



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**PERCEPCIÓN DE
DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS
LESBIANAS, GAYS Y
BISEXUALES Y
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

Autor: Susana Sáez Fernández

Tutor profesional: Crista Ruiz de Arana Maroné

Tutor metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid

Marzo 2019



**PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS
LESBIANAS, GAYS Y BISEXUALES
Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

Susana

Sáez

Fernández

RESUMEN

El presente estudio tiene como principal objetivo conocer la percepción de discriminación (manifiesta, sutil, grupal y personal) hacia la orientación sexual, de personas que se identifican como lesbianas, gays y bisexuales, y analizar la posible relación con la sintomatología depresiva. La muestra estuvo formada por 486 personas, 63% mujeres cissexuales y 37% hombres cissexuales, entre 18 y 65 años, y residentes en España. El 32,7% fueron hombres gays, el 29% mujeres lesbianas y el 38,3% personas bisexuales entre las cuales, el 11,8% eran hombres y el 88,2% restante eran mujeres. La percepción de discriminación y sus diferentes tipos fue medida mediante la Escala Multidimensional de Percepción Percibida (EMPP) y la sintomatología depresiva se recogió a través del BDII-II. Los resultados obtenidos mostraron que la percepción de discriminación grupal y sutil era mayor frente a la personal y la manifiesta. A diferencia de lo esperado, no se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva. Esto invita a seguir investigando sobre los cambios sociales que se están produciendo y que pudieran estar mediando entre las variables, como el apoyo afirmativo y visibilización del colectivo LGTBQI+

Palabras clave: depresión, discriminación, orientación sexual, sintomatología depresiva, lesbianas, gays, bisexuales, discriminación sutil, manifiesta, personal, grupal.

ABSTRACT

The main objective of the study is to know the perception of discrimination (manifest, subtle, group and personal) of people who identify themselves as lesbian, gay and bisexual, and to analyze the possible relationship with depressive symptomatology. The sample consisted of 486 people, 63% cissexual women and 37% male cissexuals, between 18 and 65 years old, and residents in Spain. The 32,7% were gay men, 29% were lesbian women and 38,3% were bisexual people, of which 11,8% were men and the remaining 88.2% were women. The perception of discrimination and depressive symptomatology was evaluated through Escala Multidimensional de Percepción Percibida and BDII-II. The results showed that perception of group and subtle discrimination was greater than personal and manifest discrimination. A difference of which was expected, the results doesn't show a positive and statistically significant relationship between the perception of discrimination and depressive symptomatology. This invites us to continue researching the social changes that are taking place and which are distributed in different directions, such as affirmative support and greater awareness of the LGTBQI+ collective.

Keywords: depression, discrimination, sexual orientation, depressive symptoms, lesbians, gays, bisexuals, subtle, manifest, personal, group discrimination.

Actualmente encontramos una alta prevalencia de la depresión en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 se estimó que el número total de personas con depresión a nivel mundial superaba los 300 millones, una proporción del 4,4%. En España, se calculó que el 5,2% de la población española padecía un trastorno depresivo (trastorno o episodio depresivo mayor y distimia), siendo al menos un tercio de los casos sintomáticos de moderados a severos (WHO, 2017). Por otro lado, el estudio epidemiológico ESeMed-España registró el episodio depresivo mayor como el trastorno más frecuente, con un 3,9% de prevalencia en el último año y un 10,5% de prevalencia a lo largo de la vida (Haro et al., 2006). Se ha visto que la depresión y los trastornos depresivos se dan con mayor frecuencia en mujeres en comparación con los hombres y en adultos (Haro et al., 2006; WHO, 2017). Los trastornos depresivos se consideran como el mayor factor que provoca la pérdida de salud sin consecuencias mortales. El suicidio equivale al 1,5% de toda las muertes en el mundo y está clasificado entre las 20 principales causas de muerte en este año (WHO, 2017). Teniendo en cuenta las elevadas cifras (tanto en España como a nivel mundial), se hace muy importante tener en consideración a los grupos en riesgo de padecer sintomatología depresiva para realizar prevención y disminuir la prevalencia vida de los trastornos depresivos, así como realizar las intervenciones pertinentes con el objetivo de aumentar la salud y la calidad de vida.

La mayoría de las personas lesbianas, gays y bisexuales (LGB) presentan un buen ajuste y salud mental y ello está reflejado en la investigación científica (Mayer y McHugh, 2016). No obstante, se ha revelado un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en poblaciones no heterosexuales (King et al., 2008; Mayer y McHugh, 2016).

La orientación sexual es un concepto multifacético, hace referencia a la identidad, la atracción y el comportamiento sexual de una persona (Feinstein y Dyar, 2017) y se conceptualiza de una de estas maneras o como una combinación de estas tres dimensiones (Graham et al., 2011). Por ello, resulta un concepto ambiguo y difícil de operativizar en la investigación científica (Diamond, L., 2008; Goicochea, M. A., Fernández, O., Clavo, M. J. y Álvarez, R., 2015; Mayer y McHugh, 2016). De este modo, la APA (2012) recoge las diferentes dimensiones y la define como un patrón duradero de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia mujeres, hombres o ambos sexos. Incluyendo el sentido de la propia identidad de la persona en función de la atracción, comportamientos asociados y la pertenencia a una comunidad de individuos con la que comparte dicha atracción (APA, 2012).

Generalmente la orientación sexual se clasifica en tres categorías utilizadas en muchas culturas para describir a las personas que manifiestan estas atracciones: orientación heterosexual

(la atracción emocional, romántica o sexual es hacia personas del sexo opuesto), homosexual, gay o lesbiana (hacia personas del mismo sexo) y bisexual (hacia hombres y mujeres); aunque algunas personas pueden no utilizar estas etiquetas (APA, 2008). Se hace necesario ampliar esta definición e incluir también el género (masculino y femenino). Mientras que el sexo engloba caracteres biológicos que establecen el dimorfismo sexual, el género pone de relieve la construcción de las identidades masculinas y femeninas adscritos a cada sexo. En muchos casos las personas no encajan con los modelos de feminidad y masculinidad propuestos, la morfología de los cuerpos no muestra de forma clara una identidad sexual en concreto, o bien, hay personas que físicamente presentan una identidad de género que no guarda correspondencia con el género con el que ellas se identifican (Goicochea, M. A., Fernández, O., Clavo, M. J. y Álvarez, R., 2015).

Si bien se intenta comprender la orientación sexual en tres categorías, las investigaciones realizadas durante décadas muestran que la orientación sexual se distribuye a lo largo de un continuum y puede variar desde la atracción sexual exclusiva hacia el sexo opuesto hasta la orientación sexual exclusiva hacia el mismo sexo (APA, 2012). En este sentido, en investigaciones recientes se ha visto que el deseo sexual puede tener plasticidad y flexibilidad y depender de factores contextuales (por ejemplo), con independencia de la orientación sexual (Diamond, L., 2008; Diamond, L., Dickenson, A. y Blair, K., 2016). De este modo, los investigadores suelen utilizar al menos una de estas tres categorías: comportamiento sexual, fantasías/atracción sexuales y autoidentificación (con “gay”, “lesbiana”, “bisexual”, “asexual”, etc) (King et al., 2008; Mayer y McHugh, 2016).

Los hallazgos encontrados sobre el mayor riesgo de problemas de salud mental en población no heterosexual en comparación con la población heterosexual, han sido encontrados y replicados en muchos estudios (realizados en Estados Unidos y en otras partes del mundo) y han obtenido resultados uniformes que resultan alarmantes (Mayer y McHugh, 2016). A pesar de que en últimos años se han investigado estas diferencias en la salud mental, en España hay un vacío en la investigación referente a las desigualdades en salud de la población LGTB. Los estudios epidemiológicos generales y encuestas sobre el estado de salud no incluyen la orientación sexual de las personas encuestadas (Martín-Pérez, A., Rebollo, J., Castaño, C. y Rodríguez, A., 2017). Por otro lado, existen diferencias considerables entre los estudios en función de cómo se definan los términos “homosexual” o “no heterosexual” (Mayer y McHugh, 2016) y la evidencia de la salud mental de la población LGTB no es concluyente, en parte por la dificultad de definir la orientación sexual y acceder a una muestra representativa de la población no heterosexual (King et al., 2008). En esta línea, Feinstein y Dyar (2017) subrayan que hay una fuerte evidencia de que las personas bisexuales están en un riesgo mayor para los problemas de salud mental en comparación con las personas heterosexuales, gays y lesbianas, y sin embargo, como señalan Ross et al. (2018), la evidencia disponible respecto a las personas bisexuales es

muy limitada y los resultados están oscurecidos. En gran parte de los estudios se agrupa a las personas bisexuales junto con todas las demás minorías sexuales para hacer comparaciones entre la población LGB y los grupos heterosexuales. Y por otro lado, en muchos estudios las personas bisexuales están indiferenciadas y aparecen dentro de la población gay y lesbiana en función del sexo/género (Ross et al., 2018; Bauer et al., 2016).

El Institute of Medicine (IOM) realizó un informe en el que se revisaron cientos de estudios que abordan el estado de salud de la población LGBT en la infancia, en la adolescencia, en la adultez temprana y media (20-60 años) y en la adultez tardía. Concluyen, a partir de la mayoría de estudios, que tanto los jóvenes LGB como los adultos tienen mayor riesgo de depresión (así como intentos de suicidio e ideaciones suicidas) que las personas heterosexuales en estas fases (Graham et al., 2011).

En España, Ballester, Morales, Orgilés y Espada (2012) hallaron (aunque con una muestra limitada) que los adolescentes entre 14 y 18 años no heterosexuales tenían mayor sintomatología depresiva que los heterosexuales. Fergusson et al. (1999) realizaron una investigación en Nueva Zelanda y mostraron que los adolescentes identificados como lesbianas, gays o bisexuales tienen entre un 1.8 y un 2.9 más probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor y trastorno de conducta que los adolescentes identificados como heterosexuales. No obstante, una limitación que indican es que, de los 1.007 adolescentes de la muestra, tan sólo 28 se identificaban como LGB o indicaron haber tenido relaciones pasadas con personas del mismo sexo (citado en Graham et al., 2011). Una investigación más actual con jóvenes LGBT residentes en Chicago, de edades entre 16 y 20 años y de etnias diversas, mostró que un 15% cumplía los criterios de depresión mayor y que el grupo tenía una mayor prevalencia de diagnósticos del DSM-IV en comparación con los datos nacionales. Los sujetos identificados como bisexuales, mostraban menor prevalencia. Sin embargo, sugieren tener cautela al interpretar estos resultados ya que la prevalencia era similar a la de otra muestra de jóvenes urbanos, étnicamente diversos de la misma área geográfica (Mustanski, B. S., Garofalo, R., y Emerson, E. M., 2010).

