



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Salud psicosocial de la población de gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Colombia

Jair Eduardo Restrepo Pineda

Programa de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de septiembre de 2021

Aceptado el 26 de abril de 2022

On-line el 11 de junio de 2022

Palabras clave:

Minorías sexuales y de género

Ansiedad

Depresión

Homofobia interna

Ideación suicida

R E S U M E N

Introducción: La salud psicosocial es fundamental en el bienestar del ser humano. En el caso de la población de gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se ve afectada por la discriminación, la homofobia, la marginación y la exclusión social.

Métodos: Se diseñó una investigación cuantitativa que empleó una encuesta virtual. Se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis para la diferencia de medianas entre índice de Homofobia Interiorizada (HI) y diversas variables; esta misma prueba se empleó para la comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 8.208 individuos con edades entre los 18 y los 75 años. Entre los índices de HI y la variable nivel educativo, se observan diferencias estadísticamente significativas en las medianas de las diferentes categorías. Por otra parte, el 8,0% de la población presenta niveles moderados de comorbilidad entre ansiedad y depresión y un 4,0%, un nivel grave.

Discusión: La HI disminuye en la medida que los sujetos se preparan académicamente, mientras que la gravedad de la ansiedad y la depresión es mayor en quienes reportan relaciones afectivas complicadas. Las personas con diagnóstico de VIH presentan mayor gravedad de los síntomas depresivos.

Conclusiones: La HI, la depresión y la ansiedad están vinculadas con la discriminación interseccional y originan una mayor vulnerabilidad individual y social de los gays, bisexuales y otros HSH que afecta directamente a su salud psicosocial.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychosocial Health of the Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men (MSM) Population in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Sexual and gender minorities

Anxiety

Depression

Internal homophobia

Suicidal ideation

Introduction: Psychosocial health is fundamental to the well-being of the human being. In the case of the gay, bisexual and other men who have sex with men (MSM) population, it is affected by discrimination, homophobia, marginalisation and social exclusion.

Methods: A quantitative investigation was designed, which used a virtual survey. Kruskal Wallis tests were performed for the difference in medians between the internalised Index of Homophobia (IH) and various variables; this same test was used for the comorbidity between anxiety and depression.

Results: A sample of 8,208 individuals was obtained, with ages between 18 and 75 years. Between the IH indices and the educational level variable, statistically significant differences are observed in the medians of the different categories. On the other hand, 8.0% of the population presents with moderate levels of comorbidity between anxiety and depression and 4.0%, a severe level.

Discussion: IH decreases as the subjects prepare academically, while the severity of anxiety and depression is greater in those who report complicated affective relationships. People with a diagnosis of HIV present with a greater severity of depressive symptoms.

Conclusions: IH, depression, and anxiety are linked to intersectional discrimination, leading to greater individual and social vulnerability for people who are gay, people who are bisexual, and other men who have sex with men that directly affects their psychosocial health.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La salud psicosocial es parte fundamental del bienestar del ser humano y puede verse influida por diferentes determinantes sociales, como la discriminación, el estigma, la homofobia, la marginación y la exclusión, a partir de sistemas de control social y opresión tales como el sistema heteronormativo que afecta de manera directa a la población de gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Así, algunos estudios afirman que los problemas relativos a la salud mental que afectan a las personas LGBT se asocian con la homofobia, tanto internalizada como sociocultural^{1,2}.

Al respecto, la homonegatividad internalizada (HI) se define como la introyección del estigma social que el mismo sujeto homosexual o bisexual realiza de forma voluntaria o involuntaria y afecta a los autoesquemas del individuo, lo cual se refleja en una autodevaluación. La HI no se considera un rasgo ni una fobia, es más una interiorización, aceptación o integración de los prejuicios y los estigmas sociales negativos que se tienen sobre las orientaciones sexuales diferentes de los sistemas de valores y del autoconcepto de los individuos, lo cual conlleva conflictos internos y deterioro de la salud mental de estos³⁻⁵. Además, la HI «tiene un marco de referencia estructural, enmarcado por el heterosexismo, y uno individual en el cual se ven involucrados necesariamente sentimientos negativos hacia la propia homosexualidad»⁶.

Es necesario indicar que existen diversos conceptos utilizados para hacer referencia a este fenómeno, entre ellos el de homofobia internalizada, homonegatividad internalizada o estigma sexual internalizado, los cuales se utilizan de manera

indistinta, ya que no se ha llegado a un consenso al respecto⁷. En este artículo se utilizan estos términos como sinónimos.

