

NOTAS DE Población

JULIO-DICIEMBRE

2025

AÑO LII

Nº 121

ISSN 0303-1829

Relación entre la orientación sexual y la salud mental de las personas jóvenes en Chile

Viviana Salinas Ulloa, Valentina González Madariaga, Alejandra Ramm, Pablo Astudillo, Daniel Venegas y Alejandra Bennit

Fecha de publicación: 30/09/2025

Publicación de las Naciones Unidas
LC/PUB.2025/15-P
Copyright © Naciones Unidas, 2025
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.2500299[S]

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representan.

Esta publicación debe citarse como: Salinas Ulloa, V., González Madariaga, V., Ramm, A., Astudillo, P., Venegas, D. y Bennit, A. (2026). Relación entre la orientación sexual y la salud mental de las personas jóvenes en Chile. *Notas de Población* (121) (LC/PUB.2025/15-P). Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL

Relación entre la orientación sexual y la salud mental de las personas jóvenes en Chile

Viviana Salinas Ulloa¹
Valentina González Madariaga²
Alejandra Ramm³
Pablo Astudillo⁴
Daniel Venegas⁵
Alejandra Bennit⁶

Recibido: 14/01/2025
Aceptado: 03/05/2025

Resumen

En este artículo se estudia la relación entre orientación sexual y salud mental en la población joven chilena entre 2015 y 2022, un período de cambios en la legislación y la opinión pública que dieron lugar a un contexto más inclusivo respecto de la diversidad sexual. El análisis se centra en los jóvenes, dada la vulnerabilidad que experimentan las minorías sexuales de este grupo en materia de salud mental. Se utilizan datos de la Encuesta Nacional de Juventudes (ENJUV) para analizar la sintomatología depresiva, la ideación suicida y el tratamiento de los problemas de salud mental. Los resultados indican que la población joven no heterosexual tiene una probabilidad mucho mayor de

-
- ¹ Doctora en Sociología y Demografía y Profesora de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: vmsalina@uc.cl.
 - ² Magíster en Ciencias Sociales y candidata a doctora en Sociología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: vsgonzalez2@uc.cl.
 - ³ Doctora en Sociología y Profesora de la Universidad de Valparaíso. Correo electrónico: alejandra.ramm@uv.cl.
 - ⁴ Doctor en Sociología y Profesor de la Universidad Alberto Hurtado. Correo electrónico: pastudil@uahurtado.cl.
 - ⁵ Magíster en Sociología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: djvenegas@uc.cl.
 - ⁶ Magíster en Estudios de la Imagen e investigadora independiente. Correo electrónico: alexandra.benitt@gmail.com.

sufrir problemas de salud mental que la heterosexual. La salud mental de la juventud en general empeoró en la medición de 2022, durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), en especial entre los jóvenes no heterosexuales.

Palabras clave: juventud, orientación sexual, salud mental, salud de la juventud, igualdad, derecho a la salud, indicadores de salud, Chile.

Abstract

This article presents an analysis of the link between sexual orientation and mental health among young people in Chile between 2015 and 2022, a period of changes in legislation and public opinion that gave rise to a more inclusive environment with regard to sexual diversity. It focuses on young people, given the mental health vulnerability of sexual minorities in this group. Data from the National Youth Survey are used to analyse depressive symptomatology, suicidal ideation and treatment of mental health problems, with the results indicating that non-heterosexual young people are much more likely to suffer from mental health problems than their heterosexual counterparts. The mental health of young people in general, and of non-heterosexual young people in particular, worsened according to figures for 2022, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic.

Keywords: youth, sexual orientation, mental health, youth health, equality, right to health, health indicators, Chile.

Introducción

La investigación demográfica sobre la población lesbiana, gay y bisexual (LGB) ha experimentado una expansión significativa en las últimas décadas, y abarca dimensiones como su perfil sociodemográfico, participación laboral, disparidades en materia de salud, dinámicas de pareja y desarrollo infantil en las familias no heterosexuales. Smock y Schwartz (2020) señalaron que la demografía de las minorías sexuales es una de las áreas más relevantes en la investigación demográfica familiar contemporánea. Diversas razones justifican este interés; entre ellas, el aumento de la autoidentificación como LGB entre las generaciones más jóvenes (Gates, 2011; Jones, 2022). Además de constatar este fenómeno, en estudios anteriores se ha encontrado una mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas jóvenes que se identifican como parte de una minoría sexual (Russell y Fish, 2016; Wittgens et al., 2022). No obstante, la mayoría de estas investigaciones se han desarrollado en los Estados Unidos y otros países de altos ingresos, lo que revela un vacío significativo en la investigación latinoamericana desde una perspectiva sociodemográfica.

En este artículo, se investiga la relación entre orientación sexual y salud mental en el caso de la población joven de Chile en un contexto de cambios sociales, que incluyen la aprobación de nueva normativa orientada a aumentar la inclusión de las minorías sexuales y la evolución de las actitudes de la población hacia la diversidad sexual. Considerando estas transformaciones, se plantea la pregunta de si la relación entre orientación sexual y salud mental en las personas jóvenes varió entre 2015 y 2022.

La contribución del presente estudio es doble. Por una parte, se aportan resultados aplicables al caso chileno en particular. Aunque hay investigación cualitativa o basada en muestras clínicas sobre la salud mental de las minorías sexuales en jóvenes (por ejemplo, Barrientos et al., 2019; Guzmán-González et al., 2020), hasta donde alcanza el conocimiento de los autores, estos temas no se han investigado en Chile con datos generalizables para toda la población. Contar con medidas representativas a nivel poblacional es particularmente deseable para hacer recomendaciones de políticas públicas (Reczek, 2020). La reducción de la proporción de personas jóvenes en la población chilena puede facilitar el aumento de la inversión en esta etapa de la vida, dada la importancia crucial que tiene para la salud física y mental de la población (Spittlehouse et al., 2020; Toomey et al., 2010). Por otra parte, preguntarse por el cambio en la relación entre orientación sexual y salud mental a lo largo del tiempo, en un contexto de cambios normativos, contribuye a fomentar las políticas inclusivas y a arrojar luz sobre las áreas en que es necesario reducir las desigualdades en materia de salud mental que afectan a la población no heterosexual.

A. Revisión bibliográfica

Para enmarcar esta investigación, primero se analizan las distintas maneras que existen de medir las minorías sexuales a partir de la orientación sexual y se sintetiza la investigación previa sobre los perfiles sociodemográficos de la población que se identifica como no heterosexual. Posteriormente, se examina la bibliografía existente sobre los problemas de salud mental en las minorías sexuales, haciendo especial hincapié en los jóvenes y adolescentes.

1. Medición de las minorías sexuales a partir de la orientación sexual

Estimar el tamaño de las minorías sexuales es un desafío básico en la investigación demográfica sobre este grupo, para el cual se han desarrollado diferentes indicadores de orientación sexual e identidad de género. Estas mediciones se basan en la distinción conceptual entre sexo, género y orientación sexual. Así, mientras que “sexo” alude a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) que permiten clasificar a las personas como hombre, mujer o persona intersexual, “género” es un concepto multidimensional, que abarca aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que habitualmente se asocian a lo masculino y lo femenino, e incluyen la identidad y la expresión de género (Organización Mundial de la Salud [OMS], n.d.). El presente estudio se centra en la orientación sexual, no en la identidad sexual ni de género, por lo que se limita a considerar las distinciones entre población heterosexual, gay, lesbiana, bisexual u otras.

Laumann et al. (1994) establecieron tres dimensiones fundamentales en el estudio demográfico de la orientación sexual: el comportamiento sexual, el deseo o atracción sexual, y la autoidentificación sexual. Las medidas que se usan dependen de cuál de estas dimensiones se considera. En general, la orientación no heterosexual alcanza una prevalencia más baja cuando se emplean preguntas de autoidentificación como persona LGB, y su prevalencia más alta cuando se utilizan preguntas sobre atracción sexual. Esta diferencia se explica porque la atracción sexual es un concepto más inclusivo que el comportamiento sexual, que, a su vez, es un concepto más inclusivo que el de la autoidentificación sexual (Valfort, 2017, p. 26).

La investigación actual reconoce que la autoidentificación puede diferir de los patrones de comportamiento o atracción. Es decir, las personas pueden no autoidentificarse como gays o lesbianas, aunque se sientan atraídas por su mismo sexo, o solo ocasionalmente tengan relaciones sexuales con parejas de un sexo diferente al suyo. Algunos autores recomiendan que, para aumentar la validez de la medición de la orientación sexual, se incluyan indicadores de los tres componentes, pese a que habitualmente solo se utiliza la autoidentificación (Federal Interagency Working Group on Improving Measurement of Sexual Orientation and Gender Identity in Federal Surveys, 2016). Además, hay que considerar que la orientación sexual puede cambiar con el tiempo. Diamond (2008) demostró que la orientación sexual presenta un carácter dinámico, particularmente en el caso de las mujeres, lo que pone en tela de juicio las concepciones estáticas tradicionales.

Otro desafío metodológico radica en la tendencia a no declarar orientaciones sexuales no heterosexuales en encuestas y censos. El tipo de instrumento que se aplica puede afectar la disposición de las personas para declarar identidades o comportamientos tradicionalmente estigmatizados. Los instrumentos que garantizan mayor confidencialidad y anonimato facilitan respuestas más precisas; por ejemplo, las encuestas autoaplicadas, en papel o formato electrónico, registran mayores tasas de autoidentificación LGB que las entrevistas presenciales (Gates, 2011). Sin embargo, incluso cuando se usan instrumentos autoaplicados en dispositivos electrónicos, la presión de la deseabilidad social puede llevar a la subdeclaración. La autoidentificación es la medida más afectada por este fenómeno, seguida del comportamiento sexual, mientras que la atracción sexual hacia personas del mismo sexo es la menos afectada (Coffman et al., 2017). La subdeclaración originada en factores relacionados con la deseabilidad social resulta particularmente significativa en contextos más conservadores o rurales (Meyer y Wilson, 2009).

