







Programa de Doctorado en Psicología

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

---

# ESTRÉS DE LAS MINORÍAS SEXUALES Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS LGBTQ+

---

Memoria presentada por  
Juan Enrique Nebot Garcia  
para optar al grado de doctor  
por la Universitat Jaume I

Juan Enrique Nebot Garcia

Rafael Ballester Arnal

Estefanía Ruiz Palomino

Castelló de la Plana, 12 de septiembre de 2022

Licencia CC Reconocimiento - Compartir igual (BY-SA)



Financiado por el Proyecto UJI-B2018-42 y la Ayuda Predoctoral PREDOC/2017/45 de la Universitat Jaume I de Castellón

Diseño de la portada: Susana Pallarés Gozalbo

**“** *Las palabras son, en mi no tan  
humilde opinión, nuestra más  
inagotable fuente de magia, capaces  
de infligir daño y de remediarlo* **”**

Albus Dumbledore en «Harry Potter y las  
Reliquias de la Muerte» (J. K. Rowling, 2007)

# AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral es la culminación de todo un proceso académico y profesional. Pero nada de esto podría haber sido posible sin un buen equipo de trabajo. Por ello, en primer lugar, quería agradecer su esfuerzo e implicación a mis dos directores de tesis: a Estefanía, que además ha sido mi supervisora de beca; y a Rafa, que no solo me permitió que centrara mi investigación en lo que más me interesaba, sino que me impulsó a hacerlo y ha compartido conmigo su pasión y sus conocimientos sobre la temática.

En segundo lugar, me gustaría agradecer su trabajo a todos y cada uno de los miembros del equipo Salusex, tanto al grupo de Castellón como al de Valencia que, dirigido por Loli, nos acompaña desde la distancia. En especial, me gustaría nombrar a Jesús y Bea, con los que tuve la oportunidad de trabajar más de cerca durante su etapa en Castellón; a Marta y Naiara, con las que prácticamente empecé en este camino y que han sido en todo momento un respaldo psicológico y emocional esencial durante toda esta etapa académica; y, sobre todo, a Cris, nuestra madre académica, la que nos cuida, una magnífica compañera, un ejemplo de humildad y de buen hacer.

Pero si he podido empezar con esta etapa académica ha sido gracias a las personas que me han acompañado a lo largo de toda mi vida, porque además de ser un hito profesional, esta tesis también ha sido fruto de un gran desarrollo personal e identitario. Por eso, quiero compartir este trabajo con toda mi familia, tanto con la biológica como con la sentida, que se extiende hasta tierras catalanas. En especial, a mi padre, que siempre ha luchado porque recibiera la mejor educación posible y me ha permitido formarme en lo que más deseo. A mi madre, para mí, un sinónimo de cariño y amor incondicional. Y a mi hermana que, aunque no se lo crea, es una guía en la que me fijo para tomar muchas decisiones.

Por supuesto, también soy quien soy gracias a todas mis amistades. A Mari Carmen y Miriam, por ser mi distracción, mi desahogo y mi ancla a la realidad. A Rafa y Àlex, porque no se me ocurren mejores amigos y compañeros de piso: receptores de agobios y partícipes de alegrías. A Marina e Inma, que me acompañaron en los inicios, me impulsaron y, desde la distancia, las sigo sintiendo cerca. A Lorena, mi «Pepito Grillo», tan molesto como necesario. A Álvaro y Antoni, porque su amistad ha sido esencial en algunos puntos de mi vida. Y a todo el grupo PSP y allegados, que siempre están presentes en mí.

Me siento muy afortunado de tener tanta gente importante a mi alrededor y tantas personas a las que me gustaría mencionar. Miguel, Eva, Marina Roy, Živa, Estela, Verónica... Muchas personas que no me caben en estas líneas. Por eso, espero que se sientan representadas de alguna manera en la imagen de portada, ya que me acompañan y me han acompañado durante todo este proceso académico y personal. Y ya que menciono la portada, muchas gracias a mi amiga Susana Pallarés, que ha sabido plasmar en una imagen todo lo que yo necesitaba expresar.

No me gustaría terminar estas palabras de agradecimiento sin nombrar a las personas más importantes de esta investigación, aquellas que me han cedido sus experiencias y vivencias para poder realizar este estudio. También quiero agradecer a todas las personas, asociaciones y grupos LGTBI+ que han difundido la investigación entre sus contactos, permitiéndome llegar a más gente. Espero que, con esta investigación, pueda contribuir de alguna manera y devolveros algo de todo lo que hacéis por los derechos de las minorías sexuales.

# ÍNDICE

BLOQUE I – PRESENTACIÓN .....	19
BLOQUE II – FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	23
CAPÍTULO 1: LA HOMOSEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA .....	24
1. Sodomía y homoerotismo a lo largo de la historia .....	26
2. Evolución del estudio de la homosexualidad.....	54
CAPÍTULO 2: SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MINORÍAS SEXUALES..	72
1. Problemas de salud mental.....	73
2. Bienestar y calidad de vida .....	80
3. Modelos explicativos de los problemas de salud mental de las minorías sexuales.....	89
CAPÍTULO 3: FACTORES MODULADORES DE LA SALUD MENTAL DE LAS MINORÍAS SEXUALES .....	100
1. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual.....	102
2. Experiencias vitales con alto impacto emocional.....	116
3. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales .....	123
BLOQUE III - ESTUDIO EMPÍRICO .....	145
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	146
CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA.....	152
1. Participantes.....	153
2. Instrumentos .....	158
3. Procedimiento.....	171
4. Análisis estadísticos .....	177
CAPÍTULO 6: RESULTADOS .....	184
1. Problemas de salud mental.....	185
2. Bienestar y calidad de vida .....	192
3. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual.....	201
4. Experiencias vitales con alto impacto emocional.....	211
5. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales .....	213
6. Factores de riesgo y protectores asociados a los síntomas psicopatológicos de las personas con una orientación sexual minoritaria.....	219
7. Factores de riesgo y protectores asociados al bienestar psicológico de las personas con una orientación sexual minoritaria .....	225

BLOQUE IV – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	233
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN .....	234
1. Salud mental y calidad de vida .....	236
2. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual.....	253
3. Experiencias vitales con alto impacto emocional.....	266
4. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales .....	273
5. Variables explicativas de los síntomas psicopatológicos .....	286
6. Variables explicativas del bienestar psicológico .....	292
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES .....	300
1. Conclusiones.....	301
2. Limitaciones.....	303
3. Líneas de investigación futuras .....	305
BLOQUE V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	315
BLOQUE VI - ANEXOS.....	371
Anexo 1. Cuestionario .....	372
Anexo 2. Anuncios en redes sociales: Facebook .....	383
Anexo 3. Anuncios difusión SaluSex .....	384
Anexo 4. Correos electrónicos .....	385
Anexo 5. Cartel.....	387
Anexo 6. Difusión de asociaciones .....	388

# ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Grabado en Tanum (Suecia) (A) y Relieve encontrado en Dordoña (Francia) (B) .....	28
<b>Figura 2</b> Grabado en la tumba egipcia de Niankhkhnun y Khnumhotep.....	32
<b>Figura 3</b> Imagen encontrada en la cueva de Naj Tunich (Guatemala) .....	40
<b>Figura 4</b> Mapa de España con los porcentajes de participantes de cada zona geográfica.....	153
<b>Figura 5</b> Pérdida muestral hasta llegar al número de participantes final .....	176
<b>Figura 6</b> Puntuación media del Cuestionario de Reacción Familiar ante la «Salida del Armario» en función de la categoría de orientación sexual .....	210
<b>Figura 7</b> Porcentaje de personas que han sufrido acoso general o abuso sexual en función de la categoría de orientación sexual .....	212

# ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Datos sociodemográficos en función de la categoría de orientación sexual .	156
<b>Tabla 2</b> Variables evaluadas en cada grupo de participantes .....	158
<b>Tabla 3</b> Análisis diferenciales del cuestionario de síntomas psicopatológicos en función de la categoría de orientación sexual .....	188
<b>Tabla 4</b> Análisis de covarianza de la edad y la categoría sexual en los síntomas psicopatológicos.....	189
<b>Tabla 5</b> Análisis diferenciales de la ideación y otras conductas relacionadas con el suicidio en función de la categoría de orientación sexual.....	191
<b>Tabla 6</b> Análisis diferenciales de la Escala de Bienestar Psicológico en función de la categoría de orientación sexual .....	194
<b>Tabla 7</b> Análisis de covarianza de la edad y la categoría sexual en el bienestar psicológico.....	195
<b>Tabla 8</b> Análisis diferenciales de la satisfacción sexual en función de la categoría de orientación sexual .....	197
<b>Tabla 9</b> Análisis de covarianza de la categoría sexual y la situación de pareja en la satisfacción sexual .....	198
<b>Tabla 10</b> Análisis diferenciales de la satisfacción corporal en función de la categoría de orientación sexual .....	200

<b>Tabla 11</b> <i>Análisis diferenciales de las dudas con la orientación sexual, los cambios en la orientación sexual y la edad de toma de conciencia de la orientación sexual en función de la categoría de orientación sexual</i> .....	204
<b>Tabla 12</b> <i>Análisis diferenciales de los referentes LGTBI+ y de la misma orientación sexual en diferentes ámbitos en función de la categoría de orientación sexual</i> .....	207
<b>Tabla 13</b> <i>Análisis diferenciales de la figura familiar más relevante a la que le han comunicado su orientación sexual</i> .....	209
<b>Tabla 14</b> <i>Análisis diferenciales de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI en función de la categoría de orientación sexual</i> .....	217
<b>Tabla 15</b> <i>Análisis diferenciales de los porcentajes de acoso LGTBI+ y aceptación de la propia orientación sexual en función de la categoría de orientación sexual</i> .....	218
<b>Tabla 16</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en personas con una orientación sexual minoritaria</i> .....	220
<b>Tabla 17</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en hombres gais</i> .....	222
<b>Tabla 18</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en mujeres lesbianas</i> .....	223
<b>Tabla 19</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en hombres plurisexuales</i> .....	223
<b>Tabla 20</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en mujeres plurisexuales</i> .....	224
<b>Tabla 21</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en personas con una orientación sexual minoritaria</i> .....	227
<b>Tabla 22</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en hombres gais</i> .....	228
<b>Tabla 23</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en mujeres lesbianas</i> .....	229
<b>Tabla 24</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en hombres plurisexuales</i> .....	230
<b>Tabla 25</b> <i>Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en mujeres plurisexuales</i> .....	231



# RESUMEN

## Resumen

Las personas con una orientación sexual minoritaria deben hacer frente a una serie de situaciones estresantes por el hecho de no ser heterosexuales, como la discriminación, la revelación de su orientación sexual o el miedo al rechazo. Todas estas vivencias resultan una carga emocional añadida que puede repercutir negativamente en su salud mental. Por ello, el objetivo de esta tesis es analizar las situaciones específicas a las que deben hacer frente las personas con una orientación sexual minoritaria y determinar cuál es su impacto en la salud mental, teniendo en cuenta las diferencias por orientación sexual y por género.

La muestra final del estudio constó de 4676 personas, con edades que oscilaron entre los 18 y los 72 años ( $M = 33.14$ ;  $DT = 11.73$ ). Concretamente, la muestra estaba repartida en seis grupos: 1000 hombres heterosexuales, 1000 mujeres heterosexuales, 940 hombres gais, 289 mujeres lesbianas, 458 hombres plurisexuales (bisexuales y pansexuales) y 989 mujeres plurisexuales (bisexuales y pansexuales). Todas las personas contestaron a una batería de cuestionarios en la que se evaluaba, entre otras variables, la salud mental, el bienestar y la calidad de vida, las experiencias de victimización general, el abuso sexual, y el proceso de desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual. Además, en el caso concreto de las personas pertenecientes a una minoría sexual también respondieron cómo había sido la reacción familiar al conocer su identidad LGTBI+ (lesbianas, gais, trans, bisexuales, intersexuales y otras minorías sexuales), si habían tenido referentes LGTBI+ durante el proceso de toma de conciencia de su orientación sexual, y algunas preguntas sobre discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales.

En los resultados, generalmente, las personas plurisexuales son las que presentan peor salud mental, sobre todo, las mujeres plurisexuales. Sin embargo, en cuanto a las situaciones de discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales, los hombres gais son los que las han vivido con mayor frecuencia. Por su

parte, las personas plurisexuales son las que refieren haber tenido mayores dificultades durante su proceso de desarrollo y toma de conciencia de su orientación sexual. A través de las regresiones generales, se observa que las vivencias específicas de las minorías sexuales explican entre el 23.9% y el 28.3% de la varianza de la sintomatología psicopatológica y del bienestar psicológico de la población LGB+ (lesbianas, gais, bisexuales y otras personas con atracción hacia más de un género). Sin embargo, si se analizan los modelos de regresión obtenidos para cada uno de los grupos pertenecientes a una orientación sexual minoritaria (hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales), se puede observar que no todas las variables evaluadas explican de la misma manera la salud mental de las distintas minorías sexuales. Por ejemplo, entre las personas plurisexuales adquiere un peso importante las dudas experimentadas con la propia orientación sexual, mientras que en las personas homosexuales parecen ser más importantes las experiencias de discriminación y estigma.

El presente trabajo demuestra el impacto que tienen para la salud mental de las personas LGB+ las vivencias específicas que deben afrontar por tener una orientación sexual minoritaria (discriminación, «salida del armario», dificultades durante la formación de la identidad, etc.), además de las diferencias existentes en función del género y de la orientación sexual. Todos estos resultados deberían ser tenidos en cuenta a la hora de realizar futuras estrategias de intervención psicológica.

## Abstract

People who belong to a sexual minority face diverse stressful situations due to not being heterosexual, such as discrimination, disclosure of their sexual orientation, or fear of rejection. All these experiences result in an added emotional burden that can negatively affect their mental health. For this reason, the purpose of this thesis is to analyze specific situations that sexual minority face and to determine their impact on their mental health, taking into account the differences in sexual orientation and gender.

The final sample of the study consisted of 4676 people, aged between 18 and 72 years ( $M = 33.14$ ;  $SD = 11.73$ ). Specifically, the sample was divided into six groups: 1000 heterosexual men, 1000 heterosexual women, 940 gay men, 289 lesbian women, 458 plurisexual men (bisexual and pansexual), and 989 plurisexual women (bisexual and pansexual). All of the participants answered a battery of questionnaires that among other variables, evaluated mental health, well-being, and quality of life, experiences of general victimization, sexual abuse, and the process of development and awareness of sexual orientation. In addition, in the specific case of sexual minorities, they also answered questions about the reaction of their family members when they found out about their LGTBI+ identity (lesbian, gay, trans, bisexual, intersex, and other sexual minorities), if they had had LGTBI+ referents during the process of their sexual orientation awareness, and some questions about discrimination, stigma, and stress of sexual minorities.

The results showed that, in general, plurisexual people are the ones with the worst mental health, especially plurisexual women. However, in terms of discrimination, stigma, and stress of sexual minorities, gay men have experienced them more frequently. On the other hand, plurisexual people reported having the greatest difficulties during their development process and their sexual orientation awareness. Through the general regression models, it is seen that the specific experiences of sexual minorities explain between 23.9% and 28.3% of the variance

of the psychopathological symptoms and psychological well-being of the LGB+ population (lesbians, gays, bisexuals, and other people who are attracted to more than one gender). However, if we analyze the regression models obtained for each of the sexual minority groups (gay men, lesbian women, plurisexual men, and plurisexual women) we can see that not all of the evaluated variables explain the mental health of different sexual minorities in the same way. For example, among plurisexual people, the doubts about their sexual orientation acquire an important weight, while in homosexual people the discrimination and stigma seem to be more important.

The present work demonstrates the impact of the specific experiences that LGB+ people face because of their minority sexual orientation (discrimination, coming out of the closet, difficulties during the identity formation, etc.) on their mental health, in addition to the differences based on gender and sexual orientation. These results should be taken into account when carrying out psychological intervention strategies in the future.



**BLOQUE I**

**PRESENTACIÓN**

A lo largo de la historia las relaciones entre personas del mismo sexo han sido más o menos toleradas (Carroll, 2015). No obstante, también ha habido épocas muy oscuras, normalmente asociadas a los dictámenes de alguna religión, como la vivida con la Inquisición, donde se perseguía cualquier conducta que se alejara de la heterosexualidad y la procreación, castigándose incluso con la muerte (Pickett, 2009). Pero las personas con una orientación sexual minoritaria no han sido perseguidas solamente por personas religiosas, sino también por médicos y científicos. Así pues, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) tuvo clasificada la homosexualidad como una enfermedad mental hasta el año 1973, cuando la eliminó de su listado (Silverstein, 2009). Pero este hito no fue fácil, ya que había científicos que consideraban que la homosexualidad era un claro síntoma de desajuste psicológico y, por ende, debía ser tratado. Sin embargo, al mismo tiempo también empezaron a aparecer otras corrientes que sostenían que la homosexualidad era tan natural como la heterosexualidad y, por tanto, focalizaron su trabajo en tratar de disminuir las consecuencias psicológicas que producía la discriminación y el estigma en las personas pertenecientes a una minoría sexual (Sullivan, 2004). En base a estas premisas surge el objetivo de la presente tesis, que pretende estudiar las vivencias específicas de las personas con una orientación sexual minoritaria y determinar cuál es el efecto que tienen en su salud mental.

La presente tesis se compone de tres partes diferenciadas. La primera, el marco teórico, consta de tres capítulos. En el primero, se hace un recorrido histórico, desde la etapa prehistórica hasta la actualidad, de cómo han sido entendidas y conceptualizadas las relaciones entre personas del mismo sexo por la sociedad de la época. Por ejemplo, se detallan algunos grabados y pinturas que son consideradas vestigios prehistóricos de conductas homoeróticas; también se comentan algunos relatos literarios de las principales civilizaciones antiguas que ejemplifican las relaciones entre personas del mismo sexo, sobre todo entre hombres; y se abordan las actitudes hacia las conductas homoeróticas durante la Edad Media, la Edad Moderna y la Edad Contemporánea, que estaban

sustancialmente marcadas por el auge de las religiones actuales. Como punto final, se realiza una recapitulación de los diferentes autores y científicos que, de alguna manera, han estudiado las conductas homoeróticas, pasando de las concepciones más teológicas a unas más científicas. En el segundo capítulo, en primer lugar, se profundiza en la salud mental de las personas con una orientación sexual minoritaria para tratar de dilucidar si presentan más problemas mentales que la población heterosexual. En segundo lugar, se exponen las distintas teorías que han ido surgiendo para dar explicación a las diferencias en la salud mental obtenidas en función de la orientación sexual. Por último, en el tercer capítulo, se detallan una serie de variables que han demostrado guardar relación con las personas con una orientación sexual minoritaria y que podrían estar explicando sus resultados en cuanto a salud mental. Algunas de ellas son, por ejemplo, el proceso de desarrollo y toma de conciencia de la propia orientación sexual, las experiencias de victimización o abuso sexual, o las situaciones de discriminación, estigma y rechazo por ser parte de una minoría sexual.

La segunda sección de la tesis doctoral, el estudio empírico, está compuesta por otros tres capítulos. Así pues, en el cuarto capítulo de la tesis, se explica tanto el objetivo general de este estudio como los específicos y se formulan las distintas hipótesis. El quinto capítulo sirve para explicar la metodología utilizada para llevar a cabo esta tesis doctoral. Para ello, se describe la muestra, los instrumentos de evaluación, el procedimiento de captación de participantes y los análisis de datos. En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos, ordenados en función de los objetivos y las hipótesis planteadas.

Para finalizar, en la tercera sección, que corresponde a la discusión y a las conclusiones, se realiza una interpretación de los resultados obtenidos y se tratan de relacionar con la literatura científica ya existente (séptimo capítulo). Y como cierre, en el octavo y último capítulo, se exponen las principales aportaciones de la tesis, así como sus limitaciones y posibles líneas de investigación futuras.



# BLOQUE II

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### ÍNDICE

- CAP. 1 – La homosexualidad a lo largo de la historia
- CAP. 2 – Salud mental y calidad de vida de las minorías sexuales
- CAP. 3 – Factores moduladores de la salud mental de las minorías sexuales



# LA HOMOSEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

En la actualidad contamos con una variedad y una conciencia de la diversidad sexual muy amplia. Así, sabemos que existen personas que sienten atracción por el sexo opuesto (heterosexuales), personas que se sienten atraídas por el mismo sexo (homosexuales), personas que sienten atracción por varios sexos/géneros (bisexuales y pansexuales), o personas que no sienten atracción sexual (asexuales)..., entre otras muchas identidades. Pero, ¿cuándo empezaron a surgir estas identidades? ¿Son una creación moderna o tenemos testimonios de esas identidades a lo largo de la historia de la humanidad?

Lo primero que hay que tener en cuenta es que la manera en la que se categoriza la sexualidad en la actualidad difiere mucho de la manera en la que se entendía la sexualidad hace cientos o miles de años (Nissinen, 2010). Por tanto, no se puede hablar de que existan estas identidades en la Antigüedad, tal y como las conocemos ahora. De hecho, hasta prácticamente la época contemporánea se hablaba de sodomía o de perversión para referirse a todos los actos sexuales que se alejaban de la heteronormatividad y del fin procreador, donde se encontraban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Se hacía más énfasis en las conductas realizadas que en las personas que las realizaban. Por tanto, aunque no podamos hablar con seguridad de la existencia de personas homosexuales en la prehistoria o la Antigüedad, sí que podemos analizar la presencia de conductas homoeróticas y de actos sexuales entre personas del mismo sexo a lo largo de la historia.

A continuación, abordaremos algunas de las referencias o vestigios sobre los actos sexuales entre personas del mismo sexo que se han encontrado en diferentes culturas y en distintas épocas. Empezaremos en la época prehistórica hasta llegar a la actualidad. Por otro lado, en la segunda parte del capítulo, también se hará un recorrido histórico por los diferentes estudios y teorías que han tratado de explicar la homosexualidad, primero desde una vertiente más teológica o mística y, sobre todo a partir de la época moderna, a través de una perspectiva más médica y psicológica.

## **1. Sodomía y homoerotismo a lo largo de la historia**

Tal y como se explicaba anteriormente, hablar de la existencia de la homosexualidad o la bisexualidad en la historia es muy complejo. Existen vestigios, como pinturas o relatos, que escenifican relaciones sexuales o amorosas entre dos personas del mismo sexo. Sin embargo, no podemos interpretar ni saber cómo se identificaban esas personas en su época. Por eso, cuando en este apartado hablemos de conductas homosexuales u homoeróticas, nos estaremos refiriendo a que son actos realizados por personas del mismo sexo, no a su orientación sexual.

### **1.1. Época prehistórica (ca. 2 500 000 – 3500 A.E.C.)**

La presencia de conductas sexuales entre personas del mismo sexo durante la prehistoria es muy difícil de constatar, dado que los mecanismos por los que se puede obtener información están limitados a pinturas rupestres, grabados en las rocas o instrumentos manufacturados. Además de los miles de años que han pasado y de su estado de conservación, todas estas fuentes de información están sujetas a la interpretación de la comunidad científica, por lo que posiblemente van a estar sesgadas e impregnadas de creencias y valores de la sociedad actual (Yates, 2000).

En Europa, se han encontrado varios grabados en roca, datados de la época mesolítica, que han sido considerados una posible muestra de actos sexuales entre dos hombres (Barthes et al., 2015). Por ejemplo, en Bardal (Noruega) se observaron dos figuras humanas que parecen estar manteniendo una relación sexual anal, por lo que podrían ser dos hombres. Sin embargo, algunos autores también han defendido que la figura que está siendo penetrada tiene unas líneas en la parte superior de su cuerpo que podrían ser unos senos y, además, que la penetración no se estaría realizando analmente sino vaginalmente. También hay quien defiende que la figura que recibe la penetración tiene unos cuernos, por lo que podría ser un animal. Por otro lado, en España, concretamente en Albacete, se ha encontrado el grabado de una figura masculina con el pene erecto, cuyas

piernas están separadas entre dos animales. Delante de él, otra figura masculina más pequeña se coloca encarado hacia su pene, por lo que se intuye que le está realizando una felación. Sin embargo, otros investigadores sostienen que la figura más pequeña tiene la cabeza en dirección opuesta al pene. Además, también consideran que la figura más pequeña está portando un arco y que las dos figuras masculinas presentan un color y composición distintos, por lo que se tratarían de dos grabados realizados en diferentes épocas y pertenecientes a escenas distintas. Por último, en Tanum (Suecia) también se encontraron unos grabados que mostraban a dos personas encaradas entre ellas y unidas por algunos puntos (véase la Figura 1A). Ambos cuerpos tienen las pantorrillas muy marcadas, unas características que se reservaban para escenificar a las figuras masculinas, por lo que podría tratarse de una pareja de hombres. No obstante, algunos autores consideran que esta interpretación es muy atrevida y que no hay suficiente información para determinar qué tipo de relación existía entre ambas figuras ni cuál era su sexo.

Pero no solo se han encontrado referencias prehistóricas a conductas sexuales entre hombres, sino también entre dos mujeres. Así pues, en Dordoña (Francia) existe un relieve, datado de la época paleolítica (25 000 A.E.C.), en el que se observa la figura de dos cuerpos femeninos que se muestran opuestos, con las piernas entrelazadas (Meixner, 2008). La figura superior está más definida, con los senos bien marcados. En cambio, la figura situada en el inferior tiene menor detalle y sus piernas parecen desaparecer debajo del otro cuerpo (véase la Figura 1B). Aun así, ambas figuras parecen seguir la proporción y el diseño que se utilizaba en las representaciones de los cuerpos femeninos de la época. Por todo ello, algunos científicos consideran este grabado una ejemplificación de dos mujeres manteniendo relaciones sexuales mediante la frotación de sus vulvas. Sin embargo, esta no es la única interpretación plausible. Por ejemplo, también hay quien defiende que esta escena muestra una relación entre un hombre y una mujer. En este caso, estas figuras estarían representando un rito por el cual las mujeres,

cuando su pareja masculina se moría, tenían que mantener relaciones sexuales con el difunto para que este renaciera. Por otro lado, otros autores también han defendido que podría tratarse de la escenificación de un parto (Jelínek, 2012) o un ejemplo temprano de la diosa doble que se hizo más común durante el Neolítico (Gimbutas, 1989).