Se debe tener en cuenta que existen «relaciones significativas entre HI y otros constructos, como adherencia a roles de género, preocupación por la imagen corporal y estrés minoritario»⁸, que podrían influir en la ansiedad y la depresión de los gays, bisexuales y otros HSH. Frente a la percepción de vulnerabilidad que tienen estos varones, ellos consideran que están en mayor riesgo de sufrir un evento negativo en comparación con otros individuos, lo cual se asocia con la depresión, la baja autoestima, la ansiedad, el malestar, el miedo y la ansiedad⁹. Al respecto, la depresión se define como un trastorno del estado anímico en el cual la persona vive sentimientos de tristeza y desmotivación y dificultades para disfrutar de las situaciones y las condiciones de la vida¹⁰. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo¹¹, lo cual la hace una de las principales enfermedades de interés en salud mental. Por su parte, los trastornos de ansiedad se definen como un estado en el cual confluyen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. Con frecuencia aparecen sentimientos de temor o terror que alcanzan altos umbrales en poco tiempo y ante situaciones ambiguas¹⁰.

De otra parte, algunos estudios han descrito los «factores relacionados con la ideación suicida en adolescentes y jóvenes que se identifican como homosexuales, por este orden: el abuso sexual, la edad cronológica y la HI»¹². Al respecto, la ideación suicida se conceptualiza como los pensamientos e ideas recurrentes de querer quitarse la vida. Existen varios

tipos, a saber: leve, moderada y grave. Su valoración es importante porque esta puede preceder al intento, y su contenido puede indicar su seriedad y su letalidad¹³.

Es importante señalar que la etapa de mayor vulnerabilidad para el suicidio de los individuos de la comunidad LGBT es entre los 15 y 21 años de edad; otros estudios indican que se extiende hasta los 25 años, edad considerada como de adultos jóvenes¹⁴.

En general, se puede decir que la HI conduce a que los individuos se perciban a sí mismos de forma negativa y genera cambios que se asocian con la depresión, la baja autoestima, la autocrítica, la ideación suicida y sentimientos de que la persona merece las violencias físicas, psicológicas, verbales o de otra índole a las cuales se ve sometido. En este sentido, los bisexuales, los homosexuales y otros HSH pueden normalizar que las agresiones que han sufrido se han debido a su orientación sexual o las prácticas sexuales que asumen, con lo cual «se reforzará en ellos la creencia de que la homosexualidad es una condición denigrante que merece ser castigada, es decir, se incrementarán sus niveles de HI, lo cual a su vez conducirá a distintos niveles de sufrimiento mental»⁹.

En consecuencia, la salud psicosocial de gais, bisexuales y otros HSH está vinculada con aspectos sociales tales como el estigma y la discriminación relacionadas con las prácticas sexuales no heteronormativas, además de factores sociodemográficos como la edad, las redes de apoyo y el nivel educativo, entre otros, que, sumados a elementos personales como la autopercepción, la autovaloración y la HI, pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos para estas personas, como el estrés, la depresión, la ansiedad o la ideación suicida. Por lo tanto, es indispensable realizar un análisis integral de estos aspectos que permita comprender sus relaciones y la influencia en la salud psicosocial de esta población.

El presente artículo presenta los resultados sobre la HI, la ansiedad, la depresión y la ideación suicida en una muestra de 8.208 individuos entre gais, bisexuales y otros HSH residentes en Colombia, lo que permite una aproximación a la salud psicosocial de esta población en el país.

Métodos

El artículo fue elaborado con base en la Encuesta Latinoamericana por Internet para HSH (LAMIS, por sus siglas en inglés), la versión adaptada para América Latina de la Encuesta Europea por Internet para HSH (EMIS), que utilizó como elementos metodológicos algunos recursos derivados de ese estudio europeo, entre ellos el diseño de los cuestionarios, los acuerdos de promoción en sitios web y apps dirigidas a público gay y la sintaxis de variables secundarias, entre otros. A partir de la experiencia europea, un conjunto de investigadores pertenecientes a la Red Iberoamericana de Estudios en Hombres Gay, otros Hombres que tienen Sexo con Hombres y Personas Trans (Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde LGBT+, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de

Transmissió Sexual i Sida de Catalunya [CEEISCAT], EPIUnit-Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto y Coalition Plus), la Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht (Países Bajos), el Departamento de Epidemiología de Enfermedades Infecciosas del Instituto Robert Koch (Alemania) y Sigma Research (Reino Unido) decidió realizar la misma encuesta, pero adaptada al contexto latinoamericano.

Durante la etapa de reclutamiento se definió una serie de criterios de inclusión para la recolección de la información; entre estos, que los participantes residieran en Colombia, tuvieran como mínimo 18 años de edad (considerada legalmente la mayoría de edad en el país), se sintieran atraídos sexualmente por otros hombres y/o tuvieran relaciones sexuales con hombres, hubieran indicado entender la naturaleza y el propósito del estudio y, por último, hubieran dado su consentimiento para participar en él.