Otra estrategia para estimar el tamaño de la población no heterosexual, cuando no se cuenta con preguntas sobre atracción, comportamiento o autoidentificación sexual, es utilizar información sobre el núcleo familiar. Esta metodología excluye necesariamente a las personas no heterosexuales que no conviven con una pareja. Por ejemplo, el censo de los Estados Unidos de 1990 registró alrededor de 6.800 parejas del mismo sexo, de un total de más de 2.000.000 de relaciones de pareja corresidentes, lo que equivale a una proporción de parejas del mismo sexo de menos del 1%. En Black et al. (2000, p. 146), se argumenta que esta medida excluye a gays y lesbianas que no viven en pareja, y es posible incluso que el censo subestime en gran medida el número de personas gays y lesbianas que viven en pareja. Se estima que solo un tercio de las personas gays y lesbianas que viven juntas se reconocen como pareja en el censo (Black et al., 2000, p. 153).

La subdeclaración se debe a que las personas son reacias a revelar su orientación sexual en un cuestionario censal. No obstante, también se han descrito problemas de sobrestimación, ya que no todas las parejas del mismo sexo que conviven son parejas gays o lesbianas (Badgett y Rogers, 2003; Phua y Kaufman, 1999). En censos posteriores de los Estados Unidos, los principales problemas con las medidas de parejas del mismo sexo han sido de sobrestimación. En 2000, el 40% de las parejas que quedaron registradas como del mismo sexo eran de hecho parejas heterosexuales. Este porcentaje se redujo al 28% en 2010. La mayoría de los errores se explicaban por el registro incorrecto del sexo de los integrantes del hogar, dado que en las correcciones se utilizó el nombre de los participantes para imputar su sexo (Nathan y Pardo, 2018).

Entre las diferentes medidas de orientación sexual, la más frecuente es la autoidentificación. Como ejemplo, en los Estados Unidos, en 2016 había 12 encuestas federales que indagaban sobre identidad, atracción y comportamiento sexual. Todas incluían preguntas de autoidentificación sexual, pero solo tres incluían preguntas sobre atracción sexual y solo cuatro sobre comportamiento sexual (Federal Interagency Working Group on Improving Measurement of Sexual Orientation and Gender Identity in Federal Surveys, 2016).

Las medidas de autoidentificación explican el aumento significativo de la población no heterosexual. En los Estados Unidos, este grupo pasó del 2,7% en 2008 al 5,4% en 2016 (Bridges y Moore, 2018). En 2021, la encuesta Gallup señaló que el 7,1% de la población

adulta se identificaba como lesbiana, gay, bisexual o transgénero (LGBT) (Jones, 2022). Los datos de otros países indican que, en 2022, en el Reino Unido, un 3,3% de la población mayor de 16 años se autoidentificaba como LGB (Sharfman y Cobb, 2023), y, en Australia, el 4,5% (Australian Bureau of Statistics, 2022). En el Brasil, según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), un 1,8% de los adultos se autoidentificó como LGB en 2019⁷ (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística [IBGE], 2019).

Este incremento en la autoidentificación de orientaciones sexuales minoritarias es notable entre los jóvenes. Gates (2017) mostró que la autoidentificación como LGB creció en la cohorte nacida entre 1980 y 1999, aunque no en las generaciones anteriores. La serie de encuestas Gallup (telefónicas) apunta en la misma dirección: la autoidentificación como LGB alcanzó el 22,3% en la generación nacida desde 1997, pero solo el 2,3% entre los *baby boomers* (nacidos entre 1946 y 1964) (Jones, 2022). Este fenómeno probablemente refleja transformaciones sociales profundas en términos de aceptación social y visibilidad (Meyer, 2003), que facilitan a la población joven reconocer una orientación sexual diversa. Se han mencionado tendencias similares de aumento de la autoidentificación no heterosexual en Nueva Zelanda (Greaves et al., 2017), España (Cortina, 2016; Cortina y Cabré, 2010), Australia (Wilson et al., 2020), el Uruguay (Nathan y Pardo, 2018) y Colombia (Rubio, 2017).

Además de esta asociación entre orientación sexual y edad, en estudios anteriores se ha documentado una mayor prevalencia de población no heterosexual en grandes zonas urbanas. En Black et al (2000) se constató, a inicios del milenio, una tendencia a la concentración de esta población en grandes ciudades estadounidenses como San Francisco, Washington D. C., Los Ángeles y Nueva York. Esta tendencia ha continuado en los últimos años. Se registra una mayor autoidentificación en la costa noreste y oeste, regiones donde existe más aceptación social y protección legal para las minorías sexuales (Gates, 2017). La preferencia por el ambiente urbano también se observa en España (Cortina, 2016) y el Uruguay (Nathan y Pardo, 2018).

En términos de indicadores socioeconómicos, las tendencias en la literatura internacional sobre el tema son menos uniformes. Respecto al nivel educacional, los estudios iniciales señalaban que los logros educativos eran mayores entre la población no heterosexual en comparación con la heterosexual en Estados Unidos (Black et al., 2000). Las investigaciones posteriores han revelado diferencias según la orientación sexual específica y el sexo. En Herek et al. se constataron diferencias dentro del grupo no heterosexual, en el que los hombres gais y las mujeres lesbianas presentan mayores logros educativos que los hombres y mujeres bisexuales (Herek et al., 2010). En Conron et al. se demostró que, entre las mujeres, las minorías sexuales tenían una menor probabilidad de concluir sus estudios universitarios que las mujeres heterosexuales, mientras que entre los hombres este patrón se invertía (Conron et al., 2018).

Al estudiar a los adolescentes, e intentando incorporar el carácter dinámico de la orientación sexual, Mollborn y Everett (2015) distinguieron entre personas que se identificaban como completamente heterosexuales, mayormente homosexuales (gais o lesbianas) o completamente homosexuales. Una identidad completamente heterosexual se asociaba

⁷ Una encuesta con representación nacional (realizada por DataFolha Research Institute) apuntaba a valores mucho más altos, de un 12% de adultos que se autoidentificaban como no heterosexuales (Spizzirri et al., 2022).

a mejores resultados educativos entre las mujeres, mientras que, entre los hombres, una identidad principal o completamente homosexual se asociaba a mayores logros educativos. Las personas bisexuales, especialmente las mujeres, tenían los resultados educativos más bajos. Fuera de los Estados Unidos, también se ha observado un mejor logro educativo en la población no heterosexual en España (Cortina, 2016), el Uruguay (Brown et al., 2019; Nathan y Pardo, 2018), Chile (Brown et al., 2019) y Colombia (Rubio, 2017).

En línea con un perfil educacional favorable, hay datos que apuntan a una mayor participación de las minorías sexuales en el mercado laboral en el Uruguay (Nathan y Pardo, 2018) y España (Cortina, 2016). La investigación en los Estados Unidos indica que los hombres gays que viven en pareja tienen una menor probabilidad de participar en la fuerza laboral que los heterosexuales casados, mientras que las mujeres lesbianas en pareja tienen una probabilidad un poco mayor de participar en la fuerza laboral que las mujeres heterosexuales casadas (Leppel, 2009; Tebaldi y Elmslie, 2006). Los resultados son similares en Chile y el Uruguay, aunque, de hecho, las diferencias en la participación laboral entre mujeres lesbianas y heterosexuales son más pronunciadas que en los Estados Unidos (Brown et al., 2019). En términos de pobreza, en los Estados Unidos, las personas gays y lesbianas tienen una mayor probabilidad de ser pobres que la población heterosexual, y esta probabilidad es aún mayor entre la población bisexual (Badgett, 2018).

Esta revisión pone de relieve los desafíos vinculados a la medición de las minorías sexuales. Si se tiene en cuenta que el tema solo se está empezando a incorporar recientemente a las encuestas y los censos latinoamericanos, parece esencial fomentar el uso de instrumentos autoaplicados e incluir medidas de autoidentificación de la orientación sexual, ya que, al ser las que se incluyen con mayor frecuencia en los instrumentos internacionales, permiten una mayor comparabilidad. Asimismo, es recomendable incorporar preguntas que indaguen otras dimensiones de la orientación sexual, como el comportamiento y la atracción sexual, e incorporar el carácter dinámico de la orientación sexual, de modo que estas mediciones aparezcan en las encuestas longitudinales.

2. Salud mental y minorías sexuales

La salud mental ha cobrado especial relevancia durante los últimos años y hay datos que apuntan a disparidades persistentes en este ámbito incluso en contextos de mayor inclusión socioeconómica (Tomicic et al., 2016). La relación entre nivel socioeconómico y salud, tanto física como mental, está bien documentada (Darin-Mattsson et al., 2017; Harris y Schorpp, 2018; Wang y Geng, 2019). Una de las maneras de explicar esta ventaja socioeconómica en términos de salud es por medio de la teoría de las causas fundamentales (Link y Phelan, 1995), que establece que la posición socioeconómica constituye una causa fundamental o última de las desigualdades en el ámbito de la salud porque determina el acceso a recursos útiles que permiten evitar riesgos o minimizar las consecuencias de las enfermedades. La relación entre situación socioeconómica y salud persiste incluso en contextos diferentes, ya que las personas con mayores recursos pueden aprovechar mejor las nuevas oportunidades y conocimientos

para mantener su ventaja en relación con la salud. En estudios posteriores, en general se encuentran ventajas socioeconómicas en cuanto a la salud mental (Dougall et al., 2024; Guan et al., 2022), pero también se destaca que, en esta área, los niveles educativos y socioeconómicos más altos no se traducen necesariamente en mejores indicadores de salud mental, lo que parece indicar que persisten factores estresantes sociales específicos que trascienden las ventajas socioeconómicas (McLaughlin et al., 2012; Shuler et al., 2021).