**Figura 1**

*Grabado en Tanum (Suecia) (A) y Relieve encontrado en Dordoña (Francia) (B)*



*Fuente. A) Imagen extraída de Wikimedia Commons (2020); B) Imagen extraída de Gimbutas (1989)*

Otro ejemplo paleolítico de parejas de mujeres puede observarse en Gonnorsdorf (Alemania). En este yacimiento se han encontrado una serie de grabados entre los que se muestra a una pareja de mujeres bailando. Estas figuras femeninas, que han sido bautizadas como «las bailarinas», mantienen sus pechos cerca la una de la otra, lo que consigue transmitir un gran efecto sensual (Meixner, 2008).

Por último, en Gorge d'Enfer (Francia), también se encontró una pieza fálica con una antigüedad más o menos similar a la de «las bailarinas». Este elemento se compone de dos penes con el glande claramente marcado (Angulo et al., 2011). Debido a su ergonomía y forma, algunos investigadores argumentan que podría haberse usado como parte de ritos de iniciación sexual o con fines masturbatorios (Angulo Cuesta & García Díez, 2007). De hecho, dado que tiene la forma de dos falos, podría ser utilizado por dos mujeres a la vez, lo que se ha considerado como una prueba de que las relaciones sexuales entre mujeres existían en aquella época.

Tal y como se puede observar, existen varios hallazgos prehistóricos que podrían interpretarse como pruebas o escenificaciones de conductas sexuales entre dos hombres o entre dos mujeres. Sin embargo, en ninguno existe un claro consenso entre la comunidad científica, relegando estas teorías a meras posibilidades basadas en información ambigua.

### **1.2. Edad Antigua (3500 A.E.C. – 476 E.C.)**

Ya en la Edad Antigua, con la llegada de la escritura, fue mucho más fácil tener constancia de las costumbres y tradiciones de la sociedad de la época. Es por ello que existe mayor literatura científica que aborde la presencia de conductas homosexuales en las distintas civilizaciones antiguas. A continuación, se detallarán algunas de las más relevantes.

#### *Antigua Mesopotamia*

En la Antigua Mesopotamia, uno de los escritos que se considera un claro ejemplo de la existencia de una relación homosexual entre dos hombres es «La epopeya de Gilgamesh» (Bullough, 1971), el principal relato mítico de esa cultura. Pese a que solo se conserva el 80% de su historia, la trama principal está bastante clara (Bertman, 2003). Así pues, además de las aventuras que el protagonista Gilgamesh comparte con su compañero Enkidu, esta historia aborda sentimientos más trascendentales, como el amor, la pérdida, la soledad o el miedo a la muerte (Nemet-Nejat, 1998). A lo largo de la historia, se relatan encuentros sexuales que

los protagonistas tienen con mujeres, pero también se menciona el amor existente entre ellos y la atracción que siente Gilgamesh hacia Enkidu (Bullough, 1971; Halperin, 1990). Sin embargo, Nissinen (2010) afirma que estos actos y deseos sexuales no pueden ser considerados como una muestra de homosexualidad o de bisexualidad, sino que deben entenderse como situaciones que surgen dentro del marco de su viaje conjunto, en los que aparecen tintes eróticos fruto del vínculo mutuo.

En la civilización sumeria (sur de Mesopotamia) existían una serie de devotos de la diosa Ishtar llamados, entre otros nombres, «assinnu» o «kurgarru». Solían encargarse de realizar danzas rituales, curaciones o profecías (Nissinen, 2010). Pese a que no existe mucho consenso respecto a las diferencias entre los «assinnu» y los «kurgarru» ni en las características específicas de cada uno (Svärd & Garcia-Ventura, 2018; Zsolnay, 2013), algunos autores los consideran un tercer género, ya que se solían travestir (Nissinen, 2010; Svärd & Garcia-Ventura, 2018; Zsolnay, 2013). Además, podían estar castrados y tener relaciones sexuales con otros hombres, aunque no siempre ocurría así. Pero tanto el travestismo como las relaciones sexuales con otros hombres podrían ser parte de rituales para la diosa Ishtar, más que conductas realizadas por propio deseo (Peled, 2014; Zsolnay, 2013). Concretamente, Peled (2014) sostiene que los «assinnu» serían hombres afeminados que adoptaban el rol pasivo en esas relaciones sexuales, mientras que los «kurgarru», que eran representados de manera más masculina y llevando armas, serían los que realizarían la penetración. Sea como fuere, Nissinen (2010) afirma que, al no ser considerados ni hombres ni mujeres, no se esperaba de ellos que se ajustaran al rol sexual dominante y activo de un ciudadano masculino, lo que les permitía poder transgredir las normas y los límites sexuales de esa cultura.

De hecho, las relaciones sexuales con un «assinnu» aparecen mencionadas de forma positiva en el «Summa Alu», unos textos de escritura cuneiforme de la Antigua Mesopotamia donde se recogen una serie de presagios que pretendían predecir el futuro a través de la realización de diversos actos sexuales. En algunas

de esas predicciones se hace mención de encuentros sexuales entre hombres. Algunas de ellas auguran un mal presagio, pero otras tienen como resultado un mensaje esperanzador, como es el hecho de tener relaciones sexuales con un «assinnu», que podía hacer desaparecer los problemas que la persona tuviera (Nissinen, 2010). Otra profecía del «Summa Alu» sostiene que, si un hombre penetra analmente a otro compañero del mismo rango social, conseguirá destacar entre sus compañeros y hermanos. Tal y como se observa, pese a que en ambas relaciones sexuales estarían implicadas dos personas, el hombre que ejerce el rol activo sería el único que obtendría el beneficio en las profecías, posiblemente debido a que se considere un claro ejemplo poder y dominación (Peled, 2014).

En Babilonia (antigua ciudad de la Baja Mesopotamia), las prácticas sexuales entre hombres no estaban condenadas, aunque aquellos hombres que se prostituían sí que eran despreciados y considerados ridículos (Nemet-Nejat, 1998). Por el contrario, en Asiria (región del norte de Mesopotamia), los encuentros sexuales entre hombres también estaban castigados por las Leyes de Asiria Media. Concretamente, se explicaba que un hombre que penetrara a otro compañero sería castigado y violado por otros hombres, y lo convertirían en eunuco (Bullough, 1971). En esta región, el sexo entre hombres del mismo rango social estaba mal visto y era considerado violación por parte del que ejercía el rol activo (Nissinen, 2010).

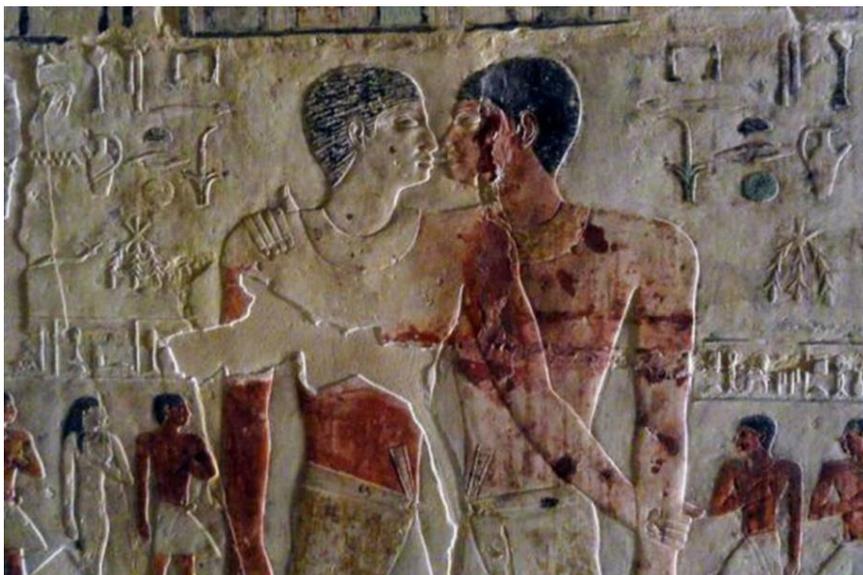
### Antiguo Egipto

De la sexualidad en el Antiguo Egipto sabemos muy poco. Raramente expresaron o dejaron testimonios de su sexualidad con excepción del Papiro de Turín (Shokeir & Hussein, 2004). Sin embargo, uno de los testimonios de la existencia de homoerotismo en esa cultura es la tumba de los que podrían haber sido la primera pareja homosexual. Niankhkhnum y Khnumhotep vivieron durante la Quinta Dinastía (ca. 2400 A.E.C.) y ambos eran los encargados de realizar la manicura al faraón y supervisar al resto de manicuristas del Palacio. Fueron enterrados en una tumba conjunta, en la mastaba de Saqqara, donde aparecen

varias imágenes en los que se muestran abrazados o en actitud cariñosa (véase la Figura 2). Pese a que ambos estaban casados con mujeres y con hijos, el papel que tienen sus familias en las imágenes es secundario, situándolas en un segundo plano y dejando las muestras de afecto para ellos dos. De hecho, hay varias escenas en las que se les muestra cogidos de la mano o en situaciones que solían estar reservadas para los matrimonios de la época. En la entrada a su cámara de ofrendas, aparece una imagen donde se les puede ver en una actitud muy íntima, cara a cara, tan cerca que las puntas de las narices llegan a tocarse, y arropándose con los brazos por la espalda. Junto a ellos, en menor tamaño, aparecen sus hijos, pero no hay rastro de sus esposas (Reeder, 2000). Con todo ello, la relación de Niankhkhnun y Khnumhotep aún sigue sujeta a nuevas interpretaciones en la actualidad. Hay otras teorías que hablan de que fueran familiares, amigos, hermanos o gemelos. Una investigación reciente enfatiza que se han encontrado varias escenas en las que existe un efecto espejo, donde los elementos aparecen reflejados, lo que consideran que sería una prueba para afirmar que Niankhkhnun y Khnumhotep serían gemelos idénticos, es decir, como un reflejo uno del otro (Evans & Woods, 2016).

**Figura 2**

*Grabado en la tumba egipcia de Niankhkhnun y Khnumhotep*



*Fuente.* Imagen extraída de Jurado (2015).

Sin embargo, en el antiguo Libro de los Muertos, que recogía una serie de fórmulas mágicas para ser enterrados y superar el juicio de los Dioses, se presentaba como pecado a la sodomía, dejando claro que no se podía penetrar a otro hombre. Pero había ciertas situaciones en las que el sexo entre hombres sí que tenía cabida. Por ejemplo, en el Antiguo Egipto, la sodomía era considerada una demostración de poder sobre alguien, más que una cuestión de deseo. De hecho, en las «Contiendas de Horus y Seth», Seth intenta sodomizar a Horus después de un banquete, y luego refiere haberlo tratado como a un prisionero y haber hecho con él lo que haría un guerrero (Parkinson, 1995). Este acto sexual es percibido como una deshonra y una pérdida de dignidad para la parte pasiva (Bullough, 1973). No obstante, no parece haber ningún estigma asociado a la persona que realiza el rol activo, a pesar de que en las declaraciones del Libro de los Muertos se afirmaba que estaba prohibido (Parkinson, 1995). Por otro lado, esta relación sexual podría no ser más que una metáfora de las relaciones de poder entre el Alto Egipto, representado por Seth, y el Bajo Egipto, representado por Horus.

Finalmente, en la historia del Rey Neferkare y el General Saset, que aparece relatada en la obra del Imperio Medio (2000 – 1700 A.E.C.) «El demandante de Menfis», se describen, sin ningún tipo de juicio o condena (Haeckl, 2001), una serie de encuentros nocturnos entre el rey y su comandante militar, en los que se da a entender que tienen relaciones sexuales. En ellos se intuye que el Rey asume el papel activo. En este caso, los actos sexuales no se conciben como unas prácticas de dominación y poder, sino como la culminación de un deseo sexual. Pero no porque haya amor o una atracción sexual entre ellos, sino porque estas conductas nacen con la intención de satisfacer sus impulsos y conseguir satisfacción sexual (Parkinson, 1995).

### *Antigua India*

La Antigua India fue una de las primeras civilizaciones del planeta, y ya en aquellos tiempos, regulaba claramente muchos aspectos de la vida sexual de la población, incluidos los actos homoeróticos.

De hecho, en las Leyes de Manu, uno de los documentos legales más antiguos, se menciona que a una mujer adulta que tuviera relaciones sexuales con una mujer soltera (se entendía que era virgen), se le afeitaría la cabeza o se le cortarían dos dedos y se la pasearía en burro por los alrededores para que todo el mundo viera su deshonra. Del mismo modo, si dos mujeres solteras (vírgenes) tenían relaciones sexuales entre ellas, tendrían que pagar una multa o el doble de su dote (bienes que se aportan al matrimonio), además de recibir diez azotes como castigo. Respecto a los hombres, los sacerdotes brahmanes tenían prohibido realizar actos sexuales con otro hombre, ya que significaba la pérdida de su casta. Y en caso de tener este tipo de relaciones, debían realizar un baño ritual para expiar sus pecados (Manu, ca. 200 E.C./1991).

Si analizamos estas reglas, vemos que lo que se castiga no es tanto la homosexualidad como la pérdida de virginidad en la mujer, o la pérdida de «pureza» en los sacerdotes. De hecho, varios delitos heterosexuales, como el adulterio entre distintas castas o la violación, sufren mayores castigos que cualquier acto homosexual (Vanita, 2000a).

En las Leyes de Manu también se hacía referencia a la existencia de un tercer género, que se formaría cuando la cantidad de semilla masculina y de femenina fuera la misma, y el bebé no podía desarrollarse únicamente como uno de los dos sexos (Manu, ca. 200 E.C./1991). Este tercer género se ha llamado «kliba» o «hijra», y recogía a personas de diferente índole, como intersexuales, hombres homosexuales o travestidos, eunucos, etc. (Lal, 1999).

Del mismo modo, el Kamasutra, que recoge «sutras» o declaraciones breves sobre diferentes actos eróticos y sexuales, también incluye a las personas de tercer

género o «tercera naturaleza». De hecho, se explica que, aquellas personas de tercer género con apariencia masculina solían trabajar de peluqueros o masajistas para poder tener contacto con hombres, y se describía detalladamente cómo debía ser el acercamiento del masajista a su cliente y las diferentes prácticas para realizarle sexo oral de forma satisfactoria. El Kamasutra también recoge las prácticas sexuales realizadas entre dos hombres. Por una parte, explica los comportamientos sexuales entre un hombre y su sirviente joven, en los que el sirviente lleva pendientes y flores, y le practica sexo oral. Y, por otra parte, describe cómo dos amigos varones, que se quieren y tienen una profunda confianza, se realizan sexo oral mutuamente. En los comentarios posteriores, que realizó Yashodhara sobre el Kamasutra en el siglo XII E.C., se indica que esta práctica también pueden realizarla las mujeres y describe cómo, en los cuartos de las doncellas, las mujeres se lamían las vulvas con total confianza (Vanita, 2000b).

### Antigua China

En la Antigua China había cierta tolerancia hacia los comportamientos homosexuales, sobre todo entre las personas de clase alta (Fang & Zhang, 2013). Sin embargo, pese a que no se castigaba de forma severa a las personas que tenían relaciones sexuales homoeróticas, sí que se les impedía que avanzarán en su estatus social o en ocasiones se les expulsaba de su trabajo (Wu, 2003).

Los comportamientos homoeróticos eran habituales en familias polígamas, donde varias mujeres y su esposo podían tener relaciones conjuntas, en las que las mujeres interactuaran entre sí. También podemos observar estos comportamientos en los hombres de alta clase, que podían tener amantes jóvenes varones. Cuando estos llegaban a la edad adulta, sus amos les ayudaban a casarse con mujeres. Además, en la historia de la antigua dinastía Han (206 A.E.C. – 23 E.C.) se mencionaba claramente a las parejas sexuales masculinas que tenían los emperadores (Wu, 2003). De hecho, diez de los once emperadores que existieron durante la dinastía Han, tuvieron al menos un amante masculino (Ruan & Tsai, 1987; Wu, 2003).

En la Antigua China existían varias formas para referirse a los hombres que sentían atracción por el mismo sexo, como «Long Yang», «yu tao» o «duan xiu». Todas estas referencias tenían su origen en relatos homoeróticos de la época. Por ejemplo, Long Yang fue el amante masculino favorito de uno de los reyes de Wei. Un día, pescando los dos juntos, Long Yang vio que el rey había devuelto un pez al agua, después de pescarlo, por considerarlo demasiado pequeño. Long Yang se echó a llorar y, ante la pregunta del rey por saber qué le pasaba, le explicó que tenía miedo de que lo abandonara también a él por no ser suficientemente hermoso. El rey le aseguró que eso no iba a suceder y emitió una orden para que nadie pudiera hacer referencia a un hombre más hermoso en presencia del rey. Por su parte, la leyenda de «yu tao» (que significa compartir el melocotón restante) cuenta la historia de la relación amorosa entre el rey Ling y su amante masculino Mi Tzu-hsia. Un día, mientras Mi paseaba por el jardín del rey, encontró un melocotón especialmente dulce. Después de probarlo, se guardó la otra mitad y fue corriendo a dársela al rey para que también lo disfrutara. Del mismo modo, «duan xiu» (que significa cortar la manga) es la historia del emperador Han Ai-ti y su amante masculino, Dong Xian. Un día, después de haber dormido juntos, el emperador se despertó antes que Dong y vio que una de las mangas de su bata estaba debajo del cuerpo de Dong. Para no despertarlo, el emperador decidió cortarse la manga y así no molestarlo (Lau & Ng, 1989; Ruan & Tsai, 1987; Wu, 2003).

En cuanto a las conductas sexuales o amorosas entre dos mujeres, hay pocas referencias en la literatura china, posiblemente porque la gran parte de autores eran hombres y solo se interesaban en ellos (Fang & Zhang, 2013). La primera mención de una relación lesbiana en el registro histórico oficial puede ser la que se refería a las relaciones entre las doncellas de la corte imperial. Se llamaban «dui shi» («dui» podría definirse como «una frente a la otra» y «shi» significa «comer»). En algunos textos también se hacía mención a reinas que fueron castigadas por los emperadores por dormir con sirvientas, o a la existencia de

relaciones sexuales entre monjas budistas y taoístas. Por otra parte, otro de los términos utilizados para referirse a las relaciones sexuales entre mujeres era el de «mojingzi» (frotar espejos o pulir espejos) y existían asociaciones en las que se reunían solamente mujeres lesbianas, como Mojing Dang (Fiesta del frotamiento de los espejos) (Wu, 2003).

### Antigua Grecia

Los comportamientos homoeróticos fueron muy comunes en la Antigua Grecia. De hecho, muchos hombres adultos tenían de amantes a jóvenes varones a los que servían de guía y protección. No obstante, cuando estos jóvenes amantes llegaban a la edad adulta, debían casarse con una mujer y tener hijos y, cuando estos hombres fueran mayores, se esperaba que repitieran el ciclo, tomando bajo su protección a otro joven varón (Bullough, 1979/2019).

Este «amor» homosexual también se observaba entre algunos guerreros, como el famoso ejército de 300 hombres de Tebas. Se cree que este ejército estaba formado por parejas de amantes varones, lo que hacía que los guerreros lucharan con mayor ferocidad al tener que defender a sus seres queridos (Bullough, 1979/2019).

La mitología griega también presenta algunas historias que han sido interpretadas como prueba de atracción entre hombres, como la de Zeus y Ganímedes. Zeus, cautivado por la increíble belleza del joven Ganímedes, se lo llevó al Olimpo para que fuera su copero, ya que no quería que una belleza tan perfecta se perdiera en el mundo de los mortales (Georgiades, 2004).

Igual que en otras civilizaciones, en la Antigua Grecia también había un término para referirse a los hombres que presentaban una actitud y comportamientos femeninos: «kinaidos». Entre sus conductas, también se encontraban las relaciones sexuales con otros hombres, aunque la principal característica de un «kinaido» era su feminidad (Halperin, 2002).

En cuanto a la homosexualidad femenina, uno de los pocos ejemplos que tenemos son los relatos de la poetisa Safo, de la isla de Lesbos (siglo VI A.E.C.), lugar que sirvió de origen para la actual palabra «lesbiana» (Halperin, 2002). Pese a que en la actualidad no perduran muchos fragmentos de su trabajo, no hay duda de que muchos de sus poemas expresaban amor entre mujeres (Dover, 1978; Fang & Zhang, 2013), aunque sigue siendo controvertido el carácter sexual de ese amor.

### *Antigua Roma*

La cultura romana se vio claramente influenciada por la tradición helena y uno de los ejemplos es la existencia de los «cinaedus», la versión romana de los «kinaidos» (Halperin, 2002). Así pues, algunos hombres romanos también sentían atracción por los jóvenes, pero en este caso, por los jóvenes esclavos. En la Antigua Roma no se habrían permitido los actos sexuales entre dos hombres de pleno derecho, pero las relaciones sexuales con esclavos no estaban mal vistas por la sociedad ni por las autoridades. Sin embargo, sí que se solía estigmatizar al hombre que ejercía el rol pasivo (Pickett, 2009). Por tanto, la sociedad romana no consideraba importante el carácter de las relaciones sexuales, si estas eran heterosexuales u homosexuales, sino que se focalizaban en el estatus y el poder de las personas que las mantenían (Verstraete, 1980).

Aunque normalmente se indicaba que las relaciones homosexuales con esclavos eran encuentros puntuales, en la literatura también se menciona la relación a largo plazo que mantuvo el poeta Virgilio con dos de sus esclavos varones (Stok, 2010). Virgilio nunca se casó y tuvo bajo custodia durante varios años a Cebes y Alexander, de los que se preocupó y se aseguró de que recibieran una buena educación (Verstraete, 1980).

Del mismo modo, también existe una relación homoerótica famosa en la historia Romana. Se trata de la relación que mantuvieron el emperador Adriano y Antínoo. Aunque no se conoce bien el estatus social del que procedía el joven Antínoo, parece que procedía de una buena familia (Verstraete, 1980; Waters,

1995), pero como no vivía como si fuera un ciudadano de alta cuna, la relación con el emperador no tenía por qué ser un escándalo (Williams, 2010). Aun así, la relación fue llevada con bastante discreción. Solo con la trágica muerte de Antínoo, el emperador hizo visible su desconsuelo ante la pérdida de su gran amor (Verstraete, 1980; Waters, 1995).

Antes de la llegada de los emperadores cristianos, la ley romana fue bastante tolerante con las conductas homosexuales. La única ley que parecía tener algo de relación fue la «Lex Scantinia» que, entre otras cosas, pretendía regular la pederastia homosexual, aunque las referencias en la literatura sobre esta ley han sido muy vagas (Williams, 2010), por lo que se puede asumir que no tuvo un gran impacto en la sociedad de la época (Verstraete, 1980).

Las primeras referencias a las relaciones sexuales entre mujeres en la Antigua Roma fueron escritas por el poeta Marcial. Con un tono hostil, este autor describía a las mujeres lesbianas como personas masculinas que transgredían los roles sociales y que ejercían el rol activo durante las relaciones sexuales, a menudo con el uso de dispositivos (Pickett, 2009).

### **1.3. Edad Media (476 – 1492)**

La caída del imperio romano en el 476 E.C. marcó el inicio de la Edad Media, una época plagada de guerras y enfrentamientos entre pueblos con una visión específica y peculiar de la sexualidad, lo que hizo que la actitud hacia la homosexualidad también se fuera amoldando e influenciando cada vez que dos culturas diferentes entraban en contacto.

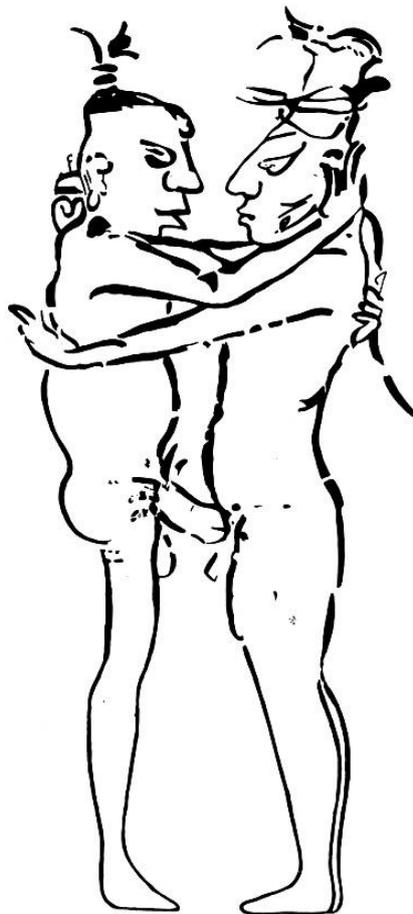
#### *Tribus americanas precolombinas*

Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo también han estado presentes en las diferentes tribus indígenas americanas, aunque con diferentes grados de tolerancia. En cuanto a la civilización Maya, pese a que su origen también data de la Edad Antigua (2600 A.E.C.), no se ha encontrado información acerca de

las conductas y relaciones homosexuales durante esa época. Los vestigios más antiguos sobre relaciones homoeróticas entre los mayas se han hallado en la cueva de Naj Tunich (Guatemala), donde se encontraron una serie de imágenes, datadas entre el 692 y el 771 E.C. (Joyce, 2000), entre las cuales había una que podría ser un ejemplo de relación sexual entre dos hombres, uno mayor y otro más joven (véase la Figura 3). En la escena se observa a los dos hombres desnudos y abrazados cara a cara, con sus genitales rozándose (Houston & Taube, 2010). Por otro lado, entre los mayas las relaciones sexuales entre hombres estaban también mejor vistas que el sexo prematrimonial. Se consideraba que era una forma de que el joven varón aprendiera todo lo relacionado con la sexualidad y la mujer no perdiera su virginidad antes del matrimonio (Montejo Díaz, 2012).

**Figura 3**

*Imagen encontrada en la cueva de Naj Tunich (Guatemala)*



*Fuente. Imagen extraída de Houston y Taube (2010).*

Por el contrario, los aztecas no mostraban la misma aceptación hacia las conductas homosexuales (Kimball, 1993). Generalmente, los aztecas eran una tribu muy machista y con unos roles de género muy marcados, donde se veneraba al hombre agresivo sobre la mujer pasiva y comedida. Fruto de estas creencias, los aztecas perseguían a los hombres afeminados y a aquellos que mantenían relaciones sexuales entre ellos, reservándole el mayor castigo al hombre que ejercía el rol pasivo. A estos les sacaban los intestinos por el ano y después les quemaban vivos (Reding, 1997).