La encuesta se difundió a través de las redes sociales, así como mensajes instantáneos y anuncios publicitarios en sitios web destinados a gais, bisexuales y otros HSH. Específicamente para el caso colombiano, la difusión en el ámbito nacional se realizó a través de aplicaciones para dispositivos móviles, como *Grindr*, mientras que en los ámbitos locales se incluyó el reparto de volantes y se colocaron afiches sobre la encuesta en los lugares de homosocialización, tales como bares, discotecas, saunas, cines y otros espacios de encuentro para HSH.

Los datos recogidos en la encuesta se analizaron con la ayuda del *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) de forma descriptiva; se estimaron frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y media $\pm$ desviación estándar de las variables cuantitativas, con su significación estadística. Además, se aplicaron algunas pruebas estadísticas como la U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, entre otras.

Sobre las consideraciones éticas, se diseñó un consentimiento informado que aparecía al inicio de la encuesta informando de que los datos aportados se tratarían de manera anonimizada y confidencial. Además se evitó pedir información sensible, como el número de identificación, teléfonos, correo electrónico o la dirección exacta de los participantes. Además, la forma de consignar la firma del consentimiento informado fue que los participantes pudieran marcar la opción «acepto» antes de que se presentaran las preguntas y proceder a dar sus respuestas.

Vale la pena anotar que las respuestas de los hombres encuestados fueron almacenadas en una base de datos alojada en un servidor en Europa, y dichos datos se encontraban bajo las normas de protección y tratamiento de datos personales de la Unión Europea, lo cual aseguró el tratamiento adecuado y confidencial de toda la información recopilada en esta investigación.

Resultados

La muestra está conformada por 8.208 individuos; la edad de los participantes se distribuyó entre los 18 y los 75 años (media, 29 ± 9 años; mediana, 26 años). La mayor parte de los encuestados tienen un nivel educativo alto, ya que el 60,3% cuenta con estudios universitarios o de posgrado y un 33,7%, bachillerato u otro estudio complementario como formación técnica para

el empleo; el restante 6% tiene educación media, bachillerato o educación primaria. El 82,9% de los varones encuestados se sienten atraídos sexualmente solo por otros hombres, el 13,9% siente atracción tanto por hombres como por mujeres y el restante 3,2% se siente atraído por personas no binarias y/o solo por mujeres.

Discusión

Homonegatividad internalizada

La HI puede entenderse como actitudes negativas dirigidas hacia el yo que determinan que las personas vivan una negación de su verdadero ser y no logren llevar una sexualidad plena en virtud del estigma y la autodegradación que han asumido, al no querer divergir de determinado grupo social¹⁶. En aras de explorar este constructo, se aplicó la escala de Reacciones a la Homosexualidad, recientemente revisada¹⁷, y los resultados fueron sometidos a pruebas de normalidad; si no se cumplía dicho supuesto, se procedió a la aplicación de análisis no paramétricos, previa exclusión de los sujetos que no respondieron por completo a la escala.

Se procedió a cruzar los índices de HI con diferentes condiciones sociodemográficas, como el nivel académico, la situación laboral, el diagnóstico positivo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la relación de pareja que mantenían, el país de nacimiento y la identidad sexual, con lo que se obtuvo un análisis de asociación a partir de la prueba de Kruskal-Wallis con $\alpha = 0,05$ (tabla 1).

En la variable nivel educativo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las diferentes categorías, ya que los intervalos promedio son más altos en la población sin estudios o básica primaria incompleta; además de esto, pudo apreciarse una disminución a medida que la población tiene mayor preparación académica; sin embargo, debe aclararse que tal tendencia se podría confirmar con una prueba de correlación de Spearman.

Los datos del nivel educativo corroboran la información de otras investigaciones que sostienen que el tipo y el nivel educativo de las personas determinan la percepción positiva o negativa que estas tengan acerca de la homosexualidad, por lo que la educación debe considerarse una estrategia que permita cambiar las cogniciones erróneas que cada persona ha desarrollado sobre la homosexualidad y así modificar los efectos negativos que genera la HI en la población de varones homosexuales^{18,19}. En relación con la variable situación laboral, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas pese a que los intervalos promedio presentan diferentes cifras.

De otro lado, sobre la variable VIH, se consideraron 3 grupos: los que tienen diagnóstico positivo confirmado, quienes no tienen diagnóstico y quienes se abstuvieron de brindar información sobre el tema. Se encontraron diferencias significativas en las medianas, representadas en unos intervalos promedio más altos para el grupo de sujetos que no dieron la información respecto al diagnóstico. En cuanto a los que tienen diagnóstico de VIH, pueden observarse índices más bajos en los intervalos promedio. Llama la atención que la población que guardó silencio respecto a su diagnóstico tenía niveles

más altos de HI, situación que estaría indicando que tienen mayores índices de HI.

