

# Análisis comparativo de la salud mental en personas bisexuales chilenas y sus contrapartes gay, lesbiana y heterosexual

Mónica Guzmán-González<sup>1,a</sup>, Jaime Barrientos<sup>2,a,\*</sup>, Joaquín Bahamondes<sup>1,a</sup>.

Comparative Analysis of Mental Health in Chilean Bisexual Individuals and Their Gay, Lesbian, and Heterosexual Counterparts

## RESUMEN

Estudios internacionales muestran que las personas bisexuales tienen mayor riesgo de experimentar problemas de salud mental que gays, lesbianas y heterosexuales. Sin embargo, hay poca investigación sobre este grupo en el contexto latinoamericano y chileno. **Objetivo:** Describir y comparar la salud mental de mujeres y hombres bisexuales en Chile, respecto de sus contrapartes gays, lesbianas y heterosexuales. **Materiales y método:** Se evaluó una muestra probabilística estratificada y multietápica de 20.392 personas de 18 años y más, residentes en zonas urbanas de Chile, obtenida a través de la segunda Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX-2022). Los/as participantes completaron una encuesta de 305 preguntas, incluyendo la Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) para evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, y una pregunta para evaluar la orientación sexual. Se realizaron modelos de regresión lineal ponderada para comparar los niveles de depresión y ansiedad entre los diferentes grupos de orientación sexual, utilizando mujeres bisexuales como grupo de referencia. Se controlaron las variables de edad y nivel educacional. **Resultados:** Los análisis evidenciaron que las mujeres bisexuales reportaron puntajes significativamente más altos en sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los otros grupos (mujeres heterosexuales, hombres heterosexuales, mujeres lesbianas, hombres gays) excepto hombres bisexuales, quienes también presentaron niveles altos en ambas variables. **Conclusiones:** El estudio proporciona información que puede respaldar políticas públicas,

<sup>1</sup>Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Psicólogo (a).

\*Correspondencia: Jaime Barrientos / jbarrientos@uahurtado.cl  
Almirante Barroso 10, Santiago de Chile.

Financiamiento: La Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) financiada por el Ministerio de Salud (MINSAL).

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 22 de junio de 2024.  
Aceptado: 12 de marzo de 2025.

programas de apoyo y sensibilización, así como la promoción de la igualdad hacia las distintas orientaciones sexuales, con un enfoque particular en mujeres bisexuales.

**Palabras clave:** Bisexuales; Gais; Heterosexual; Lesbianas; Salud Mental.

### ABSTRACT

International studies show that bisexual people tend to experience higher levels of mental health problems than gays, lesbians, and heterosexuals. However, there is little research on this group in the Latin American and Chilean context. **Aim:** To describe and compare the mental health of bisexual women and men in Chile, with respect to their gay, lesbian and heterosexual counterparts. **Materials and method:** A stratified and multistage probabilistic sample of 20,392 people aged 18 years and over, residing in urban areas of Chile, obtained through the Second National Survey on Health, Sexuality, and Gender (ENSSEX-2022) was used. Participants completed a 305-question survey, including the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) to assess depressive and anxiety symptomatology, and a question to assess sexual orientation. Weighted linear regression models were performed to compare levels of depression and anxiety between different sexual orientation groups, using bisexual women as the reference group. The variables of age and educational level were controlled. **Results:** The analyses revealed that bisexual women reported significantly higher scores on depressive and anxious symptoms compared to the other groups (heterosexual women, heterosexual men, lesbian women, gay men), except for bisexual men, who also exhibited high levels in both variables. **Conclusions:** Our study provides information that can support public policies, support and awareness programs, as well as the promotion of equality towards different sexual orientations, with a particular focus on bisexual women.

**Keywords:** Bisexuals; Gays; Heterosexuality; Lesbians; Mental Health.

Chile, al igual que muchas otras sociedades en el mundo, ha experimentado cambios en la aceptación de las diversidades sexuales y genéricas. Medidas como la ley antidiscriminación en 2012, la unión civil en 2015, el reconocimiento legal de la identidad de género en 2018 y el matrimonio igualitario en 2021 han contribuido a este escenario. No obstante, el estigma y la discriminación hacia las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex, queer (LGBTIQ+) persisten en la sociedad chilena, con consecuencias negativas para su bienestar y su salud mental.