En muchas tribus indígenas americanas también existía la figura del «berdache» o «dos espíritus», que era una persona de un determinado sexo que asumía los roles, las conductas y el estatus de una persona del sexo contrario. Aunque algunos autores no especifican el sexo, la mayoría hablan de los berdache como hombres con roles femeninos. Además de estas características, también podía suceder que tuvieran relaciones sexuales con gente de su mismo sexo biológico, pero no era una condición necesaria para definirse como berdache (Jacobs, 1968). Estas personas solían ser consideradas vitales para la realización de rituales religiosos; incluso llegaban a desempeñar funciones como chamanes o curanderos (Bullough, 1979/2019). Otras tribus, en cambio, consideraban que no servían para nada en especial. No obstante, en ningún caso eran discriminadas o ridiculizadas. El único aspecto que podía ser criticado en algunas tribus era su descenso en la escala social, ya que de ser un hombre habían pasado a adoptar el rol de una mujer (Jacobs, 1968). Por otra parte, estaba permitido que un hombre tuviera relaciones sexuales o se casara con un berdache, aunque el hombre se arriesgaba a ser objeto de burla, pero no así el berdache (Jacobs, 1968). Del mismo modo, tampoco estaba permitido el sexo entre dos berdache (Mondimore, 1998; Sullivan, 2004).

### Europa

A principios de la Edad Media, existía un ambiente convulso y conflictivo que hacía muy complicado que se acataran las leyes, por ejemplo, contra las personas

## CAPÍTULO 1: LA HOMOSEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

homosexuales (Pickett, 2009). En general, la Europa de la Edad Media mostraba bastante tolerancia hacia las relaciones de personas del mismo sexo. Por ejemplo, las referencias que se tienen acerca de los bárbaros alemanes no indican que fueran particularmente hostiles hacia la homosexualidad (Greenberg & Bystry, 1982). De hecho, algunos autores manifiestan que las tribus germánicas alentaron relaciones cercanas entre hombres y jóvenes varones como en la Antigua Grecia (Pickett, 2009).

Sin embargo, en el Imperio bizantino y en la España visigoda la actitud hacia la homosexualidad no era tan abierta (Lemay, 1980). En 527 E.C., Justiniano subió al poder como emperador del Imperio bizantino y, como ferviente defensor del cristianismo, decretó que los actos entre personas del mismo sexo debían ser castigados con la pena de muerte, tanto para el hombre que ejercía el rol activo como al que recibía la penetración (Pickett, 2009). Por su parte, en España, los reyes visigodos también consideraron que los actos homosexuales, independientemente del rol que se ejerciera, eran una depravación moral y debían ser castigados con la castración y la excomunión o el destierro (Fone, 2000).

El cristianismo poco a poco fue extendiéndose por toda Europa. En un primer momento, las actitudes hacia la homosexualidad no parecieron cambiar, pero paulatinamente sus valores morales más restrictivos fueron calando en la sociedad. Sobre el año 850 E.C., se publicaron unos textos que advertían sobre las consecuencias de la ira de Dios y señalaban a los homosexuales como culpables de diversos problemas de la época. La Iglesia hizo difusión de estos escritos durante décadas y, en algunos lugares, se agravaron los castigos para las relaciones sexuales con el mismo sexo. Sin embargo, las autoridades seculares no tomaron en consideración estas iniciativas hasta los siglos XII y XIII (Pickett, 2009). De hecho, durante los siglos IX y XII hubo una corriente literaria sobre apegos homoeróticos, especialmente promovida entre los monjes (Greenberg & Bystry, 1982).

A finales del siglo XII y principios del XIII, las autoridades seculares empezaron a promulgar leyes que penalizaban los actos entre personas del mismo sexo. Al mismo tiempo, la Iglesia estableció la Inquisición, cuyo objetivo era perseguir a los herejes y a todo aquello que consideraban que iba contra natura, entre lo que se encontraba la «sodomía». Tal fue el calado de esta iniciativa que en algunas ciudades italianas llegaron a organizarse grupos de hombres para ir en busca de sodomitas. Esta persecución siguió durante varios siglos después (Pickett, 2009).

### *Países asiáticos*

En la China de la Edad Media, las referencias a las relaciones entre dos hombres eran habituales en la literatura. Además, empieza a representarse el rol pasivo como placentero (Pickett, 2009). Así pues, la dinastía Tang, fundada en el año 618 E.C., fue próspera para la homosexualidad (Fang & Zhang, 2013), aunque la literatura que dejara constancia de tales relaciones fue más limitada (Ruan & Tsai, 1987). Años más tarde, en el año 1264 E.C., China fue invadida por los musulmanes mongoles, una civilización en la que la homosexualidad estaba penada con la muerte. Esto supuso una limitación a la vivencia de la sexualidad en la época. Sin embargo, esta dinastía solo duró 88 años, dando paso a la dinastía Ming, en la que se extendió la homosexualidad masculina por toda clase de regiones y clases sociales. Las parejas de amantes masculinos eran habituales en las provincias de Fujian y Guangdong, incluso existía una forma de matrimonio ceremonial que daba validez a las relaciones homosexuales entre hombres (Fang & Zhang, 2013, Pickett, 2009).

Por su parte, en India, la conquista del norte de esta región por los pueblos musulmanes trajo consigo una actitud más restrictiva hacia la sexualidad en general, algo que fue contrarrestado con una mayor popularidad del tantrismo entre los hindúes, que promovía una sexualidad libre y aceptaba ciertas transgresiones en los roles de género (Pickett, 2009). Sin embargo, son varios los textos que atestiguan la presencia de la homosexualidad entre los indios de esta

época. Por ejemplo, Sanyal et al. (2018) explican que, en el Jayamangala de Yashodhara, un importante comentario del siglo XII sobre el Kama Sutra, hay una mención acerca de la existencia de los hombres homosexuales: «Los ciudadanos con este tipo de inclinación homosexual, que renuncian a las mujeres y pueden prescindir de ellas voluntariamente porque se aman, se casan juntos, se unen por una amistad profunda y de confianza» (p. 59). Del mismo modo, en el Smriti-Ratnavali, un resumen de leyes védicas escrito por Ramanatha Vidya Vacaspati en el siglo XIV, se hace mención a veinte tipos de personas que serían sexualmente impotentes con las mujeres (Sanyal et al., 2018; Wilhelm, 2004). De entre todas ellas, se hace referencia a algunos hombres con patologías físicas o psicológicas que les dificultan o les impiden mantener relaciones sexuales con mujeres, pero también se registran a las personas intersexuales (*Nisarga*: nace sin los genitales adecuados), a las personas trans (*Shandha*: tiene las cualidades de una mujer, comportándose y hablando como ellas, y puede llegar a castrarse a sí mismo), y a varios tipos de hombres homosexuales (*Mukhebhaga*: practica sexo oral a hombres; *Kumbhika*: asume el papel pasivo en el sexo anal; *Asekya*: solo se excita al tragar el semen de un hombre).

### Países islámicos

Las personas musulmanas basan sus creencias en las escrituras del texto sagrado del Corán. En él se condenan claramente los actos homosexuales, aunque no se especifica ninguna pena o castigo (Kligerman, 2007; Neill, 2009; Pickett, 2009; Schmidtke, 1999). No obstante, dentro del islam, existen varias corrientes que difieren en el grado de tolerancia que muestran hacia la homosexualidad. Por ejemplo, en algunos países se creía que los actos homosexuales debían ser castigados con la pena de muerte, tanto para el que ejercía el rol pasivo como para el activo; en cambio, en otras corrientes, penetrar analmente a otro hombre era considerado como un ejemplo de dominancia y superioridad (Kligerman, 2007; Schmidtke, 1999).

Así pues, durante las primeras épocas del islam, existía un gran conservadurismo sexual que desalentaba la práctica de la homosexualidad, en contraste con la mayor apertura que había existido en la cultura árabe preislámica. Bajo la dinastía omeya, que llegó al poder en el 661 E.C., el territorio islámico fue expandiéndose hasta llegar, por un lado, a España y Marruecos, y por el otro, a las fronteras de la India. Sin embargo, estas actitudes conservadoras se flexibilizaron con la dinastía abasí (750 E.C.), que gobernó todo el imperio musulmán, a excepción de España, que estaba bajo el poder de la dinastía omeya (Neill, 2009).

Independientemente de la tolerancia o persecución que mostraban diversas corrientes islámicas, lo que se trataba de proteger en todas ellas era la moral y evitar escándalos públicos. Por ello, en algunas sociedades musulmanas se toleraban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, siempre y cuando fueran en un contexto privado. De hecho, algunos hombres homosexuales se casaban con mujeres para cumplir con las normas sociales, mientras que al mismo tiempo tenían relaciones sexuales con otros hombres. Dos ejemplos famosos fueron el sultán Mehmed II Fatih, conquistador otomano de Constantinopla, y el sultán Mahmud de Ghazni, que invadió la India desde Afganistán. Ambos tuvieron un amante varón, pese a estar casados con varias esposas y con hijos (Kligerman, 2007). Del mismo modo, debido a que las escrituras islámicas también prohibían los contactos heterosexuales antes del matrimonio, algunas sociedades segregaron a los hombres y a las mujeres, lo que propició que tanto hombres como mujeres exploraran su sexualidad con otras personas de su mismo sexo (Neill, 2009). Todas estas experiencias homoeróticas también quedaron plasmadas a través de diversas fuentes literarias, como poemas, novelas, documentos legales y escritos médicos (Neill, 2009; Schmidtke, 1999).

#### 1.4. Edad Moderna y Contemporánea (1492 – actualidad)

Aunque existen varios eventos que han sido considerados como el desencadenante del inicio de la Edad Moderna, uno de los más comunes es la llegada de los conquistadores europeos a América.

##### *Tribus americanas en la etapa postcolombina*

A finales del siglo XV y principios del XIV, los conquistadores europeos fueron llegando a América. Los primeros cronistas españoles mencionaron que en las culturas nativas se observaban conductas sodomitas, así como idolatría y canibalismo. Estos tres actos fueron suficientes para justificar la conquista, colonización y conversión al cristianismo de la población nativa (Lang, 2016).

En la cultura maya, donde las conductas homosexuales estaban normalizadas, los españoles cambiaron la forma en que se concebían dichos actos sexuales al introducir el concepto de pecado (Sigal, 2002). Entre los aztecas, que ya mostraban actitudes rígidas en cuanto al género y a la sexualidad, la llegada de los conquistadores solo hizo que reforzar estas creencias (Reding, 1997). Por otra parte, la figura del «berdache» o «dos espíritus», que era respetada por las tribus indígenas, pasó a ser rechazada, ridiculizada y denostada por los colonizadores (Estrada, 2003; Jacobs, 1968; Lang, 2016).

Durante los varios siglos que se alargó la colonización en América, las personas que se salían de la norma en cuanto al género o a la sexualidad fueron el objetivo de misioneros y maestros de internado, entre otros representantes, quienes usaron la violencia y la ridiculización para moldear a esas personas para que se ajustasen a las normas europeas. Con los años, la propia comunidad nativa empezó a adoptar esta misma actitud de los colonizadores y la persecución hacia la homosexualidad fue acrecentada (Lang, 2016).

En 1776 Estados Unidos se independizó de Reino Unido, y en los años posteriores, entre el siglo XIX y el siglo XX, fueron consiguiendo la independencia

prácticamente el resto de países americanos. Dos siglos después, en Estados Unidos también se produjo el evento que marcó, para muchos autores, el auge del movimiento por los derechos del colectivo LGTBI+. Pese a que este movimiento de lucha había empezado en Europa, los eventos acaecidos en Nueva York le dieron la suficiente notoriedad para ser conocido mundialmente. El 28 de junio de 1969, tal y como solía suceder a menudo, la policía realizó una redada en el bar Stonewall Inn de Nueva York, un local LGTBI+. Cansados de este hostigamiento, los transexuales y travestis que solían frecuentar el local salieron a manifestarse en las calles y, poco a poco, estas protestas se extendieron por el país y por el resto de mundo (Villena, 2020). Gracias en parte a estos movimientos, desde el siglo XIX hasta la fecha, los países americanos han ido descriminalizando la homosexualidad, aunque aún existen en la actualidad nueve países donde las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo están penadas por ley (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020).

### Europa

A mediados del siglo XV y durante los siglos posteriores, hubo importantes diferencias entre países europeos en la condena y tolerancia de las conductas homosexuales. Así pues, mientras que en algunas áreas como España o Portugal se perseguía a los homosexuales a través de la Inquisición, en Dinamarca, por ejemplo, la sodomía no estuvo penada por ley hasta 1683 y no hubo procesamientos durante décadas después de eso. Del mismo modo, en algunos puntos de Europa, como en Florencia, durante el Renacimiento existió una importante subcultura que anhelaba y admiraba el amor entre dos hombres, aunque normalmente esas relaciones de amor se entendían como de carácter no sexual (Pickett, 2009).

En el caso concreto de España y Portugal, a principios del siglo XVI se vivió la etapa más feroz de la Inquisición. Especialmente en España, se ejecutaron a cientos de personas acusadas de sodomía. En el caso de las mujeres lesbianas, también fueron castigadas, aunque las penas que solían imponerles eran menores

y estaban menos perseguidas. Pese a que a principios del siglo XVII se eliminó la pena de muerte para las personas acusadas de sodomía, la persecución continuó durante varios siglos, imponiendo otros castigos igualmente horribles que, en muchos casos, terminaban con la muerte. Finalmente, en el siglo XIX la Inquisición terminó (Fone, 2000; Pickett, 2009). Otros países europeos también mostraron un fuerte rechazo hacia las conductas homosexuales. Por ejemplo, en el siglo XVI, la ciudad-estado de Ginebra procesó y asesinó a hombres y mujeres homosexuales con una brutalidad que llegó a hacer sombra a la Inquisición española. Los Países Bajos, por su parte, también vivieron una ola de histeria antihomosexual en 1730 por la que se procesaron a cientos de personas homosexuales (Pickett, 2009).

Con la llegada de la Ilustración, un movimiento intelectual, filosófico y cultural que se desarrolló en Europa durante el siglo XVIII, la perspectiva teológica por la que se abordaba la homosexualidad se reemplazó por un marco naturalista y secular, centrado sobre todo en la visión que se ofrecía desde la medicina y la psicología (Pickett, 2009). En el siguiente apartado, «Evolución del estudio de la homosexualidad», se podrán analizar detalladamente todos los autores que estudiaron la sodomía o la homosexualidad a lo largo de la historia. Pese a que la mayoría de pensadores de la Ilustración ignoraron el tema de la homosexualidad o mostraron rechazo hacia ella, sus argumentos iban claramente por reducir la persecución y las penas impuestas. En 1791, Napoleón, siguiendo esta corriente, descriminalizó la homosexualidad en Francia a través del Código Napoleónico (Fone, 2000). A principios del siglo XIX, a medida que el imperio de Napoleón se expandía por Europa, también se extendía su visión de la homosexualidad. Así pues, países como Alemania, Italia o Países Bajos abolieron las leyes contra la sodomía bajo la influencia del Código Napoleónico (Pickett, 2009).

A principios del siglo XX, en Alemania surgieron las primeras tentativas de organización política de los homosexuales. Sin embargo, pronto fueron aplacadas por el Partido Nacionalsocialista de Adolf Hitler. En 1933, cuando Hitler se convirtió en canciller de Alemania, empezó la persecución a todo lo relacionado con la

homosexualidad, sobre todo en los hombres. Así pues, durante los años venideros procedieron a quemar cientos de libros sobre sexualidad, endurecieron las leyes contra las personas homosexuales, crearon un servicio de policía específico para combatir la homosexualidad e internaron a los homosexuales en campos de concentración, entre otras muchas cosas (Mondimore, 1998). Durante la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), la Alemania nazi expandió su poder a prácticamente toda Europa, llevando consigo la persecución hacia las personas homosexuales. Una década después de que terminara la Segunda Guerra Mundial, empezaron a aparecer varias organizaciones homosexuales en diversos países occidentales, como «Amsterdam Social Club» en Países Bajos o «Arcadie» en Francia. Estos grupos que pretendían luchar por los derechos de las personas homosexuales fueron conocidos como movimiento homófilo (Pickett, 2009).

En cuanto a España, pese a no ser invadida por la Alemania nazi, sufrió una guerra civil (1936 – 1939) que terminó con el bando franquista como vencedor. En esta época, en España vuelven a aparecer los sentimientos machistas y homófobos que ya reinaban en la dictadura de Primo de Rivera (1923). Además, se agravan con la inclusión de valores católicos, que discriminan a las mujeres y a las personas homosexuales. En términos legales, en 1954, se reforma la Ley de Vagos y Maleantes para que los homosexuales quedaran explícitamente incluidos en ella al ser declarados como posibles peligros, junto a rufianes y proxenetas. Años más tarde, en 1970, la Ley de Vagos y Maleantes fue sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, en la que se consideraban peligrosas las personas que realizaran «actos de homosexualidad». Con la muerte del dictador Francisco Franco en 1975, se da paso a la transición española y al comienzo de la democracia. Años más tarde, en 1978, con la Ley 77/1978 se elimina del catálogo de supuestos peligros la realización de los actos de homosexualidad (Terradillos, 2020).

Al mismo tiempo que se iba gestando la transición española, el movimiento LGTBI+ empezaba a visibilizarse en España. La primera manifestación a favor de

los derechos del colectivo LGTBI+ tuvo lugar en Barcelona, el 26 de junio de 1977, organizada por el «Front d'Alliberament Gai de Catalunya». La manifestación conmemoraba los disturbios que tuvieron lugar el 28 de junio de 1969 en el bar Stonewall Inn de Nueva York (Villena, 2020).

Fruto de estos movimientos homófilos, junto con el activismo de grupos anteriormente mencionados como «Amsterdam Social Club» o «Arcadie», durante los últimos años las leyes discriminatorias han ido aboliéndose en la mayoría de países y han sido sustituidas por otras medidas de protección. En Europa, no hay países que criminalicen las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Sin embargo, algunos países tienen algunas restricciones legales en cuanto a libertad de expresión en materia de diversidad sexual y de género o limitan de alguna manera las organizaciones que trabajan en estas cuestiones (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex (2020). En el caso concreto de España, se ha avanzado bastante legislativamente en materia de diversidad afectivo-sexual y de género: en 2005 se aprobó el matrimonio de personas del mismo sexo y la posibilidad de adoptar (de la Fuente, 2005); en algunas comunidades autónomas se están impulsando leyes a favor de la diversidad de género y los derechos de las personas transexuales (por ejemplo, Ley 8/2017 o Ley 23/2018); y en junio de 2022, se aprobó en el Congreso el proyecto de ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y la garantía de los derechos LGTBI (Moncloa, 2022).

### *Países asiáticos*

A diferencia de las culturas occidentales y cristianas, que consideraban la homosexualidad un pecado e incluso llegaban a castigarla con la muerte, la cultura china tradicional se basaba en el confucianismo, el budismo y el taoísmo, ninguno de los cuales consideraba que el comportamiento homosexual tuviera que ser penado (Fang & Zhang, 2013).

Si con la dinastía Ming (1368 – 1644) se había promovido una vivencia abierta de la sexualidad, con la llegada de la dinastía Qing (1644 – 1912) empezaron las restricciones (Fang & Zhang, 2013). La influencia de la corriente europea, impregnada de cierto puritanismo cristiano, cambió la concepción que se tenía sobre la homosexualidad en China, donde se empezó a negar su existencia y a minimizar su visibilidad. Para ello, los gobernantes Qing impusieron varias penas para las personas acusadas de sodomía, entre las que se encontraban los castigos corporales (Lau & Ng, 1989).

Con el fin de la dinastía Qing (1912), se abolieron las condenas explícitas hacia las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Sin embargo, durante el periodo comprendido entre 1979 y 1997, la homosexualidad fue perseguida igualmente al ser incluida dentro del paraguas de «gamberrismo». Actualmente, el Código Penal de China no contiene ninguna prohibición explícita de los actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020), aunque la posición del gobierno es un poco ambigua y confusa respecto a la homosexualidad (Lau & Ng, 1989).

La influencia de los países occidentales también llegó a la India. Fruto de la colonización británica (1858 – 1947), el rechazo social hacia la homosexualidad creció notablemente (Neill, 2009). En 1860, se promulgó una ley que penalizaba «el coito carnal que fuera en contra de la naturaleza». Bajo este extenso paraguas, una de las conductas que se castigaron fueron las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. En 2018 esta ley fue anulada por ser considerada anticonstitucional (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020).

En la actualidad, existen un total de 23 países asiáticos que criminalizan las relaciones sexuales consensuadas entre personas de mismo sexo. De entre todos

ellos, la gran mayoría (19) son países con creencias islámicas (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020).

### *Países islámicos*

Durante el periodo entre los siglos XIV y XIX las actitudes hacia la homosexualidad en los países islámicos siguieron más o menos igual. Varios relatos atestiguan la presencia de prostitución masculina en Marruecos, las relaciones homoeróticas entre los maestros espirituales islámicos (sufíes) y jóvenes imberbes, las conductas lésbicas en los baños públicos de Turquía, o las relaciones sexuales que tenían los soldados egipcios con niños varones, entre otros muchos ejemplos (Lapidus, 2014; Neill, 2009). Además, la literatura de interpretación de los sueños consideraba que tanto la homosexualidad como la heterosexualidad eran naturales (Lapidus, 2014).

Aunque los líderes religiosos islámicos condenaban las relaciones homosexuales, la realidad es que existía una norma no escrita de «dejar hacer» mientras estos comportamientos quedaran en la intimidad (Beckers, 2010; Lapidus, 2014). Sin embargo, en el siglo XIX, cuando el colonialismo europeo en África estaba en pleno apogeo, se observó un cambio en las actitudes de los países islámicos. La influencia de las creencias occidentales propició que los musulmanes comenzaran a sentir vergüenza de sus costumbres; por ello, se empezó a limitar la autonomía de las mujeres, la sodomía o la literatura homoerótica, entre otros (Lapidus, 2014). Además del efecto de la colonización, también existía una corriente islámica más extremista que le atribuía a Mahoma la autoría de unos textos, que aparecieron años más tarde de su muerte, en los que se mostraba un rechazo vehemente hacia la homosexualidad (Beckers, 2010), un hecho que se ha utilizado para perseguir y condenar de forma más sistemática las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

Con los años, el rechazo hacia la homosexualidad se fue suavizando en occidente, pero no fue así entre los países islámicos, que percibieron esa actitud

más liberal como una indicación de la decadencia en la que se estaban sumiendo los países europeos (Schmidtke, 1999). Además de todo ello, el surgimiento del fundamentalismo islámico en el siglo XX, un movimiento religioso radical, ha provocado que se intensifique el rechazo y la persecución de la homosexualidad en el mundo musulmán, particularmente en el Oriente Medio (Pickett, 2009). En la actualidad, de los 50 países que tienen una mayoría musulmana, 34 criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, de los cuales, 11 las castigan con la muerte (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020).

La conclusión que se desprende de la revisión anterior es que las conductas homoeróticas están presentes en diferentes tipos de culturas y a lo largo de toda la historia de la humanidad. Sin embargo, en muchas ocasiones el papel de la mujer ha quedado relegado a un segundo plano. La homosexualidad masculina ha sido la que ha recibido la mayor parte de la persecución, mientras que la homosexualidad femenina ha sido prácticamente ignorada. Esta invisibilización de la mujer podría deberse a que los hombres han sido siempre los que han explicado la historia y han redactado las leyes. Y también a que a las mujeres no se les ha permitido ser protagonistas en la historia, por lo que hay muchos menos registros de sus comportamientos. Existía una concepción falocéntrica de las relaciones sexuales, en las que se consideraba que era necesario la presencia de un pene, por lo que no se concebía que las mujeres pudieran tener relaciones sexuales entre ellas (Bullough, 1979/2019).

Por otra parte, la religión ha sido la que ha marcado los límites de lo permitido en la sexualidad, castigando a quién se apartara de la norma. Cada religión ha mostrado una actitud más o menos tolerante hacía las conductas homoeróticas, lo que ha condicionado los valores éticos y morales de la sociedad. Con cada una de las diferentes guerras, invasiones y conquistas, se ha producido un choque de culturas con

distintos puntos de vista, lo que ha ido modificando la interpretación y la tolerancia hacia las relaciones homoeróticas. Del mismo modo, a medida que la sociedad ha ido modificando su visión de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, también han ido apareciendo y moldeándose las teorías explicativas acerca de tales actos, pasando de una perspectiva más mitológica a una más científica. A continuación, veremos algunos de los principales autores que abordaron la homosexualidad de alguna manera en sus trabajos e investigaciones.

### 2. Evolución del estudio de la homosexualidad

Una de las primeras teorías sobre la causa de la homosexualidad aparece en el **Simposio de Platón (ca. 385 A.E.C.)**, donde se explicaba que la humanidad, originariamente, había estado compuesta por individuos con cuatro piernas, cuatro brazos, dos cabezas y dos pares de genitales. Algunas de estas criaturas eran mitad hombre y mitad mujer (los andróginos), pero también podían ser completamente hombres o completamente mujeres. Los dioses, enfadados y temerosos de su poder, decidieron dividirlos en dos, dando como resultado a dos personas independientes. Una vez separados, estos individuos pasaban sus vidas tratando de encontrar a su otra mitad original. Por tanto, si pertenecían a un par andrógino, estaríamos hablando de un amor heterosexual, pero si formaban parte de un individuo de dos pares masculinos o de dos pares femeninos, se trataría de un amor homosexual. Por ello, de este relato se extrae que tanto el amor heterosexual como el homosexual estaban comprendidos en el plan original de la naturaleza (Bullough, 1979/2019; Fone, 2000; Halperin, 1990; Mondimore, 1998; Pickett, 2009).

**Aristóteles (384 – 322 A.E.C.)**, que fue un discípulo de Platón, fue un poco más allá y elaboró una posible causa con una base más «científica». Según él, la homosexualidad era una especie de incapacidad con la que nacían algunas personas. Es decir, era innata y natural. Sin embargo, también defendía que la

homosexualidad se debía a que algunos hombres habían disfrutado de contactos sexuales con otros hombres durante su adolescencia y que, por habituación, seguían haciéndolo en su adultez. Es decir, Aristóteles afirmaba que la causa de la homosexualidad podía ser tanto genética como ambiental (Bullough, 1979/2019; Fone, 2000).

El médico griego **Sorano (98 – 138 E.C.)**, que vivió en la primera mitad del siglo II E.C., consideraba que las conductas homosexuales se debían a una enfermedad mental, caracterizada por una lujuria desmesurada que provocaba que los enfermos buscaran formas antinaturales de satisfacer su deseo. Siguiendo con las creencias de Aristóteles, Sorano también sostuvo que las personas homosexuales, una vez exceden los límites de la naturaleza, vuelven una y otra vez a satisfacer su deseo con las conductas homosexuales (Bullough, 1979/2019).