King et al., (2008) llevaron a cabo un metaanálisis para evaluar los indicadores de salud mental en población no heterosexual, recogiendo las distintas formas en las que se había operativizado de forma consistente el concepto de orientación sexual (conducta sexual con personas del mismo sexo, atracción sexual hacia personas del mismo sexo, la identificación de los sujetos, puntuación mayor que 0 en la escala Kinsey, el marco temporal específico para definir la sexualidad de los sujetos y dos o tres definiciones diferentes de orientación sexual). Los estudios seleccionados habían sido realizados en siete países de Norte America, Europa y Australia; la mayoría de ellos (67%), en Estados Unidos. A partir de estos estudios concluyeron

que, lesbianas, gays y bisexuales (LGB) pueden tener un riesgo mayor de haber padecido depresión en el último año (casi el doble de probabilidades) en comparación con la población heterosexual. En esta línea, son útiles los resultados de una investigación realizada por Russell, C. y Keel, P. (2001), aunque la muestra utilizada es limitada. Se mostró, utilizando el Inventario de Depresión de Beck, que un 12,1% de los hombres homosexuales superaba la puntuación (18) para el episodio de depresión mayor frente a un 0% del grupo de hombres no heterosexual. Sin embargo, la evidencia disponible no es del todo concluyente, Cochran y Mays (2000) encontraron que la homosexualidad y la bisexualidad masculina (recogida en función de las parejas sexuales) no estaba relacionada de manera significativa con más probabilidad de cumplir los criterios para un diagnóstico afectivo (manía, depresión mayor y distimia) que los hombres exclusivamente heterosexuales (citado en Graham et al., 2011). El estudio de Rothblum y Factor (2001) comparó parejas de hermanas (compuestas por una mujer lesbiana y una mujer heterosexual) y no encontró diferencias en la prevalencia de problemas de salud mental entre ellas (citado en Graham et al., 2011) y, Horowitz et al. (2003), no hallaron diferencias significativas entre personas heterosexuales y LGB con respecto a su felicidad general, la salud percibida y la satisfacción general en los últimos doce meses (citado en Graham et al., 2011).

Bostwick et al. (2010) realizaron un gran estudio en EEUU sobre la prevalencia de vida y la prevalencia en el último año de trastornos del ánimo (depresión mayor, distimia, manía e hipomanía) y de ansiedad (según el DSM-IV) en población heterosexual y minorías sexuales. Lo novedoso de esta investigación es la relación que establece entre las tres dimensiones de la orientación sexual (comportamiento, identidad y atracción) y la prevalencia de estos trastornos, ya que subsana la ambigüedad y disparidad con la que se emplea el constructo de orientación sexual y establece diferencias entre sus dimensiones. Sus resultados reflejan, como en la mayor parte de estudios, que la mayoría de los grupos de las minorías sexuales tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno del ánimo y de ansiedad que las personas heterosexuales, y muestran que el riesgo varía en función del sexo y la dimensión de la orientación sexual: Las personas que se identificaron como lesbianas, gays o bisexuales tuvieron más tasas de trastornos de ánimo que se las que se identificaron como heterosexuales. Las mujeres identificadas como bisexuales, con comportamiento y atracción bisexual fueron las que mayores tasas presentaron de trastornos del ánimo en comparación con el resto de mujeres. Los hombres que se identificaron como gays fueron los que más prevalencia tuvieron en comparación con bisexuales y heterosexuales. El comportamiento sexual bisexual en hombres también fue el que más presentó tasas de este tipo de trastorno en comparación con los otros grupos de hombres. Las mujeres que refirieron un comportamiento sexual y una atracción sexual con personas del mismo sexo exclusivamente, fueron las que menor tasa de los trastornos de ánimo y de ansiedad

tuvieron con respecto a todos los grupos (heterosexual y minorías sexuales). De manera similar al estudio de Bostwick y colegas, Cochran y Mays (2000) encontraron que los hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres tenían mayor riesgo de padecer depresión mayor que los hombres exclusivamente heterosexuales, y que las mujeres que mantenían relaciones sexuales con mujeres no tenían mayor riesgo de padecer una depresión mayor en comparación con las mujeres exclusivamente heterosexuales (citado en Graham et al., 2011).

Sin embargo, Gilman et al., (2001), a partir de los datos del National Comorbidity Survey, vieron que tanto hombres como mujeres con parejas del mismo sexo tenían una mayor prevalencia del último año de padecer depresión mayor que las personas con parejas del sexo opuesto exclusivamente (citado en Graham et al., 2011). También, Cochran et al. (2007) encontraron que las mujeres que se identificaban como lesbianas o bisexuales y las mujeres que habían mantenido relaciones sexuales con mujeres, tenían una mayor prevalencia de padecer un trastorno depresivo en el último año y a lo largo de la vida. Asimismo, los autores hallaron que la prevalencia de los trastornos en las minorías sexuales latinas y asiáticas era similar a la encontrada en los estudios de población LGB en general (citado en Graham et al., 2011).

Ross et al. (2018) llevaron a cabo un metaanálisis para revisar las evidencias encontradas de que las personas bisexuales presentan una mayor prevalencia de depresión y ansiedad que las personas heterosexuales, gays y lesbianas (recogiendo la diferentes dimensiones de la orientación sexual: identidad, comportamiento sexual o atracción sexual). Los estudios eran principalmente de EEUU (69,2%), frente a un 13,5% de Canadá y también de Australia y un 3,8% de Europa (Reino Unido). Los resultados indicaron que hay un patrón consistente en que las personas heterosexuales presentan menos niveles de depresión y ansiedad que las personas LGB, y que las personas bisexuales tienen mayores o similares niveles en comparación con la población gay y lesbiana. En España, desde la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), se realizó un estudio para conocer el estado de salud y las experiencias de discriminación de las personas bisexuales y se vio, a partir de los datos, que el 86,6% de las personas bisexuales se habían sentido tristes o deprimidas al menos durante un día en el último mes (siendo mayor en hombres que en mujeres), porcentaje notablemente mayor en comparación con el 69,1% de personas no bisexuales (lesbianas y gays). Los resultados indicaron que las personas bisexuales mostraban más ideas negativas y depresivas y los hombres bisexuales presentaban mayor frecuencia y mayor duración en el mes previo al estudio. No obstante, el bajo porcentaje de hombres bisexuales requiere tener prudencia para interpretar los datos (Martín-Pérez, A., Rebollo, J., Castaño, C. y Rodríguez, A., 2017).

Si las personas LGB están en mayor riesgo de padecer problemas de salud mental que las personas heterosexuales, es conveniente conocer y entender en qué consiste ese riesgo. Las personas homosexuales y bisexuales han sido estigmatizadas durante mucho tiempo (Herek, 1999) y se considera que la hostilidad, el estigma social y la discriminación que sufren las personas LGB es una de las razones que explican el mayor riesgo de problemas de salud mental en esta población (King et al., 2008; Mustanski, B. S., Garofalo, R., y Emerson, E. M., 2010; Graham et al., 2011; APA, 2012).

Erving Goffman (1970) introduce el término “estigma” a las ciencias sociales, concepto que proviene de la Antigua Grecia y hace alusión a una marca que ponían a las personas que se consideraban rechazables para distinguirlas y evitarlas. Crocker, Major y Steele (1998) conciben que la estigmatización ocurre cuando una persona tiene (de forma real o bajo la opinión de los demás) una característica que le confiere una identidad social devaluada o negativa en un contexto determinado (citado en Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017). En concreto, el “estigma sexual” es la devaluación de la homosexualidad, comportamiento, identidad o relación no heterosexual (Herek, 2009) y las actitudes negativas hacia una persona debido a su orientación sexual se denominan “prejuicio sexual” (Herek, 1999), derivado de la internalización del estigma social (Herek, 2009). Para entender cómo se forma este estigma, Pichardo (2012) expone que el estigma no es una cuestión individual sino social. Se teje en una sociedad anclada en el “sistema sexo-género”, en el cual, se presupone que un hombre va a tener un género masculino y una orientación heterosexual, y una mujer tendrá un género femenino y una orientación heterosexual. Esto configura una norma y quien se salga de ella en cualquiera de los tres niveles (sexo, género y orientación sexual) es susceptible de sufrir estigmatización. Además, Herek (2008) explica que el estigma sexual es perpetuado por un estigma estructural anclado en el heterosexismo, en el cual se asume que las personas son heterosexuales hasta que no se demuestra lo contrario, y cuando esto se visibiliza, se asume que la heterosexualidad es lo normal y lo natural, mientras que las relaciones con el mismo sexo son anormales, antinaturales e inferiores y esto sirve de base para la discriminación, la hostilidad y la agresión hacia las minorías sexuales.

Existen dos situaciones diferentes, la de la *persona desacreditada* (se posee un rasgo que es visible y se expone a la estigmatización) y la *persona desacreditable* (se posee un rasgo que permanece oculto o pasa desapercibido en determinadas circunstancias), pudiendo alternar la posición en estas situaciones (Goffman, 1970). En las personas LGB, se encuentran estas dos posiciones (la de desacreditado y desacreditable) de manera conjunta, ya que la orientación sexual puede no ser visible pero en cualquier momento se puede ser estigmatizado (Pichardo, 2012). La expectativa individual de la probabilidad de que el estigma sea visible en diferentes situaciones se llama *estigma sentido*. En población LGB, está basado en la conciencia de que existe un estigma sexual y en las creencias sobre cómo y cuándo la gente aprobará eso (Herek,

2009), y en este sentido, el estigma no es sólo lo que las demás personas hacen con ese rasgo, sino lo que la persona cree subjetivamente que pueden hacer con ello (Goffman, 1970). En general, el afrontamiento del estigma social puede tener su inicio en la adolescencia, momento en el que las personas LGB son más vulnerables (Martxueta, A., y Etxeberria, J., 2014). Esto se diferencia del *estigma internalizado*, ya que mediante éste la persona pasa a aceptar el estigma como parte de su sistema de valores y del concepto de sí misma. Por ello, para disminuir el riesgo de discriminación, las personas LGB pueden ocultar su orientación sexual y hacerse pasar por un miembro no estigmatizado (Herek, 2009). Aunque esta estrategia puede traer beneficios, el ocultamiento como una estrategia para afrontar la estigmatización puede tener consecuencias negativas para el bienestar (Nouvilas-Palleja, E. et al., 2018). Se ha visto que los individuos LGB que habían visibilizado más su orientación sexual, tenían menos síntomas de depresión en contextos donde se promueve la autonomía y la aceptación personal. A diferencia de los entornos controladores, donde la persona se siente presionada a ser y actuar de una determinada manera, y son un factor de riesgo para la ocultación (Legate, N., Ryan, R. M., y Weinstein, N., 2012). La ocultación de la orientación sexual tiene consecuencias negativas para la salud física y mental, como los síntomas de depresión (Frost et al. 2007 y Oswald 2007 citado en Nouvilas-Palleja, E. et al., 2018).

Con todo ello, Meyer (2003) subraya, a partir de su “modelo del estrés de minorías” en población LGB, que las situaciones de discriminación, el estigma y los prejuicios producen un estrés que puede servir para entender el mayor riesgo de problemas de salud mental en las personas no heterosexuales. Como por ejemplo, mayor sintomatología depresiva y estrés percibido en las minorías sexuales que los individuos heterosexuales concordantes (Krueger, Meyer y Upchurch, 2018). Este estrés de minorías es único (es adicional a los estresores generales que experimentan todas las personas), crónico (está relacionado con estructuras sociales y culturales relativamente estables) y tiene una base en la sociedad (es derivado de procesos sociales, instituciones y estructuras más allá de las características y condiciones individuales) (Meyer, 2003).