En cuanto a tener pareja estable, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subgrupos: los sujetos con relaciones complicadas son quienes presentan mayores índices de HI. Se debe tener en cuenta que las relaciones complicadas son las que no ofrecen seguridad ni compromiso, las cuales pueden estar vinculadas con encuentros sexuales esporádicos y furtivos o con individuos que no han asumido abiertamente su orientación sexual y, por lo tanto, deben llevar en la clandestinidad sus relaciones de pareja, lo que generaría sentimientos de rechazo y propiciaría creencias homofóbicas hacia su persona que llegan a afectar a sus relaciones sociales y su salud mental.

En lo que respecta al lugar de nacimiento, se realizó una prueba de la U de Mann-Whitney para determinar si hay asociación entre el lugar de nacimiento y la HI; se pudo observar que la homonegatividad es más alta en la población nacida en Colombia que en los nacidos en el extranjero. Cabe resaltar que dicha diferencia es estadísticamente significativa. Esto se podría explicar porque la mayor parte de los extranjeros participantes en la investigación provienen de Venezuela, donde existe un contexto machista, violento y con escaso reconocimiento de los derechos de las personas diversas por orientación sexual e identidades de género²⁰, situación que contrasta con los avances en materia legal y de políticas públicas que se evidencian en Colombia, lo que podría originar en estos individuos sentimientos de bienestar, seguridad y aceptación social a los que no estaban acostumbrados en sus país de origen, por lo cual pueden haber presentado niveles más bajos de HI.

Por otra parte, sobre la identidad sexual, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y los hombres transgénero, pese a que las medianas presentan una leve diferencia.

Estos datos corroboran la recomendación que hacen otras investigaciones según las cuales es necesario controlar los resultados de la HI en relación con variables demográficas como el nivel socioeconómico, si se mantiene una relación de pareja o se tiene diagnóstico de enfermedades físicas como infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH⁸.

Ansiedad y depresión

La ansiedad y la depresión son un problema de comorbilidad, ya que son dos afecciones diferentes que suelen presentarse juntas, muchas veces sin que se logre distinguir cuál antecede a cuál²¹. En la presente investigación, se aplicó la escala Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) a la población de interés, y solo un 83% la respondió por completo.

La escala consta de 4 preguntas tipo Likert que permiten estimar de forma breve y precisa los niveles de ansiedad y depresión por separado o estimar la comorbilidad de ambas condiciones según los siguientes criterios: normal, leve, moderado y grave²². Los ítems que trae la escala son los siguientes: sentirte nervioso, intranquilo o con los nervios de punta, no poder dejar de preocuparte o no poder controlar la preocupación, poco interés o placer en hacer cosas, sentirte triste, deprimido o sin esperanza. Con estas categorías puede obtenerse una escala al combinar ambas enfermedades en

Tabla 1 – Pruebas de Kruskal-Wallis para la diferencia de medianas entre índice de homonegatividad interiorizada y diferentes variables

Variable/categoría	Frecuencia	RP	KW/U	p	
Nivel educativo	Sin estudios	23	4.809	15,06	0,010 ^a
	Educación básica	34	3.875		
	Estudios secundarios	284	3.479		
	Estudios de bachillerato	2.222	3.373		
	Estudios universitarios	3.058	3.379		
	Postgrado	1.158	3.388		
Situación laboral	Sin trabajo, desempleado	760	3.486	13,85	0,054
	Retirado, jubilado	55	3.466		
	Estudiante	1.352	3.433		
	Empleado a tiempo parcial	493	3.387		
	Empleado a tiempo completo	3071	3.400		
	Trabajador independiente	971	3.211		
VIH	Última prueba negativa	5.641	3.471	70,31	<0,001 ^a
	Diagnóstico positivo	1.100	2.953		
	No se ha hecho la prueba	39	4.145		
Pareja	No tengo una pareja estable	4.658	3.456	47,81	<0,001 ^a
	Tengo una pareja estable	1.611	3.113		
	Es complicado decir si tengo una pareja	499	3.670		
Nacido en	Extranjero	343	2.715,50	873106,50 ^b	<0,001 ^a
	Colombia	6.432	3.423,76		

^a p < 0,05.^b U de Mann-Whitney.Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.**Tabla 2 – Distribución de los participantes según la escala que evalúa la ansiedad y la depresión**

Frecuencia	Sentirte nervioso		No poder dejar de preocuparte		Poco interés en hacer cosas		Sentirte triste, deprimido	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	3.581	43,88	4.040	49,59	3.058	37,56	3.374	41,44
Algunos días	3.800	46,57	3.397	41,70	4.080	50,12	3.771	46,32
Más de la mitad de los días	438	5,37	424	5,21	622	7,64	587	7,21
Casi todos los días	341	4,18	285	3,50	381	4,68	409	5,02
Total	8.160	100	8.146	100	8.141	100	8.141	100

Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.**Tabla 3 – Comorbilidad de ansiedad y depresión según la escala Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)**

Gravedad	n	%
Normal	3.962	48,91
Leve	3.167	39,10
Moderada	646	7,98
Grave	325	4,01
Total	8.100	100

Un total de 108 participantes no aportaron información sobre esta pregunta.

Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.

aras de determinar la gravedad de dicha comorbilidad (tabla 2).

Los datos muestran que el 48,9% de la población presenta niveles normales de comorbilidad, el 39,1% presenta un nivel leve, el 8,0% presenta un nivel moderado y solo el 4,0% tiene un problema grave (tabla 3). Para observar el comportamiento de ambas afecciones por separado, se llevaron a cabo pruebas

no paramétricas de Kruskal-Wallis y de la U de Mann-Whitney para la diferencia de medianas.

Según se ve en la tabla 4, tanto la depresión como la ansiedad están asociadas con los niveles de formación académica, es decir, que las medianas de los 3 grupos presentan diferencias estadísticamente significativas, con índices menores en la población con educación básica o estudios primarios, seguidos de la población con formación de posgrado. Al respecto, se ha evidenciado una incidencia menor de depresión en personas con niveles educativos más altos²³, lo cual concuerda con los datos obtenidos en la población de gays, bisexuales y otros HSH con estudios de posgrado; sin embargo, llama la atención que los participantes con educación básica también presenten una baja incidencia, posiblemente debido a que cuentan con otras estrategias tanto personales como familiares y sociales para hacer frente a la depresión, lo que explicaría los índices más bajos en la población sin estudios o educación básica (primaria) incompleta y en la población con formación en primaria (tabla 5).

Respecto a la situación laboral, se encuentran diferencias estadísticamente significativas: la población jubilada presenta índices de ansiedad más bajos y la población desempleada,

Tabla 4 – Pruebas de Kruskal-Wallis para la diferencia de medianas entre comorbilidad de ansiedad y depresión y diferentes variables a través del Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

Variable/categoría		N	Ansiedad			Depresión		
			RP	KW/U	p	RP	KW/U	p
Nivel académico	Sin estudios	23	3.277,9	12,50	< 0,01	3.151,4	14,60	< 0,01
	Educación básica	34	3.208,5			3.208,7		
	Estudios secundarios	284	3.647,6			3.518,7		
	Estudios de bachillerato	2.222	3.433,4			3.473,0		
	Estudios universitarios	3.058	3.385,6			3.381,6		
	Posgrado	1.158	3.262,6			3.231,4		
Situación laboral	Sin trabajo, desempleado	760	3.661,4	49,30	> 0,01	3.838,2	74,60	< 0,01
	Retirado, jubilado	55	3.027,3			2.783,9		
	Estudiante	1.352	3.561,9			3.511,5		
	Empleado a tiempo parcial	493	3.457,1			3.436,4		
	Empleado a tiempo completo	3.071	3.258,6			3.242,7		
	Trabajador independiente	971	3.343,2			3.332,5		
VIH	No se ha hecho la prueba	5.641	3.375,8	8,10	< 0,01	3.366,3	10,00	< 0,01
	Diagnóstico positivo	1.100	3.488,8			3.532,3		
	Última prueba negativa	39	2.745,4			2.885,5		
Pareja	No tengo pareja estable	4.658	3.404,5	18,80	< 0,01	3.429,1	29,30	< 0,01
	Tengo pareja estable	1.611	3.267,6			3.202,0		
	Es complicado	499	3.666,0			3.654,2		
Nacido en*	Extranjero	343	3.283,5	1067228,5	0,30	3.289,6	1069323	0,30
	Colombia	6.432	3.393,6			3.393,2		

* U de Mann-Whitney

Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.**Tabla 5 – Pruebas de Kruskal-Wallis para la diferencia de medianas entre comorbilidad de ansiedad y depresión y diferentes variables mediante el Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)**