Ya en plena Edad Media, **San Alberto Magno (1206 – 1280)** etiquetó la sodomía como un pecado contra natura (retomando la idea de San Agustín del S. IV de que cualquier comportamiento sexual que no condujera a la procreación era antinatural) y, de acuerdo con Sorano, también consideraba que la homosexualidad se debía a un ardiente frenesí y que, una vez se sucumbía a tales deseos, era muy difícil librarse de ellos. Además, San Alberto consideraba que la homosexualidad era una enfermedad contagiosa, por lo que había que tener especial cuidado (Bullough, 1979/2019; Fone, 2000).

En la etapa de la Ilustración, **Voltaire (1694 – 1778)** justificaba la atracción hacia jóvenes varones por un «error». Los hombres, no pudiendo satisfacer sus deseos con mujeres, veían en la dulzura e inocencia de los hombres jóvenes al rostro de una mujer. No obstante, cuando estos jóvenes llegaban a la adultez, su parecido desaparecía y cesaban tales conductas (Bullough, 1979/2019). Pese a que Voltaire mostraba públicamente su rechazo y repugnancia hacia la homosexualidad, considerándola una aberración y un atentado contra la naturaleza, también defendía que tenía que entenderse más como un gusto

personal que como un delito, por lo que sostenía que debía despenalizarse (Fone, 2000; Pickett, 2009).

En el siglo XIX, con el rápido crecimiento de las principales ciudades europeas y americanas, las personas homosexuales también pudieron empezar a reunirse e intercambiar ideas, cuestionando lo que la sociedad pensaba de la homosexualidad. Uno de los primeros en hacerlo fue **Karl Heinrich Ulrichs (1825 – 1895)** quien, a través de los instintos homosexuales que había observado en sí mismo, argumentó que estos eran congénitos e innatos y, por tanto, naturales (Mondimore, 1998; Pickett, 2009). Ulrichs también sostuvo que, durante las etapas iniciales del desarrollo del feto, los embriones eran esencialmente hermafroditas, ya que los órganos sexuales no se distinguían entre varones y hembras. Después, se producía una división entre el sexo masculino, el femenino y un tercer sexo: el «uranista» (en referencia a Urano en el Simposio de Platón). Este tercer sexo era lo que se consideraba como personas homosexuales (Bullough, 1979/2019). Eran personas cuyo cuerpo y mente habían sido invertidos durante el periodo de gestación, con lo que habían dado lugar a hombres femeninos y mujeres masculinas, lo que también se conocía como hermafroditismo psíquico. Sin embargo, consciente de que su teoría dejaba de lado algunas realidades, Ulrichs incluyó también como posibilidades a los hombres homosexuales masculinos y a las mujeres homosexuales femeninas. Además, también trató de explicar lo que hoy consideraríamos la bisexualidad. Ulrichs definió dos tipos de hombres bisexuales: uno que experimentaría sentimientos tiernos y pasionales tanto por hombres como por mujeres; y otro que sentiría un amor tierno hacia los hombres, pero más pasional hacia las mujeres (Hayfield, 2021). Pese a que su teoría tenía limitaciones, Ulrichs fue un gran activista por los derechos de los homosexuales y, con su investigación, trató de encontrar términos no peyorativos para los homosexuales, como «uranista» (Bullough, 1979/2019). Además, en su teoría sobre la bisexualidad hizo una observación muy importante al mencionar que la atracción

sexual y la atracción romántica eran dos dimensiones diferentes y que no siempre van de la mano.

Este interés por encontrar un término adecuado para referirse a las relaciones entre personas del mismo sexo no se limitó a Ulrichs. En 1869, **Karl Maria Kertbeny (1824 – 1882)**, un escritor húngaro, publicó de manera anónima un panfleto en el que mostraba su oposición a la ley contra la sodomía en Alemania (Fone, 2000; Mondimore, 1998). Para ello, argumentó, por una parte, que dichas leyes atentaban contra los derechos humanos básicos y, por otra parte, defendió que la atracción sexual era innata, por lo que no debería ser juzgada moralmente ni considerada como un pecado (Pickett, 2009). Además, Kertbeny fue quien acuñó el término «homosexual» para referirse a quien siente atracción sexual por personas de su mismo sexo (Bullough, 1979/2019). En un primer momento, no causó gran impacto, pero la comunidad médica lo adoptó para ofrecer una visión objetiva del fenómeno y con ausencia de prejuicios. Esto ayudó a que los homosexuales lograran una identidad fundamental, pero también trajo consigo una serie de consecuencias, ya que cayeron dentro de una categoría médica, susceptible de ser tratada (Tamagne, 2006).

Pese a los intentos de Ulrichs y Kertbeny por fomentar un espíritu de comprensión y tolerancia hacia la homosexualidad, la medicina seguía viendo estas conductas como algo anormal y patológico. Uno de los médicos que sostenía que la homosexualidad era una enfermedad fue el psiquiatra alemán **Karl Westphal (1833 – 1890)**. En 1869, Westphal publicó la historia clínica de una de sus pacientes que, desde bien pequeña, había preferido las actividades de niños a las de niñas y mostraba atracción solo hacia las mujeres (Bullough, 1979/2019). Westphal concluyó que el interés que mostraba su paciente no podía considerarse como una conducta «viciosa», sino que era una especie de locura moral resultante de una inversión congénita de los sentimientos sexuales y, por tanto, era innato. Se acuñó a este fenómeno como «sentimiento sexual contrario» (Fone, 2000; Mondimore, 1998). En un primer momento fue ampliamente utilizado, pero dado

que no era un término del todo preciso, a finales del siglo XX la palabra «homosexualidad» le ganó terreno (Bullough, 1979/2019).

Al empezar a considerar la homosexualidad como una enfermedad, también comenzaron los intentos por curarla. **Jean Martin Charcot (1825 – 1893)**, un neurólogo francés, probó con técnicas de hipnosis y, como no tuvo mucho éxito, argumentó que dicha inversión se debía a una degeneración nerviosa hereditaria, por lo que recomendó que los afectados estuvieran internados en asilos donde pudieran ser atendidos constantemente, ya que no había muchas esperanzas de cura. Esta degeneración de la que hablaba Charcot se equiparó con el atavismo que proponía Charles Darwin, es decir, la reaparición repentina de tendencias primitivas en los seres humanos civilizados. Se les comparaba con animales, presos de sus impulsos. Por tanto, una persona con estas tendencias no podía formar parte de la sociedad, ya que consideraban que eran capaces de cualquier cosa (Bullough, 1979/2019).

Por su parte, el médico italiano **Cesare Lombroso (1835 – 1909)** utilizó la teoría darwiniana para basar su argumento sobre que los desviados sexuales estaban en una etapa inferior de la escala evolutiva. Lombroso sostenía que la evolución no solo se producía entre especies, como de los primates a los hombres, sino que dentro de la misma especie también se producía una evolución. Así pues, a medida que el hombre había ido progresando, había dejado de lado conductas delictivas u obscenas. No obstante, aquellas personas que tuvieran una genética defectuosa, era esperable que no maduraran de la forma correcta y terminaran siendo delincuentes, desviados o deficientes mentales. Pese a que Lombroso no creía que se debiera perseguir a esta población, aconsejaba que fueran recluidos en asilos y que se les privara de tener descendencia (Bullough, 1979/2019; Fone, 2000).

Algunos médicos, sin embargo, consideraron que esta degeneración no solo se debía a una cuestión innata, sino que también se adquiría. **Benjamin Tarnowski**

(1837 – 1906), un médico de San Petersburgo, distinguió entre los homosexuales que habían nacido «pervertidos», lo que consideraba una consecuencia de que los padres hubieran sufrido alguna patología como la histeria, la epilepsia o el alcoholismo; y los que habían adquirido la enfermedad por realizar conductas obscenas, como leer libros eróticos o masturbarse (Bullough, 1974; Crozier, 2008). Sea como fuere, Tarnovsky consideraba que la homosexualidad no tenía cura y la única solución que veía para estos enfermos era la institucionalización (Bullough, 1979/2019; Fone, 2000).

En la misma línea que Tarnowski iban las conclusiones de **Richard von Krafft-Ebing (1840 – 1902)**, uno de los autores más influyentes en la opinión pública. En 1886 este psiquiatra alemán publicó el libro «Psychopathia Sexualis», en el que abordaba la problemática de algunos de sus pacientes con conductas sexuales «anormales» o «patológicas» (Bullough, 1979/2019). Sus pacientes procedían de diferentes grupos sociales, desde delincuentes sexuales y pacientes hospitalizados hasta hombres aristocráticos y burgueses (Oosterhuis, 2012). Pese a basarse en algunas teorías de Ulrich, Krafft-Ebing no mostraba su misma actitud hacia la homosexualidad, ya que rechazaba la idea de que la homosexualidad pudiera ser vista como algo normal y la consideraba una patología y un estado degenerativo (Fone, 2000; Mondimore, 1998). Como Tarnowski, Krafft-Ebing (1886/2011) también consideraba que la desviación sexual podía ser adquirida o congénita. Se consideraba adquirida cuando el deseo homosexual aparecía de forma secundaria como resultado a un problema mental o a la masturbación. Además, para ser considerada como adquirida, debía existir un deseo heterosexual, cuya imposibilidad de satisfacerlo es lo que provocaría que se recurriera a las conductas homosexuales, viéndose estas como comportamientos viciosos y anormales. En cuanto a los casos congénitos, el instinto homosexual sería el predominante, abarcando todas sus conductas sexuales y sus sueños, y dejando al deseo heterosexual completamente anulado. Del mismo modo, tal y como hizo Ulrichs, entre los casos analizados por Krafft-Ebing también se hacía mención al

hermafroditismo psíquico, pero en esta ocasión se refería a personas que sentían atracción sexual tanto por hombres como por mujeres, siendo esta de las primeras referencias hechas a personas que hoy en día consideraríamos bisexuales (Hayfield, 2021).

Según postulaba Krafft-Ebing, los casos adquiridos tenían mucho mejor pronóstico y era más probable que mejoraran. Así pues, para las personas con desviación sexual adquirida recomendaba que se les protegiera de influencias nocivas ya que, de no hacerlo, podría desembocar en la inversión sexual total. Para los casos congénitos, su propuesta se centraba en prohibirles la reproducción. Al ser vista como una enfermedad, Krafft-Ebing no entendía que la homosexualidad estuviera castigada en el código penal. Por ello, luchó activamente contra la persecución homosexual y fue considerado, por la comunidad homosexual, como un defensor de sus derechos (Hauser, 1992). Del mismo modo, a medida que iba tratando más casos de personas homosexuales, su discurso fue cambiando, suavizándose y mostrando mayor comprensión hacia los homosexuales (Oosterhuis, 2012; Pickett, 2009). Así pues, en las primeras ediciones de su «*Psychopathia Sexualis*», argumentaba que el declive de una sociedad estaba ligada al incremento de la actividad homosexual, como había sucedido en Roma y Grecia. Sin embargo, en ediciones posteriores afirmaba que la condición homosexual se podía encontrar entre los mejores y más dotados, y que la homosexualidad no era incompatible con la grandeza nacional de un pueblo (Hauser, 1992).

Siguiendo la estela del trabajo de Krafft-Ebing, apareció el psiquiatra alemán **Albert Moll (1862 – 1939)**, quien elaboró un cambio de perspectiva en la sexualidad desviada, pasando de considerarla como un síntoma de un trastorno mental o de una enfermedad, a concebirla como parte de un instinto sexual más general (Oosterhuis, 2012). Los trabajos de Moll mejoraron algunos aspectos de la teoría de Krafft-Ebing. Por ejemplo, este autor descartó que la masturbación pudiera explicar la homosexualidad y también minimizó la causalidad de otros

factores. No obstante, esta prudencia al lanzar afirmaciones sobre la explicación de la homosexualidad también provocó que sus estudios fueran menos concluyentes y, por tanto, menos relevantes para la comunidad científica de la época (Mondimore, 1998). Sea como fuere, los estudios de Krafft-Ebing y Moll sirvieron para reintroducir los términos de «homosexualidad» y «heterosexualidad» que, después de su creación en 1869 por Karl Maria Kertbeny, habían caído en desuso. Además, ambos autores hicieron una aportación innovadora al considerar que la conducta sexual anormal no era una categoría absoluta, sino que la percibían como un constructo cuantitativo y gradual. Es decir, perversiones como el sadismo, el fetichismo o la inversión sexual debían entenderse como dimensiones graduales que fluctúan de la normalidad a la anormalidad. Pese a que estas perversiones iban normalmente ligadas a degeneraciones hereditarias y perturbaciones nerviosas, Moll no las calificó como trastornos mentales (Oosterhuis, 2012). No obstante, sí que consideraba que la homosexualidad debía tratarse, ya que para él era un fenómeno patológico. Sin embargo, dado que no existía un protocolo establecido, Moll defendía no tratar la homosexualidad en sí, sino a la persona homosexual, ya que por lo general no era una persona sana. Además, aconsejaba que, los homosexuales sanos y decentes, se alejaran de aquellos homosexuales que armaban más revuelo, ya que así conseguirían la simpatía de los heterosexuales y se romperían los prejuicios (Sigusch, 2012). Por otra parte, al igual que Krafft-Ebing, Moll también criticó la criminalización de la desviación sexual (Oosterhuis, 2012; Sigusch, 2012) y propuso el fomento de la educación sexual e higiene moral para tratar las desviaciones sexuales. No obstante, si Krafft-Ebing había mostrado una conducta más comprensiva a medida que pasaban los años, Moll fue volviéndose más conservador con su actitud hacia los homosexuales (Oosterhuis, 2012).

Desde una perspectiva mucho más comprensiva y sin juicios de valor, apareció el enfoque de **Havelock Ellis (1859 – 1939)**. En 1896 se publica la primera versión en alemán del libro «Sexual Inversion». Fue el inicio de la colección de

volúmenes sobre «Studies in the Psychology of Sex» (Mondimore, 1998). A través de ellos, Ellis abordó la inversión sexual para desafiar la ley existente en Inglaterra contra los homosexuales (Crozier, 2000). Su función era observar y recopilar información sobre la sexualidad humana, sin juzgarla (Bullough, 1979/2019). A través de una serie de estudios de casos, Ellis quiso demostrar que la homosexualidad no era más que otra manifestación del impulso sexual. Para Ellis, la homosexualidad no era ni una enfermedad ni un pecado, era una manifestación perfectamente normal del deseo sexual. La única diferencia entre la homosexualidad y la sexualidad «normal» era el objeto central del deseo. Dado que sus pacientes fueron todos de clase media, con sus investigaciones también visibilizó que las personas homosexuales no solo eran delincuentes o pacientes internados, sino que también podían ser personas respetadas y con cierto estatus social. Además, con la intención de normalizar la homosexualidad, afirmó que las conductas homosexuales también estaban presentes en otras culturas y en otras especies del reino animal (Crozier, 2000; Pickett, 2009).

A diferencia de sus predecesores, Ellis no empleó gradaciones a la hora de referirse a las diferentes perversiones sexuales (Crozier, 2000). Sin embargo, siguiendo la estela de Ulrichs, también sostuvo que, durante las etapas iniciales del desarrollo, el ser humano tenía características tanto femeninas como masculinas, así como una atracción hacia los hombres y las mujeres. Es decir, se hablaba de un hermafroditismo psíquico o bisexualidad latente como origen del desarrollo sexual. No obstante, las referencias hacia la bisexualidad en los trabajos de Ellis no se limitaron solamente a los momentos en los que se explicaban las etapas iniciales del desarrollo. En ediciones posteriores del libro «Studies in the Psychology of Sex» Ellis también hizo una mención explícita a personas bisexuales que en su etapa adulta sentían atracción hacia hombres y mujeres (Hayfield, 2021). Pese a que Ellis tenía una visión explicativa de la homosexualidad muy biológica, no descartaba el papel que podían ejercer ciertas experiencias infantiles en el desarrollo de la homosexualidad, aunque seguía afirmando que en esos casos debía haber un

predisponente genético. El ambiente por sí solo no podía provocar que una persona fuera homosexual (Mondimore, 1998).

Más transgresor todavía durante esa época fue **Magnus Hirschfeld (1868 – 1935)**, un psiquiatra alemán que siguió los pasos de Ulrichs, argumentando que la homosexualidad era natural y realizando activismo a favor de los derechos de las personas homosexuales. Para ello, en 1897, Hirschfeld cofundó el Comité Científico y Humanitario con el objetivo de promover la derogación de la ley alemana que penaba los actos sexuales entre hombres. Unos años más tarde, en 1919, también creó el Instituto para la Ciencia Sexual de Berlín, que servía para hacer pruebas de infecciones de transmisión sexual a la sociedad y donde estaban recogidas varias colecciones de investigaciones antropológicas y biológicas. En 1921, Hirschfeld ayudó a fundar la «Liga mundial por la reforma sexual», que luchaba por la libertad sexual en general, como el acceso a los anticonceptivos, al aborto o la despenalización de las conductas sexuales consentidas entre personas del mismo sexo. Sin embargo, todas estas iniciativas cayeron en saco roto con el auge de los nazis y la llegada al poder de su líder Adolf Hitler (Mondimore, 1998; Pickett, 2009). Pero Hirschfeld no solo dedicó su vida al activismo, también realizó investigaciones científicas muy relevantes. Tal y como había afirmado Krafft-Ebing, Hirschfeld también sugirió que, durante las primeras etapas del desarrollo fetal, todos los humanos tendrían características de ambos sexos. Si el proceso avanzaba de manera natural, las características del «otro» sexo irían desapareciendo, así como la posible atracción hacia personas del mismo sexo. Sin embargo, detalló otras dos alternativas. Por una parte, podía suceder que durante el proceso no se eliminara el deseo hacia el mismo sexo, sino que se redujera la atracción hacia el otro sexo, dando lugar a las personas homosexuales. Otra posibilidad sería que no se redujera ninguno de los dos tipos de atracción, por lo que la persona podría amar tanto a hombres como mujeres (Hayfield, 2021).

**Sigmund Freud (1856 – 1939)**, considerado padre y fundador del psicoanálisis, tenía teorías algo diferentes. Para estudiar a sus pacientes, Freud se

dedicaba a analizar el desarrollo temprano y el ciclo evolutivo del paciente, incluidos sus sueños (Crozier, 2000). Freud rechazó las teorías degenerativas y las que consideraban la homosexualidad una herencia de las patologías de los padres. En cambio, basó sus teorías en aspectos psicológicos y psicobiológicos del desarrollo sexual (Hayfield, 2021). En 1905, publicó su libro «Three Essays on the Theory of Sexuality», donde describía el comportamiento homoerótico como una parte normal del crecimiento (Bullough, 1979/2019), sobre todo, en la adolescencia, que es cuando la persona está aprendiendo en el ámbito sexual y cuando pueden aparecer ciertas dificultades para tener contactos sexuales y sentimentales con personas del sexo opuesto. Sin embargo, estos comportamientos no suelen perdurar en el tiempo, ya que a medida que la persona va madurando, se hacen más manifiestos los impulsos sexuales hacia el otro sexo y se abandonan las conductas homosexuales. No obstante, Freud también menciona que una sociedad permisiva con la homosexualidad también puede provocar que el sujeto invertido vea normal sus impulsos y no considere que debe revertirlos. Otras explicaciones de Freud para la homosexualidad se centrarían en la infancia vivida y en la educación recibida. Así pues, la falta de uno de los padres provocaría que el niño centrara todo su amor por el padre restante, determinando así el sexo por el que sentiría atracción sexual en el futuro. Del mismo modo, un niño varón que tuviera buena relación con su madre, mostraría también mayor afecto hacia las mujeres en su adultez. Y, por último, Freud también consideraba que el hecho de utilizar a sirvientes varones para que se encarguen de la educación y cuidado de los infantes, podría fomentar la homosexualidad (Freud, 1905/2016). Por tanto, Freud consideraba que el desarrollo sexual «normal» de un ser humano debía culminar con la heterosexualidad. La homosexualidad y la bisexualidad eran el resultado de procesos «anormales». Según la perspectiva de Freud, en la bisexualidad, además de haberse producido un error en el desarrollo sexual como pasaba con la homosexualidad, había también dificultades para orientarse hacia un tipo de atracción u otra. Es decir, la bisexualidad era considerada más una etapa de confusión que una identidad en sí misma. Sin embargo, en obras posteriores

Freud ya reconoció la bisexualidad como una orientación propia (Hayfield, 2021). Así pues, la teoría que sostuvieron Freud y sus seguidores era que la homosexualidad estaba causada por factores medioambientales (Bullough, 1979/2019; Sullivan, 2004), lo que provocó que se considerase a la homosexualidad como una perversión susceptible de ser tratada y curada (Sullivan, 2004).

**Alfred Kinsey (1894 – 1956)**, por su parte, tomó de referencia el trabajo de Ellis y, como su predecesor, se posicionó contra el psicoanálisis (Crozier, 2000). Kinsey estudió la conducta sexual desde una visión descriptiva, para tratar de conocer cuáles eran el tipo de actividades sexuales que realizaba la población, pero en ningún momento pretendió determinar qué era natural o antinatural (Bullough, 1979/2019). Kinsey enfatizó que el comportamiento homosexual era una manifestación normal del instinto sexual (Crozier, 2000). En sus estudios, realizados en 1948 y 1953, mostró que las conductas, deseos y experiencias homosexuales eran mucho más comunes de lo que la gente suponía. Así pues, destacó que el 37% de los hombres evaluados había llegado al orgasmo a través de contactos homosexuales; el 50% de los hombres que habían permanecido solteros hasta los 35 años, había tenido orgasmos a través de alguna experiencia sexual homosexual; el 13% de los hombres reaccionaron eróticamente a otros hombres, sin haber tenido contactos homosexuales; y el 4% de los hombres manifestaron comportamientos exclusivamente homosexuales a lo largo de toda su vida (Kinsey et al., 1948). En el caso de las mujeres se observaron menos contactos homosexuales que en los hombres. Así pues, sobre un 28% había reportado algún tipo de excitación homosexual, el 20% había tenido contactos sexuales homosexuales, pero solo el 13% había llegado al orgasmo a través de esos contactos homosexuales. Por último, menos de un 3% de mujeres mayores de 20 años mostró respuestas exclusivamente homosexuales (Kinsey et al., 1953). A la hora de evaluar la conducta sexual y recoger los datos, Kinsey resultó muy innovador ya que, en vez de recurrir a categorías rígidas y dicotómicas (normal-

anormal, heterosexual-homosexual), utilizó una escala Likert de 7 puntos, que iba de «exclusivamente heterosexual» a «exclusivamente homosexual», pasando por una gradación de valores intermedios. Posteriormente, se añadió otra opción para englobar también a las personas que no habían tenido contactos o no sentían atracción sexual por ninguna persona (Kinsey et al., 1948, 1953), donde se podrían englobar a las personas asexuales. Estos hallazgos ayudaron a cambiar la actitud hacia la homosexualidad y fueron el precedente de muchas de las investigaciones sobre sexualidad y homosexualidad que tuvieron lugar durante la segunda mitad del siglo XX (Bullough, 1979/2019)

La psicóloga estadounidense **Evelyn Hooker (1907 – 1996)** mostró su descontento con la visión que tenían algunos clínicos de la homosexualidad como enfermedad y trastorno mental. Además, se mostró preocupada por las actitudes de rechazo que mostraban algunos clínicos ante sus pacientes homosexuales, ya que ella consideraba que esas actitudes de disgusto y hostilidad podrían estar interfiriendo en el tratamiento e interpretación del problema del paciente homosexual. Por ello, en 1957, Hooker realizó un estudio comparativo entre población heterosexual y población homosexual, con el objetivo de comprobar si existían diferencias psicológicas entre ellos. Seleccionó a 30 hombres homosexuales que no presentaran ningún tipo de trastorno mental, y que no pertenecieran a población internada en psiquiátricos, ni a militares, ni a población carcelaria. Emparejó a cada uno de esos 30 homosexuales con un heterosexual que tenía características similares de edad, educación y cociente intelectual. Para evaluar diversos aspectos de su personalidad, se les administraron técnicas proyectivas, escalas de actitudes y una entrevista intensiva sobre su historia de vida. Posteriormente, una serie de jueces expertos deberían determinar, mirando las puntuaciones obtenidas y sin conocer a los evaluados, cuáles eran los homosexuales. El resultado fue que los jueces no pudieron distinguir entre ambos grupos, lo que supuso un gran desafío para la comunidad clínica, que tradicionalmente había asociado la población homosexual con patologías mentales

(Hooker, 1957). Los estudios de Evelyn Hooker, así como el trabajo de otros muchos de sus compañeros, ayudaron a que la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconsiderara su postura frente a la homosexualidad, ya que en su «Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM)» era clasificada como una enfermedad mental, caracterizada por culpa, vergüenza, ansiedad y depresión (Sullivan, 2004). Finalmente, en 1973 y después de unas intensas y polémicas votaciones, la APA decidió que la homosexualidad debía ser eliminada de la lista de enfermedades mentales (Silverstein, 2009).

Unos años más tarde, en 1976, **Michel Foucault (1926 – 1984)** publicó en francés el libro «L'Histoire de la sexualité», una obra que ha sido señalada por muchos autores como el primer documento en el que se consideró a la homosexualidad como una identidad propia (Gilbert, 1981; Halperin, 2002). Foucault era un filósofo francés que, entre otros aspectos, reflexionó acerca de la historia de la sexualidad, su represión y su vinculación con el poder, donde disciplinas como la medicina o la psiquiatría determinaban lo que era normal o patológico (Pickett, 2009). En su libro, Foucault señala que términos como «homosexualidad» y «homosexual» tienen un origen más reciente y se originaron a finales del siglo XIX y principios del XX a raíz del artículo de Westphal en 1870. Foucault realiza una distinción entre la sodomía, que era considerada una aberración pecaminosa, y la homosexualidad, a la que define como una nueva especie de persona (Foucault, 1976/1990). El sodomita era alguien que había pecado al realizar un acto sexual desviado, era considerado como algo puntual. En cambio, el homosexual era alguien con un estilo de vida identificable cuyo eje central era que optaba por buscar parejas sexuales de su mismo sexo. Por ello, el término homosexual surgió con la intención de señalar a una nueva clase de desviados (Gilbert, 1981), ya que antes de la era moderna solo se hablaba de conductas sexualmente desviadas, no de personas o identidades (Halperin, 2002).