La situación ha mejorado mucho en España en las últimas décadas y se han reconocido derechos de las minorías sexuales, sin embargo, todavía existen el prejuicio y la discriminación en la sociedad española (Molero, Silván-Ferrero, Fuster-Ruiz, Nouvilas-Pallejá y Pérez-Garín, 2017). Según la última encuesta de la Unión Europea sobre Discriminación (Eurobarometer, 2015), el 58% de las personas considera que la discriminación hacia personas gays, lesbianas y bisexuales está aun extendida. Se ha producido un incremento con respecto a la anterior encuesta, en la que se recogió que un 46% de las personas residentes en la UE percibían dicha discriminación y un 44% en España (Eurobarometer, 2012). Aunque la mayoría de los encuestados tuvieron respuestas tolerantes y de apoyo, menos de la mitad de las personas

encuestadas (44%) estarían cómodas si su hijo/hija tuviera una relación con una persona del mismo sexo, a un 7% les sería indiferente y a un 32% les incomodaría. La mayor parte de los encuestados estarían cómodos o serían indiferentes con las muestras de afecto en público de parejas heterosexuales (72%) y la proporción es menor con las parejas gays (49%) y lesbianas (51%). Un 38% y un 34% se sentiría incómodo con parejas gays y lesbianas respectivamente, frente a un 16% con parejas heterosexuales (Eurobarometer, 2015).

Resulta necesario abordar esta cuestión tan central por la discriminación todavía existente hacia este colectivo y por las consecuencias que tiene sobre la salud de estas personas. El estudio de la estigmatización se centra en la perspectiva de las personas estigmatizadas, el efecto del estigma sobre éstas y las estrategias que ponen en marcha para disminuirlo. Por ello, un elemento de gran importancia a tener en cuenta es la percepción de rechazo o discriminación y sus consecuencias (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017). Tres metaanálisis señalan que la discriminación percibida está relacionada con varios aspectos del bienestar psicológico, y en concreto, se relaciona positivamente con la depresión, entre otros (Pascoe y Smart, 2009; Schmitt, Branscombe, Postmes y García, 2014; Jones et al., 2016). Los efectos son mayores en niños en comparación con adultos, y también para la estigmatización basada en la orientación sexual o en la infección por el VIH, a diferencia de la estigmatización basada en el sexismo o el racismo (Schmitt, Branscombe, Postmes y García, 2014). La discriminación sutil es al menos igual de importante que la discriminación manifiesta, cuestionando la creencia de que la discriminación sutil tenga menores consecuencias negativas (Jones et al., 2016).

La percepción de discriminación puede ser grupal o individual. Por un lado, se entiende por *percepción de discriminación grupal* al grado en que una persona percibe que el grupo al que pertenece es discriminado, y por otro lado, la *percepción de discriminación individual* se refiere a las vivencias personales de discriminación. Suele darse el fenómeno de la *discrepancia entre la discriminación grupal e individual*, bajo el cual se percibe más la primera en detrimento de la segunda. Otra clasificación importante de la percepción de discriminación es la distinción entre *discriminación manifiesta* y *discriminación sutil*. La primera hace referencia a un tipo de discriminación que se da de manera clara y directa con muestras abiertas de trato desigual y rechazo, lo cual es menos frecuente en la sociedad actual (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017). Aunque en el año 2016, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en España registraron 230 delitos de odio conocidos por orientación e identidad sexual, uno de los ámbitos con mayor número de incidentes. Esta cifra se ha visto incrementada con respecto al año anterior (169) y supone el mayor incremento con respecto al resto de tipos de delitos de odio (Gabinete de Coordinación y Estudios, 2016). La segunda implica la percepción de desconfianza, trato diferencial o rechazo indirecto hacia las personas estigmatizadas (Molero,

F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017). Respecto a esta última, se ha encontrado que la discriminación sutil puede tener efectos más nocivos que la discriminación manifiesta (Molero et al., 2013; Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017), ya que es más fácil detectar la discriminación manifiesta y combatirla (Molero et al., 2013; Jones et al., 2016), y porque el tipo de discriminación sutil es más frecuente (Jones et al., 2016) y en ella existe ambigüedad sobre la percepción de si el propio grupo está siendo discriminado (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017; Molero et al., 2017b).

Molero et al. (2013) midieron la percepción de discriminación grupal e individual y manifiesta, y sutil y variables del bienestar psicológico en población gay y lesbiana en España, entre otros grupos estigmatizados (personas rumanas, africanas y con VIH). Encontraron que la percepción de discriminación manifiesta era más alta hacia el grupo que hacia ellos mismos individualmente, sin embargo, la percepción de discriminación individual fue más alta que la percepción de discriminación grupal. Tal y como se esperaba, gays y lesbianas (y el resto de grupos) perciben que existe mayor discriminación sutil individual y hacia el grupo, frente a la discriminación manifiesta, y ésta variable es la que más se relaciona negativamente con el bienestar psicológico (como el afecto positivo, la autoaceptación). Por otro lado, no encontraron diferencias significativas en la percepción de discriminación entre gays y lesbianas. En otra investigación española, se reveló que la conciencia del estigma incrementa la percepción de la discriminación sutil en personas gays y lesbianas y la ocultación de la propia orientación sexual, afectando negativamente al bienestar (Nouvilas-Palleja, E. et al., 2018).

En otra investigación (Molero et al., 2017b) no encontraron diferencias en la percepción de discriminación sutil y manifiesta entre gays y lesbianas. La discriminación percibida sutil fue mayor que la discriminación percibida manifiesta en ambos casos. La percepción de discriminación sutil se relacionó con menor bienestar (aunque este efecto desaparece cuando los sujetos tienen apoyo social) y mayor afecto negativo. Y a su vez, esto fue mayor que con la percepción de discriminación manifiesta. Las mujeres lesbianas presentaron un menor afecto negativo que los hombres gays, aunque en el afecto positivo no encontraron diferencias. También se descubrió que a mayor edad, menor fue el afecto negativo, aunque esto influyó especialmente en las mujeres.

De manera específica, algunos autores subrayan que existe mayor discriminación hacia las personas bisexuales (Pichardo, 2012; Bostwick et al., 2012; Ross et al., 2018), una especial invisibilización de la bisexualidad y falta de apoyo afirmativo de la bisexualidad, y que esto influye en las disparidades de problemas de salud mental con respecto a la población LG (Ross et al., 2018)

Por otro lado, se concibe que las personas mayores sufren de manera más acuciada el impacto de los prejuicios sociales, con motivo de una educación más homófoba y una mayor invisibilización de su orientación sexual. En una investigación española con hombres y mujeres entre 50 y 73 años, se concluyó que las personas no heterosexuales refieren mayor malestar emocional que las heterosexuales, la mitad de las personas no heterosexuales se han sentido rechazadas por su orientación sexual y el 42% ha sufrido malestar debido a su orientación sexual (Nebot-García et al., 2018).

Sobre la base de lo anterior, se subraya que la discriminación por orientación sexual provoca varios tipos de daños que pueden conducir a diversos problemas de salud mental, y en gran medida, a una mayor sintomatología depresiva. Aunque existen diferentes subtipos de depresión (y dentro de estos subtipos, diferencias individuales), se considera que el estado depresivo es una “reacción a la pérdida”.

Esta pérdida puede ser la de una persona amada (de manera real o imaginaria), la de una representación que se tenía de otra persona o la de uno mismo y que era deseable. También, se caracteriza por un sentimiento de falta de esperanza para recuperar lo perdido y para satisfacer el deseo y por un sentimiento de impotencia e indefensión para cambiar esta realidad. Tomando esto como punto de partida, es importante plantear que existen diferentes formas que pueden conducir a una persona al estado depresivo. La depresión no es una categoría cerrada sino que puede ser resultado del encadenamiento de distintas condiciones internas y externas (Bleichmar, H., 2003).

De esta manera, se plantea que la discriminación (y la percepción de ella) es una condición externa compartida por el colectivo LGB, y que ésta puede contribuir al desarrollo de la sintomatología depresiva, junto a otras razones que dependerán de cada individuo. La experiencia de discriminación y la exposición a estresores crónicos relacionados con el estigma y prejuicio sexual podrían ser, en mayor o menor medida, una experiencia traumática y contribuir a la vivencia de un mundo peligroso y amenazante. Según Hugo Bleichmar (2003), las situaciones traumáticas pueden generar sentimientos de impotencia e indefensión y desesperanza y cuestionar el sentimiento de valía o de la identidad, de tal modo que existe el sentimiento de que no es posible hacer algo para cambiar la realidad y se puede captar la misma bajo este estado afectivo. De este modo, podemos pensar que la experiencia de discriminación vivida como traumática puede conducir al cuestionamiento del valor de uno mismo y de la identidad (como por ejemplo, mediante la internalización del estigma y de la homofobia o LGBfobia), así como generar un sentimiento de impotencia y desesperanza.

Por otro lado y según este autor, la ansiedad persecutoria (real o imaginada) por vivir en un mundo sentido con multitud de peligros y persecución, dificulta las relaciones interpersonales, el desarrollo del yo y la relación con el mundo exterior. Para defenderse del

peligro y disminuir esta angustia, se activan defensas como la evitación o la renuncia a logros para no ser atacado o descalificado. Sin embargo, esto puede limitar las capacidades del individuo y hacerle sentir impotente para satisfacer sus deseos y con baja sensación de control de la realidad externa, por lo que también puede producir y mantener un trastorno depresivo (Bleichmar, H., 2003). En relación a esto, podemos imaginar cómo algunas personas LGB pueden anticipar el rechazo y utilizar estrategias de ocultamiento, y que en mayor o menor grado, esto conduzca al sentimiento de impotencia e indefensión y a la limitación de las capacidades personales. Esto coincidiría con la línea de las investigaciones en las que se ha visto que, aunque esta estrategia sirva para defenderse a corto plazo, se relaciona con mayor sintomatología depresiva (Frost et al. 2007 y Oswald 2007 citado en Nouvilas-Palleja, E. et al., 2018).

A razón de todo esto, se considera importante subsanar el vacío en la investigación española con respecto a la población LGB y la salud mental. La alta prevalencia de la depresión a nivel mundial hace que la sintomatología depresiva sea un foco de interés, de manera más específica, que está aun sin explorar en profundidad en esta población. Es prácticamente inexistente la literatura española que explore la sintomatología depresiva y la experiencia de discriminación percibida de las minorías sexuales como variable mediadora. En esta línea, podría existir la falsa percepción de que "ya no existe discriminación" porque se ha avanzado mucho en el respeto hacia la diversidad sexual, sin embargo, se ha señalado que puede no ser así a pesar del avance en algunos países.

Por otro lado, en un gran número de investigaciones sobre este tema no se diferencian los distintos grupos (gay, lesbianas y bisexuales) y se incluye a las personas bisexuales dentro de un mismo grupo (como homosexuales o como minoría sexual), o bien, se excluyen de la investigación. Resulta relevante poder diferenciar entre estos tres grupos ya que algunos autores plantean diferencias en la experiencia de discriminación y la sintomatología depresiva en función del grupo de la orientación sexual (especialmente el bisexual).