Variable		Normal		Leve		Moderado		Grave	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nació	Extranjero	215	51,9	157	37,9	26	6,3	16	3,9
	Colombia	3.743	48,7	3.009	39,2	620	8,1	309	4,0
VIH	No se ha hecho la prueba	885	48,7	697	38,3	158	8,7	79	4,3
	Diagnóstico positivo	562	44,6	516	41,0	114	9,1	67	5,3
	Última prueba negativa	2.482	50,0	1.934	38,9	372	7,5	179	3,6
Pareja*	No tengo una pareja estable	2.656	48,0	2.185	39,5	457	8,3	237	4,3
	Tengo una pareja estable	1.031	53,7	697	36,3	132	6,9	59	3,1
	Es complicado decir	266	42,4	279	44,4	56	8,9	27	4,3
Situación laboral	Empleado a tiempo completo	1.944	55,2	1.257	35,7	227	6,4	93	2,6
	Empleado a tiempo parcial	285	47,8	240	40,3	50	8,4	21	3,5
	Trabajador independiente	603	51,1	467	39,6	62	5,3	48	4,1
	Sin trabajo, desempleado	322	35,9	411	45,8	99	11,0	65	7,2
	Estudiante	707	41,2	731	42,6	188	11,0	89	5,2
	Retirado, jubilado	42	60,9	15	21,7	8	11,6	4	5,8
Nivel educativo*	Sin estudios	15	46,9	12	37,5	5	15,6	0	0,0
	Educación básica	26	55,3	16	34,0	2	4,3	3	6,4
	Estudios secundarios	176	43,7	168	41,7	37	9,2	22	5,5
	Estudios de bachillerato	1.304	47,8	1.100	40,3	227	8,3	99	3,6
	Estudios universitarios	1.728	48,4	1.385	38,8	291	8,1	167	4,7
	Postgrado	709	54,1	484	36,9	84	6,4	33	2,5

* p < 0,05.

Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.

más altos. En lo que respecta a la depresión, la población retirada y jubilada presenta los índices más bajos y la desempleada, los más altos (tabla 5). Todos estos datos concuerdan con otras investigaciones que afirman que un bajo nivel socioeconómico y el desempleo exponen a las personas a mayores vicisitudes que conlleva la pobreza, por lo que las

personas que viven en estas condiciones presentan depresiones más graves que las que se encuentran en mejores condiciones económicas²³.

Por lo tanto, el nivel educativo y la situación laboral se convierten en factores de riesgo de depresión y también de conductas suicidas en la comunidad LGBT²⁴, ya que a más bajo

el nivel educativo²⁵ y menores ingresos económicos²⁶, puede haber un mayor riesgo que está asociado también con factores personales y sociales que inciden en este tipo de conductas, por ejemplo, la HI, la discriminación y el estigma social.

Respecto al diagnóstico de VIH, los índices de ansiedad más altos están en la población que tienen diagnóstico confirmado, que además presenta los mayores índices de depresión. Cabe resaltar que estas diferencias son estadísticamente significativas. Esto corrobora el hecho de que existe una prevalencia de alteraciones psicológicas (depresión y ansiedad) producida por el diagnóstico de VIH (tabla 5), especialmente en pacientes avanzados, y se observa un importante deterioro clínico al inicio de los tratamientos antirretrovirales con prevalencias elevadas de ansiedad y depresión, que afecta a la calidad de vida; sin embargo, cuando se producen cambios de estrategias terapéuticas, se logra una reducción de la ansiedad y la depresión que mejora la percepción de salud general de los individuos^{27,28}.

En lo que respecta a la estabilidad de pareja (tabla 5), los índices de depresión y ansiedad son más altos en la población que declara relaciones de pareja en la categoría «es complicado», ya que las variables que determinan la satisfacción con la relación pueden influir en el grado de ansiedad de los varones homosexuales, bisexuales y otros HSH ante el temor de la pérdida del otro o la otra. Esto se podría asociar con estilos de apego inseguros, preocupados o temerosos que se caracterizan por altos índices de ansiedad y, por ello, se tiende a buscar la cercanía en las relaciones de pareja y sentir un mayor temor a su término²⁹.

Además, otros estudios señalan que los homosexuales no cuentan con el apoyo del padre y la madre en sus relaciones de pareja, ya que esto les ocasiona un choque emocional y un posterior distanciamiento, lo que también puede influir en los niveles de ansiedad y depresión³⁰.

Se aclara que el instrumento empleado para evaluar la presencia de los síntomas de estos 2 importantes trastornos de salud mental, la ansiedad y la depresión, fue la escala Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4).

Ideación suicida

Muchos aún consideran las orientaciones sexuales no hegemónicas y las prácticas sexuales homoeróticas una alteración de lo que se ha establecido socialmente dentro de los parámetros de normalidad y se establece como adecuado de acuerdo con los roles y los estereotipos masculinos y heteronormativos, situación que provoca en algunos individuos diferentes actitudes disfuncionales frente a cómo asumen su orientación sexual o sus prácticas sexuales, entre las que está la ideación suicida³¹.

Los resultados de la investigación sobre la ideación suicida muestran que cerca de un 31% de la población ha tenido pensamientos suicidas en los últimos 12 meses. Estos datos coinciden con los resultados de otros estudios en los cuales se observa «un nivel fiable y significativo del 29,7% de rasgo en nivel mínimo de ideación suicida de homosexuales y bisexuales»²⁵. Además, puede apreciarse que el 3,6% de la población manifiesta tenerlos a diario (tabla 6).