Numerosos estudios han demostrado que las personas LGBTIQ+ experimentan tasas más altas de problemas de salud mental en comparación con sus contrapartes heterosexuales<sup>1,2,3,4,5,6</sup>. Este riesgo es aún mayor en las personas bisexuales, quienes presentan una mayor incidencia de síntomas depresivos y ansiosos, así como índices más elevados de suicidalidad en comparación con sus pares gais y lesbianas, hallazgo reportado en estudios internacionales<sup>6,7,8</sup>, y en Chile<sup>9,10</sup>. Una de las posibles explicaciones para este escenario es el doble estigma que enfrentan, al experimentar

rechazo tanto de la comunidad heterosexual como de la propia comunidad LGBTIQ+<sup>11,12</sup> fenómeno conocido como bifobia. Factores como la falta de reconocimiento, el menor apoyo social y la limitada visibilidad de su orientación sexual agravan este malestar psicológico<sup>8,13,14,15,16</sup>. Asimismo, la fluidez sexual, definida como la flexibilidad de la atracción sexual según el contexto o la situación<sup>17</sup> a menudo asociada con la bisexualidad, desafía las normas culturales que conciben la sexualidad en términos binarios. Estos desafíos intensifican el estigma y refuerzan la invalidación de sus experiencias, contribuyendo a las disparidades en su salud mental. Por lo tanto, la invisibilidad y las particularidades únicas de las experiencias de las personas bisexuales subrayan la importancia crítica de investigar su salud mental.

Asimismo, hay estudios que han evidenciado que dentro de la comunidad LGBTIQ+, los problemas de salud mental pueden variar según el género. En este sentido, se ha observado que las mujeres bisexuales presentan un mayor riesgo de experimentar sintomatología depresiva y otros problemas de salud mental<sup>10,18,19,20</sup>, lo que revela intersecciones entre la orientación sexual y el género que resultan relevantes para su análisis. Otro aspecto importante a considerar es que la investigación sobre las disparidades en salud mental entre las personas bisexuales y sus contrapartes gay y lesbianas se ha llevado a cabo principalmente en Estados Unidos y Europa<sup>6,8,21</sup>, con una subrepresentación de países latinoamericanos, lo que contribuye a aumentar la invisibilidad de dicho grupo en este contexto cultural.

A fin de abordar estos desafíos pendientes en la investigación en torno a este tema, el presente artículo tiene como objetivo describir y comparar la salud mental de mujeres y hombres bisexuales en Chile, respecto de sus contrapartes gay, lesbianas y heterosexuales. Específicamente, se busca identificar posibles diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa entre estos grupos. Con ello, se espera proporcionar información valiosa para el diseño de intervenciones y políticas de salud mental específicas para esta población, más inclusivas y sensibles a sus particularidades. De acuerdo con los antecedentes presentados,

se anticipa que las personas bisexuales, como grupo, reportarán mayor sintomatología depresiva y ansiosa y que estos índices serán más evidentes en mujeres bisexuales.

## Material y Método

### *Muestreo y Participantes*

Se ocuparon datos provenientes de la segunda Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX-2022) realizada por el Ministerio de Salud de Chile<sup>22</sup>. La población objetivo de la ENSSEX corresponde a personas de 18 años y más, chilenas o residentes en Chile, que habitan en viviendas particulares ocupadas ubicadas en zonas urbanas de las dieciséis regiones de Chile. Se consideró un muestreo probabilístico por áreas, estratificado geográficamente y multietápico (cuatro etapas: comuna, manzana, vivienda y persona), para un tamaño de muestra objetivo nacional de 20.000 casos efectivos, distribuidos proporcionalmente en las dieciséis regiones del país. Se realizó una encuesta cara a cara en los hogares y se incluyó un sobremuestreo de la población de 18 a 34 años y de 60 años y más. El tamaño final de la muestra fue de 20.392 personas, con un sobremuestreo de 40.000 hogares seleccionados. Se alcanzó una tasa de realización del 102%, una tasa de cooperación del 60% y una tasa de rechazo del 34%. El error absoluto fue de  $\pm 0,7$  a escala nacional.

Con el fin de ajustar el desbalance producido por el sobremuestreo, se estimaron factores de expansión a nivel de comuna, manzana y vivienda, los cuales se calcularon con base en el Censo 2017- INE<sup>23</sup>, respecto a las personas de 18 y más años que habitan en áreas urbanas, que alcanza a 13,439,667<sup>22</sup>. Las características de los/as participantes se presentan en la tabla 1.

### *Medidas*

La encuesta constó de 305 preguntas, distribuidas en 11 módulos: a) identificación y caracterización de la persona encuestada, b) bienestar y salud general, c) orientaciones normativas, d) socialización y educación sexual, e) trayectoria sexual, f) vida en pareja, g) prácticas sexuales, h) orientación sexual e identidad de género, i) salud sexual y reproductiva, j) violencia sexual y k) ca-