Además, en muchas de las investigaciones no se especifica cómo se ha operativizado la orientación sexual en función de sus tres dimensiones (identidad, comportamiento y atracción/fantasías) y muchas incluyen a las personas con un comportamiento sexual con personas del mismo sexo o género dentro del colectivo LGB, con independencia de cómo se identifiquen ellas. Aunque las personas con un comportamiento sexual con personas del mismo sexo/género pueden sufrir factores estresantes como los prejuicios en relación a las personas LGB, hay procesos de estrés ("proximales") más subjetivos y que dependen de la identificación de la persona como homosexual o bisexual: por ejemplo, las expectativas de rechazo, el ocultamiento de la identidad por miedo a sufrir daños o la internalización del estigma (Meyer, 2003). Además, se ha visto que en las personas que consideran su identidad social estigmatizada

como una parte central de su identidad es más probable que se perciban como un foco de discriminación personal y grupal (Major y O'Brien, 2005). Por estas razones, se considera relevante en este estudio conceptualizar la orientación sexual de las personas a través de la dimensión de la identidad (gay, lesbiana o bisexual), incluir a la población bisexual y hacer distinción entre estos tres grupos.

En consonancia con el planteamiento anterior, el presente trabajo persigue los siguientes objetivos: los objetivos del presente trabajo consisten en:

- Conocer el estado actual de la percepción de discriminación en España en población gay, lesbiana y bisexual y ver qué tipo de discriminación perciben más: la discriminación grupal, personal, manifiesta o sutil.
- Ver si la percepción de discriminación está relacionada con la presencia de sintomatología depresiva.
- Contemplar si, tal y como se ha indicado en la literatura científica, el efecto de la percepción de la discriminación sutil y personal tiene efectos más nocivos sobre la salud mental, y de manera novedosa en España, si se relaciona con una mayor sintomatología depresiva.
- Ver si existen diferencias en la percepción de discriminación (en todas sus variantes) y en la sintomatología depresiva en función de la dimensión de la identidad de la orientación sexual (gay, lesbiana o bisexual).
- Averiguar si existen diferencias en la percepción de discriminación (en todas sus variantes) y la sintomatología depresiva en función del género.
- Conocer si hay diferencias en la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva en función de la edad.
- Ver si el hecho de participar, pertenecer o colaborar en una asociación o colectivo LGTBQI+ se relaciona con mayor percepción de discriminación y menor sintomatología depresiva que los que no.
- Explorar si existen diferencias en la percepción de discriminación y en la sintomatología depresiva en función del género y la orientación sexual, la orientación sexual y los distintos grupos de edad y el género y los distintos grupos de edad.

Para llevar a cabo estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis principales:

- 1) Las personas que se identifican como lesbianas, gays y bisexuales perciben discriminación sutil y manifiesta, grupal y personal por su orientación sexual.
- 2) Las personas lesbianas, gays y bisexuales perciben mayor discriminación sutil que manifiesta y mayor discriminación grupal que personal hacia su orientación sexual.
- 3) Existe una relación positiva entre la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva.
- 4) La percepción de discriminación sutil está más relacionada con la presencia de sintomatología depresiva que la percepción de discriminación manifiesta.
- 5) La percepción de discriminación personal tiene una mayor relación con la sintomatología depresiva que la percepción de discriminación grupal.
- 6) Las personas que se identifican como bisexuales perciben mayor discriminación que las personas que se identifican como gays y lesbianas.
- 7) Las personas que se identifican como bisexuales presentan mayor sintomatología depresiva que las personas que se identifican como gays y lesbianas.
- 8) Los hombres perciben mayor discriminación y presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres.
- 9) Las personas más mayores perciben mayor discriminación y presentan mayor sintomatología depresiva que las jóvenes.
- 10) Las personas que pertenecen, colaboran y/o participan en actividades de una asociación o colectivo LGTBQI+ perciben mayor discriminación y presentan una menor sintomatología depresiva que las que no.

De manera secundaria, se plantean estas hipótesis para la consecución de los mismos:

- 11) Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva teniendo en cuenta la orientación sexual y el género.
- 12) Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva teniendo en cuenta la orientación sexual y los grupos de edad.

13) Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva teniendo en cuenta el género y los grupos de edad.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta inicialmente por 580 personas, entre las cuales, 94 personas fueron descartadas por no cumplir criterios de inclusión (mayores de 18 años, residentes en España y género cissexual). La muestra final fue de 486 personas residentes en España, entre las cuales, el 37% fueron hombres cissexuales ($n=180$) y el 63% mujeres cissexuales ($n=306$). Las edades de los sujetos van desde los 18 años hasta los 65, siendo la media de edad de 27,88 años y con una desviación típica de 8,22, por lo que fue una muestra mayoritariamente joven. En cuanto a la orientación sexual, el 32,7% fueron hombres gays ($n=159$), el 29% mujeres lesbianas ($n=141$) y el 38,3% personas bisexuales ($n=186$), de las cuales, el 11,8% eran hombres ($n=22$) y el 88,2% restante eran mujeres ($n=164$).

En relación a la ocupación de los sujetos, el 27,2% de las personas de la muestra estudiaban ($n=132$), el 41,4% de las personas trabajaban ($n=201$), el 23,3% personas ($n=113$) estudiaban y trabajaban y el 8,2% personas ($n=40$) estaban en paro o desempleo. La mayoría de personas indicó que no colabora, pertenece o participa en actividades de un colectivo o asociación LGBTIQ+ (79,2%), mientras que el 20,8% de la muestra que sí lo hace. Por último, la mayor parte de la muestra indicó no haber recibido un diagnóstico psicológico a lo largo de su vida (79,8%) y un 20,2% de las personas sí haber sido diagnosticadas en algún momento. Entre ellas, un 7% han sido diagnosticadas de depresión, un 5,8% de un trastorno de ansiedad y un 2,9% de ansiedad y de depresión. El 4,5% de los sujetos habían sido diagnosticados de otros trastornos psicológicos (TOC, TCA, TEPT...).

Los sujetos participaron mediante un la realización voluntaria y anónima de un cuestionario online.

Instrumentos

Para medir la percepción de discriminación sutil y manifiesta y grupal y personal se utilizó la Escala Multidimensional de Percepción Percibida (EMPP) (Molero, Recio, García-Ael, Fuster y Sanjuán, 2013), validada en España por los mismos autores en población gay y lesbiana. La escala tiene 20 ítems y mide cuatro aspectos de la percepción de discriminación a través de cuatro subescalas: La Percepción de Discriminación Grupal Manifiesta (DGM), la

Percepción de Discriminación Grupal Sutil (DGS), Percepción de Discriminación Personal Manifiesta (PM) y la Percepción de Discriminación Personal Sutil (DPS). Los sujetos contestaron a través de respuestas de una escala tipo Likert de 5 puntos, indicando su grado de acuerdo y de desacuerdo ante las afirmaciones. Las puntuaciones totales de cada subescala se agruparon para dar lugar a la Percepción de Discriminación Grupal y la Percepción de Discriminación Personal (en las que se incluyen la manifiesta y la sutil) y la Percepción de Discriminación Sutil y la Percepción de Discriminación Manifiesta (en las que se incluyen la grupal y la personal).

Para evaluar la sintomatología depresiva se empleó la validación del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996), adaptada por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) en población general española. El BDI-II mide una dimensión general de depresión y permite evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes a partir de 13 años y en adultos. Consta de 21 ítems y cuatro respuestas diferentes para cada ítem, entre las cuales los sujetos han de señalar aquella que mejor describa su estado de ánimo en las últimas dos semanas e incluyendo el día en el que se realiza la evaluación.

Tanto la escala escogida para medir la percepción de discriminación como la de la sintomatología depresiva presentan una alta consistencia de los ítems en el análisis de fiabilidad.

- EMPP: Muy alta ($\alpha = .94$)

- BDI-II: Alta ($\alpha = .87$)

Por su parte, en este estudio se repitieron análisis de fiabilidad y se encontraron resultados similares. En el EMPP y en el BDI-II, se halló un alfa de Cronbach de 0,93 y de 0,84, lo que indica también una fiabilidad “muy alta” y “alta” de los instrumentos, respectivamente.

Procedimiento

La muestra fue recogida a través de un muestreo de bola de nieve. Los participantes respondieron de manera anónima y voluntaria al cuestionario vía online a través de la aplicación Google Formularios, que fue difundido mediante redes sociales, páginas webs y correo electrónico durante el mes de enero de 2019. En el inicio del cuestionario se explicó a los sujetos el motivo de la investigación, la confidencialidad de sus datos y el secreto profesional, y al finalizar, se agradeció a los sujetos su colaboración y se dio la opción de que dejaran su correo electrónico para recibir los resultados si lo deseaban.

Las primeras preguntas recogieron los datos sociodemográficos (edad, género, ocupación laboral y académica y ciudad/pueblo de residencia), la orientación sexual con la que

se identificaban (gay, lesbiana o bisexual), si pertenecen, colaboran, reciben ayuda y/o acuden a actividades de una asociación o colectivo LGTBQI+ y si han recibido un diagnóstico psicológico con la opción de que escriban cuál. Debido a las limitaciones del estudio, los grupos de exclusión fueron personas intersexuales, hombres transgénero, mujeres transgénero y personas de género fluido o *queer*, ya que se entiende que estas personas pueden sufrir un tipo de discriminación añadida respecto al género y esto influya en los resultados. Aunque esto se indicó al comienzo del cuestionario, se recogieron las diferentes modalidades para descartar los datos posteriormente. A continuación, se presentaron el total de ítems de los dos instrumentos de manera conjunta. En total, la duración aproximada de la prueba fue de 10 minutos.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS Statistics 21 para el análisis de los datos. Antes de proceder a realizar los análisis correspondientes, comprobamos el supuesto de normalidad y homocedasticidad con las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Levene, respectivamente. Según los resultados obtenidos, la prueba de normalidad no se cumple ($p > .05$), sin embargo, se realizaron análisis paramétricos dado que el tamaño de la muestra es moderado ($N=486$) y los índices de asimetría se aproximan al valor 0.

Para comparar las puntuaciones totales de cada uno de los subtipos de discriminación y ver cuál se percibe más, se realizó una prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Por su parte, con el objetivo de valorar la relación entre la puntuación total de la escala de percepción de discriminación y la puntuación de sus subescalas (discriminación sutil (PDS), discriminación manifiesta (PDM), discriminación personal (PDP) y discriminación grupal (PDG)) con la variable de depresión, se utilizó la correlación de Pearson. Por otro lado, se realizó un análisis de regresión múltiple para observar cuáles de las dimensiones de la percepción de la discriminación se relaciona más con la sintomatología depresiva.

Para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación (total, grupal, personal, sutil y manifiesta) y en la sintomatología depresiva en función del género, los grupos de edad y de la pertenencia/participación a una asociación o colectivo se realizó una *t* de Student para muestras independientes. En esta línea, se realizó ANOVA de un factor para ver si existen diferencias en estas variables (total de discriminación y sus diferentes dimensiones y sintomatología depresiva) en función de la orientación sexual. Por último, se escogió la prueba de ANOVA de dos factores para comprobar si se encuentran diferencias en la percepción de discriminación y sus diferentes dimensiones y en la sintomatología depresiva, en función de la interacción de las variables siguientes: género y orientación sexual, género y los distintos grupos de edad y orientación sexual y grupos de edad.