El modelo del estrés de minorías (Frost y Meyer, 2023; Meyer, 2003) aclara esta paradoja, al explicar los mecanismos específicos que conectan la posición social minoritaria con resultados adversos en materia de salud. Meyer afirma que el estrés que experimentan algunos grupos minoritarios se caracteriza por ser único, crónico y estar configurado socialmente. Es decir, el estrés de minorías se suma a otros factores estresantes generales que afectan a toda la población, lo que implica que los miembros de minorías estigmatizadas deban realizar un esfuerzo adaptativo adicional. Además, persiste a lo largo del tiempo, porque se asocia a estructuras sociales y culturales relativamente estables, y deriva de procesos, instituciones y estructuras sociales que escapan al control individual, a diferencia de los sucesos estresantes individuales que afectan a la población general, o de las características biológicas o genéticas específicas de ciertas personas o grupos (Frost y Meyer, 2023).

Respecto a las minorías sexuales, Meyer propone un modelo que distingue factores estresantes distales y próximos. Los primeros corresponden a condiciones y sucesos externos objetivos, como la discriminación y la violencia (una persona que es percibida socialmente como lesbiana puede sufrir discriminación, aunque no se autoidentifique como lesbiana). En Chile, los datos presentados por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) reflejan la existencia de condiciones externas adversas desde el punto de vista de la discriminación y la violencia: durante 2024 se registró un aumento del 78,7% en el número de denuncias y casos de fobia contra personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer* (LGBTIQ), lo que incluía agresiones físicas, violencia verbal, exclusión social en entornos laborales y educativos, y discursos de odio en redes sociales (Movimiento de Integración y Liberación Homosexual [MOVILH], 2024).

Los factores estresantes próximos son subjetivos, dado que dependen de la autoidentificación de las personas como minorías sexuales, e incluyen las expectativas sobre posibles experiencias discriminatorias y el estado de alerta que esto genera, así como la internalización de actitudes sociales negativas, que se manifiesta en comportamientos como el ocultamiento de la orientación sexual o la homofobia internalizada (Meyer, 2003; Frost y Meyer, 2023). En el contexto chileno, se dispone de datos cualitativos acerca de cómo operan estos factores estresantes subjetivos. El estudio de Ramm et al. (2024) describe cómo las personas LGB tienden a evitar revelar explícitamente su orientación sexual a sus familias, apelando al respeto hacia los valores familiares, incluso cuando se da por hecho que las familias saben de su orientación no heterosexual debido a su convivencia en pareja. Es decir, los jóvenes LGB parecen sentirse obligados a mantener su orientación sexual en silencio, más que ocultar, para no “faltar el respeto” a sus familias (Ramm et al., 2024).

El modelo de estrés de minorías ha sido validado empíricamente en diversos contextos. Por ejemplo, en Frost et al. (2015) se llevó a cabo un metaanálisis que confirmó la asociación entre estrés de minorías y resultados adversos en materia de salud mental. El trabajo de Hatzenbuehler et al. (2010) expandió el marco del estrés de minorías al incorporar el análisis multinivel y estudiar el modo en que las políticas y el estigma estructural moderan el impacto de dicho estrés. Su investigación en los Estados Unidos constató que las personas de orientación sexual minoritaria que vivían en estados con mayores niveles de estigma estructural presentaban tasas más altas de trastornos mentales, independientemente de sus características individuales.

En la misma línea, distintos autores han señalado cómo las variaciones en las políticas estructurales entre países se relacionan con diferentes niveles de ocultamiento de la identidad sexual y malestar psicológico (Pachankis et al., 2014; Robles et al., 2023). El acceso a servicios de salud constituye un mecanismo crucial de influencia del contexto social en la salud mental de la población no heterosexual. En estudios sobre las barreras de acceso a los servicios de salud para la población LGB, se ha observado que las experiencias previas de discriminación generan patrones de evitación y postergación de la atención médica (Alencar Albuquerque et al., 2016; Mayer et al. 2008). Estos resultados muestran que el estigma estructural opera en múltiples niveles institucionales para crear y mantener disparidades en relación con la salud (Green et al., 2022; Hatzenbuehler et al., 2024).

La preocupación por la salud mental de las minorías sexuales es especialmente importante entre jóvenes y adolescentes. Desde la perspectiva del curso de vida (Elder, 1998), la adolescencia es un período crucial, porque lo que ocurre en esta etapa puede determinar la trayectoria futura de las personas (Crosnoe y Johnson, 2011). Respecto a la salud mental, hay estudios que encuentran en la adolescencia el origen de los problemas que afectan a las minorías sexuales durante la vida adulta, lo que indicaría que las tasas desproporcionadamente altas de problemas de salud mental en la población LGB son la continuación de problemas que se iniciaron en la juventud y adolescencia (Wilson y Cariola, 2020; Amos et al., 2020).

Por otra parte, la ideación suicida y el intento de suicidio son más comunes entre jóvenes y adolescentes no heterosexuales que entre sus pares heterosexuales, al igual que los casos de depresión, ansiedad y abuso de sustancias (de Lange et al., 2022; Ramchand et al., 2022). La ideación suicida parece ser más fuerte entre los hombres que entre las mujeres de minorías sexuales (Fergusson et al., 2005), mientras que las mujeres jóvenes, lesbianas y bisexuales tienden a declarar más problemas de abuso de sustancias que las mujeres jóvenes heterosexuales (Needham, 2012). Hay datos que apuntan a que las personas jóvenes bisexuales tienen más problemas de salud mental que las que se sienten atraídas solo por personas de su mismo sexo o de otro sexo (Marshal et al., 2011; Talley, 2014), y de que los jóvenes y adolescentes que se están cuestionando su sexualidad mencionan más síntomas depresivos que los que se identifican con una determinada orientación sexual, ya sea heterosexual o no (Birkett et al., 2009).

La salud mental de los adolescentes refleja su desarrollo fisiológico y psicológico individual, pero también la influencia de las instituciones sociales, entre las cuales la familia y la escuela son esenciales. Estas instituciones están determinadas por estructuras sociales

más amplias, como los sistemas sociales de estratificación por género o nivel socioeconómico, además de estar condicionadas por las particularidades del tiempo histórico que toca vivir en la adolescencia (Crosnoe y Johnson, 2011). El papel de los pares y de la familia es clave como factor de riesgo o protección. Para los jóvenes de minorías sexuales, la ausencia de apoyo en estos entornos primarios no solo restringe sus derechos fundamentales, sino que incrementa su vulnerabilidad ante experiencias que pueden tener un efecto negativo en su salud mental (Russell y Fish, 2016; Russon et al., 2022). En los Estados Unidos, las personas jóvenes gays y lesbianas que viven en condados con menos políticas contra el acoso específicas para la orientación sexual o de género mencionan el doble de ideación suicida que sus pares de condados con más políticas de este tipo. Esta relación se sostiene incluso cuando se tienen en cuenta los efectos de las variables individuales, como el historial de abuso físico, sintomatología depresiva, consumo de alcohol y maltrato entre pares (Hatzenbuehler y Keyes, 2013). Las experiencias de acoso o victimización basadas en sesgos de orientación sexual durante la adolescencia muestran efectos negativos prolongados, y se manifiestan como malestar psicológico en la edad adulta temprana (Toomey et al., 2010).

Las relaciones familiares positivas constituyen un elemento fundamental para el bienestar psicológico de las personas jóvenes no heterosexuales. Sin embargo, muchos temen revelar su orientación sexual a sus padres, o experimentan el rechazo de sus padres después de haberlo hecho. No todos los jóvenes de minorías sexuales sufren rechazo por parte de sus padres después de revelar su orientación sexual, pero quienes lo experimentan presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ideación e intento suicida (Diamond et al., 2022; Russon et al., 2021).

3. El contexto chileno⁸

En Chile, se han incorporado recientemente una serie de preguntas en las encuestas con representatividad nacional que permiten describir la orientación sexual de la población. Este avance tuvo su origen en 2015, con la incorporación de preguntas sobre la orientación sexual en dos instrumentos clave: la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y la Encuesta Nacional de Juventudes (ENCJUV). A pesar del limitado marco temporal y las variaciones en la formulación de las preguntas, los datos revelan una tendencia hacia una mayor autoidentificación con orientaciones sexuales no heterosexuales. Según la Encuesta CASEN, en 2015 un 1,4% de la población adulta se reconoció como LGB o con una orientación distinta a la heterosexual, mientras que en 2022 esta cifra alcanzó el 3,5%⁹.

⁸ En esta sección se presentan los antecedentes del caso chileno sobre la base de la literatura existente, y se incorporan análisis inéditos de los autores realizados a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Esta fuente es diferente de la que se utiliza para obtener los resultados principales del estudio, es decir, la Encuesta Nacional de la Juventud (ENCJUV). El objetivo es brindar un contexto más amplio mediante la incorporación de información representativa de la población adulta, no solo joven (la ENCJUV incluye personas de hasta 29 años).

⁹ En ambos años, se preguntó: “¿Cuál de estas alternativas define mejor su orientación sexual? heterosexual (atracción hacia el sexo opuesto); gay/lesbiana (atracción hacia el mismo sexo); bisexual (atracción hacia ambos sexos); otra”.

En el cuadro 1 se sintetizan las características sociodemográficas de la población según su orientación sexual, según los datos de la encuesta CASEN de 2015 y 2022. La población de minorías sexuales es más joven y tiene mayor tendencia a vivir en áreas urbanas y en la Región Metropolitana de Santiago que la población heterosexual. En 2015, la mayoría de quienes reconocían una orientación no heterosexual eran hombres, pero en 2022 creció sustancialmente la proporción de mujeres. En términos socioeconómicos, la población adulta no heterosexual muestra indicadores ventajosos, que se reflejan en mayores niveles de logro educacional —con una mayor concentración en educación superior—, tasas más altas de empleo y menor incidencia de pobreza.