**Tabla 1.** Descriptivos para la muestra sin (izquierda) y con (derecha) factores de expansión aplicados.

	Muestra no ponderada n= 20.392		Muestra Ponderada N= 13.439.667	
	M	DT	M	DT
Depresión	1,72	0,71	1,70	0,71
Ansiedad	1,66	0,72	1,62	0,71
Edad	44,93	18,13	44,77	17,62
	n	%	n	%
<b>Grupos</b>				
Mujeres bisexuales	324	1,65	174.577	1,32
Hombres bisexuales	80	0,41	58.796	0,44
Mujeres lesbianas	107	0,54	59.728	0,45
Hombres gais	166	0,84	161.872	1,22
Mujeres heterosexuales	12.610	64,17	6.612.612	49,82
Hombres heterosexuales	6.364	32,39	6.204.598	46,75
<b>Identidad de género</b>				
Masculino	6.790	33,33	6.486.944	47,80
Femenino	13.489	66,22	7.007.607	51,64
Transmasculino / Hombre trans	13	0,06	12.471	0,09
Transfemenino / Mujer trans	9	0,04	8.549	0,06
No binario	41	0,20	30.392	0,22
Otro	29	0,14	24.528	0,18
<b>Atracción sexual (hacia)</b>				
Sólo mujeres	6.439	31,58	6.082.874	44,78
Más frecuentemente mujeres	207	1,02	149.198	1,10
Mujeres y hombres por igual	397	1,95	241.811	1,78
Más frecuentemente hombres	618	3,03	360.551	2,65
Sólo hombres	12.356	60,59	6.594.924	48,55
Otro	13	0,06	5.612	0,04
Nunca ha sentido atracción	117	0,57	51.290	0,38
No responde	245	1,20	98.344	0,72
<b>Nivel educativo</b>				
Nunca asistió	193	0,95	100.258	0,74
Sala cuna	0	0,00	0	0,00
Jardín infantil	1	0,00	425	0,00
Pre-kinder / Kinder	0	0,00	0	0,00
Educación Especial <sup>a</sup>	11	0,05	6.120	0,05
Primario o Preparatoria	519	2,55	339.921	2,50
Educación Básica	3.164	15,52	1.774.561	13,06
Humanidades	844	4,14	423.446	3,12
Educación Media (C-H <sup>b</sup> )	6.905	33,86	4.115.030	30,29
Técnica comercial	526	2,58	266.534	1,96
Educación Media (TP <sup>c</sup> )	1.706	8,37	1.017.303	7,49
TNS Incompleto	841	4,12	678.004	4,99
TNS Completo	1.815	8,90	1.568.447	11,55
Profesional incompleto <sup>d</sup>	1.342	6,58	1.108.989	8,16
Profesional completo <sup>d</sup>	2.306	11,31	1.987.031	14,63
Postgrado incompleto	58	0,28	52.112	0,38
Postgrado completo	161	0,79	146.430	1,08

<sup>a</sup>Diferencial; <sup>b</sup>Científico-Humanista; <sup>c</sup>Técnica Profesional; <sup>d</sup>Carreras de 4 o más años.

racterización socioeconómica. En este artículo se analizaron algunas preguntas del módulo a, b, c y k.

*Ansiedad y depresión.* Se ocupó un instrumento de auto reporte, la Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)<sup>24</sup> que incluye 2 ítems para evaluar síntomas de depresión, es decir, la presencia de estado de ánimo disfórico ( $r= 0.59$ , 95% IC [0.57, 0.61]) y otras 2 para síntomas de ansiedad, que refiere a síntomas de excitación, intranquilidad y miedo ( $r= 0.52$ , 95% IC [0.50, 0.55]). Las opciones de respuesta son “nada”, “varios días”, “más de la mitad de los días” y “casi todos los días”, que se puntúan como 0, 1, 2 y 3, respectivamente. Las puntuaciones del PHQ-4 oscilan entre 0 y 12. Una respuesta positiva a cualquiera de estas preguntas para la depresión indica que se requieren exámenes adicionales.

*Orientación sexual.* Para evaluar orientación sexual, la encuesta considera varias preguntas, y en este artículo se usó sólo una de ellas: pregunta 134. La 134 tenía las siguientes alternativas: Usted actualmente se identifica cómo: Gay (atracción de un hombre hacia otro hombre), Lesbiana (atracción de una mujer hacia otra mujer), Bisexual (atracción hacia hombres y mujeres), Heterosexual (atracción hacia el sexo opuesto), Otro ¿Cuál?, Prefiere no responder, No sabe y No responde. Esta pregunta refiere a la identificación con una categoría<sup>25</sup>. En este estudio se ocupó esta pregunta debido a que, para responderla, se requiere un grado de conciencia respecto a la propia identidad, con los efectos que esta conciencia puede tener en la salud mental considerando el estigma hacia las poblaciones LGBTIQ+. Esta pregunta difiere de otras como las relativas a atracción o prácticas sexuales<sup>26</sup>.