En 1978, tomando como base los trabajos de Kinsey, **Fritz Klein (1932 – 2006)** publicó el libro «The Bisexual Option». En él presentaba un nuevo

instrumento para evaluar la orientación sexual en el que también utilizaba una escala graduada. Si Kinsey se había limitado a evaluar la conducta sexual y las reacciones eróticas, Klein incluyó otras variables importantes relacionadas con la orientación sexual, como la atracción sexual, las fantasías sexuales, la preferencia emocional o la preferencia social, que eran evaluadas con una escala ordinal de siete puntos que fluctuaba entre «sólo por/con el sexo opuesto» y «sólo por/con el mismo sexo». Del mismo modo, también evaluaba el estilo de vida y la auto-identificación, con otra escala ordinal de siete opciones de respuesta que iban de «sólo heterosexual» a «sólo homosexual». Además, Klein consideraba que la orientación sexual no era estática sino flexible en el tiempo. Por ello, incluyó también la variable temporal y evaluó dichas dimensiones en el presente, en el pasado y en un futuro ideal (Klein, 1978/2012). El trabajo de Klein sirvió para visibilizar a la bisexualidad, una realidad que había estado invisibilizada hasta el momento. De hecho, en los estudios de Kinsey, lo que se destacó fue lo comunes que eran las conductas homosexuales, pero se obviaron los altos porcentajes de personas que exhibían un comportamiento bisexual. Así pues, se hizo necesaria la adopción de una identidad bisexual como entidad propia, que se distinguiera de la heterosexual y la homosexual (Zinik, 1985).

En 1980, **Michael D. Storms** realizó una revisión al modelo unidimensional sobre la orientación sexual de Kinsey. Storms argumentó que la orientación homoerótica y la heteroerótica podrían ser dos dimensiones separadas y ortogonales, en vez de ser dos extremos opuestos de la misma dimensión. Este mapa bidimensional produciría cuatro categorías de orientación sexual: asexual (baja orientación homoerótica y heteroerótica), heterosexual (baja orientación homoerótica y alta heteroerótica), homosexual (alta orientación homoerótica y baja heteroerótica) y bisexual (alta orientación homoerótica y heteroerótica) (Storms, 1980). Este estudio fue el primero en hablar sobre la asexualidad como orientación propia (Ballester-Arnal, 2020), aunque los estudios de Kinsey ya

habían incluido una opción para las personas que no habían tenido contactos o atracción sexual por nadie.

Fruto de la proliferación de nuevas etiquetas sexuales y de la ferviente necesidad de representar todas las realidades sociales, en los noventa surgió un movimiento conocido como la «Teoría Queer», que aun a día de hoy lucha contra el heterosexismo y la homofobia, y pretende que se deje de clasificar al género y a la orientación sexual en etiquetas cerradas y dicotómicas: hombre-mujer, heterosexual-homosexual (Carroll, 2015). En ese sentido, esta teoría se opone frontalmente al esencialismo que conecta biunívocamente el género con el cuerpo y la orientación sexual. La Teoría Queer toma de base el trabajo de Foucault (1976/1990), que defendía que la identidad es inestable y viene marcada por el discurso predominante en la sociedad, y el de Judith Butler (1990/2006), que afirmaba que el género era una construcción social, con unos roles muy marcados que favorecen y privilegian a la heterosexualidad (Angelides, 2001; Callis, 2014). El concepto «queer» pretende, por tanto, ser un término indefinido con el que se represente a todo aquello que está fuera de la norma, independientemente de cuál sea la norma que se tome de referencia. Dado que se evitan conceptualizaciones cerradas sobre la sexualidad, este término otorga mayor flexibilidad a la hora de autoidentificarse (Pickett, 2009).

## EN RESUMEN...

En varios asentamientos arqueológicos de Europa se han encontrado gravados en roca, pinturas o incluso utensilios que son considerados vestigios de lo que podrían ser relaciones homoeróticas durante la época prehistórica. Lo realmente importante es que estas pruebas no se limitan a las relaciones entre dos hombres, sino que también abarcan a las relaciones entre dos mujeres. De todas formas, muchos de estos restos son difíciles de analizar y tienen diversas interpretaciones, aunque es importante que no se descarte la posibilidad de que sean representaciones de relaciones homosexuales.

Con la llegada de la escritura, cerca del año 3500 A.E.C, la presencia de pruebas sobre la existencia de las relaciones homoeróticas aumentó. Así pues, con mayor o menor tolerancia, existen escritos que evidencian este tipo de relaciones en las principales civilizaciones antiguas, como Mesopotamia, Egipto, India, China, Grecia o Roma.

Sin embargo, con el auge de las religiones actuales fueron cambiando las actitudes hacia las relaciones homoeróticas, sobre todo debido al cristianismo y a algunos sectores del islam, que tenían una postura muy conservadora y restrictiva de la sexualidad. Cuando se estableció la Inquisición en Europa, la persecución de la sodomía se agravó, siendo penada incluso con la muerte. Además, a medida que los pueblos europeos iban conquistando otros países, se iban expandiendo estas creencias. Así ocurrió con la conquista de América y la colonización de Asia y África.

A mediados del siglo XVIII surgió en Europa un movimiento intelectual, conocido como la Ilustración, que ayudó a apartar la

visión teológica por la que se castigaban las relaciones homoeróticas y promovió una perspectiva más médica. Pese a que los pensadores de la Ilustración también mostraban rechazo hacia estas conductas, coincidían en que no debían ser perseguidas ni, por supuesto, penadas.

Durante los años posteriores, muchos autores trataron de definir la homosexualidad y sus posibles causas. Algunos consideraban que las conductas homoeróticas eran síntomas propios de una enfermedad o patología y lo consideraban ejemplos de perversión. Otra corriente muy distinta sostenía que las relaciones homoeróticas eran naturales, por lo que las personas homosexuales no debían ser criminalizadas. Fruto de este último movimiento y gracias a los trabajos de autores como Karl Heinrich Ulrichs, Karl Maria Kertbeny, Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld, Alfred Kinsey o Evelyn Hooker, en 1973, la APA eliminó a la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

Pese a que la actitud hacia la homosexualidad en occidente se ha suavizado mucho durante las últimas décadas, hay algunas regiones del mundo donde aún es perseguida de manera muy severa, sobre todo, en ciertos países musulmanes que profesan la rama del islam más restrictiva. Del mismo modo, siguen existiendo algunas voces que se resisten a dejar de tildar la homosexualidad como una enfermedad, apoyándose en que la salud mental que presentan las personas con una orientación sexual minoritaria es peor que la de los heterosexuales. ¿Pero eso es realmente cierto? En el siguiente capítulo abordaremos las diferencias en función de la orientación sexual en diferentes aspectos de la salud mental, así como algunas de las teorías que se han propuesto para tratar de explicar estos resultados.



# **SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MINORÍAS SEXUALES**

¿Qué se entiende como salud mental? Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la salud mental es algo más que la simple ausencia de trastornos o problemas mentales, es un estado de bienestar en el que el propio individuo es consciente de sus capacidades, goza de una buena gestión emocional y autoestima, tiene un propósito en la vida y es capaz de mantener relaciones significativas con las demás personas (Scheid & Brown, 2010). Por tanto, en resumidas cuentas, podría decirse que la salud mental es la ausencia de problemas mentales y la presencia de una buena calidad de vida.

Tal y como se había comentado en anteriores apartados, entre la comunidad científica hubo bastantes disputas a la hora de decidir si se eliminaba la homosexualidad del listado de enfermedades de la APA, ya que existía cierta evidencia de que, en comparación con la población heterosexual, las personas LGTBI+ presentaban peor salud mental. Por ello, para tratar de abordar la salud mental de forma comprehensiva y determinar si las personas LGTBI+ presentan peores resultados, en el presente capítulo se detallarán, por una parte, los problemas de salud mental, como los síntomas psicopatológicos, la ideación suicida y otros comportamientos relacionados con el suicidio; y, por otra parte, variables relacionadas con la calidad de vida, como el bienestar psicológico, la satisfacción sexual y la satisfacción corporal. Por último, en la parte final del capítulo también se abordarán algunas de las teorías que se han propuesto para dar explicación a estas diferencias de salud mental en función de la orientación sexual.

## **1. Problemas de salud mental**

Cuando hablamos de problemas de salud mental, no solo nos estamos refiriendo a la presencia de trastornos mentales, sino también a ciertos síntomas o conductas disruptivas que pueden formar parte de estos trastornos pero que también pueden aparecer de manera aislada. Es decir, aunque no impliquen un diagnóstico como tal, pueden causar interferencia significativa y empeorar el

funcionamiento a múltiples niveles. Así pues, en este apartado vamos a detallar, en primer lugar, las diferencias en función de la orientación sexual y del género en las prevalencias de algunos trastornos mentales o en la sintomatología psicopatológica, que podemos encontrar en la literatura científica, y; en segundo lugar, las diferencias observadas en la frecuencia de ideación y otros comportamientos suicidas.

### **1.1. Síntomas psicopatológicos**

Varios estudios han corroborado que las personas LGTBI+ presentan mayor sintomatología psicopatológica que la población heterosexual. Por ejemplo, en una revisión sistemática realizada con estudios de diferentes países (Plöderl & Tremblay, 2015) se observó que los hombres y mujeres con orientaciones sexuales minoritarias presentaban mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad. Esta tendencia se observó tanto en adolescentes como en adultos, en personas de diferentes regiones geográficas y en distintas dimensiones de la orientación sexual, es decir, en personas que se identificaban con orientaciones sexuales minoritarias o que mostraban una atracción o conducta sexual hacia el mismo sexo o hacia hombres y mujeres a la vez. Dentro de las minorías sexuales, las personas bisexuales fueron las que mayor riesgo mostraron.

Del mismo modo, en un metaanálisis realizado unos años más tarde con investigaciones de distintos países (Ross et al., 2018), se encontró que las personas que se identificaban como bisexuales, o aquellas que mostraban una atracción o una conducta sexual indistinta hacia hombres y mujeres, reportaban tasas más altas de ansiedad y de depresión, en comparación con sus pares heterosexuales. Entre las personas homosexuales, se observaron puntuaciones similares o un poco mejores a las de las personas bisexuales, aunque siempre peores que las de las personas heterosexuales.

Estos resultados van en la línea de los obtenidos en una reciente investigación realizada con población general de Reino Unido (Pitman et al., 2021),

en la que se halló que el 40.4% de las personas bisexuales presentaba sintomatología ansiosa y/o depresiva, seguidas de las personas que se identificaban como «otra orientación sexual» (24.8%), las personas homosexuales (23.8%) y, con menores prevalencias, las personas heterosexuales (16.3%).

En base a estos estudios, queda patente que la población con una orientación sexual minoritaria presenta mayor sintomatología ansiosa y depresiva que sus pares heterosexuales. Pero estas diferencias no solo aparecen en síntomas aislados, sino también en las prevalencias de los trastornos en sí. Por ejemplo, en una investigación con estudiantes universitarios de Estados Unidos (Cohen et al., 2016), se observó que las personas que se identificaban con una orientación sexual minoritaria, en comparación con sus pares heterosexuales, presentaban mayor sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Fobia Social, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Depresión y Trastorno de Pánico. Además, las personas de una orientación sexual minoritaria fueron significativamente más propensas que los participantes heterosexuales a alcanzar un nivel clínico en la sintomatología de TAG, fobia social y depresión.

Sin embargo, incluso dentro de la propia comunidad con una orientación sexual minoritaria, se observan diferencias entre grupos. Así pues, parece que las personas bisexuales muestran un patrón característico con respecto a otras minorías sexuales, no solo a la hora de presentar mayores prevalencias de sintomatología psicopatológica, sino también en cómo les afectan ciertas variables sociodemográficas a su salud mental. Por ejemplo, en un metanálisis realizado con diferentes estudios de Reino Unido (Semlyen et al., 2016), se observó que las personas con una orientación sexual minoritaria (homosexuales, bisexuales y «otros») mostraban, como en los estudios mencionados, una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con los heterosexuales, siendo mayor entre las personas bisexuales y aquellas identificadas como «otros». No obstante, para las personas homosexuales, esta asociación variaba en función de la edad, siendo los menores de 35 años y los mayores de 55 los que mostraban mayores

prevalencias. Entre las personas bisexuales, en cambio, esta asociación se mantenía elevada independientemente de la edad.

Por su parte, Borgogna et al. (2019) realizaron una investigación mucho más exhaustiva al investigar la salud mental de estudiantes universitarios de Estados Unidos, teniendo también en cuenta una serie de categorías de orientación sexual emergentes. Así pues, se observó que las personas que se identificaban como gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales, demisexuales, asexuales, queer o en cuestionamiento mostraban índices más altos de depresión y ansiedad que las personas heterosexuales. En concreto, las personas pansexuales y las demisexuales eran las que presentaban niveles mayores de ansiedad y depresión, siendo las personas gays y lesbianas las que menores diferencias mostraron con respecto a las personas heterosexuales.

En España, los pocos estudios que se han realizado al respecto, a la hora de realizar los análisis, no han considerado las diferentes orientaciones sexuales y han agrupado en una misma categoría a personas con diferentes identidades minoritarias. Así pues, en una investigación realizada con adolescentes (Ballester-Arnal et al., 2012), se observó que aquellos que se identificaban como no-heterosexuales presentaban mayor sintomatología depresiva que los adolescentes heterosexuales. Por otra parte, un estudio realizado con jóvenes estudiantes de universidad encontró que las personas que se identificaban como «no exclusivamente heterosexuales» mostraban una peor salud mental percibida, mayor frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y mayor prevalencia de problemas psicológicos actuales, todo ello en comparación con sus pares «exclusivamente heterosexuales» (Ruiz-Palomino et al., 2020).

En cuanto a la importancia de la variable de género en las diferencias de las prevalencias de psicopatología, en un estudio estadounidense realizado con población general adulta (Eaton et al., 2012), las diferencias de género fueron muy claras, siendo las mujeres las que mayores prevalencias mostraban en los

trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y los hombres los que más puntuaban en personalidad antisocial y trastornos por uso de sustancias. Este patrón diferencial en función del género también fue observado en una investigación intercultural con población general de varios países europeos (Boyd et al., 2015). En ese estudio, las mujeres presentaban mayores tasas de cualquier trastorno mental y, en concreto, de los trastornos internalizantes. En cambio, los hombres puntuaban más alto en los trastornos externalizantes. Estas diferencias también fueron encontradas entre la población española. Además, un metaanálisis realizado con estudios internacionales (Salk et al., 2017) también afianzó los resultados obtenidos por los anteriores estudios, concluyendo que las mujeres de la población general presentaban mayor sintomatología depresiva que los hombres. Sin embargo, en otro estudio estadounidense que se focalizó en las minorías sexuales (Eaton, 2014), no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las tasas de sintomatología internatizante (p. ej., ansiedad y trastornos del estado de ánimo) y en la externalizante (p. ej., consumo de sustancias, impulsividad, personalidad antisocial, etc.).

Tal y como se observa con toda la literatura existente hasta el momento, parece que las personas con una orientación sexual minoritaria, y en concreto las personas bisexuales, son las que presentan mayor sintomatología psicopatológica. En cuanto al género, serían las mujeres las más afectadas, aunque, cuando nos centramos específicamente en la población con una orientación sexual minoritaria, las diferencias de género parecen desaparecer.

### **1.2. Ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio**

El impacto psicológico de los trastornos mentales y el desgaste emocional de vivir con sintomatología psicopatológica puede llevar a las personas a pensar en la muerte como un alivio de su sufrimiento. Cada año, más de 700 000 personas mueren por suicidio en el mundo. Es un problema que se observa en personas de cualquier edad, aunque en 2019 fue la cuarta causa de muerte entre jóvenes de

15 – 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). A lo largo de las últimas décadas, en España, el número de muertes por suicidio ha ido en aumento (Cayuela et al., 2020), alcanzando la cifra de 3671 casos anuales en 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Así pues, el suicidio es la principal causa de muerte no natural, llegando a doblar el número de muertes por accidentes de tráfico (Cayuela et al., 2020). Sin embargo, el suicidio consumado es simplemente la punta del iceberg. La conducta suicida también engloba la ideación, la planificación y el intento suicida. Dado que las personas con una orientación sexual minoritaria se enfrentan continuamente a situaciones de discriminación y estigma con un alto impacto emocional (Meyer, 2003), resulta relevante abordar comprehensivamente la conducta suicida en esta población.

Así pues, en un estudio realizado con pacientes de una clínica de salud comunitaria de los Estados Unidos (Woodward et al., 2013), las personas lesbianas, gays, bisexuales o en cuestionamiento de su orientación mostraron probabilidades significativamente mayores de haber tenido ideación suicida en algún momento de su vida, en comparación con las personas heterosexuales. Concretamente, las personas bisexuales eran las más propensas a reportar ideas suicidas, incluso después de controlar el efecto de las variables sociodemográficas.

En esta misma línea, en una revisión sistemática internacional (Pompili et al., 2014), las personas bisexuales informaron haber realizado conductas suicidas (ideación suicida o intento de suicidio) con mayor frecuencia, en comparación con las personas heterosexuales. Respecto a las diferencias entre las personas homosexuales y las bisexuales, estas fueron menos claras, aunque seguía observándose mayor frecuencia de conductas suicidas entre las personas bisexuales. Unos resultados similares a los obtenidos en otra revisión sistemática con estudios internacionales (Plöderl & Tremblay, 2015), donde se observó que las personas con una orientación sexual minoritaria tenían más probabilidades de presentar conductas suicidas, siendo las personas bisexuales las que mostraban mayor riesgo.

En otra revisión sistemática sobre conducta suicida en jóvenes y adolescentes de diferentes países, Miranda-Mendizábal et al. (2017) observaron que la orientación sexual se asociaba significativamente con los intentos de suicidio, pero debido al escaso número de estudios, no se pudo asociar con el suicidio consumado. Así pues, se encontró que los chicos homosexuales y bisexuales tenían más probabilidades de informar sobre intentos de suicidio en comparación con los chicos heterosexuales. En cuanto a las chicas, pese a observarse una asociación similar, no se obtuvieron diferencias significativas, resultado que los autores atribuyen al bajo número de estudios evaluados.

Si se tiene en consideración el papel del género en las prevalencias de conductas suicidas, la literatura científica muestra mayor afectación de las mujeres. En el estudio intercultural europeo realizado por Boyd et al. (2015), se observó una tendencia en la que las mujeres de la población general presentaban más conductas suicidas, aunque había inconsistencias en las diferencias de género en función del país. En el caso concreto de España, las mujeres presentaban mayor ideación y planificación suicida, pero en cuanto a los intentos suicidas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Por otra parte, en un metaanálisis con estudios internacionales sí que se observó que las mujeres adolescentes y jóvenes presentaban mayor riesgo de informar de intento de suicidio que sus pares varones (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Por tanto, a la luz de los resultados obtenidos en anteriores estudios, se observa una tendencia parecida a la encontrada con los síntomas psicopatológicos. Por una parte, la población bisexual es la que mayores tasas de conducta suicida presenta, seguidas de las personas homosexuales y, en último lugar, de la población heterosexual. En cuanto al género, pese a que hay algunas diferencias entre estudios, se observa también una tendencia general por la que las mujeres presentan mayor afectación.

## 2. Bienestar y calidad de vida

Pese a que es importante focalizarse en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales para mejorar la calidad de vida de las personas, no hay que obviar el bienestar psicológico a la hora de abordar la salud mental. Según el Modelo de Continuidad Dual de Salud Mental (Keyes, 2002), las enfermedades mentales y el bienestar están altamente correlacionados, pero pertenecen a dimensiones separadas. Por tanto, menores niveles de sintomatología psicopatológica no necesariamente serán sinónimo de mayor salud mental. Pero, ¿qué se entiende como bienestar? En la literatura científica existen varias definiciones que se enmarcan en dos constructos diferentes (Disabato et al., 2016). Por una parte, existe el bienestar eudaimónico, que trata de buscar un significado a la vida y desarrollar las potencialidades de cada persona, cuya máxima representación se encuentra en el Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff (1989b). Por otra parte, se encuentra el bienestar hedónico, aquel basado en minimizar las experiencias de dolor, fomentar estados emocionales positivos y de placer, y que trata de satisfacer los propios deseos. Uno de los modelos que se basa en la hedonía es el Modelo de Bienestar Subjetivo de Diener (1984).

En este apartado abordaremos algunos aspectos del bienestar psicológico, teniendo en cuenta las dos concepciones. Por una parte, considerando la visión eudaimónica del bienestar propuesta por Ryff, comentaremos las diferencias en función de la orientación sexual y del género en algunas dimensiones relacionadas con el florecimiento y la realización del ser humano: la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito en la vida y el crecimiento personal. Por otra parte, también abordaremos algunos aspectos del bienestar hedónico, centrándonos sobre todo en la satisfacción sexual y la satisfacción corporal.

## 2.1. Bienestar psicológico

Varios estudios han utilizado el cuestionario de Ryff (1989a) para valorar el bienestar psicológico en función de la orientación sexual de la población, con resultados algo dispares. Por ejemplo, en un estudio estadounidense con hombres y mujeres adultos (Riggle et al., 2009), se observó que las personas con una orientación sexual minoritaria presentaban puntuaciones más bajas de bienestar psicológico que sus pares heterosexuales. Estas diferencias también se observaron en algunas dimensiones concretas de la escala, como en el dominio del entorno, las relaciones positivas con los demás, el propósito en la vida y la autoaceptación, siendo en todas ellas menores las puntuaciones de las minorías sexuales. Por su parte, en un estudio realizado con adultos españoles de diferentes orientaciones sexuales (de Miguel et al., 2018), no se compararon las puntuaciones totales en el cuestionario de bienestar psicológico, por lo que solo se pudieron analizar las diferencias en algunas dimensiones de la escala. Así pues, las mujeres heterosexuales mostraron un mayor dominio del entorno que los hombres bisexuales y un mayor propósito en la vida que las mujeres lesbianas y bisexuales. Una posible razón por la que no existan diferencias significativas en otras dimensiones podría ser debido al bajo tamaño muestral de algunas orientaciones sexuales minoritarias, como las 30 mujeres lesbianas o los 32 hombres bisexuales.

En cuanto al género, los resultados son aún más inconclusos. Blasi et al. (2013) utilizaron una escala propia para evaluar el bienestar eudaimónico en la población general italiana, y observaron mayores puntuaciones totales entre los hombres. Sin embargo, otros estudios que han utilizado la escala propuesta por Ryff (1989a) obtienen resultados menos contundentes. Por una parte, Matud et al. (2019) analizaron el bienestar psicológico en la población general española y observaron que los hombres puntuaban más alto que las mujeres en autoaceptación y autonomía, mientras que las mujeres mostraban puntuaciones más elevadas en crecimiento personal y relaciones positivas con los demás. Por otro lado, en otro trabajo español realizado con población general joven y

adolescente solo se encontraron diferencias de género significativas en la dimensión de propósito de vida y crecimiento personal, siendo las mujeres las que presentaban mayores puntuaciones. En el resto de dimensiones, así como en la puntuación total, no se observaron diferencias (Matud et al., 2022).

Por tanto, aunque no existen datos concluyentes respecto al papel de la orientación sexual y del género en la vivencia del bienestar eudaimónico, parece vislumbrarse una tendencia por la que las personas con una orientación sexual minoritaria tendrían menor bienestar psicológico que la población heterosexual. Y, con respecto al género, los resultados parecen diferir en función de la escala concreta de bienestar psicológico.

Por otro lado, si tenemos en cuenta las investigaciones que analizan el papel de la orientación sexual en la vivencia del bienestar hedónico, aquel enfocado en las emociones positivas y en satisfacer los propios deseos, los resultados son un poco más esclarecedores. Powdthavee y Wooden (2015) analizaron la satisfacción con la vida de población de Reino Unido y de Australia. En cuanto al Reino Unido, las personas homosexuales o bisexuales, así como las personas que se identificaban con otras orientaciones sexuales minoritarias o que preferían no revelar su orientación, mostraban menos satisfacción con su vida en general, siendo las personas bisexuales las que menos satisfechas estaban. En la población australiana, en cambio, se observaron menores diferencias con la población heterosexual, a excepción de las personas bisexuales que fueron las únicas que mostraban diferencias significativas, siendo las que reportaron menos satisfacción. En otro estudio realizado en Australia (Perales, 2016) se encontró de nuevo que, en comparación con las personas heterosexuales, las personas homosexuales y bisexuales mostraban peor bienestar subjetivo (salud mental, satisfacción con la vida y angustia psicológica), siendo más bajo entre las personas bisexuales. Estas diferencias eran aún más pronunciadas durante la adolescencia y entre los adultos jóvenes. Sin embargo, en una investigación realizada con adultos de Nueva Zelanda (Bejakovich & Flett, 2018), las personas con una orientación sexual minoritaria no

mostraron diferencias entre ellas en los niveles de afecto positivo, felicidad y satisfacción con la vida. Así pues, las personas heterosexuales informaron de niveles más altos de afecto positivo y de felicidad, en comparación con las personas homosexuales, bisexuales y en cuestionamiento. Las personas heterosexuales también presentaron niveles más altos de satisfacción con la vida que aquellos participantes identificados como homosexuales o en cuestionamiento, pero no respecto a la población bisexual. Por su parte, Mann et al. (2019) realizaron un estudio en Reino Unido para comparar el bienestar subjetivo o percibido en función del género y la orientación sexual. Los resultados mostraron que, a excepción de las mujeres lesbianas, el resto de grupos que pertenecían a una orientación sexual minoritaria referían menor bienestar que los hombres y mujeres heterosexuales, siendo las personas bisexuales las que menor bienestar mostraron.

Por lo que respecta al género, en el estudio realizado por Perales (2016) con población australiana, las mujeres presentaron niveles más bajos de bienestar subjetivo en comparación con sus pares varones, independientemente de su orientación sexual. En línea con estos resultados, un metaanálisis realizado con estudios internacionales (Batz-Barbarich et al., 2018) también mostró que, después de tener en cuenta el sesgo de publicación, los hombres de la población general informaban de niveles más altos de satisfacción con la vida que las mujeres.

En resumen, pese a que el papel de la orientación sexual y del género no estaba muy claro en los estudios sobre el bienestar eudaimónico, los análisis con el bienestar hedónico parecen ser más concluyentes. Así pues, las personas bisexuales y las mujeres parecen ser los dos grupos que menor bienestar hedónico muestran.