Cuadro 1

Chile: distribución de la población de 18 años y más según su orientación sexual, 2015 y 2022
(En porcentajes)

Características	2015		2022	
	Heterosexual	No heterosexual	Heterosexual	No heterosexual
Sexo				
Hombre	47,5	68,1	48,7	53,1
Mujer	52,5	31,9	51,3	46,9
Total	100	100	100	100
Edad				
18 a 24 años	18,4	35,9	13,2	36,2
25 a 34 años	18,5	34,7	20,9	39,5
35 a 44 años	16,3	13,2	18,6	15,3
45 a 54 años	17,5	10,3	16,4	4,6
55 años y más	29,3	6	30,9	4,4
Área geográfica				
Zona norte	11,7	9,7	12,6	11,2
Zona centro	21,8	12,5	24	18
Zona sur	26,2	10,4	21,7	14,8
Región Metropolitana de Santiago	40,4	67,4	41,7	56
Total	100	100	100	100
Zona				
Urbana	87,5	96,7	88,2	95,6
Rural	12,5	3,3	11,8	4,4
Total	100	100	100	100
Nivel educacional				
Primario o menos	25,0	5,5	19,1	2,5
Secundario incompleto	13,0	11,7	11,0	3,5
Secundario completo	30,3	22,0	29,6	22,9
Superior	31,7	60,9	40,3	71,1
Total	100	100	100	100
Actividad				
Con empleo	58,3	77,5	59,5	66,3
Sin empleo	41,7	22,5	40,5	33,7
Total	100	100	100	100

Características	2015		2022	
	Heterosexual	No heterosexual	Heterosexual	No heterosexual
Situación de pobreza				
Pobre	8,7	5,8	5,1	3,7
No pobre	91,3	94,2	94,9	96,3
Total	100	100	100	100
<i>n</i>	13 769 913	201 471	14 608 413	534 417

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015 y 2022.

Nota: En los cálculos se utilizan los factores de expansión específicos para orientación sexual. Los *n* sin ponderar para 2015 son heterosexual = 109.181 y no heterosexual = 722, y para 2022, heterosexual = 88.789 y no heterosexual = 1.972.

En estudios anteriores se han documentado disparidades significativas en relación con la salud física y mental de las minorías sexuales en Chile. En Nettuno et al. (2024), a partir de datos de la CASEN de 2017, se constató que la población no heterosexual declara una peor autopercepción del estado de salud y utiliza más los servicios de salud que la población heterosexual. Este grupo también presenta una mayor proporción de beneficiarios de seguros de salud privados —las instituciones de salud previsual (isapres)—, lo que refuerza la idea de que gozan de cierta ventaja socioeconómica (Nettuno et al., 2024). En cuanto a salud mental específicamente, en el estudio de Barrientos et al. (2017) se encontraron problemas de depresión y ansiedad entre las personas gays y lesbianas, aunque estos hallazgos se basan en una muestra no probabilística, sin grupo de control heterosexual.

El aumento de la autoidentificación con orientaciones no heterosexuales en la última década ha ocurrido en un contexto de transformaciones legales y sociales significativas para la población no heterosexual. Desde el punto de vista legal, estos cambios incluyen la aprobación de la Ley núm. 20609, que establece medidas contra la discriminación (2012); el Acuerdo de Unión Civil (2015), que permite que las parejas del mismo sexo registren su unión consensual con los mismos derechos que las parejas heterosexuales; la reforma que permite cambiar el sexo registrado en el certificado de nacimiento (2018), y la aprobación del matrimonio igualitario (2021) (Ramm et al., 2024). No obstante, entre los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Chile se ubica en los niveles más bajos de inclusión de la población lesbiana, gay, bisexual, transgénero y *queer* (Nettuno et al., 2024).

Por otra parte, la aceptación de las parejas del mismo sexo ha aumentado entre la opinión pública, del 6% en 1998 al 39% en 2018, según datos del International Social Survey Programme (Paradela-López et al., 2023). Este progreso parece indicar un incremento de la inclusión y sitúa a Chile en una posición comparativamente favorable en términos de aceptación de la diversidad sexual dentro de América Latina y el Caribe (Nettuno et al., 2024).

Los antecedentes presentados hasta aquí ponen de manifiesto no solo los desafíos metodológicos relativos a la medición de las minorías sexuales a partir de la orientación sexual, sino también un incremento significativo del número de personas, especialmente jóvenes, que se autoidentifican con orientaciones no heterosexuales, y una aparente paradoja, ya que las ventajas socioeconómicas coexisten con una mayor vulnerabilidad en términos de salud mental, particularmente entre los jóvenes no heterosexuales.

En este contexto, el presente artículo examina la relación entre salud mental y orientación sexual en la población joven chilena durante el período 2015-2022. Considerando que este período se caracterizó por la realización de avances significativos en lo que respecta a la legislación sobre diversidad sexual y por un incremento de la aceptación social de este fenómeno, se examina la posibilidad de que estos cambios hacia un entorno más inclusivo se hayan traducido en variaciones significativas en dicha relación.

Se utiliza el tiempo como indicador de cambios en el contexto tanto normativo como de las percepciones de la opinión pública, siguiendo la estrategia de Boardman et al. (2011), quienes analizaron el efecto que los cambios en las políticas públicas tenían sobre la probabilidad de dejar de fumar, considerando la variable tiempo como indicador de los diferentes contextos que se transformaban a medida que cambiaban las políticas públicas antitabaco. Aunque los estudios anteriores hacen pensar que los entornos más inclusivos se asociarían a mejores indicadores de salud mental, dado que en 2022 todavía estaba presente la pandemia de COVID-19, la cual, como es sabido, conllevó un empeoramiento de la salud mental de la población en general (OMS, 2022), el análisis de los cambios a lo largo del tiempo tiene carácter exploratorio.

B. Datos y métodos

1. Datos

Se utilizan dos rondas de la ENCJUV, la de 2015 (la primera medición en que se incluyeron preguntas sobre orientación sexual) y la de 2022 (la última disponible). Estos datos son de uso abierto¹⁰. La ENCJUV es una encuesta nacional transversal, con representación regional —las regiones son la mayor división administrativa del territorio chileno— y de alcance urbano y rural, que se realiza en Chile cada dos o tres años, desde 1994. La muestra representa a la población de 15 a 29 años. En 2015, la muestra incluía 9.393 casos y, en 2022, 9.700 (19.093 casos en total). Desde 2015, la ENJUV incluye un cuestionario autoaplicado para temas sensibles, que aborda orientación sexual, sintomatología depresiva y otros aspectos de salud mental.

La medición de la orientación sexual varió levemente en 2022: si bien la pregunta fue la misma (“¿Cuál es tu orientación sexual?”), cambiaron las opciones de respuesta. En 2015 se ofrecían cuatro alternativas: “heterosexual”, “homosexual”, “bisexual” y “todavía en exploración”. En 2022 se mantuvieron esas opciones y se agregaron categorías adicionales¹¹. En 2015, se registró un porcentaje elevado de no respuesta a esta pregunta, 1.081 casos (el 11,5% de la muestra), mientras que en 2022 fueron solo 221 casos (el 2,3% de la muestra), tal vez porque el mayor número de opciones permitió que más personas se identificaran con una orientación.

¹⁰ Los datos se encuentran disponibles para su descarga en: <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>.

¹¹ Las nuevas opciones son: “asexual (persona que no tiene deseo de involucrarse sexualmente con otra persona)”, “pansexual (persona que siente atracción sexual, afectiva y emocional por la persona, independiente de su sexo, género, orientación sexual o expresión de género)” y “otro (¿cuál?)”.

Solo 24 personas respondieron la opción “otro” en 2022. Para garantizar la comparabilidad, se recodificó la variable en cuatro categorías: “heterosexual”, “homosexual (gay o lesbiana)”, “bisexual” y “todavía en exploración/otro/no sabe o no responde”. Esta última categoría se mantuvo para evitar la pérdida de muestra, especialmente en 2015. En el análisis descriptivo se utilizaron las cuatro categorías, mientras que en los análisis posteriores se empleó una versión dicotómica (heterosexual/no heterosexual) por razones de poder estadístico.

La salud mental se examina mediante tres indicadores dicotómicos:

- i) Tratamiento de salud mental: la única medida comparable entre distintos años, basada en la pregunta “¿Recibes actualmente algún tratamiento para algún problema de salud mental, como depresión, ansiedad u otro?”¹².
- ii) Sintomatología depresiva: las mediciones difieren. En 2015 se utilizó una batería de seis preguntas sobre la frecuencia de los síntomas en el último mes, considerando como caso positivo un puntaje mayor o igual que 20¹³. En 2022 se implementó el cuestionario PHQ4, un instrumento estandarizado de cuatro preguntas sobre sintomatología ansiosa y depresiva en las últimas dos semanas, y se definió como caso positivo un puntaje mayor o igual que 3 en las preguntas sobre depresión¹⁴.
- iii) Ideación suicida: las mediciones también varían entre años. Una de las seis preguntas utilizadas en 2015 para la sintomatología depresiva era sobre la frecuencia con que la persona entrevistada se sentía con ganas de terminar su vida o suicidarse. Este indicador se ha utilizado como medida dicotómica, distinguiendo a quienes respondieron haberse sentido así algunas veces, casi siempre o siempre durante el último mes, y manteniendo como grupo de referencia a quienes respondieron que nunca se sintieron así. En 2022, se preguntaba por la frecuencia con que la persona entrevistada había pensado que sería mejor estar muerta o en autolesionarse de alguna manera durante las últimas dos semanas. También se dicotomizó esta medida, y se identificó a quienes mencionaban haberlo pensando varios días o más, en comparación con quienes no lo habían pensado para nada. No solo la medida de 2022 es más amplia (al incluir las ideas sobre hacerse daño), sino que, además, el horizonte de tiempo al que se refiere la pregunta es diferente.

¹² Una pequeña diferencia es que en 2015 se explicitó el tipo de tratamiento: “¿Recibes actualmente algún tratamiento psicológico o farmacológico para algún problema de salud mental, como depresión, ansiedad u otro?”.

¹³ La frecuencia va de 1 (nunca) a 5 (casi siempre) con la que, durante el último mes, la persona entrevistada sentía: 1) dificultades para dormir, 2) pocas ganas de hacer las cosas, 3) incapacidad para tomar decisiones 4) que no puede superar sus problemas o dificultades, 5) poca confianza en sí misma y 6) ganas de terminar con su vida o suicidarse. Estas preguntas se incluyeron porque habían sido utilizadas antes en las Encuestas de Desarrollo Humano 2011 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y, siguiendo ese instrumento, se clasificó con sintomatología depresiva a quien obtenía un puntaje de 20 o más (Instituto Nacional de la Juventud, 2015).