Tabla 6 – Distribución de los participantes según la frecuencia con que han tenido pensamientos suicidas

Frecuencia de pensamientos	n	%
Nunca	5.606	68,75
Algunos días	1.934	23,72
Más de la mitad de los días	318	3,90
Casi todos los días	296	3,63
Total	8.154	100

Un total de 54 participantes no aportaron información sobre esta pregunta.

Fuente: Restrepo Pineda y Mejía Toro¹⁵.

Aspectos tales como la HI, carecer de redes de apoyo social o familiar y las situaciones de desempleo y bajos ingresos económicos, entre otros, pueden estar asociados con problemas de salud mental, entre ellos la ansiedad y la depresión, como se ha evidenciado en los resultados presentados en este artículo. Además, estos factores pueden influir en la ideación suicida de gays, bisexuales y otros HSH en Colombia.

Conclusiones

En lo que respecta a la correlación entre VIH y depresión, se observa que las personas con diagnóstico confirmado presentan síntomas depresivos más graves, lo que se puede explicar por el estigma social que acompaña a esta afección y la falta de redes de apoyo social y familiar para algunos gays, bisexuales y otros HSH, pues no pueden compartir sus diagnósticos con las personas cercanas o familiares. Además, la depresión y la ansiedad pueden estar vinculadas con la discriminación interseccional que surge de la identidad sexual de estos varones, sus prácticas sexuales y el diagnóstico del VIH, que los coloca en un ámbito de mayor vulnerabilidad individual y social.

Otro aspecto importante en la gravedad de la ansiedad y la depresión está relacionado con la estabilidad en las relaciones de pareja, pues es mayor en quienes reportan tener relaciones afectivas complicadas. Es decir, la satisfacción en la relación de pareja influye en el grado de ansiedad y depresión que sufren los varones homosexuales, bisexuales y otros HSH, que podría estar relacionado con los estilos de apego inseguros, preocupados o temerosos que se caracterizan por altos índices de ansiedad. Además, debido a que algunos de estos varones carecen de redes de apoyo social y familiar y solo cuentan con sus parejas como fuente de apoyo emocional, cognitivo y material, se genera en ellos un temor a perder dicha relación.

En cuanto a la discriminación y la homofobia, la mayor parte de los encuestados sostienen que nunca han sido objeto de ninguna agresión física motivada por su orientación sexual, aunque sí se reportan agresiones verbales o intimidación en algún momento de la vida, los más frecuentes los actos de intimidación. De otra parte, en el ámbito de la HI, se observa que este fenómeno es más fuerte en la población nacida y criada en Colombia que en otros países. Además puede afirmarse que esta disminuye en la medida que los sujetos se preparan académicamente. En este sentido, se puede decir que el tipo y el nivel educativo de las personas determinan la percepción positiva o negativa que estas tengan acerca de

la homosexualidad y las prácticas sexuales homoeróticas; por consiguiente, la educación debe considerarse como una estrategia que permita cambiar las cogniciones erróneas que cada persona ha desarrollado sobre la homosexualidad y así modificar los efectos negativos que genera la HI en la población de varones homosexuales, bisexuales y otros HSH en Colombia.

En relación con la ideación suicida, la tercera parte de los encuestados han tenido en los últimos 12 meses pensamientos suicidas que pueden estar vinculados con la HI, originada en considerar que las relaciones sexuales no heterosexuales son una alteración de lo que se ha establecido socialmente dentro de los parámetros heteronormativos, situación que provoca en algunos varones diferentes actitudes disfuncionales frente a cómo se asumen como homosexuales o bisexuales o frente a las prácticas sexuales que desarrollan.

Por último, se hace necesario visibilizar las necesidades que en materia de salud mental tienen los gays, bisexuales y otros HSH en Colombia, de manera que se diseñen las intervenciones pertinentes teniendo en consideración las especificidades de esta población desde un enfoque interseccional que reconozca los diferentes factores que determinan los aspectos de discriminación y vulnerabilidad de estos varones, además de incluir aspectos relativos al consumo de sustancias psicoactivas que también pueden afectar a su salud psicosocial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El presente artículo es resultado de LAMIS2018 que ha sido posible gracias a las contribuciones en forma de recursos humanos, intelectuales y económicos de las instituciones miembros de la Red Iberoamericana de Estudios en Homosexuales, otros HSH y Personas Trans (el CEEISCAT asumió los aspectos económicos y legales del hospedaje de la base de datos y de la coordinación general del proyecto; el Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto aportó fondos económicos para alojar en la plataforma la encuesta en portugués y para la promoción de la encuesta; el CISSS de la Universidad Peruana Cayetano Heredia pagó el dominio para la página web de la encuesta; y, la Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pagó el dominio para la página web del estudio y se hizo cargo de su diseño gráfico) y la Faculty of Psychology and Neuroscience de la Maastricht University que costó el alojamiento en la plataforma de la encuesta en holandés. Para su implementación, LAMIS2018 dispuso de algunos recursos utilizados en el estudio EMIS2017, el cual fue financiado por la European Commission Health Programme 2014-2020, y, en particular, provenientes de Sigma Research (diseño del cuestionario, artes gráficas de los banners para promoción, sintaxis de variables secundarias y manual de variables EMIS2017) y del Robert Koch Institute (negociaciones con páginas web/apps para promoción gratuita de LAMIS2018). También LAMIS2018 fue posible gracias al apoyo de los socios colaboradores en cada uno de los 18 países participantes (www.estudiolamis.org). Un agradecimiento especial a Grindr