## **2.2. Satisfacción sexual**

Profundizando en la concepción hedónica del bienestar, que persigue mitigar las emociones negativas y fomentar aquellas positivas que tienen que ver

con la búsqueda del propio placer, en este apartado vamos a centrarnos en la satisfacción sexual. La sexualidad ha demostrado ser un área relevante para el bienestar humano, tanto a nivel físico como mental. De hecho, la actividad sexual y la satisfacción sexual han mostrado relación con la morbilidad de otros trastornos, con la mortalidad (Diamond & Huebner, 2012), y con el bienestar psicológico (Biss & Horne, 2005; Davison et al., 2009). No obstante, no existe mucha literatura que aborde la satisfacción sexual en función de la orientación sexual, y la que hay, no llega a un consenso en los resultados.

Por una parte, existen varios estudios en los que la orientación sexual no resulta una variable diferencial en la satisfacción sexual. Por ejemplo, en una investigación estadounidense realizada con jóvenes entre 18 y 28 años (McClelland, 2009), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción sexual de hombres y mujeres, ni entre la de las personas heterosexuales y aquellas pertenecientes a una minoría sexual. Sin embargo, cuando se analizó la interacción entre el género y la orientación sexual, se encontró que los hombres heterosexuales informaban de mayor satisfacción sexual que las mujeres heterosexuales; en cambio, entre las personas con una orientación sexual minoritaria, las mujeres fueron las que reportaron mayor satisfacción sexual. Kuyper y Vanwesenbeeck (2011) fueron un poco más allá y trataron de desgranar las vivencias de las minorías sexuales. Para ello, realizaron una investigación con población adulta de los Países Bajos en la que se comparó la satisfacción sexual de hombres y mujeres en función de tres orientaciones sexuales: heterosexual, bisexual y homosexual. Sin embargo, a pesar de este cambio de metodología, ni hombres ni mujeres presentaron diferencias estadísticamente significativas en función de la orientación sexual. En la misma línea que los estudios anteriores van los resultados obtenidos por los investigadores españoles Sánchez-Fuentes y Sierra (2015), que analizaron la satisfacción sexual en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales y homosexuales, con edades comprendidas entre los 18 y 80 años. Estos autores tampoco encontraron diferencias estadísticamente

significativas en la satisfacción sexual en función del género o de la orientación sexual.

Por otra parte, estudios más recientes sí que muestran diferencias en la satisfacción sexual en función de la orientación sexual. Así pues, Amos y McCabe (2017) realizaron una investigación en población de Estados Unidos, Australia y Reino Unido y encontraron que las personas heterosexuales eran las que mostraban mayor satisfacción sexual, seguidas de las personas bisexuales y, en última instancia, las personas homosexuales. Además, estos autores también observaron diferencias de género, siendo las mujeres las que mostraban mayor satisfacción sexual. No obstante, cabe señalar que existían más mujeres que estaban casadas o con pareja estable y, dado que se ha observado que la satisfacción sexual está ligada a la situación de pareja (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011), es un dato a tener en consideración. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos por Ritter et al. (2018), que realizaron una investigación con estudiantes universitarios de Estados Unidos y encontraron que la población heterosexual presentaba mayor satisfacción sexual que aquellas personas que se identificaban con una orientación sexual minoritaria. Sin embargo, se observó que estas diferencias estaban mediadas, en parte, por el estado civil de la muestra. Por último, en un estudio realizado en Suecia con población entre los 16 y 84 años (Björkenstam et al., 2020), también se observó que los hombres y mujeres heterosexuales estaban significativamente más satisfechos con su vida sexual que las personas bisexuales. En el caso de las personas homosexuales, las diferencias con sus pares heterosexuales no fueron estadísticamente significativas.

Tal y como se puede observar, no existen unos resultados concluyentes acerca del papel de la orientación sexual ni del género en la vivencia de la satisfacción sexual. Sin embargo, parece que los estudios más recientes han encontrado unos resultados similares, en los que se observa que las personas heterosexuales son quienes muestran una vivencia más satisfactoria.

### 2.3. Satisfacción corporal

Otra variable específica del bienestar hedónico, centrada en las emociones positivas y placenteras, podría ser la satisfacción corporal. Esta manera en la que una persona valora o interpreta su propio cuerpo tiene un papel muy importante en la salud mental. De hecho, varios estudios han demostrado que la satisfacción corporal está relacionada con menor sintomatología depresiva (Begovic-Juhant et al., 2012; Silva et al., 2019; Silveira et al., 2015), mayor bienestar psicológico (Fahami et al., 2018; Lee et al., 2014) y mayor calidad de vida (Begovic-Juhant et al., 2012; Griffiths et al., 2019; Nayir et al., 2016).

Sin embargo, en función del género y de la orientación sexual de la persona, parece que existen diferencias en la evaluación que se hace del propio cuerpo. Con la intención de organizar de forma clara los resultados obtenidos hasta el momento, en un primer bloque se analizarán los estudios que han abordado el papel que ejerce la orientación sexual en la satisfacción corporal de mujeres y de hombres, de manera separada, y en un segundo bloque, se detallarán aquellos estudios que han integrado en los análisis el género y la orientación sexual de manera conjunta. Así pues, empezando por las mujeres, en un estudio realizado con mujeres estadounidenses (Koff et al., 2010), se observó que aquellas que tenían una orientación sexual minoritaria presentaban mayores índices de masa corporal (IMC) en comparación con las mujeres heterosexuales. No obstante, cuando se controlaban los efectos del IMC (Índice de Masa Corporal), las mujeres de las distintas orientaciones sexuales mostraron percepciones similares de sus cuerpos y del ideal de cuerpo femenino. En esta misma línea van los resultados obtenidos por Moreno-Domínguez et al. (2019) en España. En este trabajo se evaluó la imagen corporal de mujeres lesbianas, bisexuales y heterosexuales y, tal y como sucedió en el anterior estudio (Koff et al., 2010), no se observaron diferencias basadas en la orientación sexual de las mujeres.

En cuanto a los hombres, la tendencia es muy diferente, habiendo una clara influencia de la orientación sexual en la vivencia de la satisfacción corporal. En una investigación realizada en Israel, se observó que los hombres homosexuales y bisexuales reportaban mayor insatisfacción corporal y mayor prevalencia de trastornos alimentarios, en comparación con los hombres heterosexuales. Además, los hombres homosexuales y bisexuales informaron sentirse más susceptibles que los hombres heterosexuales a los mensajes sociales y a los anuncios centrados en la apariencia física (Gigi et al., 2016). En línea con estos hallazgos, el estudio realizado por Frederick y Essayli (2016) en Estados Unidos observó que los hombres homosexuales presentaban mayor insatisfacción con su apariencia física y tono muscular en comparación con los hombres heterosexuales. Además, debido a esta insatisfacción corporal, los hombres homosexuales eran más propensos a considerar la cirugía estética, usar pastillas o hacer dieta para perder peso, que los hombres heterosexuales. Por su parte, en un trabajo británico realizado con hombres de diferentes orientaciones sexuales (Alleva et al., 2018), se encontró que los hombres pertenecientes a una minoría sexual presentaban peor valoración corporal que los hombres heterosexuales, lo que estaba asociado con una menor satisfacción corporal.

Por su parte, entre aquellos estudios que han abordado de manera integrada la satisfacción corporal en función del género y de la orientación sexual, se encuentra el estudio realizado por Davids y Green (2011) en Estados Unidos. Los hombres homosexuales y los bisexuales mostraron niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con los hombres heterosexuales, aunque no mostraron diferencias entre ellos ni con los tres grupos de mujeres (lesbianas, bisexuales y heterosexuales). En cuanto a las mujeres, independientemente de su orientación sexual, todas presentaron también niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con los hombres heterosexuales. No obstante, tal y como se había observado anteriormente (Koff et al., 2010; Moreno-Domínguez et al., 2019), entre ellas no se obtuvieron diferencias significativas.

En un estudio realizado en Nueva Zelanda con hombres y mujeres de diferentes orientaciones sexuales (Basabas et al., 2019), los hombres heterosexuales mostraron mayor satisfacción corporal que las personas homosexuales y plurisexuales (bisexuales y pansexuales). Además, los hombres gays informaron de menor satisfacción corporal en comparación con las mujeres lesbianas. Entre el resto de grupos no se observaron diferencias significativas, tampoco entre las mujeres, tal y como se había observado en otros estudios (Davids & Green, 2011; Koff et al., 2010; Moreno-Domínguez et al., 2019).

Por último, en un metaanálisis internacional realizado por Dahlenburg et al. (2020) se encontró que la percepción de la propia imagen corporal variaba en función del género y de la orientación sexual de las personas evaluadas. Así pues, se observó que las mujeres lesbianas presentaban una imagen corporal más positiva que las mujeres heterosexuales, pero más negativa que los hombres homosexuales. Por su parte, en contra de los resultados obtenidos por Basabas et al. (2019), los hombres homosexuales reportaron una peor imagen corporal en comparación con los hombres heterosexuales. Por lo tanto, a pesar de que faltaría analizar las diferencias entre algunos pares de grupos, en base a los resultados obtenidos podría interpretarse que, en términos generales, los hombres heterosexuales son los que perciben una autoimagen corporal más positiva, seguidos de los hombres gays, las mujeres lesbianas y las mujeres heterosexuales.

Tal y como se observa, en función del género de la persona, la orientación sexual modera la percepción sobre la propia imagen corporal de diferente manera. Las mujeres no parecen diferir mucho entre ellas, dando por sentado que les afecta más el hecho de ser mujeres que pertenecer a una orientación sexual minoritaria. En cambio, los hombres gays y los hombres plurisexuales sí que presentan una peor satisfacción corporal con respecto a los hombres heterosexuales. En cuanto a las comparaciones entre los grupos de hombres y los de mujeres, los resultados son inconclusos.

A la luz de estos estudios, parece que queda demostrado que las personas con una orientación sexual minoritaria presentan peor salud mental que la población heterosexual. Pero estos resultados no significan que los científicos de los siglos XIX y XX tuvieran razón al clasificar las conductas homoeróticas como un síntoma patológico. De hecho, se han formulado teorías muy diversas para tratar de explicar estos resultados. A continuación, se detallarán algunas de las más relevantes.

### **3. Modelos explicativos de los problemas de salud mental de las minorías sexuales**

Como se ha indicado anteriormente, dado que las personas con una orientación sexual minoritaria presentaban un peor estado de salud mental, muchos miembros de la APA tuvieron reticencias para eliminar la homosexualidad de la categoría de trastorno mental. Fruto de este debate, pronto surgieron varias corrientes que intentaron alejarse de esta asociación entre la homosexualidad y la patología, y trataron de explicar estos resultados por otras razones. Sin embargo, con los años, también han aparecido investigaciones que han tratado de demostrar la vulnerabilidad genética de las personas LGTBI+ para padecer trastornos mentales. Así pues, a lo largo de este apartado vamos a detallar algunas de las teorías explicativas propuestas, como la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales, el Modelo de Mediación Psicológica, el Modelo de Sensibilidad al Rechazo, los factores genéticos o las variables de personalidad.

#### **3.1. Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales de Meyer (2003)**

Una de las primeras teorías que apareció para intentar explicar este mayor impacto en la salud mental de la población LGTBI+ fue la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales de Meyer (2003). Según este autor, las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual deben hacer frente a un entorno

social lleno de prejuicios, estigma y discriminación. Este ambiente hostil provoca que las personas LGTBI+ necesiten de un mayor esfuerzo para poder adaptarse al entorno y funcionar de manera cotidiana. Además, esta adaptación debe ser constante y continua, ya que el origen de esta discriminación se debe a estructuras sociales y culturales relativamente bien estables. Por último, también hay que destacar que, dado que esta situación surge de una estructura social, el individuo estigmatizado poco puede hacer por escapar de esta situación estresante. Todo este sobreesfuerzo, que se conoce como estrés social, podría acarrear grandes consecuencias para la salud física y mental de las personas pertenecientes a una minoría social estigmatizada (Meyer, 2003).

Concretamente, Meyer (2003) habla del estrés de las minorías sexuales para referirse a las situaciones y procesos que deben enfrentarse las personas LGTBI+. Meyer (2003), sobre todo, identifica cuatro aspectos que van desde los más distales o sociales, hasta los más intrínsecos o personales de cada individuo. Por ejemplo, como situaciones distales tendríamos las situaciones de discriminación o de violencia, que no dependen de nuestra interpretación y no están sujetas a nuestro control. Por el contrario, en los procesos más personales encontraríamos situaciones que dependen de nuestra percepción, por ejemplo, la hipervigilancia y anticipación de una situación discriminatoria o de rechazo, la ocultación de la propia orientación sexual o identidad por miedo a una mala reacción del entorno, o la interiorización de los prejuicios sociales (estigma internalizado).

### **3.2. Modelo de Mediación Psicológica de Hatzenbuehler (2009)**

La Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales se centra en los procesos únicos y específicos a los que las minorías deben hacer frente como miembros de un grupo estigmatizado. No obstante, poco después también apareció otra corriente que consideró que no solo debían tenerse en cuenta los factores de riesgo propios de la exposición al estrés y al estigma, sino que también debían abordarse

los procesos psicológicos generales que están asociados a la aparición de problemas clínicos y psicopatológicos. Esta teoría defiende que los trastornos mentales en la población con una orientación sexual minoritaria no son fruto directo del estrés de un grupo estigmatizado, sino que este mayor estrés genera una alteración en los procesos psicológicos intra e interpersonales, que es lo que provoca la psicopatología. Es decir, los procesos psicológicos estarían mediando entre el estrés de las minorías y los síntomas psicopatológicos. A esta teoría se la conoce como el «Modelo de Mediación Psicológica» (Hatzenbuehler, 2009).

La literatura científica ha demostrado que los procesos cognitivos, afectivos y sociales considerados de riesgo para la salud mental, son más frecuentes en las minorías sexuales. De hecho, en comparación con los heterosexuales, las personas con una orientación sexual minoritaria muestran mayores niveles de desesperanza, baja autoestima, desregulación emocional, aislamiento social y mayor permisividad para el consumo de alcohol y tabaco. Todos estos procesos psicológicos se activarían debido al alto estrés que sufren las minorías sexuales y mediarían entre la relación estigma-psicopatología (Hatzenbuehler, 2009).

En cuanto al foco de actuación, la teoría del estrés de las minorías sexuales remarcaba la necesidad de realizar una intervención a nivel social para reducir el estigma y promover políticas inclusivas que eliminasen el prejuicio y la discriminación. Por su parte, el Modelo de Mediación Psicológica añade que también deberían abordarse, a nivel individual, los factores psicológicos que puedan estar relacionados con el estigma y el estrés asociado a las minorías, que serían factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales (Hatzenbuehler, 2009).

Por tanto, a modo de resumen, el Modelo de Mediación Psicológica se basa en la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales y sostiene que este sector de la población se enfrenta a una serie de situaciones estresantes, únicas y específicas, por pertenecer a un grupo estigmatizado, lo que a su vez provoca alteraciones a

nivel emocional, social y cognitivo. Estas alteraciones resultan un factor de riesgo para desarrollar problemas psicopatológicos. Además, estos procesos psicológicos estarían actuando como mediadores entre el estrés de las minorías y la psicopatología (Hatzenbuehler, 2009).

En línea con el Modelo de Mediación Psicológica irían los resultados obtenidos por Ngamake et al. (2016). Estos autores encontraron que la asociación entre las experiencias de discriminación y el distrés psicológico (síntomas ansiosos, depresivos y de estrés) estaba siendo mediada por las estrategias de afrontamiento utilizadas para sobrellevar dicha discriminación. Así pues, las personas LGB (lesbianas, gais y bisexuales) que habían sufrido más discriminación, tenían más probabilidades de recurrir al uso de drogas y alcohol para hacer frente a tales experiencias, lo que a su vez contribuía a experimentar mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Por otra parte, interiorizar el problema y atribuirse la culpa solo resultó mediar con la sintomatología ansiosa. Otras estrategias de afrontamiento como la de educación y promoción (instruirse a uno mismo sobre cómo lidiar con el problema e informar a los demás sobre las consecuencias negativas de la discriminación), la de resistencia (confrontar o desafiar a las personas que discriminan) o la de desapego (distanciamiento del problema) no mostraron mediación entre la asociación de las experiencias de discriminación y el distrés psicológico.

### **3.3. Modelo de Sensibilidad al Rechazo de Feinsein (2020)**

En la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003) y en el Modelo de Mediación Psicológica (Hatzenbuehler, 2009) ya se habían mencionado las expectativas de rechazo como una posible consecuencia de la discriminación que reciben las personas con una orientación sexual minoritaria. No obstante, muy recientemente, Feinsein (2020) propone estudiar el rechazo anticipatorio como eje central y para ello se basa en el Modelo de Sensibilidad al Rechazo (Downey y Feldman, 1996). Este modelo, originalmente, fue desarrollado en el contexto de las

parejas sentimentales. Los autores sostenían que las personas que sufren el rechazo de una persona importante, como una pareja, muestran mayor sensibilidad al rechazo en futuras relaciones. Este rechazo anticipatorio es vivido con ansiedad, preocupación e hipervigilancia. Además, las personas con alta sensibilidad al rechazo tienen mayor probabilidad de considerar como muestra de rechazo a estímulos neutros o ambiguos (Downey y Feldman, 1996). Aunque la sensibilidad al rechazo podría ser considerado un mecanismo de autoprotección, resulta desadaptativo cuando se activa indiscriminadamente ante situaciones neutras que no acarrearán ningún peligro o cuando se consumen muchos recursos para evitar un posible rechazo (Feinstein, 2020).

En el contexto de las minorías sexuales, las situaciones de discriminación y violencia sufridas en el pasado generarían preocupaciones sobre un futuro rechazo, y esta anticipación acarrearía sentimientos de ansiedad e ira, y afectaría a su comportamiento interpersonal y a su bienestar. A diferencia de las anteriores teorías, el Modelo de Sensibilidad al Rechazo no solo menciona las expectativas de rechazo como una consecuencia de la discriminación, sino que además remarca y focaliza toda su atención en que esas situaciones tienen un impacto emocional y afectivo en la persona (Feinstein, 2020).

Tal y como se explicaba en el modelo original de Downey y Feldman (1996), las minorías sexuales con sensibilidad al rechazo experimentarían ansiedad anticipatoria ante una futura situación discriminatoria y, además, tendrían más probabilidad de considerar como amenazante una situación ambigua o de baja intensidad. Por otra parte, esta anticipación acarrearía emociones negativas diversas, como la ansiedad o la ira que, a su vez, provocarían otras consecuencias. La ansiedad podría conducir a un aislamiento social, y la ira a realizar una posible agresión. Las personas con sensibilidad al rechazo, además, también tendrían mayor sesgo para recordar las situaciones en las que han sufrido rechazo, lo que prolongaría las emociones negativas en el tiempo (Feinstein, 2020).

Así pues, la secuencia temporal que seguiría una persona con alta sensibilidad al rechazo sería la siguiente: se detecta el rechazo, aumentan las reacciones emocionales y cognitivas (como la ansiedad o la hipervigilancia) y, como consecuencia, se realizan comportamientos desadaptativos que interfieren en el funcionamiento interpersonal y en su bienestar (como el aislamiento social, la agresividad o la evitación de los problemas) (Feinstein, 2020).

Este modelo, junto con las anteriores teorías, pueden ayudar a entender mejor los mecanismos y procesos subyacentes que experimentan las minorías sexuales y que contribuyen a que exista una mayor prevalencia de trastornos mentales en este sector de la población.

### **3.4. Factores genéticos**

Hasta este punto, habíamos estado comentando diferentes teorías que trataban de explicar la peor salud mental en población LGTBI+ a través de factores sociales y psicológicos asociados a la mayor discriminación sufrida por este colectivo y la manera de afrontar esas situaciones. Sin embargo, también hay una parte de la comunidad científica que sigue defendiendo que la población con una orientación sexual minoritaria presenta mayores índices de sintomatología psicopatológica debido a una razón de tipo genético. Así pues, en un estudio realizado en Estados Unidos (Balsam et al., 2005) se compararon diversas variables de salud mental y el uso de los servicios de salud mental entre personas LGB y sus hermanos y hermanas, de los cuales, el 79% eran heterosexuales. Entre sus resultados se observó que no existían diferencias en función de la orientación sexual en el distrés psicológico, el número de hospitalizaciones psiquiátricas y la autoestima. No obstante, este estudio sí que encontró que las personas que pertenecían a una minoría sexual reportaban mayor ideación e intentos suicidas, así como comportamientos autolesivos. Además, las personas LGB también informaban haber recurrido más a psicoterapia y haber tenido que usar más medicación psiquiátrica.

Siguiendo la estela del estudio de Balsam et al. (2005), Frisell et al. (2010) realizaron un estudio con personas gemelas de Suiza en el que se observó que los hombres y mujeres que habían tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo presentaban mayores tasas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos alimentarios, dependencia del alcohol y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No obstante, cuando se ajustaron los datos teniendo en cuenta la discriminación y la victimización percibida, la asociación entre la experiencia sexual con el mismo sexo y la morbilidad psiquiátrica se redujo. Además, cuando se controlaron los factores familiares compartidos (genéticos y/o ambientales) en las comparaciones entre los pares de gemelos, esta asociación se redujo sustancialmente o se eliminó. A la luz de estos resultados, los propios autores consideran que además de las situaciones de discriminación y de violencia sufrida, también habría que tener en consideración el componente familiar (ambiental y/o genético) a la hora de explicar las diferencias en la salud mental en función de la orientación sexual.

Estos mismos resultados fueron corroborados en una investigación australiana realizada con personas gemelas idénticas y no idénticas (Zietsch et al., 2012), en la que se observó que los factores genéticos explicaban el 31% de la varianza en la orientación sexual y el 44% en la depresión. Además, se encontraron factores genéticos subyacentes que eran comunes a las dos variables, que representaban el 60% de la covarianza entre la orientación sexual y la depresión. Por otra parte, características ambientales como experiencias infantiles de abuso sexual o un entorno familiar de riesgo también se asociaron significativamente con la orientación sexual y la depresión. No obstante, los autores también señalan que estos resultados no van en contra de las teorías ambientales, como la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003), sino que proponen otro tipo de factores que también podrían estar contribuyendo en la relación entre la orientación sexual y diferentes trastornos mentales.

Por último, en el mayor estudio sobre el genoma y su relación con la orientación sexual (Ganna et al., 2019), se observó que la conducta sexual entre personas del mismo sexo se correlacionaba genéticamente de manera positiva con varios rasgos psicopatológicos o de salud mental, como la depresión o la esquizofrenia. Sin embargo, estos autores también resaltan que el origen causal de estas asociaciones no está del todo claro y que también podrían estar implicados factores ambientales, como la discriminación o el estigma que sufren las personas de orientaciones minoritarias.

### 3.5. Variables de personalidad

A medio camino entre las teorías ambientales y aquellas que buscan una causa genética encontraríamos las que postulan que la razón de que las personas LGBTBI+ muestren peor salud mental sea debido a variables de personalidad. Por ejemplo, en un estudio de cohorte con varones suizos reclutados durante su evaluación de aptitud para el servicio obligatorio militar o civil (Wang et al., 2014), se observó que los hombres con atracción hacia el mismo sexo, en comparación con sus pares heterosexuales, mostraban puntuaciones más altas en neuroticismo-ansiedad y más bajas en sociabilidad y búsqueda de sensaciones. Además, los hombres homosexuales y bisexuales también mostraron mayor prevalencia y mayor riesgo de padecer depresión mayor, intentos de suicidio, TDAH y trastorno de personalidad antisocial. A la luz de estos resultados, Wang et al. (2014) argumentan que los factores ambientales, como podrían ser la discriminación o la violencia sufrida, estarían interactuando con «tendencias básicas» de la personalidad que provocarían que algunos individuos fueran más o menos propensos a sufrir determinados trastornos mentales. En esta misma línea va la propuesta realizada por J. Michael Bailey. Este autor mantiene una actitud bastante crítica con la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003), ya que considera que dicha teoría tiene serias limitaciones y que no ha sido suficientemente validada, por lo que no deben dejarse de estudiar otras posibles explicaciones para las mayores prevalencias de trastornos mentales entre la

población con una orientación sexual minoritaria. Como alternativa, Bailey propone otra teoría basada en el temperamento. Según él, variables de personalidad, que vienen marcadas tanto genéticamente como por el ambiente, podrían estar explicando las diferencias de salud mental entre las personas heterosexuales y las no-heterosexuales (Bailey, 2020).

## EN RESUMEN...

A través de la revisión de la literatura que se ha realizado en este capítulo, parece que queda bastante patente que la salud mental de la población LGTBI+ es peor que la de las personas heterosexuales. Pero los diversos estudios consultados también nos ofrecen información más específica. Dentro de las personas con una orientación sexual minoritaria, las personas bisexuales son las que muestran peores resultados, destacando en prácticamente todas las variables de salud mental estudiadas. Además, las mujeres son el otro grupo de población más afectado, a excepción de la satisfacción corporal, donde los hombres gais y bisexuales son los que parecen mostrar peores resultados.

Para tratar de explicar la mayor afectación de la población con una orientación sexual minoritaria han aparecido varias teorías, como la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales, el Modelo de Mediación Psicológica, el Modelo de Sensibilidad al Rechazo, los factores genéticos o las variables de personalidad. Partiendo de la base que todas tienen una justificación y un sentido, podría pensarse que todas podrían estar explicando parte de esos resultados. Así pues, podría haber un componente genético que, junto con diversos factores de personalidad y variables de afrontamiento, estarían actuando como predisponentes ante la

aparición de síntomas psicopatológicos en las personas LGTBI+. No obstante, también es innegable el peso y el papel que juega el ambiente hostil al que deben hacer frente las personas con una orientación sexual minoritaria. Este colectivo experimenta una serie de situaciones estresantes específicas por las que la población heterosexual no debe pasar como, por ejemplo, «salir del armario» o el miedo al rechazo. Todas estas situaciones, aunque no sean insultos o violencia física, son muestras claras de discriminación, que suponen una carga emocional añadida a la que las personas heterosexuales no deben hacer frente.

Tomando de base la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales y el Modelo de Sensibilidad al Rechazo, el presente trabajo pretende señalar aquellos aspectos sociales y psicológicos relacionados con la discriminación y el estigma asociado a las minorías sociales y ver cómo afectan a la salud mental de este colectivo, con la intención de que se pueda trabajar sobre estas variables en un futuro para conseguir una sociedad más tolerante e inclusiva, así como una reducción de los efectos adversos de este entorno hostil, y la consiguiente mejora de la calidad de vida de las personas LGTBI+. Por ello, en el próximo capítulo abordaremos algunas de las vivencias específicas de las personas con una orientación sexual minoritaria y cómo les afectan a su salud mental.