Resultados

Estadísticos descriptivos

En cuanto a las medias de las puntuaciones del EMPP y sus dimensiones, se encontró que la media del total de percepción de discriminación (cuya puntuación va de 20 a 100), ha sido de 56,15 ($DT=15,27$). Para ver el grado de percepción de discriminación (percepción de discriminación baja, media o alta) y la frecuencia en porcentajes, se distribuyeron las puntuaciones del total de la percepción de discriminación en función de los percentiles de la muestra. Se obtuvo que el 48,8% de las personas lesbianas, gays y bisexuales percibe un grado de discriminación bajo (PC 25: puntuación de 20 a 55), frente a un 25,1 (PC 50: de 56 a 66), y 26,1% (PC 75: de 67 a 100) que percibe un grado de discriminación medio y alto respectivamente. De esta manera, la media de la puntuación en la percepción de discriminación se corresponde con una percepción de discriminación media.

Específicamente, mirando las distintas dimensiones encontramos que la media del total de la PDS fue de 18,48 ($DT=5,47$) y que la de la percepción de PDM fue de 37,67 ($DT=10,72$). La media de la percepción de la PDG fue de 32,27 ($DT=7,89$) y la de la percepción de DP fue de 23,88 ($DT=8,90$). Para poder ver si hay diferencias entre las medias, previamente se dividió la media entre el número de ítems de los factores percepción de discriminación “manifiesta” (14 ítems) y “sutil” (6 ítems), y se obtuvo que la media de la percepción de discriminación sutil ($M=3,08$) es mayor que de la discriminación manifiesta ($M=2,69$).

Para comparar medias entre las distintos tipos de discriminación, se realizó la prueba t de Student para muestras relacionadas y se halló la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones. La percepción de discriminación grupal es significativamente mayor que la personal ($t(485)= 26,18$; $p<,001$), con un tamaño del efecto grande ($d= ,94$) y la percepción de discriminación sutil es significativamente mayor que la manifiesta ($t(485)= -14,12$; $p<,001$) con un tamaño del efecto moderado ($d= -,42$).

Por otro lado, la media de las puntuaciones en el total de la sintomatología depresiva medida con el BDI-II fue de 13,34 ($DT=8,42$), lo cual corresponde con el punto de corte de la depresión mínima/ausencia de depresión. La puntuación del 56,8% de la muestra se encuentra dentro de los rangos de depresión mínima-ausencia de depresión, el 21% en los de depresión leve, el 17,7% en los de depresión moderada y el 4,5% en los de depresión grave.

Objetivo 1:

Al tratar de determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre la percepción de discriminación y sus diferentes dimensiones (PDM, PDS, PDG y PDP) con la sintomatología depresiva (ver tabla 1), se encontró un nivel de significación alto, sin embargo, no se puede hablar de que se haya encontrado una relación entre ambas variables ($r(484)=,26$; $r^2=,07$; $p < ,001$).

En cuanto a los factores que componen la escala de discriminación (PDM, PDS, PDG y PDP), según los resultados obtenidos podemos ver que ocurre lo mismo que anteriormente. Los datos indican ausencia de relación, de manera estadísticamente significativa, entre la percepción de discriminación grupal ($p=,00$), personal ($p=,00$), manifiesta ($p=,00$) y sutil ($p=,00$) y la sintomatología depresiva (ver tabla 1). En esta línea, el tamaño del efecto encontrado es muy bajo (el coeficiente de determinación es de 6,7%, 4,7%, 5,01% y 8,29% respectivamente) y esto refleja una magnitud muy pequeña de las relaciones encontradas.

Tabla 1 correlación de Pearson:

Variables	PDG	PDP	PDM	PDS	PDTotal
	r (gl)	r (gl)	r (gl)	r (gl)	
Sintomatología depresiva (BDI-II)	,26** (484)	,22** (484)	,22** (484)	,29** (484)	0,26**(484)

Nota * $p < 0,01$. r = estadístico de r de Pearson; gl = grados de libertad. DG = discriminación grupal, DP = discriminación personal, DM = discriminación manifiesta, DS = discriminación sutil, DT = discriminación total.

Objetivo 2:

Para poder ver cuáles de las dimensiones de la percepción de discriminación (manifiesta, sutil, grupal y personal) predice mejor la sintomatología depresiva, y en este sentido, ver si la percepción de discriminación sutil y personal presentan una mayor relación con la sintomatología depresiva que la percepción de discriminación manifiesta y grupal, se realizó un análisis de regresión múltiple.

Según los resultados obtenidos (ver tabla 2), podemos observar que en este caso la única variable que predice estadísticamente la sintomatología depresiva es la percepción de discriminación sutil (PDS), obteniendo un coeficiente beta estandarizado positivo que indica que a mayor percepción de discriminación sutil mayor es la sintomatología depresiva presentada, sin embargo, el valor encontrado es muy bajo.

Se vio que la puntuación en la sintomatología depresiva equivale a la constante (B=5,16) más la puntuación en PDS multiplicado por el coeficiente no estandarizado (.44). En cuanto al R^2 ajustado, la variable incluida en el modelo (percepción de discriminación sutil, PDS) predice solo un 8% de la variabilidad de la sintomatología depresiva.

Las variables percepción de discriminación manifiesta, grupal y personal no han resultado ser estadísticamente significativas ($p>.05$). Por tanto, no se han encontrado evidencias para afirmar la hipótesis de que haya una mayor relación entre la percepción de discriminación personal que la grupal con la sintomatología depresiva, pero sí que la discriminación sutil predice mejor la sintomatología depresiva que la manifiesta.

Tabla 2: *regresión lineal múltiple entre PDS y sintomatología depresiva.*

Pasos 1	B	F (gl1; gl2); p	p
(Constante)	5,16	43,74 (1; 484); ,001	,001
Total PDS	,44		

Nota: B=coeficiente no estandarizado, gl=grados de libertad, t =estadístico t de Student, p=nivel de significación.

Objetivo 3:

Para ver si existen diferencias en la percepción de discriminación en función de la orientación sexual, se realizó ANOVA de un factor, cumpliéndose el requisito de homogeneidad de varianzas de la prueba de Levene. Los resultados indicaron que no se asumían varianzas heterogéneas ($F(2; 483) = 1,87; p = ,16 > ,05$), por lo que no se ha encontrado evidencias de que existan diferencias significativas en la percepción de discriminación en función de la orientación sexual.

Además, se comprobó si existen diferencias en las distintas dimensiones de la discriminación en función de la orientación sexual mediante la misma prueba estadística. Se cumplió el requisito de homogeneidad de varianzas de la prueba de Levene para ver las diferencias en la percepción de discriminación grupal, personal, manifiesta y sutil en función de la orientación sexual.

Los datos mostraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación grupal ($F(2; 483)=7,306$; $p=,001<,005$) en función de la orientación sexual. Las diferencias se vieron entre las personas con una orientación sexual gay y bisexual ($p=,001<,005$), en concreto, las personas bisexuales perciben mayor discriminación grupal ($M=33,92$; $DT=7,64$) que las personas gays ($M=30,79$; $DT=8,26$).

Por otro lado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación sutil en función de la orientación sexual ($F(2;483)=3,34$; $p=,03<,05$), en concreto, entre las personas lesbianas y bisexuales ($F(2;483)=1,53$; $p=,04<,05$). Las personas bisexuales ($M=19,25$; $DT=5,41$) perciben mayor discriminación sutil que las lesbianas ($M=17,52$; $DT=5,44$).

No obstante, hay que tener en cuenta que en ambos casos el tamaño del efecto es muy bajo y por tanto la magnitud de estas diferencias es muy pequeña ($\eta^2=,02$ y $,014$ respectivamente).

Por último, no se encontraron existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación manifiesta ($F(2;483) 1,26$; $p=,28 >,05$) ni en la percepción de discriminación personal ($F(2; 483)=0,41$; $p=,66 >,05$) en función de la orientación sexual.

Objetivo 4:

Asimismo, para alcanzar el objetivo de ver si existen diferencias en la sintomatología depresiva en función de la orientación sexual, se realizó ANOVA de un factor y se cumplió el principio de homocedasticidad, asumiéndose homogeneidad de las varianzas. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva en función de la orientación sexual ($F(2; 483)=3,04$; $p=,049 <,05$). Sin embargo, al comparar los grupos vemos que el nivel de significación de las diferencias entre los grupos no lo muestra así en ninguno de los casos: entre personas gays y lesbianas ($p=,85>0,05$), gays y bisexuales ($p=,06>,05$) y lesbianas y bisexuales ($p=,24>,05$). Por lo que no se puede afirmar que se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva en función de la orientación sexual.

Objetivo 5:

Para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación total y sus diferentes dimensiones en función del género (hombre o mujer cis), se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Los resultados para el total de discriminación y el género indicaron que las varianzas eran homogéneas ($F=0,48$; $p=,48$) y que

no existen diferencias significativas en la percepción de discriminación en función del género ($p > .05$) (Ver tabla 3).

En cuanto a las diferencias en las distintas dimensiones de la percepción de discriminación (manifiesta, sutil, personal y grupal) en función del género, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación grupal entre hombres y mujeres cissexuales (Ver tabla 3), siendo mayor la percepción de discriminación grupal en las mujeres que en los hombres cissexuales. En este caso también se asumieron varianzas homogéneas ($F=1,32$; $p=.12$) en la prueba de Levene.

Sin embargo, al hallar la d de Cohen ($d= -0,27$), se vio que el tamaño del efecto encontrado es pequeño y por tanto ha de tenerse en cuenta que la magnitud de estas diferencias no es grande.

En cuanto al resto de dimensiones (personal, manifiesta y sutil), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) (Ver tabla 3).

Tabla 3: *t Student para muestras independientes para la variable total discriminación, PDG, PDP, PDM y PDS*

<i>Variable</i>	<i>M (D.T) Hombres cis</i>	<i>M (D.T) Mujeres cis</i>	<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
<i>Total discriminación</i>	55,44 (15,67)	56,57 (15,04)	-0,79 (484)	,43
<i>PDG</i>	30,97 (8,11)	33,04 (7,68)	-2,82 (484)	,005
<i>PDP</i>	24,47 (8,84)	23,53 (8,93)	1,11 (484)	,26
<i>PDM</i>	37,12 (11,22)	37,99 (10,42)	0,86 (484)	,39
<i>PDS</i>	18,32 (5,42)	18,58 (5,52)	0,51 (484)	,60

Nota: M =Media; DT = desviación típica; t = estadístico t de Student; p = nivel de significación

En esta línea, también se quiso ver si existen diferencias estadísticas en la sintomatología depresiva entre hombres y mujeres (cissexuales). Los resultados obtenidos al realizar una prueba t de Student para muestras independientes indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva en función del género ($t(484)=-2,34$; $p=.02 < .05$); en concreto, las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva ($M=14,00$; $DT=8,79$) que los hombres (media=12,22; dt 7,64). Sin embargo, hay que tener en cuenta que no se cumplió el requisito de homogeneidad de varianzas ($F=4,368$; $p 0,037 < 0,05$) y que la

magnitud de la diferencia encontrada es baja. Al calcular la d de Cohen, se observó que el tamaño del efecto es pequeño ($d=0,21$).