y PlanetRomeo que enviaron de manera gratuita mensajes instantáneos de promoción a sus usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Lozano-Verduzco I, Fernández-Niño JA, Baruch-Domínguez R. Association between internalized homophobia and mental health indicators in LGBT individuals in Mexico City. *Salud Mental*. 2017;40:219-26.
- Paveltchuk FO, Borsa JC. Homofobia internalizada, conectividade comunitária e saúde mental em uma amostra de indivíduos lgb brasileiros. *Av Psicol LatAm*. 2019;37:47-61.
- Hyde JS, DeLamater JD, Bari SM. Sexualidad humana. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- Malyon AK. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *J Homosexuality*. 1982;7:59-69.
- Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;36:38-56.
- Herek G. Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twentyfirst century. *Sexuality Research & Social Policy*. 2004;1:6-23.
- Lottes IL, Grollman EA. Conceptualization and Assessment of Homonegativity Conceptualization and Assessment of Homonegativity. *Int J Sex Health*. 2010;22:219-33.
- Pineda-Roa C. Propiedades psicométricas de una prueba de homonegatividad internalizada en varones homosexuales y bisexuales colombianos. *Psicología desde el Caribe*. 2016;33:47-65.
- Ortiz L, García M. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos Saúde Pública*. 2005;21:913-25.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association; 2013.
- Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43:136-8.
- Pineda-Roa C. Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;48:2-9.
- Carvajal G, Caro C. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables. *Rev Colomb Med*. 2011;42:45-56.
- D'Augelli AR. Factores del desarrollo. contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales. En: Omoto AM, Kurtzman HS, traductores, Orientación sexual y salud mental. México: Manual Moderno; 2008.
- Restrepo Pineda JE, Mejía Toro WA. Salud sexual y psicosocial de hombres que tienen sexo con hombres en Colombia. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2021.
- Shidlo A. Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. Presentado en Some of the information in this chapter was presented at the meeting of the American Psychological Assn, 1994, New York.
- Smolenski DJ, Stigler MH, Ross MW, Rosser BS. Direct and indirect associations between internalized homonegativity and high-risk sex. *Arch Sexual Behav*. 2011;40:785-92.
- Sapp J. Self-knowing as social justice: the impact of a gay professor on ending. *Homophobia in education*. 2001;14(4).
- Mesa R. Homofobia interiorizada: Una consecuencia del heterosexismo y la homofobia en la población de personas de orientación sexual no heterosexual. Universidad de los Andes; 2007.

20. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe Anual 2020, Capítulo IV.B. Venezuela. 2021. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2020/capitulos/IA2020cap.4b-VE-es.pdf>.
21. Agudelo D, Buela-Casal G, Spielberger CD. Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. 2007;30:33-41.
22. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122:86-95.
23. Panorama de la educación 2017, Indicadores de la OCDE. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España; 2017.
24. González-Rivera J, Rosario-Rodríguez A, Santiago-Torres L. Depresión e ideación suicida en personas de la comunidad LGBT con y sin pareja: un estudio exploratorio. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 2016;30:254-67.
25. Hickson F, Davey C, Reid D, Weatherburn P, Bourne A. Mental health inequalities among gay and bisexual men in England, Scotland and Wales: a large community-based cross-sectional survey. *J Public Health*. 2016;38:1-8.
26. Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, et al. Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health*. 2002;92:1338-45.
27. Martín Suárez I, Cano Monchul R, Pérez de Ayala P, Aguayo Canela M, Cuesta F, Rodríguez P, et al. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *An Med Interna*. 2002;19:396-404.
28. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47:343-52.
29. Brennan K, Clark C, Shaver P. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En: Simpson JA, Rholes WS, editores. *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press; 1998. p. 46-76.
30. Feher L. La discriminación social y jurídica. 1.ª ed. México: Cultura; 1994.
31. Cedillo M. Ideación suicida en hombres gay y bisexuales jóvenes. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*. 2017;4:1-9.