¹⁴ En el caso del cuestionario PHQ4, se preguntaba la frecuencia —de o (para nada) a 3 (casi todos los días)— con que, durante las últimas dos semanas, el entrevistado o la entrevistada: 1) se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta, 2) no ha podido dejar de preocuparse, 3) se ha sentido bajoneado, deprimido, irritable o desesperanzado o 4) ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas.

En síntesis, el análisis incorpora tres indicadores de salud mental: tratamiento de problemas psicológicos, presencia de sintomatología depresiva y presencia de ideación suicida. La interpretación de los resultados requiere cautela, considerando las variaciones de las preguntas entre años y las diferencias en los horizontes temporales de referencia para la sintomatología depresiva e ideación suicida.

Se incluyeron variables que miden otras características de la persona entrevistada y que, según estudios anteriores, se asocian a la orientación sexual, a saber: edad exacta, sexo, nivel educacional de la persona jefa de hogar —secundario incompleto (equivalente a menos de 12 años de escolaridad), secundario completo (o 12 años de escolaridad) y superior (más de 12 años de escolaridad)—, como variable indirecta (*proxy*) del nivel socioeconómico de los entrevistados, actividad (ocupado; estudiante; desempleado, pensionado u otro, y dueño o dueña de casa), residencia urbana o rural, zona del país (norte, centro, sur o Región Metropolitana de Santiago) y nacionalidad (para aproximarse a la situación migratoria, que no se recoge en la encuesta¹⁵). En algunos casos, las personas entrevistadas mismas son las jefas de hogar, por lo que se agregó una variable para determinar si ocupaban la jefatura del hogar. Se incluyó el tipo de seguro de salud —Fondo Nacional de Salud (FONASA) o seguro público; isapre o seguro privado; otro, o ninguno— de la persona entrevistada, como una manera de aproximación al acceso a servicios de salud, que puede mediar la relación entre salud mental y orientación sexual (considerando que en Chile la obtención de citas médicas es más lenta para los usuarios del seguro público que para los del privado). Finalmente, se incluyó un indicador dicotómico que identifica a las personas que mencionan haberse sentido discriminadas por su orientación sexual. Esta variable permite la aproximación a los factores distales que propone el modelo de estrés de minorías.

La no respuesta resultó significativa en los indicadores de salud mental, el tipo de seguro de salud y la educación de la persona jefa de hogar, como se detalla en el cuadro 2. Si bien otras variables presentan valores perdidos, estos no superan el 1% de la muestra. Para lidiar con la pérdida de información, se utilizaron técnicas de imputación múltiple por ecuaciones encadenadas. Después de verificar que no había patrones sistemáticos de no respuesta¹⁶, se realizaron diez imputaciones. Los resultados que se presentan son el promedio de los estimadores obtenidos en las diez bases imputadas.

¹⁵ En ambos ejercicios se preguntó: “¿Cuál es tu nacionalidad? 1. Chilena (exclusivamente), 2. Chilena y otra (doble nacionalidad), ¿cuál? y 3. Otra, ¿cuál?”. El estudio pretendía tener en cuenta la situación migratoria, al suponer que la migración puede agregar una capa adicional de estrés relacionado con la integración que afecte a la salud mental. Esta variable debe incluir a las personas migrantes en las últimas dos categorías de respuesta, pero también debe incluir a las personas no migrantes con doble nacionalidad. Lamentablemente, los datos no ofrecen una medida más directa de la migración, por lo que se usó la pregunta sobre la nacionalidad como variable indirecta.

¹⁶ Para evaluar la existencia de patrones sistemáticos de no respuesta, se enumeraron las combinaciones de no respuesta en las variables que se utilizaron y se verificó qué porcentaje de la muestra seguía cada uno de esos patrones. El patrón más común es el de respuesta completa, es decir, no existen valores perdidos para ninguna variable de la migración, que alcanza el 75% en 2015 y el 82% en 2022. Los siguientes patrones en general revelan pérdida en solo una variable (por ejemplo, en 2015 un 7% de la muestra tiene valores perdidos solo en la pregunta sobre el seguro de salud) o en combinaciones de variables, pero estas combinaciones normalmente representan menos del 1% de la muestra.

Cuadro 2

Chile: informe de no respuesta en la Encuesta Nacional de Juventudes, 2015 y 2022*(En números absolutos y porcentajes del total de la muestra)*

Variables	2015		2022	
	Casos perdidos	Porcentaje de pérdida	Casos perdidos	Porcentaje de pérdida
En tratamiento de salud mental	1 091	11,62	218	2,25
Sintomatología depresiva	1 147	12,21	729	7,52
Ideación suicida	1 000	10,65	854	8,8
Discriminación	52	0,55	30	0,31
Educación de la persona jefa de hogar	232	2,47	336	3,46
Jefatura de hogar	6	0,06	0	0,0
Actividad	38	0,4	81	0,84
Seguro de salud	854	9,1	409	4,2
Nacionalidad	26	0,28	3	0,03
Pertenencia a pueblos originarios	90	0,96	109	1,12
<i>n</i>	9 393		9 700	

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud, 8va Encuesta Nacional de Juventud 2015 y 10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022.

Nota: Los porcentajes se calcularon sobre el total de la muestra en cada año. Los datos están ponderados.

2. Estrategia analítica

El análisis se desarrolló en tres etapas. En primer lugar, se presentó la distribución de la orientación sexual de la población joven en 2015 y 2022. En segundo lugar, se caracterizó la muestra según orientación sexual (dicotomizada en heterosexual o no heterosexual). Dado que los datos fueron sometidos a imputación múltiple, la significación estadística de las diferencias entre grupos se evalúa mediante regresiones logísticas simples para cada variable, utilizando la orientación sexual (heterosexual o no heterosexual) como variable dependiente. En tercer lugar, se realizó un análisis multivariado de cada indicador de salud mental mediante modelos de regresión logística. Los modelos multivariados incorporan la orientación sexual como predictor principal, junto con el indicador de discriminación y un conjunto de variables de control: edad, sexo, nivel educacional de la persona jefa de hogar, jefatura de hogar de la persona entrevistada, actividad, seguro de salud, zona de residencia, área geográfica, nacionalidad y pertenencia a pueblos originarios.

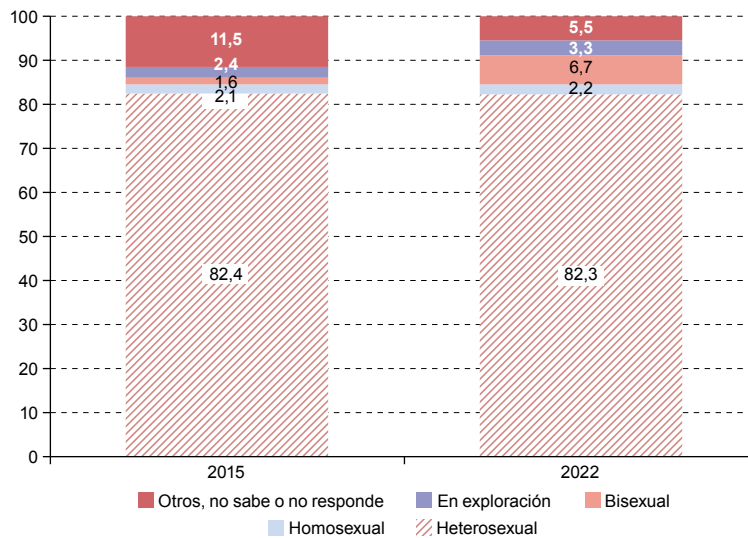
Para el tratamiento de los problemas de salud mental—única medida comparable entre años—, se estiman modelos separados por año y un modelo conjunto que incorpora una interacción entre orientación sexual y año de medición, lo que permite evaluar los cambios temporales en esta relación. Como se mencionó anteriormente, se utiliza el tiempo como medida del contexto normativo y de opinión pública sobre la población no heterosexual. Los modelos para la sintomatología depresiva e ideación suicida se presentan para 2015 y 2022 por separado, ya que no es posible homologar estas medidas. Para facilitar la interpretación, se presentan los cocientes de probabilidades (*odds ratio*)¹⁷.

¹⁷ Estos modelos se replicaron para los datos completos, es decir, sin realizar una imputación múltiple y considerando solo los casos en que no había pérdida de información en ninguna variable. Los resultados son coherentes en las variables de interés (orientación sexual, su interacción a lo largo del tiempo y discriminación por orientación sexual). El análisis se encuentra disponible previa solicitud.

C. Resultados

El gráfico 1 presenta la orientación sexual de la población joven en 2015 y 2022. La proporción que se identifica como heterosexual se mantiene estable en el 82%, lo que implica que un 18% reconoce una orientación sexual diversa. Se observaron cambios en el grupo no heterosexual, que consisten en un aumento del porcentaje de personas que se identifican como bisexuales (del 1,6% al 6,7%) y una disminución del porcentaje que se identifica con otra orientación o que no dio una respuesta (del 11,5% al 5,5%).

Gráfico 1
Chile: distribución de la población de 15 a 29 años, según orientación sexual, 2015 y 2022
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud, *8va Encuesta Nacional de Juventud 2015* y *10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022*.

Nota: Los porcentajes se calcularon sobre el total de casos válidos para cada año.

El cuadro 3 presenta las características de la muestra según la orientación sexual. Se observan diferencias significativas en todos los indicadores de salud mental que se consideraron. La prevalencia del tratamiento por problemas de salud mental, ideación suicida y sintomatología depresiva es aproximadamente dos veces mayor entre la población joven no heterosexual que entre sus pares heterosexuales. La tercera categoría alcanza su nivel más alto en 2022, cuando el 46% de las personas jóvenes no heterosexuales presentaron síntomas depresivos según el cuestionario PHQ4. Si bien los valores son considerablemente menores en 2015, cabe subrayar que en esa medición no se utilizó una batería estandarizada de preguntas. La ideación suicida también se incrementó entre 2015 y 2022, pero en este último año se preguntó a las personas entrevistadas, además de si habían pensado en suicidarse, si habían pensado en hacerse daño.