Objetivo 6:

Para ver si existen diferencias en la percepción de discriminación y en la sintomatología depresiva en función de la interacción de la orientación sexual y el género, se realizó un ANOVA de dos factores, cumpliendo el requisito de varianzas iguales en ambos casos.

A partir de los resultados encontrados, no se ha encontrado evidencia de que existan diferencias significativas ni en la percepción de discriminación ($F(2;480)=0,09; p=,91>,05$) ni en la sintomatología depresiva ($F(2;480)=0,85;p=,43>,05$) en función de la interacción entre el género y la orientación sexual.

Objetivo 7:

Para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación y en la sintomatología depresiva en función de la edad, se realizó una t de Student para muestras independientes. Para ello, se distribuyó a las personas según los percentiles (P25=18-24 años, P50=25-30 años y P75=31-65 años) y se agruparon en dos grupos: el grupo de personas jóvenes de 18 a 30 años y el grupo de personas adultas de 31 a 65 años.

En primer lugar, se comprobó el supuesto de homocedasticidad con la prueba de Levene; hay que tener en cuenta que se cumplió el supuesto respecto a la sintomatología depresiva, pero no fue así en el caso de la percepción de discriminación. Respecto a los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la percepción de discriminación ($t(484)=0,18; p=,85$) ni tampoco en la sintomatología ($t(484) =1,43; p=0,15$).

Objetivo 8:

De manera secundaria, para ver si existen diferencias en la percepción de discriminación en función de la interacción del género y los grupos de edad y de la orientación sexual y los grupos edad, se realizó un ANOVA de dos factores y se cumplió el requisito de

varianzas homogéneas en ambos casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de discriminación en función de la interacción entre el género y los grupos de edad ($F(1;482)=0,39; p=0,53>0,05$) ni tampoco en función de la interacción entre las distintas orientaciones sexuales y grupos de edad ($F(2;480)=1,40; p=0,25>0,05$).

Objetivo 9:

Del mismo modo, se quiso ver si hay diferencias en la sintomatología depresiva contemplando la interacción de los 1) grupos de edad y el género y 2) los grupos de edad y la orientación sexual mediante ANOVA de dos factores. En el primer caso, no se cumplió el supuesto de homocedasticidad y no se asumieron varianzas iguales en la prueba de Levene. De esta manera, conviene tenerlo en cuenta a la hora de interpretar los resultados, los cuales reflejaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva en función de la interacción entre el género y los grupos de edad ($F(1;482)= 5,71; p=,02 < ,05$).

Para determinar entre qué grupos existen las diferencias, se realizaron comparaciones entre los grupos y se vio que existen diferencias significativas entre los grupos hombres y mujeres jóvenes (18 a 30 años) respecto a la sintomatología depresiva ($F(1;482)=9,05; p=,003$), siendo en este caso mayor la sintomatología depresiva en las mujeres jóvenes ($M=14,56; DT=7,28$) que en los hombres jóvenes ($M=11,73; DT=8,99$). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el tamaño del efecto hallado es muy pequeño ($\eta^2 =0,012$).

Por otro lado, entre las mujeres y hombres adultos no se hallaron diferencias estadísticas ($F(1;482)=0,85; p=,36$).

Por su parte, sí se encontraron diferencias estadísticas en la sintomatología depresiva en función de los grupos de edad y la orientación sexual ($F(2;480)= 0,06; p=,03<,05$). En este caso se cumplió el supuesto de homocedasticidad, por lo que se asumieron varianzas iguales de los grupos.

En concreto, se encontraron diferencias estadísticas entre jóvenes gays y bisexuales ($F(2;480)=4,79; p=,009$), siendo mayor la sintomatología depresiva en jóvenes bisexuales ($M=15,08; DT=8,88$) que en jóvenes gays ($M=11,91; DT=7,61$). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la magnitud de esta diferencia es muy pequeña según el tamaño del efecto encontrado ($\eta^2 =,01$).

No se hallaron diferencias significativas entre los adultos bisexuales, gays y lesbianas respecto a la sintomatología depresiva ($p > ,05$).

Objetivo 10:

Por último, se quiso ver si el hecho de pertenecer, participar y/o colaborar en actividades de una asociación LGBTIQ+ podría influir de alguna manera en la percepción de discriminación y en la sintomatología depresiva mediante una t de Student para muestras independientes.

Al ver si existen diferencias en la percepción de discriminación en función de la pertenencia o no a una asociación o colectivo LGTBI, no se asumieron varianzas heterogéneas ($F=0,201$; $p=,65 > ,05$) y después se vieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t(484) = -3,866$; $p=,000 > ,001$), por lo que conviene tener precaución a la hora de interpretar los datos.

Concretamente, las personas que pertenecen, colaboran o participan en actividades de un colectivo o asociación perciben mayor discriminación ($M=61,31$; $DT=15,37$) que los que no ($M=54,80$; $DT=14,97$). Al calcular la d de Cohen ($d = -,432$), se vio que el tamaño del efecto es entre pequeño y mediano, por tanto, la magnitud de esta diferencia no es grande.

Por otro lado, cuando se vio si hay diferencias en la sintomatología depresiva en función de la pertenencia o no a una asociación o colectivo LGTBI, no se asumieron varianzas heterogéneas ($F=0,202$; $p=,653 > ,05$) y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t(484) = -0,052$; $p=,96 > ,05$).

Discusión

El objetivo principal del estudio se ha centrado en conocer la percepción de discriminación de las personas lesbianas, gays y bisexuales y ver si esto se relaciona con la presencia de sintomatología depresiva, así como el ver qué tipo de discriminación es la que más se relaciona con los síntomas depresivos.

Por un lado, en la actualidad existe una alta prevalencia de la depresión y los trastornos depresivos (Haro et al., 2006; WHO, 2017) y es importante conocer grupos de riesgo. Se han realizado numerosas investigaciones con población LGB, en su mayoría fuera de España, y se ha visto que ésta presenta una mayor prevalencia y mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en comparación con la población heterosexual (Mayer y McHugh, 2016), como el mayor

riesgo de padecer un trastorno depresivo (King et al., 2008; Bostwick et al., 2010; Graham et al., 2011; Ross et al., 2018).

Es importante considerar que la mayoría de personas del colectivo LGB no presenta problemas de salud mental (Mayer y McHugh, 2016) y que los hallazgos de este trabajo van en sintonía con esta realidad. La media de las puntuaciones en la sintomatología depresiva de la muestra equivale a la depresión mínima o ausencia de depresión y el 56,8% de la muestra entra dentro de este rango. Los datos corroboran esto de alguna manera, aunque no por completo, ya que sólo se ha explorado el aspecto de la sintomatología depresiva.

Por otro lado, el 21% se encuentra dentro de la depresión leve, el 17,7% dentro de la depresión moderada y el 4,5% en el rango de depresión grave. Aunque no se ha realizado una comparación con un grupo de personas heterosexuales dentro de la investigación, la literatura apunta a que el 4,4% de la población en el mundo padecía depresión y en España un 5,2% un trastorno depresivo en el año 2015 (WHO, 2017). En otro estudio epidemiológico realizado en España, se encontró que había un 3,9% de prevalencia del episodio depresivo mayor en el último año (Haro et al., 2006). Este último estudio recoge solamente el episodio de depresión mayor, mientras que el primero comprende un mayor rango de trastornos depresivos, lo cual guarda una mayor correspondencia con la sintomatología depresiva explorada en este estudio.

Teniendo en cuenta las limitaciones derivadas de las distintas variables recogidas, los diferentes métodos de evaluación, así como el no haber identificado y diferenciado la población heterosexual y la población LGB en los estudios anteriores, puede verse que en la presente investigación las cifras de depresión son mayores.

Muchos autores han puesto el punto de mira en la discriminación que sufren estas personas, para explicar, al menos de alguna manera, la mayor prevalencia de problemas psicológicos en la población LGB (Meyer, 2003). En varios metaanálisis se ha visto que la discriminación se relaciona con mayor sintomatología depresiva, entre otros aspectos del bienestar psicológico (Pascoe y Smart, 2009; Schmitt, Branscombe, Postmes y García, 2014; Jones et al., 2016) y que la discriminación por la orientación sexual puede producir incluso mayores efectos a diferencia del sexismo o el racismo (Schmitt, Branscombe, Postmes y García, 2014)..

Las argumentaciones teóricas y las investigaciones avalan la necesidad de explorar esta cuestión, y especialmente en España, donde se encuentra poca investigación al respecto. Además, aunque se han hecho grandes avances en España respecto a la igualdad en la diversidad sexual, aun existe la discriminación y el prejuicio sexual (Molero, Silván-Ferrero, Fuster-Ruiz, Nouvilas-Pallejá y Pérez-Garín, 2017). Por ello, ha sido importante conocer el estado actual de la percepción de discriminación, por un lado, para concretar si ésta es alta,

media o baja, y por otro lado, para reflejarla y evitar la escotomización de la realidad discriminatoria, algo que podría derivarse de los avances y el progreso en la igualdad.

En este estudio se vio que el 48,8% de las personas lesbianas, gays y bisexuales percibe un grado de discriminación bajo frente a un 25,1% y un 26,1% que percibe un grado de discriminación medio y alto respectivamente. Por ello, puede verse que algo más de la mitad de la población LGB percibe la discriminación en un grado medio-alto y que casi la otra mitad, percibe discriminación en un nivel bajo en España. De este modo y en consonancia con lo anterior, puede desprenderse el dato de que todavía existe la discriminación por la orientación sexual a pesar de los avances (al menos desde el prisma de estas personas), y además, las diferencias en la percepción de la misma.

Sin embargo, cabe mencionar que el instrumento utilizado para evaluar la percepción de discriminación no recoge aspectos importantes como la percepción de discriminación en el contexto familiar, y que, por ejemplo, a la hora de evaluar la percepción de discriminación en el trabajo, únicamente se contempla la situación presente de estar siendo discriminado en dicho contexto y no se tiene en cuenta la percepción de poder ser discriminado de una manera hipotética. Esto resulta importante porque podría estar dándose el ocultamiento de la orientación sexual en el trabajo (p.e.), estrategia utilizada para evitar la discriminación imaginada (Herek, 2009), y de este modo, que no se perciba una discriminación realizada en este ámbito.

Como consecuencia de los avances en la igualdad, la literatura apunta a que el tipo de discriminación que se da de manera más frecuente en la actualidad es la discriminación sutil, en detrimento de la discriminación manifiesta (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017; Molero et al., 2017b). Inicialmente, se pensó que la discriminación sutil podía tener menos consecuencias negativas que la manifiesta, sin embargo, se demostró que la discriminación sutil es al menos igual de importante que la discriminación manifiesta. A diferencia de la discriminación manifiesta, ésta es más frecuente (Jones et al., 2016), pasa de manera más desapercibida y es más difícil de detectar (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017; Molero et al., 2017b), y por ello, se ha señalado y visto que puede tener peores consecuencias para la salud psicológica (Molero et al., 2013; Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017).