*Procedimiento.* Se realizó un estudio cuantitativo, diseñado por el Ministerio de Salud y un equipo de investigadores expertos, entre los que se cuenta uno de los autores de este artículo. El estudio fue licitado y ejecutado por una empresa externa. El cuestionario se aplicó personalmente en el domicilio de la persona seleccionada y fue administrado por un entrevistador mediante un cuestionario en un dispositivo electrónico (CAPI), con una duración media de 45 minutos. El estudio contó con la aprobación del comité de ética de

la Pontificia Universidad Católica de Chile y se desarrolló siguiendo los principios establecidos en la declaración de Helsinki.

*Plan de análisis.* Para controlar el efecto del sesgo muestral en la estimación de los parámetros, se llevaron a cabo una serie de modelos de regresión lineal ponderada por el diseño muestral (*Survey-weighted linear regression*), que incorpora pesos muestrales a nivel de comuna, manzana y vivienda. Esto permite una representación más precisa de la población, y la estimación más robusta de los parámetros. Para evaluar la hipótesis, se estimó un modelo de regresión ponderada, en el cual se incluyeron los grupos como niveles de una variable categórica, cada uno de los cuales se comparó con las mujeres bisexuales, quienes se establecieron como grupo de referencia. De este modo, los coeficientes de regresión representan la diferencia entre cada grupo en sus niveles de depresión o ansiedad en comparación con las mujeres bisexuales. Para controlar por el potencial efecto de la edad y la educación de los/as participantes, se incluyeron al modelo como covariables. Todos los análisis fueron ejecutados en el software estadístico R<sup>27</sup> y se utilizaron los paquetes *survey*<sup>28</sup> y *jtools*<sup>29</sup>.

## Resultados

La tabla 2 resume las correlaciones y los descriptivos específicos por grupo para las principales variables de estudio. Los resultados iniciales evidencian, a partir de los estadísticos descriptivos ponderados, que las mujeres bisexuales reportan los niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa, seguidas estrechamente de los hombres bisexuales. En el suplemento online, se provee mayor información sobre la distribución de las respuestas, en las que puede apreciarse el mismo patrón (Enlace no anonimizado aquí). Por otra parte, consistente con la literatura previa, las correlaciones bivariadas ponderadas muestran una correlación significativa entre ansiedad y depresión (Tabla 2).

Para examinar las hipótesis planteadas, se estimaron dos modelos de regresión lineal ponderada, para minimizar el efecto del sesgo muestral en la estimación de los parámetros. Los resultados del modelo de sintomatología depresiva son consistentes con aquellos reportados en el modelo que predice

sintomatología ansiosa. Específicamente, todos los grupos reportan puntajes significativamente más bajos que las mujeres bisexuales (grupo de referencia) tanto en sintomatología depresiva (Tabla 3) como en sintomatología ansiosa (Tabla 3), a excepción de los hombres bisexuales, quienes presentan niveles altos en ambas variables ( $B = -0.12$ , 95% IC [-0.32, 0.09],  $p = .257$ , y  $B = -.05$ , 95% IC [-0.33, 0.22],  $p = .709$ , respectivamente), aunque algo menores respecto

de mujeres bisexuales.

Notablemente, el grupo que más diferencias reportó en ambos indicadores, depresión y ansiedad, respecto de las mujeres bisexuales fue el de los hombres heterosexuales ( $B = -0.51$ , 95% IC [-0.64, -0.39],  $p < .001$ , y  $B = -0.51$ , 95% IC [-0.64, -0.38],  $p < .001$ , respectivamente). Las diferencias reportadas son significativas aun controlando por la edad y el nivel educacional de los/as participantes (Tabla 3 y 4).

**Tabla 2.** Correlaciones bivariadas y descriptivos ponderados por grupo.

	Edad	Educación	Depresión	Ansiedad
Edad	--	-.39*	.03*	.00
Educación		--	-.06*	-.03*
Depresión			--	.64*
Ansiedad				--
Grupos: M (DT)				
Mujeres bisexuales	27.55 (8.52)	12.46 (2.67)	2.05 (0.75)	2.01 (0.82)
Hombres bisexuales	27.92 (9.92)	12.54 (2.66)	1.93 (0.60)	1.96 (0.74)
Mujeres lesbianas	30.66 (8.12)	12.38 (2.27)	1.51 (0.65)	1.55 (0.72)
Hombres gais	34.24 (11.52)	12.56 (2.63)	1.76 (0.66)	1.78 (0.76)
Mujeres heterosexuales	46.50 (17.93)	10.44 (3.01)	1.81 (0.75)	1.71 (0.75)
Hombres heterosexuales	44.15 (17.09)	10.98 (2.94)	1.56 (0.65)	1.50 (0.63)

\*Indica 95%IC que descartan una correlación equivalente a cero.