Cuadro 3

Chile: distribución de las características sociodemográficas y de salud mental de la población de 15 a 29 años, según orientación sexual, 2015 y 2022

(En porcentajes del total de la muestra)

	Heterosexual	No heterosexual	Total
Proporción no heterosexual			17,6
Indicadores de salud mental			
En tratamiento de salud mental***	7,6	14,8	8,9
Sintomatología depresiva (2015)***	5,9	8,9	6,5
Sintomatología depresiva (2022)***	25,1	46,1	28,8
Ideación suicida (2015)***	7,4	12,7	8,3
Ideación suicida (2022)***	20,5	40,0	23,9
Características sociodemográficas			
Mujer***	52,9	60,5	54,3
Edad media *** (desviación estándar)	21,8 (0,0)	20,9 (0,1)	21,6 (0,0)
Educación de la persona jefa de hogar***			
Secundaria incompleta o menos	30,0	33,6	30,7
Secundaria completa	41,3	39,5	40,9
Superior	28,7	26,9	28,4
Jefatura de hogar ***	15,5	12,8	15,1
Actividad**			
Ocupado	43,8	38,5	42,8
Estudiante	41,0	45,9	41,9
Pensionado, cesante u otro	7,0	7,7	7,1
Dueño o dueña de casa	8,2	7,9	8,2
Seguro de salud*			
Fondo Nacional de Salud (FONASA)	85,4	86,4	85,6
Institución de salud previsional (isapre)	10,0	8,6	9,8
Otro	4,6	5,0	4,6
Zona de residencia			
Urbana**	88,6	86,7	88,3
Área geográfica**			
Zona norte	20,9	21,8	21,0
Zona centro	18,5	20,6	18,9
Región Metropolitana de Santiago	26,8	24,8	26,4
Zona sur	33,8	32,8	33,7
Otras características			
Discriminación***	0,6	10,4	2,3
Otra nacionalidad o doble nacionalidad	95,3	95,3	95,3
Pertenencia a pueblos originarios	14,0	15,9	15,3
<i>n</i>	15 724	3 369	19 093

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud, *8va Encuesta Nacional de Juventud 2015 y 10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022*.

Notas: Las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas al *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Los valores corresponden al promedio de las estimaciones obtenidas en las diez bases imputadas.

Respecto de las demás variables, la población no heterosexual presenta una mayor proporción de mujeres (60%) en comparación con la población heterosexual (50%). Se hallan también diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la edad, ya que la distribución es un poco más joven en el grupo no heterosexual. En términos socioeconómicos, este grupo presenta un nivel educativo ligeramente menor en el caso de las personas jefas de hogar, lo que hace difícil pensar que exista una ventaja socioeconómica entre las minorías sexuales, y la proporción de jefes o jefas de hogar es un poco más baja entre los jóvenes no heterosexuales. Respecto a la actividad principal, hay una mayor proporción de estudiantes entre los no heterosexuales, lo que es coherente con su perfil etario más joven. Una proporción levemente menor de la población no heterosexual tiene seguro de salud privado, en comparación con la población heterosexual. En cuanto a la distribución geográfica, los jóvenes no heterosexuales tienen menor presencia en zonas urbanas, con una concentración relativamente mayor en la zona sur y menor en la Región Metropolitana de Santiago. La proporción de jóvenes que dice haberse sentido discriminado por su orientación sexual es, lógicamente, más alta entre los no heterosexuales, y alcanza el 10%. No hay diferencias significativas entre los dos grupos según nacionalidad ni pertenencia pueblos originarios.

El cuadro 4 muestra los resultados de los modelos de regresión logística para la sintomatología depresiva e ideación suicida en 2015 y 2022. En ambos ejercicios, los jóvenes que se identifican con una orientación no heterosexual mencionan mayor sintomatología depresiva y más ideación suicida. La magnitud del efecto resulta mayor en 2022 que en 2015, pero hay que recordar que se trata de diferentes mediciones de sintomatología depresiva y que, en 2022, la pregunta sobre ideación suicida incluía ideas sobre hacerse daño. Haber experimentado discriminación por la orientación sexual se asocia a una mayor probabilidad de tener ideas suicidas en ambos ejercicios, así como a una probabilidad más alta de presentar sintomatología depresiva, pero solo en 2022.

Cuadro 4

Chile: síntesis de los resultados de los modelos de regresión logística para la sintomatología depresiva y la ideación suicida entre las personas jóvenes, 2015 y 2022

	Depresión		Ideación suicida	
	2015	2022	2015	2022
Orientación sexual (ref.: heterosexual)^a				
No heterosexual	1,645***	2,064***	1,907***	2,127***
Discriminación por orientación sexual	1,582	1,899***	1,873**	1,905***
Características sociodemográficas				
Mujer	1,787***	1,517***	1,445***	1,336***
Edad	0,961***	0,964***	0,968***	0,966***
Educación de la persona jefa de hogar (ref.: secundaria incompleta o menos)				
Secundaria completa	0,835*	1,017	0,834*	0,993
Superior	0,822	1,097	0,749**	1,01
Jefatura de hogar	0,925	0,905	0,923	0,894

	Depresión		Ideación suicida	
	2015	2022	2015	2022
Actividad (ref.: ocupado)				
Estudiante	1,156	0,969	1,071	0,947
Pensionado, cesante u otro	1,479**	1,210*	1,671***	1,088
Dueño o dueña de casa	0,876	0,707***	1,029	0,681***
Seguro de salud (ref.: Fondo Nacional de Salud (FONASA))				
Institución de Salud Previsional (isapre)	0,915	0,791**	0,773*	0,769***
Otro	0,974	0,982	0,911	0,954
Zonas urbanas	1,537***	1,168*	1,322**	1,037
Área geográfica (ref.: zona norte)				
Zona centro	1,147	1,550***	1,152	1,231**
Región Metropolitana de Santiago	1,207	1,954***	1,248*	1,343***
Zona sur	1,098	1,337***	1,092	0,974
Otra nacionalidad o doble nacionalidad	0,859	1,644***	0,81	1,427***
Pertenencia a pueblos originarios	0,99	1,044	1,003	0,978
Constante	0,077***	0,226***	0,124***	0,310***
Observaciones (<i>en número</i>)	9 393	9 700	9 393	9 700

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud, *8va Encuesta Nacional de Juventud 2015* y *10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022*.

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

^a Las categorías de referencia se indican entre paréntesis.

En ambas rondas, ser mujer se asocia a una mayor probabilidad de sintomatología depresiva e ideación suicida. Una mayor edad se asocia a menores probabilidades de sintomatología depresiva y de ideación suicida, lo que resulta coherente con la información previa sobre la mayor vulnerabilidad de la juventud en relación con la salud mental. El tipo de seguro de salud se asocia significativamente a la presentación de sintomatología depresiva e ideación suicida, después de considerar el efecto de las demás variables del modelo. Quienes tienen seguro privado (isapre) tienen menores probabilidades de mostrar síntomas depresivos en 2022 o de mencionar ideas suicidas en ambas rondas. Estar desempleado o pensionado (en comparación con estar trabajando), al igual que residir en zonas urbanas, se asocia a mayores probabilidades de presentar sintomatología en ambos años, pero, en lo que respecta a ideación suicida, solo en 2015.

En cuanto a las demás covariables, los resultados muestran efectos significativos solo en 2022 o 2015. Por ejemplo, solo en 2015 un mayor nivel educacional se asocia a menores niveles de sintomatología depresiva e ideación suicida, y solo en 2022 las personas que viven en una zona del país diferente a la zona norte mencionan mayor sintomatología depresiva e ideación suicida (de hecho, en 2022 las diferencias tampoco son significativas al comparar a quienes viven en la zona sur y en la zona norte). Quienes declaran poseer una nacionalidad diferente a la chilena o doble nacionalidad muestran mayores niveles de sintomatología depresiva e ideación suicida en 2022 que los chilenos, pero no en 2015.

Los resultados del modelo de regresión logística revelan una asociación significativa entre orientación sexual no heterosexual y probabilidad de recibir tratamiento por problemas de salud mental, tanto en 2015 como en 2022, teniendo en cuenta el efecto de otras variables

(véase el cuadro 5). En 2022, las probabilidades de estar en tratamiento de las personas no heterosexuales son más del doble que las de las heterosexuales. En el modelo que incluye datos de ambos años, es notable el aumento de la proporción de jóvenes que indican estar en tratamiento en 2022, independientemente de la orientación sexual, pero también se observa que este aumento fue más importante entre las personas no heterosexuales que entre las heterosexuales. Las probabilidades de estar en tratamiento de las personas jóvenes no heterosexuales en 2022 son más del triple (cociente de posibilidades = $1.295 \times 1.482 \times 1.771 = 3.399$) que las de las heterosexuales en 2015, mientras que, en comparación, las de las personas jóvenes heterosexuales en 2022 son solo un 48% más altas que en 2015.

