1037//0033-3204.38.3.331.

Tabla 1

Experiencias de Discrimen por Orientación sexual

Acciones de Discriminen	Si (%)
Te han negado un trabajo	2.9
Te han negado un ascenso ,te han descendido en el empleo o negado aumento de sueldo	6.5
Te han negado una vivienda , para rentar o comprar	0.0
Te han negado ingreso en la universidad	0.0
Te han bajado una calificación en la universidad , negado un reconocimiento o beca de estudios o te han maltratado	9.5
Te han negado servicios de salud en consultorios, clínicas y otros similares	12.5
Has sufrido humillaciones, regaños o maltrato por empleados de la salud, tales como médicos, enfermeras y otros similares	0.0
Te han negado servicios en un restaurante, cine u otros servicios similares	7.5
Has sufrido regaños, humillaciones o maltrato por empleados tales como meseros, vendedores y otros	21.4
La policía te ha expulsado de algún lugar, te han amenazado, detenido o extorsionado	2.3

Tabla 2

Contrastes por sexo de las escalas

Escalas	Puntuación promedio		t	gl	Valor - p
	mujeres	hombres			
Autoestima	18.1	17.7	0.679	41	0.501
Resiliencia	148.7	127.6	2.572	17	0.02**
Fortaleza y confianza en sí mismo	68.3	58.8	58.8	17	0.032**
Competencia social	27.1	23.2	23.2	23	0.063*
Apoyo familiar	19.2	15.2	15.2	22	0.034**
Apoyo Social	18.2	16.3	16.3	22	0.09*
Estructura personal	15.7	15.4	15.4	41	0.743

*** Nivel de significación igual o menor que 0.01

** Nivel de significación igual o menor que 0.05 y mayor que 0.01

* Nivel de significación igual o menor que 0.10 y mayor que 0.05

Tabla 3

Correlación entre Autoestima y la Escala y Sub-escalas de Resiliencia

Escala y Sub-escalas de Resiliencia	n	r	r ²	valor-p
Escala de Resiliencia	38	0.567	0.321	0.000***
Fortaleza y Confianza en sí Mismo	40	0.551	0.304	0.000***
Competencia Social	43	0.425	0.181	0.005***
Apoyo familiar	42	0.299	0.089	0.055*
Apoyo Social	43	0.268	0.072	0.083*
Estructura Personal	42	0.649	0.421	0.000***

*** Nivel de significación igual o menor que 0.01.

** Nivel de significación igual o menor que 0.05 y mayor que 0.01.

* Nivel de significación igual o menor que 0.10 y mayor que 0.05.

Tabla 4

Matriz de Correlaciones de Salud Mental, Opresión Internalizada y Resiliencia

Escalas y Sub-escalas	Escala de Salud Mental
Escala de Opresión Internalizada	-0.247
Homofobia Internalizada	-0.258
Percepción de Estigma	-0.357*
Ocultamiento Internalizado	-0.113
Escala de Resiliencia	0.478***
Resiliencia Fortaleza y Confianza en sí Mismo	0.426**
Resiliencia Competencia Social	0.421**
Resiliencia de Apoyo familiar	0.266
Resiliencia de Apoyo Social	0.229
Resiliencia de Estructura Personal	0.526***

*** Nivel de significación igual o menor que 0.01.

** Nivel de significación igual o menor que 0.05 y mayor que 0.01.

* Nivel de significación igual o menor que 0.10 y mayor que 0.05.

Tabla 5

Indicadores de la escala de resiliencia

Escala y Subescalas	Num. de Puntuación Desviación Correlación Pearson				Escala a Sub-escalas
	Reactivos	Recorrido	Pormedio	Estándar	
Resiliencia	43	43 a 172	141	23	
Fortaleza y Confianza	19	19 a 26	65	11	0.91***
Competencia Social	8	8 a 32	26	6	0.83***
Apoyo Familiar	6	6 a 24	18	5	0.53***
Apoyo Social	5	5 a 20	18	3	0.73***
Estructura	5	5 a 20	16	3	0.68***

*** Nivel de significación igual o menor que 0.01.

** Nivel de significación igual o menor que 0.05 y mayor que 0.01.

* Nivel de significación igual o menor que 0.10 y mayor que 0.05.