**Tabla 3.** Regresión lineal ponderada para sintomatología depresiva.

	B	95% IC	t	p
Intercepto	2,19	[2,03; 2,35]	27,45	<,001
Grupos				
Hombres bisexuales	-0,12	[-0,32; 0,09]	-1,14	,257
Mujeres lesbianas	-0,54	[-0,77; -0,32]	-4,81	<,001
Hombres gais	-0,30	[-0,48; -0,12]	-3,28	<,001
Mujeres heterosexuales	-0,28	[-0,41; -0,15]	-4,28	<,001
Hombres heterosexuales	-0,51	[-0,64; -0,39]	-8,06	<,001
Edad	0,01	[-0,00; 0,01]	1,02	,308
Nivel educativo	-0,01	[-0,02; -0,01]	-3,91	<,001

**Tabla 4.** Regresión lineal ponderada para sintomatología ansiosa.

	<b>B</b>	<b>95% IC</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Intercepto	2,12	[ 1,96; 2,27]	26,46	<,001
Grupos				
Hombres bisexuales	-0,05	[-0,33; 0,22]	-0,37	,709
Mujeres lesbianas	-0,45	[-0,73; -0,17]	-3,17	,002
Hombres gays	-0,22	[-0,42; -0,03]	-2,30	,022
Mujeres heterosexuales	-0,32	[-0,45; -0,18]	-4,59	<,001
Hombres heterosexuales	-0,51	[-0,64; -0,38]	-7,78	<,001
Edad	0,00	[-0,00; 0,00]	0,30	,764
Nivel educativo	-0,01	[-0,01; -0,00]	-2,90	,004

## Discusión

El propósito de este estudio fue examinar la salud mental de hombres y mujeres bisexuales en comparación con sus contrapartes gays, lesbianas y heterosexuales. Los resultados obtenidos, en línea con la investigación previa a nivel internacional y nacional<sup>6,7,8,9,10</sup>, evidenciaron que las personas bisexuales mostraron mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con sus contrapartes heterosexuales, incluso después de controlar el efecto de la edad y el nivel educativo. Además, se identificó que las mujeres bisexuales mostraron niveles significativamente más altos de síntomas ansiosos y depresivos en comparación con mujeres y hombres heterosexuales, gays y lesbianas, y ligeramente más altos que los hombres bisexuales. Estos hallazgos son también coherentes con lo que se ha reportado en estudios previos concernientes al grupo de mujeres<sup>19,30,31,32,33</sup>.

Los resultados obtenidos pueden entenderse a la luz del Modelo de estrés de minorías propuesto por Meyer<sup>15</sup>, marco conceptual que da cuenta de cómo ciertos factores sociales constituyen estresores que subyacen a los índices de salud más desfavorables observables en las minorías sexuales. En el caso de personas bisexuales, estas a menudo enfrentan estigmatización y discriminación, o expresiones de lo que se conoce como bifobia<sup>34</sup>, tanto en la sociedad en general

como dentro de la comunidad LGBTQ+<sup>8</sup>, al estar inmersas en una cultura monosexista que percibe la sexualidad en términos binarios<sup>8,31,35</sup>. En particular, quienes se autoidentifican como bisexuales suelen enfrentarse al escepticismo acerca de su identidad o a una deslegitimación de su orientación como algo transitorio o exploratorio<sup>8,36</sup>. A esta compleja dinámica, se suma el hecho de que tienden a percibir menos apoyo y menor sentido de pertenencia con su comunidad<sup>8,20,37,38</sup> que las hace más propensas a ocultar su propia orientación sexual<sup>7</sup>. Por tanto, esta exposición constante al estigma y la discriminación, o bifobia, constituyen fuentes de estrés, que puede llevarlas a una menor aceptación de su propia identidad y una sensación de invisibilidad, aumentando así el riesgo de experimentar malestar crónico, ansiedad y depresión. Lo anterior es relevante, debido a que, a la vez, la ENSSEX-2022 revela un incremento significativo de la declaración de bisexualidad entre las mujeres en las cohortes más jóvenes, lo que indica que la bisexualidad es un hecho en nuestro país, al que, considerando estos hallazgos, es necesario poner atención<sup>39</sup>.

Por otra parte, los hallazgos evidencian que las mujeres bisexuales muestran los índices más altos de ansiedad y depresión en comparación con los demás grupos comparados (mujeres y hombres heterosexuales, mujeres lesbianas y hombres

gays), salvo hombres bisexuales. Estos reportan niveles igualmente elevados de sintomatología ansiosa y depresiva, aunque comparativamente algo menores que mujeres bisexuales. La interseccionalidad del sexo y género emerge como un factor relevante para entender estos resultados, ya que la interacción entre la orientación sexual y los estereotipos de género plantea desafíos particulares. Tanto las expectativas sociales asociadas a la sexualidad femenina, como el hecho de que su orientación sexual puede percibirse como una amenaza para la heteronormatividad, pueden invalidar sus experiencias, aumentando su vulnerabilidad ante los problemas de salud mental. Por lo tanto, el estrés social aditivo asociado con el género entre personas LGB contribuye a este panorama. Por ejemplo, Szymanski<sup>40</sup>, encontró que el heterosexismo, el sexismo y el heterosexismo internalizado estaban asociados con el malestar psicológico en lesbianas y mujeres bisexuales, y que la interacción de eventos heterosexistas y sexistas contribuía aún más a este.