Cuadro 5

Resultados de regresión logística expresados como cocientes de probabilidades (*odds ratio*) del tratamiento por problemas psicológicos, según características seleccionadas, 2015-2022

Variables	2015	2022	2015-2022
Orientación sexual (ref.: heterosexual)^a			
No heterosexual	1,259*	2,294***	1,295**
2022			1,482***
No heterosexual × 2022			1,771***
Discriminación por orientación sexual	1,689	1,780***	1,806***
Características sociodemográficas			
Mujer	1,542***	1,820***	1,704***
Edad	0,986	1,009	0,999
Educación de la persona jefa de hogar (ref.: secundaria incompleta o menos)			
Secundaria completa	0,951	0,979	0,958
Superior	1,159	1,208**	1,187**
Jefatura de hogar	0,919	0,936	0,931
Actividad (ref.: ocupado)			
Estudiante	1,088	1,164*	1,116
Desempleado, pensionado u otro	1,616***	1,056	1,263**
Dueño o dueña de casa	0,998	0,638**	0,809*
Seguro de salud (ref.: Fondo Nacional de Salud (FONASA))			
Institución de salud previsual (isapre)	0,931	1,145	1,048
Otro	1,368	0,979	1,028
Zonas urbanas	1,699***	1,249*	1,421***
Área geográfica (ref.: zona norte)			
Zona centro	1,143	1,788***	1,462***
Región Metropolitana de Santiago	1,037	2,137***	1,559***
Zona sur	1,004	1,447***	1,217**
Otra nacionalidad o doble nacionalidad	0,74	2,470***	1,731***
Pertenencia a pueblos originarios	0,902	0,944	0,94
Constante	0,052***	0,011***	0,015***
Observaciones (en número)	9 393	9 700	19 093

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de la Juventud, *8va Encuesta Nacional de Juventud 2015 y 10ma Encuesta Nacional de Juventudes 2022*.

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

^a Las categorías de referencia se indican entre paréntesis.

En cuanto a las demás características del modelo, en 2022 se observa la aparición de otras asociaciones significativas: la probabilidad de tratamiento aumenta entre quienes pertenecen a hogares con jefes de hogar con educación superior (un indicador de mayor nivel socioeconómico), entre estudiantes (en comparación con las personas que trabajan) y entre residentes de todas las zonas del país, excepto la zona norte. Por el contrario, las personas dedicadas a labores domésticas muestran una menor probabilidad de indicar que se encuentran en tratamiento en 2022 que quienes trabajan, y se mantienen constantes las demás variables del modelo. La condición de desempleo, pensión u otra situación de inactividad se asoció con mayores probabilidades de depresión únicamente en 2015.

D. Discusión

En esta investigación se analiza la relación entre orientación sexual y salud mental en la población joven chilena. Los resultados indican que el 18% de los jóvenes de 15 a 29 años se identifica como parte de la diversidad sexual, una proporción mayor que en el caso de la población adulta y coherente con los resultados de estudios anteriores que documentan un aumento de la diversidad sexual entre las generaciones jóvenes. Esta tendencia podría vincularse a los mayores niveles educacionales que han alcanzado estas cohortes y a la asociación entre educación y autoidentificación como LGB señalada en otros contextos. Dado que el descenso demográfico reducirá el peso proporcional de la juventud en el futuro, es probable que aumente la visibilidad relativa del grupo no heterosexual.

Los datos de la ENCJUV indican que los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales no presentan una ventaja socioeconómica —medida por el nivel de educación de la persona jefa de hogar y la actividad laboral— respecto de sus pares heterosexuales. Esto puede deberse al alto porcentaje de jóvenes que aún estudian, pero también a la dilución de las diferencias de clase que se produce al incrementarse la autoidentificación como no heterosexual. Entre los adultos, la mayor proporción de orientaciones sexuales minoritarias entre los grupos con más recursos no significa que haya una menor prevalencia de estas en los sectores populares, sino que estos grupos probablemente enfrentan mayores obstáculos para expresar su orientación sexual abiertamente; por ejemplo, por la falta de independencia residencial (Besoain Arrau et al., 2023).

En materia de salud mental, la población joven LGB presenta mayores niveles de tratamiento, sintomatología depresiva e ideación suicida. El aumento general de los problemas de salud mental entre 2015 y 2022 es especialmente pronunciado entre quienes forman parte de la diversidad sexual. Este patrón se confirmó en el modelo que evaluó directamente la probabilidad de haber recibido tratamiento. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela por las diferencias en los instrumentos de medición y los efectos de la pandemia, que deterioró la salud mental de la población general (OMS, 2022).

Los hallazgos no apoyan la hipótesis de que un contexto legislativo y social más inclusivo se asocie a una mejor salud mental, a diferencia de lo observado en otros países (Hatzenbuehler et al., 2010; Pachankis et al., 2015). Ese efecto podría haberse visto neutralizado por el impacto de la pandemia, o quizás se requiera más tiempo para que los cambios legales y culturales se traduzcan en menores niveles de discriminación. Según el modelo de estrés de minorías, la discriminación continúa siendo un factor determinante clave de la salud mental, y los resultados muestran que su asociación con esta se intensificó entre 2015 y 2022.

El estudio presenta algunas limitaciones: solo una variable dependiente es estrictamente comparable entre ambos años y la orientación sexual se dicotomizó por razones de poder estadístico. Tampoco fue posible incluir medidas de apoyo familiar, un factor fundamental para la salud mental juvenil. Con todo, los datos subrayan la urgencia de abordar los problemas de salud mental de las minorías sexuales: en 2022, un 46% de los jóvenes LGB presentó sintomatología depresiva, frente al 25% en el caso de los heterosexuales. Es preciso desarrollar políticas específicas y trabajar con las familias, cuya influencia es decisiva en el contexto latinoamericano, donde estas continúan desempeñando un papel central (Ramm et al., 2024).

Las futuras investigaciones sobre este tema deberían incorporar información longitudinal que permita analizar el rol del contexto familiar y escolar, el acceso a tratamientos y otras dimensiones de la orientación sexual, con el fin de captar mejor su relación con la salud mental.

E. Conclusiones

La presente investigación muestra que las personas jóvenes chilenas que reconocieron tener una orientación sexual no heterosexual en 2015 y 2022 fueron más proclives que sus pares heterosexuales a presentar sintomatología depresiva e ideación suicida y a recibir un diagnóstico de depresión. Los resultados indican que esta asociación fue todavía más importante en 2022 que en 2015. La autoidentificación con una orientación sexual no heterosexual se situó en un 18% en ambas mediciones, mientras que los problemas de salud mental llegaron a alcanzar valores tan altos como el 46% en el caso del grupo no heterosexual en 2022.

Las personas pertenecientes a las minorías sexuales enfrentan el doble estigma de constituir un grupo marginado y tener problemas de salud mental (Lucassen et al., 2017). Hacen falta medidas dirigidas a mejorar la salud mental de los jóvenes en general, pero es preciso también implementar acciones específicas que tengan en cuenta la orientación sexual, dado que el grupo de jóvenes no heterosexuales constituye una población más vulnerable. Estas medidas deberían considerar el papel del contexto social y las oportunidades o posibilidades que las políticas de salud mental y de inclusión de las diversidades sexogenéricas ofrecen para responder a dicho contexto o desenvolverse en él.

Bibliografía

- Alencar Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W., y Valenti, V. E. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Amos, R., Manalastas, E., White, R., Ferrari, A., y Hatch, S. L. (2020). Mental health, social adversity, and health-related outcomes in sexual minority adolescents: a contemporary national cohort study. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(1), 36–45. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30339-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30339-6)
- Australian Bureau of Statistics. (2022). *Estimates and characteristics of LGBTI+ populations in Australia*. <https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/estimates-and-characteristics-lgbti-populations-australia/latest-release>
- Badgett, M. V. L. (2018). Left out? Lesbian, gay, and bisexual poverty in the U.S. *Population Research and Policy Review*, 37(5), 667–702. <https://doi.org/10.1007/s11113-018-9457-5>
- Badgett, M. V. L., y Rogers, M. A. (2003). *Left out of the count: Missing same-sex couples in Census 2000*. Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies.
- Barrientos, J., Guzmán, B., Alfaro, J., y Catalán, S. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: una aproximación cualitativa. *Terapia Psicológica*, 37(3), 181–197. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300181>
- Barrientos, J., Cárdenas, M., Gómez, F., y Frías-Navarro, D. (2017). Medidas de salud mental y bienestar subjetivo en una muestra de hombres gays y mujeres lesbianas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(9), 1115–1121.
- Besoain Arrau, C., Ojeda Güemes, T., y Rihm Bianchi, A. I. (2023). Hacer hogar fuera del closet: disputando el espacio doméstico en Santiago de Chile. *Debate Feminista*, 66, 1–31. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2023.66.2410>
- Binstock, G., Cabella, W., Salinas, V., y López-Colás, J. (2016). The rise of cohabitation in the Southern Cone. En A. Esteve y R. J. Lesthaeghe (Eds.), *Cohabitation and marriage in the Americas: Geo-historical legacies and new trends* (pp. 247–268). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31442-6_9
- Birkett, M., Espelage, D. L., y Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989–1000.
- Black, D., Gates, G., Sanders, S., y Taylor, L. (2000). Demographics of the gay and lesbian population in the United States: Evidence from available systematic data sources. *Demography*, 37(2), 139–154. <https://doi.org/10.2307/2648117>
- Boardman, J. D., Daw, J., Freese, J., y Harris, K. M. (2011). Population composition, public policy, and the genetics of smoking. *Demography*, 48(4), 1517–1533. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0057-9>
- Bridges, T., y Moore, M. R. (2018). Young women of color and shifting sexual identities. *Contexts*, 17(1), 86–88. <https://doi.org/10.1177/1536504218767125>
- Brown, C., Contreras, D., y Schmidt, L. (2019). Sexual orientation and labor force participation: findings from Chile and Uruguay. *Feminist Economics*, 25(2), 90–115. <https://doi.org/10.1080/13545701.2018.1554905>
- Coffman, K. B., Coffman, L. C., y Ericson, K. M. M. (2017). The size of the LGBT population and the magnitude of antigay sentiment are substantially underestimated. *Management Science*, 63(10), 3168–3186. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2016.2503>
- Conron, K. J., Goldberg, S. K., y Halpern, C. T. (2018). Sexual orientation and sex differences in socioeconomic status: a population-based investigation in the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(11), 1016–1026. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209860>