**FACTORES  
MODULADORES DE LA  
SALUD MENTAL DE LAS  
MINORÍAS SEXUALES**

Como decíamos al finalizar el anterior capítulo, en este trabajo vamos a centrarnos en las vivencias específicas de la población con una orientación sexual minoritaria y de su relación con la salud mental. Algunas de estas experiencias son concretas de la población LGTBI+, pero otras son situaciones que experimenta toda la población pero que, en las personas con una orientación sexual minoritaria, se viven de una manera peculiar.

Por ejemplo, el desarrollo y toma de conciencia de la propia orientación sexual es un proceso por el que pasan todas las personas, aunque la población heterosexual suele vivirlo sin apenas consciencia. Sea como fuere, durante este proceso las personas pueden experimentar momentos de incertidumbre y confusión, así como cambios en la manera en la que se definen. Ambos aspectos influyen en la toma de conciencia de su orientación sexual, lo que ocurre a una edad más tardía. Sin embargo, las personas LGTBI+, además de estos aspectos también se ven afectadas por la ausencia de referentes LGTBI+ o por la reacción familiar cuando toman el paso de revelarles su orientación sexual o su identidad de género.

Por otra parte, otra situación que puede afectar a toda la población son las experiencias de victimización, como sufrir un robo, o recibir insultos o violencia física. Todas estas situaciones suponen un gran impacto emocional. Sin embargo, en este capítulo nos centraremos de manera general en las experiencias de victimización y, específicamente, en las situaciones de agresión sexual, ya que la población con una orientación sexual minoritaria suele presentar prevalencias más altas.

Por último, nos focalizaremos en aquellas vivencias específicas de las minorías sexuales. En primer lugar, abordaremos las situaciones de discriminación debido a su orientación sexual. A continuación, hablaremos del estigma internalizado y de la aceptación de su propia orientación sexual. En tercer lugar, se explicará la sensibilidad al rechazo por pertenecer a una minoría sexual y,

seguidamente, se tratarán las experiencias de ocultación o revelación de la orientación sexual. Para acabar, comentaremos una variable protectora como es el sentirse parte de una comunidad.

### **1. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual**

Como habíamos dicho anteriormente, el desarrollo y toma de conciencia de la propia orientación sexual es un proceso por el que pasan todas las personas. Sin embargo, hay algunos aspectos que son comunes para todas las orientaciones sexuales, como experimentar dudas, sufrir cambios en la autoidentificación o la edad en la que se toma conciencia de la orientación sexual; y hay otras variables que son específicas para las personas con una orientación sexual minoritaria, como tener referentes LGTBI+ durante este proceso o la reacción familiar ante la «salida del armario». A continuación, vamos a ver estas variables de manera separada. Por un lado, aquellas que son comunes en toda la población general y, por otro lado, aquellas específicas de las personas con una orientación sexual minoritaria.

#### **1.1. Variables comunes en la población general**

A lo largo de la literatura científica han surgido varios modelos o teorías para tratar de explicar el proceso de desarrollo de la propia orientación sexual, como el modelo de Cass (1979) o el de Fassinger et al. (Fassinger & Miller, 1996; McCarn & Fassinger, 1996) para la identidad homosexual, o el de Weinberg et al. (1995) para la identidad bisexual.

Años más tarde, Dillon et al. (2011) presentaron un modelo unificador para tratar de explicar el proceso de desarrollo de cualquier tipo de orientación sexual. Las diferentes etapas del modelo deben entenderse como no lineales, flexibles y fluidas a lo largo del tiempo. Es decir, una persona no tiene por qué pasar por todas ellas o seguir un orden determinado. Del mismo modo, una persona puede volver a una etapa anteriormente ya explorada durante su proceso de desarrollo.

Según este modelo (Dillon et al., 2011), partimos de una sociedad heteronormativa en la que se da por sentado que todo el mundo es heterosexual hasta que se demuestre lo contrario. Por tanto, las personas, en función de si pertenecen a una minoría sexual o no, van a diferir ligeramente en su proceso de toma de conciencia de su identidad. Así pues, durante este proceso, las personas pasan por una etapa de exploración activa, tanto a nivel cognitivo como a nivel conductual, en la que tratan de dilucidar cuáles son sus necesidades sexuales, sus valores, sus gustos sexuales, sus preferencias sexuales y de pareja y, sobre todo en las personas con una orientación sexual minoritaria, también hacia quién sienten atracción sexual y/o romántica. En este punto, las personas heterosexuales también pueden cuestionarse su sexualidad y preguntarse si les gustaría implicarse sexual o emocionalmente con personas de su mismo sexo (Morgan et al., 2010; Morgan, & Thompson, 2011). No obstante, permitir esta reflexión necesita de cierta apertura mental al cuestionar la heterosexualidad que se da por sentada. Por ello, muchas personas heterosexuales pasan superficialmente por este punto.

Otras personas pasan también por una etapa de confusión o incertidumbre, en la que no existe una exploración activa ni una conciencia sobre las propias preferencias sexuales, pero en la que sí que puede haber una rumiación sobre la propia identidad. En esta etapa también pueden aparecer sentimientos de incoherencia y de malestar.

A medida que se avanza en este proceso, las personas empiezan a identificar sus deseos y gustos sexuales y comienzan a tomar conciencia de su orientación sexual. Para llegar a este punto, las personas con una orientación sexual minoritaria suelen haber pasado antes por una etapa de exploración activa. Sin embargo, las personas heterosexuales, al tener una atracción sexual acorde con lo esperado socialmente, podrían haberse saltado esa etapa de exploración y cuestionamiento o, al menos, haberla experimentado en menor profundidad.

Una vez identificados sus gustos y preferencias sexuales, las personas pueden avanzar hacia la última etapa del proceso, en la que se identifica la orientación sexual y se genera una identidad acorde con la propia autodefinición y se integra todo ese autoconocimiento sexual como parte de su ser. En este momento, la persona también toma consciencia de su pertenencia a un grupo privilegiado (heterosexuales) o a un grupo estigmatizado (personas con una orientación sexual minoritaria), plasmándose todo ello en sus actitudes, sus creencias y sus comportamientos. No obstante, si la persona no termina de identificar correctamente sus preferencias sexuales o no se siente identificada con otras personas que comparten su misma orientación sexual, podría volver a la etapa de exploración activa o a la de incertidumbre.

#### *Dudas con la propia orientación sexual*

Tal y como se observa, el proceso de desarrollo y de toma de consciencia de la propia orientación sexual es un proceso complicado y difícil de generalizar, ya que cada persona lo puede vivir de una forma particular. Sin embargo, un aspecto que resulta común en los diferentes modelos explicativos es la etapa de cuestionamiento, dudas o incertidumbre.

Según Hogg (2004), las personas buscan reducir su incertidumbre, y el consiguiente malestar, integrándose en algún grupo social. Es decir, las personas necesitan tener claro a qué grupos sociales pertenecen para sentirse seguras con su mundo y la posición que ocupan en él. Para ello, se comparan con el resto de personas y se clasifican en los grupos con los que comparten ciertas características definitorias. Todo ello les ayuda a tener certeza sobre lo que son, lo que se espera de ellas y cómo deben comportarse. Dejando de lado los posibles prejuicios interiorizados hacia las minorías sexuales que podrían estar afectando las vivencias de las personas con dudas, el hecho de tener incertidumbre sobre un aspecto tan relevante para la propia identidad ya es de por sí un factor estresante, que puede ser vivido con gran malestar y desconcierto (Luyckx et al., 2008) y acabar afectando a su salud mental.

Algunos ejemplos del impacto negativo que tienen esas dudas en la salud mental de las personas los encontramos en la literatura científica. Así pues, en un estudio realizado con jóvenes de Estados Unidos se observó que, al igual que los jóvenes gais, lesbianas y bisexuales, las personas que se están cuestionando su orientación sexual presentan mayor ideación, planificación e intentos suicidas, en comparación con sus pares heterosexuales. Del mismo modo, también informan de un menor apoyo por parte de adultos fuera de la escuela, un factor que ha resultado ser protector frente a las conductas suicidas. Sin embargo, la orientación sexual moderó este efecto protector del apoyo, siendo menos protector para los jóvenes bisexuales y en cuestionamiento. Puede ser que, pese a que los jóvenes bisexuales y en cuestionamiento tengan ese apoyo familiar, los adultos no sepan ofrecerles la ayuda necesaria o tengan prejuicios que puedan dificultar aún más las vivencias de los jóvenes (Coulter et al., 2016).

Esta mayor incidencia de conductas suicidas entre las personas en cuestionamiento de su orientación sexual y su relación con el apoyo del entorno podría explicarse por los resultados del estudio de Talley et al. (2016). En esta investigación realizada con mujeres estadounidenses se encontró una asociación indirecta entre la ambigüedad con el autoconcepto sexual y la ideación suicida. Esta asociación estaba mediada por la sensación de ser una carga para los demás y el sentimiento de pertenencia frustrada. Es decir, los niveles altos de ambigüedad se asociaron con mayor sensación de ser una carga y de pertenencia frustrada, y estos a su vez, mostraron una asociación positiva con una mayor ideación suicida.

Otra investigación realizada también en los Estados Unidos (Shearer et al., 2016), pero esta vez con jóvenes homosexuales, bisexuales y en cuestionamiento, encontró que las chicas que se estaban cuestionando su orientación sexual, en comparación con las chicas heterosexuales, mostraban puntuaciones significativamente más altas en las subescalas de depresión, ansiedad, angustia traumática y conducta suicida. En cambio, los chicos en cuestionamiento no mostraron diferencias significativas con sus pares heterosexuales.

### CAPÍTULO 3: FACTORES MODULADORES DE LA SALUD MENTAL DE LAS MINORÍAS SEXUALES

Del mismo modo, en un estudio realizado con población adulta de Nueva Zelanda (Bejakovich & Flett, 2018) también se observó que aquellas personas que informaban de mayor certeza con su orientación sexual, tenían niveles más altos de afecto positivo, felicidad y satisfacción con la vida.

Por último, en otro estudio estadounidense (Price-Feeney et al., 2021), con jóvenes y adolescentes con una orientación sexual minoritaria o en cuestionamiento, se encontró que aquellas personas que se cuestionaban o tenían dudas con su orientación sexual, eran significativamente más propensas a mostrar ideación o intentos suicidas en comparación con otros jóvenes con una orientación sexual minoritaria. Sin embargo, estas diferencias desaparecieron al tener en cuenta las variables sociodemográficas de la población (p.ej., edad, sexo asignado al nacer, raza/etnia, ingresos familiares o identidad de género).

El proceso de cuestionamiento e incertidumbre no solo es una etapa habitual en las personas con una orientación sexual minoritaria, sino también entre las personas que más tarde se identificarán como heterosexuales. De hecho, en un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos con adolescentes y jóvenes (Ott et al., 2011), se observó que un 66% de los participantes que tenían dudas sobre su orientación sexual, se identificaron como heterosexuales años más tarde.

Sin embargo, tal y como se ha podido ver anteriormente, los estudios se han centrado, sobre todo, en analizar las dudas y el proceso de cuestionamiento entre las personas con una orientación sexual minoritaria. Así pues, en un estudio realizado en Estados Unidos con población adulta homosexual y bisexual (Balsam & Mohr, 2007) se determinó que las personas bisexuales mostraban mayor confusión con su orientación sexual que las personas homosexuales. Estos resultados fueron confirmados por otras investigaciones realizadas con población adulta de Estados Unidos y Canadá (Mohr & Kendra, 2011) y con adolescentes y jóvenes de Estados Unidos (Bregman et al., 2013).

Años más tarde, Bejakovich y Flett (2018) realizaron un estudio en Nueva Zelanda en el que, además de homosexuales, bisexuales y personas en cuestionamiento, se incluyó a población adulta heterosexual. Los resultados mostraron que las personas heterosexuales y las homosexuales informaban de niveles similares de certeza en cuanto a su orientación sexual. Sin embargo, en la línea de estudios anteriores (Balsam & Mohr, 2007; Bregman et al., 2013; Mohr & Kendra, 2011), las personas heterosexuales y homosexuales sí que mostraron una certeza significativamente mayor que las personas que se identificaron como bisexuales o en cuestionamiento. Otro resultado reseñable de este estudio fue que los hombres informaron de mayor certeza con la orientación sexual que las mujeres.

Más recientemente, en otro estudio realizado en Hong Kong (Chan et al., 2020), también se observó que las personas bisexuales mostraban una incertidumbre con la orientación sexual significativamente mayor que la población homosexual.

### *Cambios en la propia orientación sexual*

Muy ligados al cuestionamiento de la orientación sexual estarían los cambios producidos en la atracción o en el autoconcepto sexual a lo largo del desarrollo sexual. Es decir, puede que una persona, en un primer momento, se identifique con una determinada orientación sexual y, ya sea porque no se sienta realmente identificada con ella o porque se de cuenta de nuevos deseos o atracciones sexuales, empiece un nuevo proceso de cuestionamiento y que esta persona termine identificándose con una nueva orientación sexual, en la línea del carácter fluido de la orientación sexual que defendía Klein (1978/2012). Tal y como ya se había abordado anteriormente, el proceso de cuestionamiento e incertidumbre puede ser una etapa generadora de gran interferencia y malestar (Luyckx et al., 2008), por lo que volver a pasar por ello una vez ya superada esa etapa, podría generar aún más impacto emocional.

Esta movilidad en la atracción o la orientación sexual se conoce como fluidez sexual (Diamond, 2008). Pese a que en un primer momento Diamond (2008) identificó la fluidez sexual en mujeres, otros estudios también lo han observado en algunos hombres. Por ejemplo, Ott et al. (2011) observaron fluidez sexual en adolescentes y jóvenes adultos de Estados Unidos. Más concretamente, encontraron que las mujeres informaban de mayor movilidad que los hombres. Por otra parte, también observaron que entre la población con una orientación sexual minoritaria existía mayor fluidez sexual que entre la población general. Sin embargo, las diferencias de género se difuminaron entre las minorías sexuales, lo que parece indicar que hombres y mujeres con una orientación sexual minoritaria muestran prevalencias similares en cuanto a cambios en la orientación sexual. En otro estudio realizado en Estados Unidos, pero esta vez con población adulta (Mock & Eibach, 2012), se evaluó la identidad de orientación sexual en dos momentos, separados por 10 años. En la segunda evaluación, se observó que el 2.2% de los participantes habían cambiado su etiqueta de orientación sexual con respecto a su primera evaluación. Entre las mujeres, cambiaron su identidad sexual el 1.4% de las que en un primer momento se habían identificado como heterosexuales, el 63.6% de las lesbianas y el 64.7% de las bisexuales. Las mujeres lesbianas y las bisexuales mostraron diferencias estadísticas con las mujeres heterosexuales, pero no entre ellas. Entre los hombres, modificaron su orientación sexual el 0.8% de los heterosexuales, el 9.5% de los gais y el 47.1% de los bisexuales. En este caso, las diferencias entre los tres grupos de hombres fueron estadísticamente significativas. En cuanto al género, se observó una mayor probabilidad de las mujeres lesbianas a informar de cambios en la orientación sexual, en comparación con los hombres gais. Por otra parte, aunque no fue estadísticamente significativa (posiblemente por el bajo tamaño muestral de las personas con una orientación sexual minoritaria), también se observa una ligera tendencia general en la que las mujeres presentan mayores prevalencias de cambio que sus pares varones.

Por su parte, Savin-Williams et al. (2012) realizaron una investigación similar con adultos jóvenes de Estados Unidos. En este caso, las dos evaluaciones se realizaron con seis años de diferencia. En términos generales, un 17.8% de mujeres y un 6.2% de hombres informaron de cambios en su orientación sexual durante la segunda evaluación. Además, en consonancia con estos datos, en comparación con los hombres, las mujeres mostraron una correlación más débil entre las orientaciones sexuales indicadas en los dos momentos temporales. En cuanto a los datos obtenidos en función de la orientación sexual, los hombres y las mujeres que se identificaron en un primer momento como exclusivamente heterosexuales o exclusivamente homosexuales fueron las personas que mostraron mayor estabilidad temporal en su identidad sexual. Así pues, un 11.9% de mujeres y un 2.9% de hombres exclusivamente heterosexuales, y un 33.1% de mujeres y un 29.2% de hombres exclusivamente homosexuales habían cambiado su etiqueta de orientación sexual con respecto a su primera evaluación. Por el contrario, los participantes que tenían identidades que indicaban cierta atracción por hombres y mujeres (principalmente heterosexuales, bisexuales y principalmente homosexuales) tenían más probabilidades de experimentar cambios en su orientación sexual. En este caso, los cambios se observaron en un 46.6% de mujeres y un 65.4% de hombres principalmente heterosexuales, en un 74.6% de mujeres y un 75.6% de hombres bisexuales, y en un 78.6% de mujeres y un 67.1% de hombres principalmente homosexuales. Tal y como se observa, los hombres y las mujeres que se identificaban como bisexuales informaban de mayores tasas de cambios temporales.

Años más tarde, Katz-Wise (2015) realizó, en Estados Unidos, un nuevo estudio con adultos jóvenes pertenecientes a minorías sexuales. Entre las mujeres, el 64% informó haber experimentado cambios en la atracción sexual o romántica. De ese 64%, el 49% experimentó también fluidez en su orientación sexual. Entre los hombres, el 52% mostró fluidez sexual en sus atracciones, y el 36% de ese 52% informó haber cambiado su orientación sexual. Pese a que las mujeres

muestran mayor porcentaje de fluidez sexual en las atracciones como en la orientación sexual, las diferencias de género no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, sí que se obtuvieron diferencias de género significativas en la probabilidad de experimentar fluidez sexual en el futuro, donde las mujeres respondieron que los cambios eran más probables que los hombres. En otra investigación similar, en la que también se abordó la fluidez sexual entre jóvenes estadounidenses pertenecientes a minorías sexuales (Katz-Wise et al., 2017a), se observó que los hombres y mujeres que se definían como «principalmente heterosexuales», mostraban más estabilidad temporal en su etiqueta de orientación sexual que sus pares homosexuales o bisexuales.

#### *Edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual*

Normalmente el proceso de desarrollo de la orientación sexual termina en la adolescencia temprana. Sin embargo, los periodos de cuestionamiento, dudas, y cambios en la orientación sexual van a hacer que todo este proceso se alargue y se produzca a una edad más tardía (Savin-Williams, 2011).

Aunque no existe mucha literatura que aborde el impacto que podría tener la edad de toma de conciencia con la salud mental, Katz-Wise et al. (Katz-Wise et al., 2017a), en su estudio con población estadounidense, sí que observaron que los hombres gais que tomaban conciencia de su orientación sexual durante la adolescencia temprana ( $\leq 13$  años) mostraban mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellos que lo hacían durante la adolescencia media (14 – 17 años). Por su parte, las mujeres lesbianas que tomaban conciencia de forma temprana ( $\leq 13$  años) o tardía (18 – 27 años), en comparación con aquellas que lo hacían durante la adolescencia media (14 – 17 años), también mostraban niveles más altos de depresión. Así pues, parece ser que tomar conciencia de la orientación sexual fuera del período esperado de desarrollo o en una etapa más temprana, podría tener un mayor impacto en la salud mental (Everett et al., 2016).

Al igual que ocurre con las dudas y los cambios en la etiqueta de orientación sexual, también existen diferencias de género y en función de la orientación sexual en la edad de toma de conciencia. Así pues, en un estudio realizado con hombres y mujeres adultos de Estados Unidos, que se identificaban como homosexuales o bisexuales (Martos et al., 2015), se encontró que los hombres tomaban conciencia de su orientación sexual pasados los 14 años ( $M = 14.77$ ), estadísticamente antes que las mujeres ( $M = 17.58$ ). En cuanto a las diferencias por orientación sexual, las personas homosexuales se identificaron como tal sobre los 15 años de edad ( $M = 15.34$ ), mientras que las personas bisexuales lo hicieron estadísticamente a una edad más tardía ( $M = 19.96$ ).

Estas diferencias de género han sido observadas también en otros trabajos. Por ejemplo, Katz-Wise (2015) realizó un estudio en Estados Unidos con adultos jóvenes pertenecientes a minorías sexuales. En él observó que las mujeres se identificaron como minoría sexual sobre los 18 años ( $M = 17.90$ ) y los hombres, pasados ligeramente los 16 años ( $M = 16.29$ ), siendo las diferencias de género estadísticamente significativas. En otra investigación realizada en Estados Unidos, pero esta vez con adultos jóvenes que se identificaban como homosexuales, bisexuales, principalmente heterosexuales o heterosexuales con experiencias sexuales con el mismo sexo (Katz-Wise et al., 2017b), también se encontraron diferencias de género estadísticamente significativas, siendo los hombres quienes tomaron conciencia de su orientación sexual más pronto ( $M = 16.5$ ), en comparación con las mujeres ( $M = 17.5$ ). Al tener en cuenta la orientación sexual, las diferencias de género solo se mantuvieron para las personas homosexuales y para las personas heterosexuales con experiencias sexuales con el mismo sexo.

En España también existe investigación al respecto. Así pues, de Miguel et al. (2018) observaron que los hombres gais de su estudio se dieron cuenta de su orientación sexual sobre los 12 años de edad ( $M = 12.33$ ), estadísticamente antes que las mujeres lesbianas ( $M = 13.14$ ), las mujeres bisexuales ( $M = 15.46$ ) y los hombres bisexuales ( $M = 15.52$ ). Las mujeres lesbianas también mostraron

diferencias estadísticamente significativas con las mujeres bisexuales, pero no con los hombres bisexuales. Unos resultados similares se obtuvieron en una investigación estadounidense con población adulta perteneciente a minorías sexuales (Bishop et al., 2020). Los hombres gais fueron los que más temprano se identificaron como minoría sexual ( $M = 13.63$ ), seguidos de las mujeres lesbianas ( $M = 15.04$ ), las mujeres bisexuales ( $M = 16.37$ ) y los hombres bisexuales ( $M = 16.70$ ). Las únicas diferencias que fueron estadísticamente significativas fueron las que había entre los hombres gais y el resto de grupos.

En resumen, parece que, debido al marco heteronormativo, las personas con una orientación sexual minoritaria deben pasar por un proceso más complicado de formación de la identidad, sobre todo, aquellas personas que terminan identificándose como bisexuales. Estas personas bisexuales suelen presentar más dudas con su orientación sexual, por lo que también experimentan más cambios con su etiqueta elegida y, por tanto, terminan definiendo su orientación sexual a una edad más tardía. En cuanto al género, pese a que varios estudios coinciden en remarcar que las mujeres son las que mayores dudas y cambios experimentan con su orientación sexual y son las que más tardan en tomar conciencia de su orientación sexual, cuando se han tenido en cuenta a la vez el género y la orientación sexual, los resultados han presentado tendencias más inconsistentes.

### **1.2. Variables específicas de las personas con una orientación sexual minoritaria**

En este apartado se tratarán aquellas vivencias que pueden afectar de manera específica al proceso de desarrollo y toma de conciencia de las personas con una orientación sexual minoritaria, como el hecho de tener referentes LGTBI+ o la reacción familiar al «salir del armario».

*Tener referentes LGTBI+ durante la toma de conciencia de la orientación sexual*

Otro factor que también va a influir en el proceso de desarrollo de la propia orientación es la existencia de referentes LGTBI+. El hecho de conocer a personas con una orientación sexual minoritaria puede servir para que la gente empiece a cuestionarse su sexualidad (Morgan et al., 2010; Morgan & Thompson, 2011) y, al mismo tiempo, se identifiquen con ellas y se las tome como modelo a seguir (Fox & Ralston, 2016; Katz-Wise & Hyde, 2017). Esos referentes pueden ser personajes públicos, como los que aparecen en televisión, que han demostrado que pueden servir de inspiración, orgullo y consuelo, e influir en los procesos de toma de conciencia y de «salida del armario» (Gomillion & Giuliano, 2011; Johnson, 2016); o pueden ser personas cercanas, cuya existencia se ha visto asociada con una mayor probabilidad de «salir del armario» en el ámbito familiar (Pistella et al., 2016).

En cambio, la ausencia de referentes y la imposibilidad de tener contacto con personas con los mismos intereses, como les pasaba a las personas mayores LGTBI+ en su adolescencia, les hacía sentirse invisibles, marginados y sin nadie con quien hablar, lo que vivían de una forma muy dolorosa y oculta (Bower et al., 2021). Sin embargo, conocer a personas con tu misma orientación sexual minoritaria que se sientan orgullosas y lo vivan abiertamente, puede servir de ejemplo y favorecer el crecimiento personal (Brownfield et al., 2018).

En un estudio realizado con estudiantes de China, se observó que el hecho de tener en la escuela modelos LGTBI+ a seguir estaba asociado con una menor prevalencia de pensamientos suicidas para los estudiantes LGTBI+. Sin embargo, solo el 56,8% de los encuestados había identificado a personas LGTBI+ que podrían servir de referentes en la escuela (Wei & Liu, 2019).

Pese a la importancia de tener referentes de todas las orientaciones e identidades sexuales, existe aún mucho desconocimiento y mucho trabajo de

visibilización que hacer. En 2007, se realizó un amplio estudio con adolescentes españoles y se observó que el 27.7% no conocía a ningún hombre gay, un porcentaje que fue aumentando para las mujeres lesbianas (40.2 %), las personas bisexuales (47.1%), y las personas trans (56.6%) (Martín Martín et al., 2007). Más recientemente, otra investigación llevada a cabo también con adolescentes españoles demostró que, en términos generales, la visibilidad de la población LGTBI+ había aumentado. Así pues, el porcentaje de adolescentes que no conocían a ningún gay se redujo al 13.3%, el de las mujeres lesbianas al 17.2% y el de las personas bisexuales al 21.1%. Por su parte, la comunidad trans sigue sin tener mucha visibilidad, ya que un 64.8% de los adolescentes evaluados no conocía a ninguna persona trans. Cuando se les pidió que pensaran en alguna figura histórica o un personaje famoso LGTBI+, solo el 13% de los estudiantes hizo referencia a un personaje histórico y un 35% a una personalidad actual (Francisco Amat et al., 2020).