Estos efectos pueden verse amplificados por factores socioculturales específicos del contexto chileno, donde, si bien la sociedad se ha vuelto más pluralista y ha habido avances en términos de legislación y reconocimiento de derechos para las personas LGBTIQ+, persisten estructuras conservadoras en torno al género y la sexualidad.

Asimismo, las brechas de género en salud mental detectadas en población adulta, donde las mujeres reportan consistentemente mayor sintomatología psicopatológica<sup>41</sup>, se replican parcialmente en nuestro estudio. Factores como el menor acceso a la educación y el desempleo parecen acentuar, particularmente en las mujeres, el riesgo de experimentar problemas de salud mental<sup>42</sup>. Además, la menor importancia concedida a dicho malestar en el caso de los hombres podría ser otro factor que explique las diferencias. Sin embargo, en el caso de las personas bisexuales, este patrón de diferencias de género no es tan marcado: aunque los hombres bisexuales presentan niveles de sintomatología algo menores que las mujeres bisexuales, estas diferencias no alcanzan significación estadística. Es posible que los imperativos asociados a la masculinidad sean

menos estigmatizantes para ellos, lo que podría explicar puntajes comparativamente menores de sintomatología ansiosa y depresiva.

Por otra parte, la mayor vulnerabilidad que experimentan las mujeres bisexuales respecto sus pares heterosexuales y lesbianas puede explicarse por el menor sentido de pertenencia a las comunidades lesbianas y feministas, lo que se asocia con mayores niveles de sintomatología depresiva<sup>29</sup>. Hay estudios que revelan que los estereotipos sobre promiscuidad e inautenticidad, junto con la presión de las parejas para que se identifiquen como heterosexuales o lesbianas, pueden aumentar el riesgo de experimentar violencia de pareja y sexual<sup>43,44,45</sup>. Estos factores específicos de la identidad bisexual podrían contribuir a un mayor deterioro en la salud mental de las mujeres bisexuales en comparación con las mujeres lesbianas y heterosexuales.

En síntesis, los hallazgos de este estudio evidenciaron que las personas bisexuales, especialmente las mujeres, presentan mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con personas heterosexuales, lesbianas y gays, incluso al controlar por edad y nivel educativo.

Aunque este estudio proporciona información valiosa en un contexto diferente al de la corriente principal de investigación en esta área, tiene ciertas limitaciones que deben considerarse. Primero, se empleó una medida de cribado general para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva, la PHQ-4, que, aunque es una escala validada en grandes muestras occidentales, es una medida muy breve y por tanto de menor amplitud<sup>46</sup>. Además, hay baja proporción poblacional estimada de hombres bisexuales (0,44%), lo que resulta en un tamaño de muestra pequeño (n= 80) para este grupo. Esto puede afectar la precisión de las estimaciones de parámetros como las medias en depresión y ansiedad, con errores estándar potencialmente mayores que para otros grupos. Otra limitación es la dificultad de analizar estos datos según nivel socioeconómico debido a las complicaciones que tuvo esta medida en el estudio<sup>47</sup>.

Pese a estas limitaciones, estos hallazgos son los primeros en el país en poner el foco de interés en las personas bisexuales en un estudio a nivel

poblacional, así como su relativa alta prevalencia en las cohortes más jóvenes respecto a las más adultas. Además, los hallazgos subrayan la mayor carga en salud mental que enfrentan las personas bisexuales, particularmente las mujeres, reflejando la compleja interacción entre orientación sexual y género. La validación de estas experiencias es crucial, dado que las expectativas sociales y la percepción de su identidad sexual pueden intensificar su vulnerabilidad a los trastornos mentales. Para avanzar en este campo, futuros estudios podrían profundizar en las experiencias de personas bisexuales, por ejemplo, a partir de estudios cualitativos, o investigaciones que exploren aspectos que median y/o moderan la relación entre factores como el sexo, el género, la orientación sexual y la salud mental en este grupo. Asimismo, la incorporación de indicadores adicionales de salud mental y bienestar podría permitir una comprensión más integral de las experiencias de las personas bisexuales.