Otro tipo de discriminación es la discriminación personal, que refleja las experiencias personales de discriminación, a diferencia de la discriminación grupal, en la que la persona percibe que el grupo al que pertenece es discriminado. Suele ser más frecuente que se perciba más la discriminación hacia el grupo con la persona se identifica que la discriminación personal, fenómeno que se conoce como “discrepancia entre la discriminación grupal e individual” (Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A., 2017).

En consonancia con lo anterior, se quiso arrojar algo de luz sobre si la discriminación que sufren las personas LGB supone una situación de riesgo para desarrollar mayores problemas psicológicos. Lejos de lo esperado según las hipótesis y las líneas de investigación y teóricas anteriores, no se encontró que la percepción de discriminación en general y en todas sus variantes (personal, grupal, manifiesta y sutil) esté relacionada con mayor sintomatología depresiva.

Aunque de una manera más secundaria, se considera que existen limitaciones del estudio que han podido afectar en que no se hayan cumplido las hipótesis esperadas: la muestra era mayoritariamente joven (de 18 a 31 años) y compuesta por mujeres, disminuyendo la representatividad de la población. Únicamente se operativizó la orientación sexual a través de la identidad, dejando fuera a personas con un comportamiento, atracción y/o fantasías sexuales/románticas homosexuales y bisexuales. El instrumento que mide la discriminación recoge la percepción de ésta y no la experiencia de discriminación, que podría darse pero ser negada o no reconocida como un daño. De esta forma, podría ser que se esté dejando fuera algo valioso para conocer la relación entre la discriminación y la sintomatología depresiva. En esta línea, el instrumento que se utilizó para medir la sintomatología depresiva (BDI-II), presenta los ítems de tal forma que es muy fácil reconocer lo que se está evaluando, y los sujetos podrían tender a disminuir el grado de sus respuestas, por la percepción negativa de una supuesta identificación con la depresión. Además, únicamente contempla los síntomas de depresión en el último mes comparándolo con el pasado, mientras que la discriminación forma parte de un estrés de minorías crónico y estable en el tiempo (Meyer, 2003) al cual las personas necesitan adaptarse para combatirlo. Por ello, es interesante plantear para futuras investigaciones la importancia de recoger información a través de métodos cualitativos que permitan captar mayores particularidades y vivencias subjetivas de la discriminación y la presencia de sintomatología depresiva en la población LGB. Tal y como se ha explicado al comienzo, la depresión se caracteriza por la pérdida subjetiva de algo u alguien y por un sentimiento de impotencia para poder satisfacer el deseo; es producto del encadenamiento de diferentes aspectos internos de la persona y del medio externo (Bleichmar, 2003) y se cree que todo ello podrá ser captado con mayor profundidad a través de registros cualitativos.

Los motivos que se consideran de mayor peso y que podrían clarificar en parte el no haber hallado relación entre la percepción de discriminación y mayor sintomatología depresiva, se encuentran en los avances en la igualdad, el aumento de la información y sensibilización y el mayor apoyo afirmativo de la sexualidad en la sociedad española actual. Se considera que esto

genera un paradigma disruptivo con un alcance muy amplio y variado y en el que, como consecuencia, caben muchas realidades posibles de vivir y experimentar el estigma y la discriminación por la orientación sexual. Poniendo el foco en ello, se hipotetiza que en muchos casos la mayor información y sensibilización podría conllevar un aumento de conciencia del estigma, y por tanto, mayor percepción de discriminación. Sin embargo, el impacto negativo podría ser el mismo o verse reducido por el incremento del apoyo afirmativo de la sexualidad. Por otro lado, podría ocurrir en otros casos que, como consecuencia de los avances y la visibilidad de la diversidad sexual, se perciba menos discriminación pero su impacto se produzca igualmente.

En esta línea, es muy interesante mencionar algunos de los resultados que se han encontrado en esta investigación y que apuntan en la misma dirección. De manera secundaria, se quiso ver si el hecho de pertenecer, participar y/o colaborar en una asociación o colectivo LGBTQI+ se relacionaba con menor sintomatología depresiva y mayor percepción de discriminación que las que no. Los resultados indicaron que las personas que sí que tienen contacto con una asociación o colectivo de este tipo, perciben mayor discriminación que las que no y que estas diferencias son entre pequeñas y moderadas. Esto coincide con la hipótesis inicial, ya que se pensó que al tener contacto con una asociación LGBTQI+ o colectivo, habría una mayor sensibilización y conciencia del estigma, y por tanto, una mayor percepción de la discriminación.

De manera similar, en una investigación española se reflejó que a mayor conciencia del estigma, mayor es la percepción de la discriminación sutil en personas LGB. También se encontró en esta investigación que la conciencia del estigma se relacionaba con la ocultación de la propia orientación sexual y menor bienestar (Nouvelas-Palleja, E. et al., 2018), aunque en este estudio se midieron aspectos diferentes y se pensó que el hecho de pertenecer, participar y/o colaborar en una asociación o colectivo, podría estar relacionado con una menor sintomatología depresiva por el apoyo proporcionado. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva en la presente investigación, algo que no se esperaba inicialmente, ya que se consideraba que el apoyo podría suponer la reducción del impacto negativo. Sin embargo, cabe destacar como limitación, que la manera en la que se operativizó esto no delimita con precisión el apoyo o la percepción del mismo. La pertenencia, participación y/o colaboración en una asociación o colectivo LGBTQI+ recoge un conglomerado de situaciones en las que se pueden derivar variedad de beneficios como el apoyo, la pertenencia a un grupo con el que las personas se sienten identificadas y/o la sensibilización y mayor información. También conviene tener cautela a la hora de interpretar los datos al no haber un

número proporcionado de personas en ambos grupos como para poder hacer una comparación representativa de la población LGB.

En conclusión, pueden pensarse muchas realidades individuales y comunes distintas, y precisamente eso es lo que puede justificar el no haber encontrado una relación clara entre la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva. De esta manera, aunque no se haya encontrado una relación entre la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva y no podamos afirmarla, ello no implica que no exista dicha relación como sí han visto otros autores. Quizás esto exija el reto de una mayor precisión para captar las diferencias en investigación y seguir arrojando luz sobre esta cuestión. Debido a la diversidad planteada y los grandes cambios producidos, para futuras líneas de investigación sería importante explorar e incluir variables de este tipo, que tengan que ver con factores protectores de la población LGB, como el apoyo percibido y/o la presencia de entornos autónomos o controladores.

No obstante, es importante resaltar que sí se vio que la percepción de la discriminación sutil es mayor que la manifiesta y que la percepción de discriminación grupal es mayor que la personal, tal y como reflejaron los autores. Por otro lado, en otro análisis realizado se obtuvo que el único tipo de percepción de discriminación que podía predecir más la sintomatología depresiva, al menos en un 8%, era la discriminación sutil, lo cual va en sintonía con lo expuesto anteriormente. Este hallazgo resulta muy relevante al acercarse a la idea de la literatura y la hipótesis de que este tipo de discriminación puede tener mayores efectos negativos sobre la salud mental que los otros tipos de discriminación. Además, es algo a tener muy en cuenta debido a que la discriminación sutil es el tipo de discriminación que se da con mayor frecuencia actualmente; y si tenemos en cuenta que la discriminación sutil es más difícil de detectar, esto podría explicar en parte el bajo porcentaje que predice de la sintomatología depresiva. Por su parte, no se pudo comprobar que la percepción de discriminación personal tuviera una mayor relación con la sintomatología depresiva que el tipo de percepción de discriminación grupal.

También ha sido muy importante en el estudio explorar diferencias en la percepción de discriminación en función de la orientación sexual de las personas (lesbiana, gay y bisexual), el género y los grupos de edad.

Investigaciones y estudios han coincidido en que las personas bisexuales padecen una mayor discriminación, así como un menor apoyo afirmativo de su sexualidad (Feinstein y Dyar, 2017). Asimismo, también hay investigaciones en las que se refleja una mayor sintomatología depresiva (así como de ansiedad) en las personas bisexuales, en comparación con las personas gays, lesbianas y heterosexuales; como en el metaanálisis realizado por Ross et al. (2018) o en

un estudio realizado en España por FELGTB, en el que se mostró que, las personas bisexuales mostraban mayores ideas negativas y depresivas que las homosexuales (Martín-Pérez, A., Rebollo, J., Castaño, C. y Rodríguez, A., 2017). Paradójicamente, hay pocos estudios que evalúen esta cuestión. Ross et al. (2018) reflejaron que la evidencia disponible es muy escasa, y que además, los hallazgos no son claros. Por ello, dos de las hipótesis del presente trabajo es que las personas bisexuales perciben mayor discriminación y que presentan una mayor sintomatología depresiva que las lesbianas y gays. Es interesante poner de relieve que, en los resultados de esta investigación, no se encontraron diferencias significativas en la percepción de discriminación (en general) en función de la orientación sexual, en concreto entre los grupos LG y bisexual, como se esperaba en las hipótesis. Por otro lado, el no encontrar diferencias en la percepción de discriminación entre gays y lesbianas coincide con lo hallado por Molero et al. (2013).

Sin embargo, sí se hallaron diferencias en la percepción de discriminación grupal y sutil y se encontró que las personas bisexuales perciben mayor discriminación sutil que las personas lesbianas y más discriminación grupal que las personas gays (aunque el tamaño de estas diferencias no es grande). Por tanto, estos hallazgos revelan que quizás las mayores diferencias en la discriminación se dan sólo en algunos tipos de discriminación y no en general. Por ejemplo, el “menor apoyo afirmativo de la bisexualidad” mencionado anteriormente por otros autores, podría encuadrarse como un tipo de discriminación sutil y grupal (justo las dimensiones donde se han hallado las diferencias), más que como una forma manifiesta y personal. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la mayor parte de personas bisexuales eran mujeres y no había representatividad de hombres bisexuales, por lo que sería de gran interés investigar esta cuestión con una muestra más equilibrada.

Respecto a las diferencias en la sintomatología depresiva en función de la orientación sexual, no se cumplió la hipótesis de que las personas bisexuales presentan mayores niveles de depresión que las personas gays y lesbianas, pues no se encontraron diferencias estadísticas en función de la orientación sexual en ninguno de los grupos. Esto resulta de cierta importancia ya que contradice en parte las investigaciones anteriores, aunque hay que tener en cuenta como limitación que el grupo bisexual lo componían fundamentalmente mujeres y no era representativo. Sin embargo, al tener en cuenta la interacción de los grupos de edad y la orientación sexual, sí se vio que los jóvenes bisexuales (de 18 a 30 años) presentan mayor sintomatología depresiva que los jóvenes gays, específicamente (aunque las diferencias son muy pequeñas); aunque no se hallaron diferencias significativas entre los adultos bisexuales, gays y lesbianas.