- Cortina, C. (2016). Demografía de las parejas homosexuales en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 153, 3–22. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.153.3>
- Cortina, C., y Cabré, A. (2010). Las uniones homosexuales en España. Una caracterización sociodemográfica a partir del censo de 2001. *Papers. Revista de Sociologia*, 95(3), 565–583. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v95n3.48>
- Crosnoe, R., y Johnson, M. K. (2011). Research on adolescence in the twenty-first century. *Annual Review of Sociology*, 37, 439–460. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150008>
- Darin-Mattsson, A., Fors, S., y Kåreholt, I. (2017). Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International Journal for Equity in Health*, 16, 173. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0670-3>
- de Lange, J., van Bergen, D. D., Bos, H. M. W., y Sandfort, T. G. M. (2022). Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: A meta-analysis. *LGBT Health*, 9(4), 211–222. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
- Diamond, G., Creed, T., Gillham, J., Gallop, R., Chou, J., y Diamond, G. M. (2022). Family processes: risk, protective and treatment factors for youth at risk for suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 64, 101578. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101578>
- Diamond, L. M. (2008). *Sexual fluidity: Understanding women's love and desire*. Harvard University Press.
- Dougall, I., Torsney, B., Bell, T., Tough, H., McAuley, C., y O'Donnell, C. (2024). How, when, and why is social class linked to mental health and wellbeing? A systematic meta-review. *Social Science and Medicine*, 343, 116542. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116542>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>
- Federal Interagency Working Group on Improving Measurement of Sexual Orientation and Gender Identity in Federal Surveys. (2016). *Current measures of sexual orientation and gender identity in federal surveys*.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine*, 35(7), 971–981.
- Frost, D. M., y Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Frost, D. M., Lehavot, K., y Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Gates, G. J. (2011). *How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?* The Williams Institute. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>
- Gates, G. J. (2017). In U.S., more adults identifying as LGBT. *Gallup News*. <https://news.gallup.com/poll/201731/lgbt-identification-rises.aspx>
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Huang, Y., Stronge, S., y Sibley, C. G. (2017). The diversity and prevalence of sexual orientation self-labels in a New Zealand national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1325–1336. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0857-5>
- Green, D., McQueen, C., McKnight-Eily, L. R., Kaplan, C., y Pittman, R. (2022). Experiences of minority stress and access to primary care services among sexual minority adults in the United States. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 35(1), 13–31. <https://doi.org/10.1080/10538720.2022.2044953>
- Guan, N., Pei, Y., Ye, Y., y Chen, M. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(2), e0264041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Guzmán-González, M., Trabucco, A., Villarroel, J., y Viveros, M. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1113–1120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801113>
- Harris, K. M., y Schorpp, K. M. (2018). Integrating biomarkers in social stratification and health research. *Annual Review of Sociology*, 44(1), 361–386. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053339>

- Hatzenbuehler, M. L., y Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *Journal of Adolescent Health, 53*(1), S21–S26. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.010>
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., y Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *American Journal of Public Health, 100*(3), 452–459. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., Kcomt, L., y Hughes, T. L. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: A narrative review of quantitative studies. *The Lancet Public Health, 9*(2), e109–e127. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00312-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00312-2)
- Herek, G. M., y Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 353–375. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>
- Herek, G. M., Norton, A. T., Allen, T. J., y Sims, C. L. (2010). Demographic, psychological, and social characteristics of self-identified lesbian, gay, and bisexual adults in a US probability sample. *Sexuality Research and Social Policy, 7*(3), 176–200. <https://doi.org/10.1007/s13178-010-0017-y>
- Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística. (2022). *Em pesquisa inédita do IBGE, 2,9 milhões de adultos se declararam homossexuais ou bissexuais em 2019*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33785-em-pesquisa-inedita-do-ibge-2-9-milhoes-de-adultos-se-declararam-homossexuais-ou-bissexuais-em-2019>
- Instituto Nacional de la Juventud. (2015). *Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015*. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/8va_encuesta_nacional_de_juventud_2015.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud. (2022). *Décima Encuesta Nacional de Juventud 2022*. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventud_2022.pdf
- Jones, J. M. (2022). LGBT identification in U.S. ticks up to 7.1%. *Gallup News*. <https://news.gallup.com/poll/389792/lgbt-identification-ticks-up.aspx>
- Laumann, E., Gagnon, J. H., Michael, R. T., y Michaels, S. (1994). The social organization of sexuality. In J. K. Davidson y N. B. Moore (Eds.), *Speaking of sexuality* (pp. 29–39). Roxbury Publishing Company.
- Leppel, K. (2009). Labour force status and sexual orientation. *Economica, 76*(301), 197–207. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.2007.00676.x>
- Link, B. G., y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Lucassen, M. F., Stasiak, K., Samra, R., Frampton, C. M., Merry, S. N., y Hatcher, S. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 51*(8), 774–787. <https://doi.org/10.1177/0004867417713664>
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A. R., y Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115–123.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., y Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health, 98*(6), 989–995.
- McLaughlin, K. A., Costello, E. J., Leblanc, W., Sampson, N. A., y Kessler, R. C. (2012). Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *American Journal of Public Health, 102*(9), 1742–1750.
- 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), 674–697.
- Meyer, I. H., y Wilson, P. A. (2009). Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/a0014587>

- Meyer, I. H., Russell, S. T., Hammack, P. L., Frost, D. M., y Wilson, B. D. M. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. *PLOS ONE*, 16(3), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015*. Gobierno de Chile. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2015>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2022*. Gobierno de Chile. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
- Mollborn, S., y Everett, B. (2015). Understanding the educational attainment of sexual minority women and men. *Research in Social Stratification and Mobility*, 41, 40–55. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2015.04.004>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2024). *XXII Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile: Hechos 2023*. <https://www.movilh.cl>
- Nathan, M., y Pardo, I. (2018). *Demografía de las parejas del mismo sexo en Uruguay*. Documentos de Trabajo (2). Universidad de la República, Programa de Población.
- Needham, B. L. (2012). Sexual attraction and trajectories of mental health and substance use during the transition from adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(2), 179–190.
- Nettuno, L., Mann, S., y Gonzales, G. (2024). Sexual orientation based health disparities in Chile. *PLOS ONE*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296923>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Gender and health*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., y Parsons, J. T. (2014). Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*, 29(10), 1239–1246.
- Paradela-López, M., Antón, J. I., y Jima-González, A. (2023). How much have we changed? Long-term determinants of attitudes toward homosexuality in Chile. *Latin American Research Review*, 58(3), 575–594.
- Phua, V. C., y Kaufman, G. (1999). Using the census to profile same-sex cohabitation: a research note. *Population Research and Policy Review*, 18, 373–386.
- Ramchand, R., D'Aoust, R., Guerrero, S., y Sullivan, P. S. (2022). Suicidality among sexual minority adults: gender, age, and race/ethnicity differences. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.07.012>
- Ramm, A., Brown, J., y Gill, R. (2024). 'It would be a problem for the family': queerness, family honour and familism in Chile. *Culture, Health & Sexuality*, 26(9), 1105–1118. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2300642>
- Reczek, C. (2020). Sexual- and gender-minority families: a 2010 to 2020 decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 300–325. <https://doi.org/10.1111/jomf.12607>
- Robles, G., De Jesus, M., y Adames, H. Y. (2024). Multilevel analysis of sociopolitical contexts, social support, mental health, and alcohol use among partnered sexual minority Latino men in the U.S. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(3), 1618–1627. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01637>
- Rubio, M. (2017). *Demografía LGBT en Colombia: un análisis con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. Universidad Externado de Colombia. https://www.academia.edu/35488730/MR17_03_Demografia_LGBT_en_Colombia_Análisis_con_la_Encuesta_Nacional_de_Demografía_y_Salud_2015
- Russell, S. T., y Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>

- Russon, J., Walker, K., y Bridge, J. A. (2022). Suicide among LGBTQIA+ youth: a review of the treatment literature. *Aggression and Violent Behavior*, 64, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101578>
- Schuler, M. S., Prince, D. M., y Collins, R. L. (2021). Disparities in social and economic determinants of health by sexual identity, gender, and age: results from the 2015-2018 National Survey on Drug Use and Health. *LGBT Health*, 8(5), 330–339. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0390>
- Sharfman, A., y Cobb, P. (2023). *Sexual orientation, UK: 2021 and 2022*. Office for National Statistics. <https://www.ons.gov>
- Smock, P. J., y Schwartz, C. R. (2020). The demography of families: a review of patterns and change. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 9–34. <https://doi.org/10.1111/jomf.12612>
- Spittlehouse, J. K., Boden, J. M., y Horwood, L. J. (2020). Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychological Medicine*, 50(8), 1348–1355. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001284>
- Spizzirri, G., Pereira, G., Gonçalves, T. R., y Senra, H. (2022). Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Scientific Reports*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15103-y>
- Talley, A. E., Hughes, T. L., Aranda, F., y Birkett, M. (2014). Exploring alcohol-use behaviors among heterosexual and sexual minority adolescents: intersections with sex, age, and race/ethnicity. *American Journal of Public Health*, 104(2), 295–303.
- Tebaldi, E., y Elmslie, B. T. (2006). Sexual orientation and labour supply. *Applied Economics*, 38(5), 549–562. <https://doi.org/10.1080/00036840500293789>
- Tomicic, A., Moya, A., y Araneda, E. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723–733. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>
- Tomic, D., Martín-Subero, M., y Sánchez, F. (2025). Mental health of LGBTQ+ workers: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06556-2>
- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., y Flores, M. (2018). Are developmental assets protective against suicidal behavior? Differential associations by sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 48, 788–801. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0954-y>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., y Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589.
- Valfort, M. (2017). LGBTI in OECD countries: a review. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, 198. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/d5d49711-en>
- Wang, J., y Geng, L. (2019). Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020281>
- Wilson, C., y Cariola, L. A. (2020). LGBTQIA+ youth and mental health: a systematic review of qualitative research. *Adolescent Research Review*, 5, 187–211. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00118-w>
- Wilson, T., Westrupp, E., y Brown, S. J. (2020). What is the size of Australia's sexual minority population? *BMC Research Notes*, 13(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05383-w>
- Wittgens, C., Costa, R. S., y Nascimento, D. L. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: a meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(4), 357–372. <https://doi.org/10.1111/acps.13405>