Por último y desde una perspectiva clínica, la mayor vulnerabilidad de las personas bisexuales en términos de su salud mental, particularmente de las mujeres, resalta la necesidad de desarrollar intervenciones basadas en evidencia que sean sensibles a sus particularidades y a los elementos del contexto cultural que subyacen a estas disparidades. En tal sentido, las políticas y prácticas de salud pública debieran contribuir a desafiar la cultura monosexista y la binegatividad prevalente en la sociedad<sup>7</sup>. Esto supone la implementación de leyes, propuestas y campañas educativas que promuevan entornos de legitimación y apoyo que favorezca hacia este grupo. Ello es particularmente relevante a la luz de antecedentes que evidencian que las leyes anti discriminación están vinculadas a la reducción de la ansiedad y la depresión, particularmente entre las minorías sexuales<sup>48</sup>. Esto subraya cómo las políticas públicas, como forma de estigma estructural, juegan un papel crucial en la salud mental de estas poblaciones.

## Referencias

1. Cheng LSW. *The stressors and psychological well-being of lesbian, gay and bisexual among Chinese adults in Hong Kong.* *J Biosci Med (Irvine).* 2019; 07(05): 65-70.
2. Lucassen M, Samra R, Iacovides I, Fleming T, Shepherd M, Stasiak K, et al. *How LGBT+ young people use the internet in relation to their mental health and envisage the use of e-therapy: Exploratory study.* *JMIR Serious Games.* 2018; 6(4): e11249.
3. Moagi MM, Der Wath AE van, Jiyane PM, Rikhotso RS. *Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review.* *Health SA Gesondheid.* 2021; 26: 1-12.
4. Tolmacz R, Bachner-Melman R, Lev-Ari L, Kaydar N, Shenkman G. *Disparities in mental health and life satisfaction between sexual minority and heterosexual individuals: The mediating role of relational attitudes.* *Sexuality Research and Social Policy.* 2023; 20(3): 1168-1179.
5. van Bergen DD, Dumon E, Parra LA, Motmans J, Biedermann LC, Gilissen R, et al. *"I don't feel at home in this world" sexual and gender minority emerging adults' self-perceived links between their suicidal thoughts and sexual orientation or gender identity.* *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2023; 68(6): 461-469.
6. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanich P, Theobald S, Schweizer K, Trautmann S. *Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies.* *Acta Psychiatr Scand.* 2022; 145(4): 357-372.
7. Chan RCH, Operario D, Mak WWS. *Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels.* *J Affect Disord.* 2020; 260: 292-301. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.020>
8. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. *Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis.* *The Journal of Sex Research.* 2018; 55(4-5): 435-456. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
9. Lagunas LF, Caceres B, Silva MB, Passi-Solar A, Delgado JB, López-Salvo F, et al. *Sexual and gender minority health in Chile: Findings from the 2016-2017 Health Survey.* *Rev Saude Publica.* 2022; 56: 96.
10. Urzúa A, Barrientos J, Guzmán-González M, Ulloa F. *Mental health in the Chilean LGBT population in times of COVID-19.* *Salud Mental.* 2022; 45(4): 169-175.
11. Mulick PS, Wright LW. *The Biphobia Scale a decade later: Reflections and additions.* *J Bisex.* 2011; 11(4): 453-457. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299716.2011.620486>
12. Ochs R. *Biphobia: It goes more than two ways.* In: Firestein BA, editor. *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority.* Sage. 1996. p. 217-239.
13. Fonseca de Freitas D, Silva C, Coimbra S. *Discriminación y salud mental: Efectos de mediación de las estrategias de afrontamiento en jóvenes LGB y heterosexuales.* *Psykhé (Santiago).* 2021; 30(1): 1-18. Available from: <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2018.22185>
14. Gómez F, Cumsille P, Barrientos J. *Mental health and life*