Por otro lado, es importante resaltar (además de la gran presencia de mujeres en el grupo bisexual), que en este estudio únicamente se operativizó la orientación sexual en función

de la identidad, y no se contemplaron ni el comportamiento sexual ni las fantasías sexuales. En la investigación en EEUU de Bostwick et al. (2010), realizada con un gran número de personas, se encontraron resultados muy interesantes diferenciando los tres niveles de la orientación sexual (identidad, comportamiento sexual y/o amoroso y fantasías sexuales). Por ejemplo, las mujeres identificadas como bisexuales, con comportamiento y atracción bisexual fueron las que mayor prevalencia de trastornos afectivos tuvieron en comparación con el resto de mujeres. El comportamiento sexual bisexual en hombres fue el que más en comparación con los otros grupos de hombres y las personas con un comportamiento sexual y una atracción sexual con personas del mismo sexo únicamente, fueron las que menores tasas tuvieron con respecto a todos los grupos.

Por ello, sería de gran utilidad para futuras líneas de investigación en España, operativizar estos tres niveles de la orientación sexual para evaluar si existen diferencias en la sintomatología depresiva y/o en otras variables que intervengan en la salud mental.

Por su parte, en este trabajo se concibió que el género hombre o mujer podría influir en la presencia de diferencias en la sintomatología depresiva y en la percepción de discriminación. En concreto se pensó que los hombres podrían presentar mayores síntomas de depresión y percibir más discriminación, en la línea de los hallazgos de la investigación española de Molero et al. (2017b): en ella se vio que los hombres gays tenían mayor afecto negativo que las mujeres lesbianas.

Como en esta investigación se partió del supuesto de que la percepción de discriminación está relacionada con la presencia de sintomatología depresiva, siguiendo esta lógica se hipotetizó que, si los hombres presentan mayor afectividad negativa, también podrían percibir mayor discriminación que las mujeres. Sin embargo, los resultados de la investigación no han demostrado evidencias de que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en la percepción de discriminación, ni tampoco en la sintomatología depresiva. En esta línea, tampoco se encontraron diferencias significativas en la percepción de discriminación teniendo en cuenta la interacción del género y los grupos de edad creados (jóvenes de 18 a 30 años y adultos de 31 a 65 años).

Más allá de lo esperado, se vio que las mujeres jóvenes (de 18 a 30 años) presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres jóvenes, específicamente (aunque las diferencias son pequeñas). A pesar de que esto no entra en afinidad con las hipótesis, tiene congruencia con lo aportado por la literatura científica.

Por un lado, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo (Haro et al., 2006; WHO, 2017), y por otro lado, se ha visto en una investigación española con población LG, que el afecto negativo va desapareciendo a mayor edad (Molero et al., 2017b). De manera complementaria, también se ha explicado que el afrontamiento del estigma suele iniciarse en la

adolescencia y éste es un momento en el que hay mayor vulnerabilidad (Martxueta, A., y Etxeberria, J., 2014), por lo que estas explicaciones podrían arrojar luz sobre el porqué de las diferencias de género únicamente en el grupo joven. Además, esto también podría sugerir el porqué de las diferencias en la sintomatología depresiva en personas bisexuales y gays únicamente en el grupo joven.

Por otro lado, a pesar de que se ha concebido que las personas mayores sufren más prejuicios sociales e impacto derivado debido a la orientación sexual (Nebot-García et al., 2018), en este estudio no se encontraron diferencias en la percepción de discriminación ni tampoco en la sintomatología depresiva en función del grupo de edad particularmente. Sin embargo, hay que tener presente que el grupo de personas adultas de la muestra abarcaba un amplio rango de edades (de 30 a 65 años), debido al escaso número de personas de edades más avanzadas con respecto a la población joven. El número de personas de cada edad disminuía progresivamente a mayor edad, por lo que no se ha tenido una muestra representativa de personas mayores.

De esta forma, aunque los distintos grupos de edades corresponden a diferentes épocas y generaciones, y esto a su vez, refleja cambios culturales que afectan al paradigma LGB, debido a las limitaciones del estudio, no se ha podido clarificar más esta cuestión. Sería interesante investigar cuestiones relacionadas con el estigma y la discriminación, así como de variables de salud mental, comparando distintos grupos de edad o generaciones que sean representativos.

Por último, y como se ha mencionado en el desarrollo del trabajo, se excluyeron de la investigación las personas que no eran cisgénero. Las personas trans, queer, agénero y otras realidades diversas, pueden sufrir otro tipo de discriminación diferente (aunque relacionada, debido a que la heteronormatividad está basada en el sistema sexo-género) y esto merece ser estudiado con calidad y de una manera más exhaustiva que con las limitaciones con las que contaba este trabajo. Por otro lado, es importante destacar de nuevo que en esta investigación se operativizó la orientación sexual mediante la identidad, sin embargo, como se ha desarrollado al comienzo, la orientación sexual no sólo se suele comprender en tres dimensiones (identidad, comportamiento y atracción), sino que además puede ubicarse en un continuo y no en categorías cerradas.

Se considera que el no haber encontrado lo esperado, aporta riqueza a la investigación y obliga a replantearse, de una manera disruptiva, planteamientos teóricos y técnicos y nuevas líneas de investigación. Se quedan muchas preguntas abiertas, como por ejemplo, si la percepción de discriminación se relaciona con una mayor sintomatología depresiva, si existen

diferencias considerables en la percepción de discriminación y en la sintomatología depresiva en las distintas orientaciones sexuales y géneros o de qué maneras se pueden relacionar la creciente sensibilización (aunque no uniforme) hacia el colectivo LGTBQI+ y el apoyo afirmativo con la percepción de discriminación y la sintomatología depresiva u otras variables de la salud mental.

De esta manera, los resultados obtenidos en esta investigación requieren de una justificación más exhaustiva que la que se ha proporcionado y que podrá respaldarse gracias a futuros trabajos de investigación que ahonden en esta cuestión, con diferentes o iguales métodos.

Por ello, resulta un reto poder plantear investigaciones en España que amplíen el conocimiento del fenómeno de la discriminación y de la salud mental sobre la población LGB. Por un lado, para detectar necesidades y realizar intervenciones ajustadas que tengan beneficios sobre este grupo. Y por otro lado, para ampliar el conocimiento sobre un posible grupo de riesgo para trastornos psicológicos que preocupan actualmente a nivel mundial, como la depresión, y así reducir la prevalencia de los mismos. Por tanto, esta información se considera de especial interés para los psicólogos que realizan intervenciones clínicas y sociales, así como para cualquier interesado en el tema y en los posibles beneficios derivados.

Estas investigaciones no tendrían por qué realizarse sólo de manera específica con estos grupos, sino también recogiendo la información mediante estudios epidemiológicos de la población general; algo que no se ha realizado aun en España, al no explorar la variable de la orientación sexual, como sí se ha hecho en otros países.

REFERENCIAS

APA (2018). *Orientación sexual y identidad de género*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>

American Psychological Association (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Autor. Obtenido de <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientacion.pdf>

Ballester Arnal, R., Morales Sabuco, A., Orgilés Amorós, M., y Espada Sánchez, J. P. (2012). *Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual*. *Ansiedad y Estrés* 18(1), 31-41.

Bauer, G. R., Flanders, C., MacLeod, M. A., y Ross, L. E. (2016). *Occurrence of multiple mental health or substance use outcomes among bisexuals: a respondent-driven sampling study*. *BMC public health*, 16(1), 497.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bleichmar, H. (2003). *Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*. *Aperturas psicoanalíticas*, 14, 1-7.

Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., y McCabe, S. E. (2010). *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. *American journal of public health*, 100(3), 468-475.

Bruce, D., Harper, G. W., y Bauermeister, J. A. (2015). *Minority stress, positive identity development, and depressive symptoms: Implications for resilience among sexual minority male youth*. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(3), 287.

Coker, T. R., Austin, S. B., y Schuster, M. A. (2010). *The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents*. *Annual review of public health*, 31, 457-477.

Diamond, L. M., Dickenson, J. A., & Blair, K. L. (2017). *Stability of sexual attractions across different timescales: The roles of bisexuality and gender*. *Archives of sexual behavior*, 46(1), 193-204.

- Diamond, L. M. (2008). *Sexual fluidity*. Harvard University Press.
- FELGTB (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*.
- Feinstein, B. A., y Dyar, C. (2017). *Bisexuality, minority stress, and health*. Current sexual health reports, 9(1), 42-49.
- Gabinete de Coordinación y Estudios (2016). *Informe sobre incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior.
- Graham, R. et al., (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goicochea, M.A., Fernández, O., Clavo, M. J. y Álvarez, R. (2015). *Chicas que entienden. Invisibilidad lesbiana*. Barcelona-Madrid: Egales.
- Haro, J. M. et al. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. Medicina clínica, 126(12), 445-451.
- Herek, G. M. (2009). *Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework*. In *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). Springer, New York, NY.
- King, M., et al. (2008). *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. BMC psychiatry, 8(1), 70.
- Krueger, E. A., Meyer, I. H., y Upchurch, D. M. (2018). *Sexual Orientation Group Differences in Perceived Stress and Depressive Symptoms Among Young Adults in the United States*. LGBT health, 5(4), 242-249.
- Legate, N., Ryan, R. M., y Weinstein, N. (2012). *Is coming out always a "good thing"?* Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. Social Psychological and Personality Science, 3(2), 145-152.

- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). *The social psychology of stigma*. Annual Review of Psychology, 56, 393-421.
- Martín-Pérez, A., Rebollo, J., Castaño, C. y Rodríguez, A. (2017). *Estado de salud y experiencias de discriminación de las personas bisexuales en el ámbito de la salud*. FELGTB. Madrid.
- 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.
- Mayer, L. S., y McHugh, P. R. (2016). *Sexuality and gender: Findings from the biological, psychological, and social sciences*. The New Atlantis, 10-143.
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychological bulletin, 129(5), 674.
- Molero, F., Lois, D., García-Ael, C., y Gómez, A. (2017). *Psicología de los grupos*. Editorial UNED.
- Molero, F., Recio, P., García-Ael, C., Fuster, M. J., & Sanjuán, P. (2013). *Measuring dimensions of perceived discrimination in five stigmatized groups*. Social Indicators Research, 114(3), 901-914.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., y Emerson, E. M. (2010). *Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths*. American journal of public health, 100(12), 2426-2432.
- Nebot-García, J. E., Giménez-García, C., Ruíz-Palomino, E., Campos, P. I., y Ballester-Arnal, R. (2018). *Malestar emocional asociado a la orientación sexual en personas mayores*.
- Nouvilas-Pallejà, E., Silván-Ferrero, P., de Apodaca, M. J., y Molero, F. (2018). *Stigma Consciousness and Subjective Well-Being in Lesbians and Gays*. Journal of Happiness Studies, 19(4), 1115-1133.
- Pascoe, E. A., y Smart Richman, L. (2009). *Perceived discrimination and health: a meta-analytic review*. Psychological bulletin, 135(4), 531.

Pichardo, J. I. (2012). *“El estigma hacia personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales”* en Gaviria, Elena; García-Ael, Cristina; Molero, Fernando (Coord.) *Investigación-acción. Aportaciones de la investigación a la reducción del estigma*. Madrid: Sanz y Torres. (Pág. 111-125).

Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., y Fehr, C. P. (2018). *Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis*. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435-456.

Russell, C. J., y Keel, P. K. (2002). *Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men*. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300-306.

Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y salud*, 14(3).

Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., y Garcia, A. (2014). *The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review*. *Psychological bulletin*, 140(4), 921.

World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.