- satisfaction on Chilean gay men and lesbian women: The role of perceived sexual stigma, internalized homophobia, and community connectedness. *J Homosex*. 2022; 69(10): 1777-1799. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2021.1923278>
15. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003; 129(5): 674-697. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.129.5.674>
  16. Williams DY, Hall WJ, Dawes HC, Srivastava A, Radtke SR, Ramon M, et al. Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 1205581. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1205581/full>
  17. Diamond LM. *Sexual fluidity: Understanding women's love and desire*. Harvard University Press. 2008.
  18. Dewaele A, Van Houtte M, Vincke J. Visibility and coping with minority stress: A gender-specific analysis among lesbians, gay men, and bisexuals in Flanders. *Arch Sex Behav*. 2014; 43(8): 1601-1614.
  19. Dulai JJS, Schmidt RA. High prevalence of depression symptoms among bisexual women: The association of sexual orientation and gender on depression symptoms in a nationally representative U.S. sample. *J Bisex*. 2023; 23(4): 403-418.
  20. McLaren S, Castillo P. The relationship between a sense of belonging to the LGBTIQ+ community, internalized heterosexism, and depressive symptoms among bisexual and lesbian women. *J Bisex*. 2021; 21(1): 1-23.
  21. Pompili M, Lester D, Forte A, Seretti ME, Erbuto D, Lamis DA, et al. Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *J Sex Med*. 2014; 11(8): 1903-1913.
  22. MINSAL. Encuesta nacional de salud, sexualidad y género (ENSSEX) 2022-2023. 2023.
  23. Instituto Nacional de Estadísticas Chile. Base cartográfica censal. 2018.
  24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Lowe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009; 50(6): 613-621.
  25. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud - ENS: Contenido informativo descargable 2016-2017. Santiago, CL; 2022.
  26. Bates N, Chin M, Becker T, editors. *Measuring Sex, Gender Identity, and Sexual Orientation*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2022.
  27. R Core Team. R: A Language and environment for statistical computing. 2022.
  28. Lumley T. "survey: Analysis of complex survey samples". R package version 4.2. 2023.
  29. Long JA. *jtools: Analysis and Presentation of Social Scientific Data*. R package version 2.2.0. 2022.
  30. Adzrago D, Walker TJ, Williams F. Reliability and validity of the Patient Health Questionnaire-4 scale and its subscales of depression and anxiety among US adults based on nativity. *BMC Psychiatry*. 2024; 24(1): 213.
  31. Dodge B, Herbenick D, Friedman MR, Schick V, Fu TC (Jane), Bostwick W, et al. Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States. Hoffmann H, editor. *PLoS One*. 2016; 11(10): e0164430.
  32. Martinez ME, Felner JK, Shen J, McDaniels-Davidson C, Nodora JN, Lacey JV, et al. Mental health and social connection among older lesbian and bisexual women. *Int Psychogeriatr*. 2024; 36(9): 1-10.
  33. Zhu B, Xiao C, Ding C, Yan H, Wang L, Jiang Q, et al. Adverse childhood experiences and depressive symptoms among lesbian and bisexual women in China. *BMC Womens Health*. 2023; 23(1): 679.
  34. Cruz BF, Lima MLC, Carneiro LRC. Faces da bifobia dentro (e fora) da comunidade LGBTQIAP+: reflexões a partir de narrativas de pessoas bissexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2022; (38): e22207.
  35. Bostwick W, Hequembourg A. 'Just a little hint': Bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. *Cult Health Sex*. 2014; 16(5): 488-503.
  36. Brewster ME, Motulsky W, Chan A, Berg E, Kim V. Romantic attachment, LGB minority stress, and mental health. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2023; 37(1): 52-73.
  37. Ross LE, Manley MH, Goldberg AE, Januwalla A, Williams K, Flanders CE. Characterizing non-monosexual women at risk for poor mental health outcomes: A mixed methods study. *Canadian Journal of Public Health*. 2017; 108(3): e296-e305.
  38. Tavares J. "I can't quite be myself": Bisexual-specific minority stress within LGBTQ campus spaces. *J Divers High Educ*. 2022; 15(2): 167-177.
  39. Ministerio de Salud. Tercera entrega de resultados. Población LGBTIQ+. Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX, 2022/2023). 2023.
  40. Szymanski DM. Heterosexism and sexism as correlates of psychological distress in lesbians. *Journal of Counseling and Development*. 2005; 83: 355-360.
  41. Bravo D, Errázuriz A, Calfucoy P, Campos D. Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS: Sexta Ronda. 2022.
  42. Moreno X, Monsalves MJ, Rueda S, Dagnino P, Borghero F. Gender differences in life expectancy free of depressive symptoms in Chile between 2003 and 2016. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2024; 11: e16.
  43. Bermea AM, van Eeden-Moorefield B, Khaw L. A systematic review of research on intimate partner violence among bisexual women. *J Bisex*. 2018; 18(4): 399-424.
  44. Coston BM. Power and inequality: Intimate partner violence against bisexual and non-monosexual women in the United States. *J Interpers Violence*. 2021; 36(1-2): 381-405.
  45. Johnson NL, Grove M. Why us? Toward an understanding of bisexual women's vulnerability for and negative consequences of sexual violence. *J Bisex*. 2017; 17(4): 435-450.
  46. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Análisis comparativo de la salud mental en personas bisexuales chilenas y sus contrapartes gay... - M. Guzmán, et al.

- anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord. 2010; 122(1-2): 86-95.*
47. *Ministerio de Salud. Informe de no respuesta Módulo ingresos socioeconómicos. Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023. Santiago, Chile; 2022.*
48. *Todd NR, Nguyễn DM, Blackburn AM, La R. Associations between state policies and sexual minority mental health disparities. Transl Issues Psychol Sci. 2024. Available from: <https://doi.org/doi/10.1037/tps0000431>*