#### *Reacción familiar ante la «salida del armario»*

Debido a la heteronormatividad social por la que se da por sentado que todo el mundo es heterosexual, cuando una persona toma conciencia de su orientación sexual minoritaria, muchas veces se ve con la obligación de comunicar su orientación sexual a su entorno más cercano, como podría ser la propia familia. Además de lo estresante que puede ser este proceso de revelación, las personas con una orientación sexual minoritaria también deben hacer frente a las posibles reacciones de sus familiares. Así pues, varios estudios (Chrisler, 2017; Jadwin-Cakmak et al., 2015; Mayeza, 2021) han determinado que las respuestas de los familiares podrían interpretarse como positivas (p. ej., sentir orgullo o mostrar una aceptación incondicional), negativas (p. ej., sentir vergüenza o rechazo), neutras (p. ej., no darle importancia a la orientación sexual del familiar) o mixtas (p. ej., mostrar aceptación de la orientación sexual minoritaria del familiar, pero tener miedo de posibles situaciones discriminatorias que puedan afectarle).

En función de cuál sea la reacción familiar, la persona que revela su orientación sexual tendrá mayor o menor afectación emocional. Así pues, en un estudio realizado a jóvenes con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos (Ryan et al., 2010) se observó que la aceptación familiar de su orientación sexual estaba relacionada con una mayor autoestima y apoyo social y un mejor estado general de salud entre los jóvenes. Además, esta aceptación familiar también servía de predictor de niveles más bajos de depresión, abuso de sustancias y conducta suicida. En otro estudio realizado en Canadá con adolescentes y jóvenes homosexuales y bisexuales (D'amico & Julien, 2012) se encontró que haber percibido mayor rechazo parental hacia la propia orientación sexual estaba asociado con mayor malestar psicológico en la actualidad. Sin embargo, la asociación entre puntuaciones más altas de aceptación y niveles más bajos de malestar psicológico solo fue significativa en el caso de las madres. Del mismo modo, otra investigación estadounidense con adultos con una orientación sexual minoritaria halló que, los participantes que habían percibido mayor rechazo parental al «salir del armario», mostraban mayor angustia psicológica en el presente (Puckett et al., 2015). Por su parte, D'amico et al. (2015), en Canadá, analizaron las reacciones parentales ante la «salida del armario» de sus hijos/as y observaron que niveles más altos de apoyo parental estaban asociados a una menor ideación suicida en los jóvenes. En cambio, cuanto más intentaban los padres cambiar la orientación sexual de sus hijos/as, mayor distrés psicológico presentaban los jóvenes.

Sin embargo, esta afectación emocional como consecuencia de las malas reacciones ante la «salida del armario» parece no limitarse solamente a aquellas respuestas dadas por el núcleo familiar, sino que también abarca a otras personas con una importancia relevante para la persona que «sale del armario». Así pues, en un estudio realizado en adultos gais, lesbianas y bisexuales, residentes en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá, se observó que las reacciones negativas del entorno cercano ante la «salida del armario» afectaban de manera duradera al bienestar de

la persona. Sin embargo, las reacciones positivas no mostraban ningún efecto. Más concretamente, se observó que experimentar una reacción negativa de cualquier persona relevante (la primera persona a la que se dijo, el padre, la madre o el mejor amigo) se asoció con mayor depresión y peor autoestima, aunque en esta última variable solo para las reacciones del padre o del mejor amigo (Ryan et al., 2015).

Habida cuenta de la relevancia que tienen las reacciones familiares en la salud mental de las personas que «salen del armario», sería interesante determinar si existen diferencias en el tipo de reacción en función de la orientación sexual que se revele. Sin embargo, a lo largo de toda la literatura consultada no se han encontrado investigaciones que aborden este aspecto.

## **2. Experiencias vitales con alto impacto emocional**

En nuestro día a día podemos encontrarnos con situaciones estresantes o desagradables cuya gestión nos puede suponer un sobreesfuerzo emocional. Sin embargo, hay una serie de vivencias que, además de suponer un gran impacto emocional en el momento, conllevan unas consecuencias que se extienden en el tiempo y pueden acabar manifestándose en el futuro en forma de síntomas psicopatológicos. Es el caso de las personas que han sido víctimas de algún tipo de violencia. Por ello, en este apartado abordaremos, por una parte, la victimización general, como podría ser recibir insultos, ser víctima de robo o sufrir violencia física; y, por otra parte, las experiencias específicas de violencia sexual.

### **2.1. Victimización general**

Sufrir violencia, independientemente del tipo que sea, supone un gran impacto emocional que puede repercutir en la salud mental de la víctima. En esta línea, Soler et al. (2015) realizaron una investigación con adolescentes españoles en el que estudiaron el papel predictor que podían tener distintos tipos de victimización en la sintomatología psicopatológica de los adolescentes. Todos los

tipos de victimización estudiados (robo o hurto, maltrato infantil, acoso por parte de pares o hermanos, agresión sexual y ciberacoso) resultaron predictores de sufrir problemas psicológicos, como el estrés postraumático o los síntomas internalizantes y externalizantes. Sin embargo, estos autores estudiaron también el poder predictivo que tenían cada una de estas variables al controlar el efecto sobre la salud mental del resto de tipos de violencia. Así pues, ser víctima de robo o hurto, sufrir maltrato infantil o ciberacoso, fueron predictores por sí mismas de alguno de los síntomas psicopatológicos estudiados, tanto para los chicos como para las chicas. En cambio, el acoso por parte de pares o hermanos solo fue predictivo de los problemas psicológicos en los chicos, y la victimización sexual solo resultó predictora en las chicas.

Estos resultados también podrían interpretarse de forma inversa. Es decir, que la sintomatología psicopatológica no fuera fruto de haber sufrido un evento violento traumático, sino que hubiera una vulnerabilidad psicológica de carácter genético que, además, fuera un factor predisponente a sufrir eventos de victimización. Para abordar esta problemática, Schaefer et al. (2018) realizaron una investigación longitudinal con gemelos de Reino Unido. En ella se observó que haber sido víctima de violencia durante la infancia o la adolescencia era un factor de riesgo de padecer problemas de salud mental en la etapa adulta, independientemente de los antecedentes familiares y del riesgo genético.

Una vez clarificada la asociación existente entre la violencia y el impacto en la salud mental, es importante señalar cuáles son las prevalencias de victimización en función de la orientación sexual o del género. Así pues, a través de un metaanálisis realizado con investigaciones de Estados Unidos y Canadá (Friedman et al., 2011) se observó que el porcentaje medio de personas que refirieron haber sido amenazadas o agredidas fue de 44.4% para las mujeres lesbianas, 39.9% para las mujeres bisexuales y el 21.2% para las mujeres heterosexuales. En el caso de los hombres, fueron de 50.2% para los hombres bisexuales, 43.2% para los hombres gays y 35% para los hombres heterosexuales. Tal y como se observa, los

adolescentes con una orientación sexual minoritaria tenían más probabilidades de haber recibido amenazas o haber sufrido agresiones que sus pares heterosexuales.

Siguiendo esta misma línea, se realizó otro metaanálisis con estudios internacionales que abordaban la victimización en adultos de diferentes orientaciones sexuales (Katz-Wise & Hyde, 2012). Así pues, se observó que los participantes homosexuales y bisexuales mostraban puntuaciones mayores que sus pares heterosexuales en todas las situaciones de victimización estudiadas, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en discriminación, amenazas, acoso verbal realizado por cualquier persona y aquel realizado por alguien de la familia, persecuciones por la calle, violencia contra la propiedad, agresiones físicas, agresiones con una arma, robo, agresión y acoso sexual y, por último, acoso escolar. Si se tiene en cuenta el género de la población con una orientación sexual minoritaria, se observa que los hombres, por lo general, son los que reciben mayor victimización, puntuando significativamente más alto en discriminación, amenazas, acoso verbal, persecuciones por la calle, agresiones físicas, agresiones con una arma, robo, agresión y acoso sexual, y acoso escolar. Las mujeres, en cambio, obtuvieron puntuaciones más elevadas en acoso laboral y en exclusión social.

El estudio de Mahoney et al. (2014), realizado con población adulta de Reino Unido, también encontró resultados similares. Las personas homosexuales y las bisexuales, en comparación con la población heterosexual, mostraron mayor probabilidad de ser víctimas de robo, violencia, agresión sexual y amenazas. Más concretamente, las personas bisexuales fueron las que mayor probabilidad mostraron de sufrir robos, violencia y agresiones sexuales.

En el caso concreto del acoso escolar, en un estudio realizado en España (Elipe et al., 2018) con estudiantes de educación secundaria y bachillerato, se observó que los estudiantes identificados como no heterosexuales informaban de mayor frecuencia de acoso y de ciberacoso, en comparación con sus pares

heterosexuales. Así pues, entre las personas con una orientación sexual minoritaria, un 45.4% había sufrido acoso y un 21.2% ciberacoso, frente al 26.6% y el 11.1% de la población heterosexual. En la misma línea, y también con población española, muy recientemente Garaigordobil y Larrain (2020) observaron que las personas con una orientación sexual minoritaria presentaban mayor prevalencia de haber sufrido acoso o ciberacoso en algún momento de sus vidas. Además, también se observó que, cuando habían sido víctimas, habían sufrido mayor cantidad de conductas agresivas que sus pares heterosexuales. Entre las víctimas de acoso y ciberacoso, en comparación con sus compañeros heterosexuales, las personas con una orientación sexual minoritaria mostraron una mayor afectación emocional, obteniendo puntuaciones significativamente más elevadas en variables como la depresión, la ansiedad o la sintomatología psicopatológica.

Por tanto, los resultados parecen coincidir en señalar que la población con una orientación sexual minoritaria sufre mayor victimización que las personas heterosexuales. Algunas investigaciones van más allá y destacan a las personas bisexuales, y concretamente a los hombres bisexuales, como los grupos de población más vulnerables. En cuanto a las diferencias de género, los hombres con una orientación sexual minoritaria también presentan mayores prevalencias de victimización que sus pares mujeres.

## **2.2. Abuso sexual**

Unas de las experiencias de victimización que merecen ser atendidas de forma más específica son aquellas relacionadas con la violencia sexual, ya que son consideradas un tabú y suelen ser vividas en silencio y experimentando un gran estigma (Band-Winterstein et al., 2021; Hlavka, 2017; Jewkes et al., 2022; Larsen & Hilden, 2016), lo que puede acarrear un mayor impacto emocional. En este punto cabe puntualizar que, cuando nos referimos a abuso o a violencia sexual, estamos

hablando de cualquier conducta sexual realizada sin el consentimiento de la otra persona.

Por una parte, el abuso sexual infantil ha sido relacionado con síntomas de estrés postraumático, depresión o conducta suicida. Esta sintomatología puede estar presente tanto en la propia infancia como en la adolescencia o la etapa adulta (Hornor, 2010). De hecho, una revisión realizada por Hillberg et al. (2011) determinó que el abuso sexual infantil era un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental en la edad adulta. No obstante, estas consecuencias no solo se observan cuando el abuso se produce en la infancia, sino que también existe un alto impacto emocional y mental ligado a la violencia sexual padecida en otras etapas vitales (Choudhary et al., 2012; Santaularia et al., 2014).

Pese a que esta desagradable situación puede sucederle a cualquier persona, la literatura ha demostrado que la población con una orientación sexual minoritaria, en comparación con las personas heterosexuales, tiene más probabilidades de sufrir alguna agresión sexual en algún momento de su vida (Friedman et al., 2011; Katz-Wise & Hyde, 2012; Mahoney et al., 2014). Además, también se ha observado que estas personas experimentan consecuencias mentales más graves derivadas de dichas situaciones (Paquette et al., 2019). Por todo ello, se hace especialmente relevante incluir esta variable en el estudio del impacto que tiene la orientación sexual en la salud mental.

Las investigaciones al respecto se han centrado en diferentes conductas o situaciones de agresión sexual. No obstante, más o menos todos los estudios llegan a unas conclusiones similares. Así pues, en el estudio que realizaron Kuyper y Vanwesenbeeck (2011) con población adulta de los Países Bajos, se observó que tanto hombres como mujeres presentaban diferencias significativas en la frecuencia de coerción sexual en función de la orientación sexual. En concreto, las mujeres bisexuales reportaron haber experimentado agresiones sexuales más frecuentemente que las mujeres heterosexuales. Sin embargo, las mujeres

lesbianas no presentaron diferencias ni con las mujeres heterosexuales ni con las mujeres bisexuales. Por su parte, los hombres heterosexuales mostraron menor frecuencia que los hombres bisexuales y los hombres gais, no habiendo diferencias estadísticas entre los hombres con una orientación sexual minoritaria. Unos resultados similares son los obtenidos en una encuesta nacional realizada a población adulta de los Estados Unidos (Walters et al., 2013), donde también se encontraron diferentes prevalencias de violencia sexual en función de la orientación sexual de hombres y mujeres. Sin tener en cuenta los índices de violación, los porcentajes de mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia sexual fueron de 74.9% para las mujeres bisexuales, 46.4% para las mujeres lesbianas, y 43.3% para las mujeres heterosexuales, siendo significativas las diferencias de las mujeres bisexuales con las mujeres heterosexuales y lesbianas. En cuanto a los hombres, un 47.4% de los hombres bisexuales, un 40.2% de los hombres gais, y un 20.8% de los hombres heterosexuales refirieron haber sido víctimas de violencia sexual, siendo significativas las diferencias de los hombres heterosexuales con respecto a los hombres gais y bisexuales. En la misma línea van los datos obtenidos en otra encuesta nacional realizada en Estados Unidos (Chen et al., 2020). En este caso, un 68.8% de mujeres bisexuales habían sufrido algún tipo de violencia sexual, seguidas de un 46.3% de mujeres lesbianas y un 36% de mujeres heterosexuales. Estas diferencias fueron significativas entre las tres orientaciones sexuales. En el caso de los hombres, los hombres bisexuales también fueron los que mayores prevalencias de violencia sexual mostraron, con un 39%, seguidos muy de cerca por los hombres gais (37.7%). Estos dos grupos solo obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con los hombres heterosexuales, que mostraron una prevalencia del 16.8%.

Con unos análisis un poco más específicos encontramos la revisión sistemática realizada con investigaciones de Estados Unidos (Rothman et al., 2011), en la que se incluyó la comparación de prevalencias de abuso sexual en función del género. Este estudio estimó que existía mayor probabilidad de que las

### CAPÍTULO 3: FACTORES MODULADORES DE LA SALUD MENTAL DE LAS MINORÍAS SEXUALES

mujeres lesbianas/bisexuales, en comparación con los hombres gays/bisexuales, informaran de haber sufrido abuso sexual en algún momento de sus vidas. Además, determinó que la prevalencia de abuso sexual para las mujeres lesbianas/bisexuales oscilaba entre el 15.6% y el 85%, mientras que para los hombres gays/bisexuales estaba entre 11.8% y 54%.

Otra situación más concreta en la que suceden experiencias violentas de abuso sexual es en el contexto de una pareja íntima. Una investigación realizada en Estados Unidos observó que las mujeres lesbianas y las bisexuales eran las que mayor probabilidad tenían de sufrir violencia sexual por parte de su pareja, seguidas de las mujeres heterosexuales, los hombres gays y los bisexuales y, en menor medida, los hombres heterosexuales (Messinger, 2011).

Si nos centramos en el abuso sexual padecido durante la infancia, las personas pertenecientes a una minoría sexual siguen mostrando mayor probabilidad de ser víctima que las personas heterosexuales. De hecho, a través de un metaanálisis, se estimó que la prevalencia media de abuso sexual infantil fue de 40.4% para mujeres bisexuales, 32.1% para mujeres lesbianas y 16.9% para mujeres heterosexuales. En cuanto a los hombres, los porcentajes fueron de 24.5% para los varones bisexuales, de 21.2% para los hombres gays y de 4.64% para los hombres heterosexuales (Friedman et al., 2011). Por otro lado, un metaanálisis realizado con estudios de nueve países diferentes (Xu & Zheng, 2015), determinó que no existían diferencias significativas en las prevalencias de abuso sexual infantil entre hombres gays y hombres bisexuales, ni entre mujeres lesbianas y mujeres bisexuales. Sin embargo, sí que concluyó que las prevalencias de las mujeres pertenecientes a una minoría sexual eran significativamente mayores que las de los hombres.

En vista de estos resultados, puede concluirse que las situaciones de violencia sexual están marcadas tanto por la orientación sexual como por el género, siendo las personas bisexuales y las mujeres las más afectadas. En el caso

de las mujeres, pese a ser claramente las mujeres bisexuales las que obtienen mayores prevalencias y las mujeres heterosexuales las que menos, las mujeres lesbianas obtienen resultados dispares, mostrando diferencias entre estudios. En el caso de los hombres, los resultados de los diferentes estudios son bastante homogéneos, siendo los hombres bisexuales también los que presentan mayores prevalencias, aunque sin diferencias con los hombres gays.

### **3. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales**

Durante lo que llevamos de capítulo, hemos estado abordando el impacto que ciertas variables relacionadas con el desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual podrían tener para la salud mental de las personas, así como las consecuencias psicológicas derivadas de ser víctima de violencia general o agresión sexual. Sin embargo, en este apartado vamos a centrarnos específicamente en las vivencias que experimentan las personas con una orientación sexual minoritaria. Tal y como ya se ha explicado con la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003), las personas LGTBI+, por el simple hecho de serlo, se enfrentan a situaciones de discriminación y violencia de forma frecuente. Estas vivencias provocan que la persona integre como parte de su identidad el estigma recibido, mostrando una baja autoaceptación de su orientación sexual y anticipando que va a ser rechazada por la sociedad, lo que provoca que oculte su identidad al resto de personas. Esta ocultación, a su vez, dificulta que la persona LGTBI+ conozca a otras personas similares y cree una red de apoyo.

Todas estas vivencias las iremos viendo con más profundidad a lo largo de este capítulo. Pero antes de empezar a explicar las situaciones concretas de violencia y discriminación a las que deben hacer frente las personas con una orientación sexual minoritaria por el simple hecho de no ser heterosexuales, debemos poner en contexto la estructura social heteronormativa en la que vivimos,

por la que se explica cualquier tipo de rechazo hacia las personas que se alejan de esa norma. En nuestra sociedad existe lo que se conoce como «heteronormatividad», un conjunto de premisas que mantienen la creencia de que solo existen dos géneros, que estos dos géneros se reflejan por el sexo biológico, y que solo la atracción sexual entre estos dos géneros «opuestos» es natural y aceptable (Herz & Johansson, 2015; Schilt & Westbrook, 2009). Por tanto, se da por sentado que todo el mundo es heterosexual hasta que no se demuestre lo contrario.

### 3.1. Discriminación

Con esta premisa de base, hay un amplio abanico de situaciones discriminatorias que quedan justificadas. Tal y como se explicaba en el artículo de Mendoza-Perez y Ortiz-Hernández (2021), todas estas vivencias que sufren las personas pertenecientes a un grupo estigmatizado pueden categorizarse en dos dimensiones: discriminación manifiesta (directa) y discriminación sutil (indirecta). En la versión más directa encontraríamos aquellos actos más evidentes y visibles, que afectan de forma clara a la salud física y/o mental de la persona. Ejemplo de ello podrían ser los insultos, las agresiones físicas, las vejaciones, etc. En todas ellas hay una intención manifiesta del perpetrador de la violencia de causar daño a la víctima. En cuanto a la forma más indirecta estarían conductas que son más difíciles de demostrar, que no implican un daño físico y que a menudo se realizan sin mala intención, aunque causen gran impacto emocional hacia el grupo estigmatizado. En este grupo clasificaríamos situaciones como, por ejemplo, invisibilizar la realidad de las minorías sexuales, ignorarles, ofrecer un trato no igualitario, etc. Aunque pueda parecer que la discriminación sutil es menos importante, varios estudios han demostrado que las consecuencias que tiene para la salud mental son iguales o peores que las de la discriminación manifiesta (Jones et al., 2016; Molero et al., 2017; Salim et al., 2019).

Independientemente de que sea sutil o manifiesta, la literatura coincide en el gran impacto que tiene la discriminación para la salud mental de las víctimas. Por ejemplo, en un estudio estadounidense realizado con población homosexual y bisexual (Ngamake et al., 2016) se encontró una correlación positiva entre haber percibido discriminación relacionada con la orientación sexual y presentar síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Además, también se observó que la discriminación percibida explicaba significativamente las tres puntuaciones de angustia psicológica (depresión, ansiedad y estrés), incluso después de controlar los efectos de los ingresos económicos, la educación y la raza.

En otro estudio estadounidense con población LGB se observó que haber sufrido en algún momento de la vida discriminación por la orientación sexual se asociaba positivamente con una peor salud mental. Entre las personas que estaban «dentro del armario», el efecto de esta asociación fue indirecta, estando el estigma internalizado mediando en esta asociación. Sin embargo, entre aquellas personas que sí que habían revelado su orientación sexual, se observaba un efecto directo entre la discriminación y una peor salud mental (Walch et al., 2016).

Por su parte, Khan et al. (2017) también realizaron un estudio con personas homosexuales y bisexuales de Estados Unidos y encontraron que la discriminación por orientación sexual estaba ligada con niveles más altos de depresión y peor bienestar psicológico. Además, también se observó una asociación entre la discriminación y niveles más altos de estrés crónico y eventos vitales estresantes (factores de riesgo para la depresión), y niveles más bajos de dominio y autoestima (factores protectores de la sintomatología depresiva). No obstante, incluso después de controlar las variables de sexo, raza/etnia y los factores de riesgo, la discriminación siguió siendo un predictor significativo de puntuaciones altas de depresión.

En el caso concreto de la discriminación recibida en el contexto escolar, una investigación española realizada con adolescentes determinó que, tanto las

personas que habían sido víctimas de acoso escolar homofóbico como aquellas que habían sido a la vez víctimas y agresores, mostraban los peores niveles de bienestar psicológico y los mayores niveles de ansiedad y depresión, todo ello en comparación con adolescentes que solo tenían el rol de agresores o que no se habían visto envueltos en conductas de acoso (Albaladejo-Blázquez et al., 2019). Coincidiendo con estos resultados, en la revisión sistemática realizada por Moyano y Sánchez-Fuentes (2020) se observó que las víctimas de acoso escolar, y en concreto del homofóbico, obtenían peores resultados académicos, presentaban más absentismo escolar y más emociones negativas.

Del mismo modo, en el entorno laboral también se han notificado experiencias discriminatorias debido a la orientación sexual. Así pues, un estudio realizado con trabajadores españoles mostró que las personas homosexuales y bisexuales, en comparación con las personas heterosexuales, mostraban mayores dificultades en el trabajo y percibían niveles más altos de discriminación laboral debido a su orientación sexual. Además, esta discriminación estaba relacionada con niveles mayores de estrés laboral, trastornos mentales y depresión (Moya & Moya-Garófano, 2020).

El hecho de experimentar discriminación en diferentes contextos podría ser un factor agravante para la salud mental de la víctima. En esta línea irían los resultados obtenidos por Mendoza-Perez y Ortiz-Hernandez (2021) con hombres gays y bisexuales mexicanos. Estos autores observaron que, a medida que aumentaba el número de contextos en los que se experimentaba discriminación o victimización debido a la orientación sexual, mayor era la asociación encontrada con problemas de salud mental. La discriminación y la victimización sutil también mostraron asociación con niveles más altos de angustia, menor vitalidad y mayor ideación suicida.

Tal y como muestran los diferentes estudios, las vivencias de discriminación y victimización debido a la orientación sexual minoritaria afectan de manera

notable a la salud mental de las víctimas. Estas situaciones, ya sean de forma más sutil o de manera más directa, ocurren en diferentes contextos. En el ámbito educativo, además del claro ejemplo del bullying, también existen carencias en muchos programas docentes, que invisibilizan la realidad de la población LGTBI+. Un caso concreto serían las charlas sobre educación sexual, en las que se incide en la población heterosexual, centrándose casi únicamente en las prácticas que incluyen la penetración vaginal (McNeill, 2013). Incluso en las universidades, dentro de los programas de medicina y enfermería, existe una formación sesgada acerca del colectivo LGTBI+ y de sus problemáticas, quedando relegados a algún texto sobre la homosexualidad y su relación con el VIH, con las consecuencias estigmatizantes que puede conllevar esta asociación (Röndahl, 2011).

En cuanto a la investigación, existen dos tipos de discriminación hacia las personas con una orientación sexual y/o una identidad de género minoritaria. Por una parte, la mayoría de investigaciones que abordan la sexualidad, se centran en las orientaciones sexuales más conocidas (heterosexual y, en el mejor de los casos, homosexual o bisexual) y en el género hombre-mujer, dejando a un lado todas las otras orientaciones sexuales y la diversidad de género. Por otra parte, también se produce desigualdad al no estudiarse algunos aspectos de sus vidas, como pueden ser los estilos de vida y la estructura familiar de parejas del mismo sexo. Normalmente, cuando se estudian estas variables, se incide en las familias tradicionales, dejando de lado la realidad de parejas del mismo sexo (Herz & Johansson, 2015).

Por lo que respecta a la sanidad, hay varios indicios que demuestran la presencia de heteronormatividad en el ámbito sanitario. Existe la premisa de que todos los pacientes son heterosexuales (Enson, 2015; Hayman et al., 2013; Morrison & Dinkel, 2012), lo que provoca malentendidos, preguntas incómodas y malestar en los propios pacientes. Además, en algunos países no se contempla la posibilidad de incluir dentro del servicio sanitario al otro miembro de la pareja, si esta es del mismo sexo. Es el caso de los programas de maternidad o de

fecundación in vitro, que están pensados para que exista un padre y una madre (Hayman et al., 2013). Lo mismo ocurre en situaciones de emergencia, donde el personal sanitario necesita contactar con un familiar y, dado que en muchos países no está permitido el matrimonio entre personas del mismo sexo, las parejas del mismo sexo se ven relegadas a una situación de desamparo donde poco pueden hacer (Morrison & Dinkel, 2012).

Por último, en el ámbito legislativo, todavía existen 69 estados en el mundo que criminalizan, de alguna manera, las relaciones sexuales consensuadas entre personas adultas del mismo sexo, aunque en algunos países solo se persigue a los hombres. Además, 42 países tienen restricciones jurídicas a la libertad de expresión en cuestiones de diversidad sexual y de género, y 52 tienen restricciones jurídicas al registro o a la actividad de organizaciones que trabajan temas de diversidad sexual y de género. Por el contrario, 52 países ofrecen una protección amplia contra la discriminación basada en la orientación sexual, aunque solo 11 países lo incluyen en su Constitución. En cuanto al matrimonio entre personas del mismo sexo, encontramos a 28 estados del mundo (de los 195 existentes) que cuentan con leyes que permiten el matrimonio entre personas del mismo sexo. Pero si se tienen en cuenta otras formas de unión civil para parejas del mismo sexo, la cifra aumenta hasta 32 estados (Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 2020).

Dado lo extendidas que están las creencias heteronormativas en los diferentes contextos y el gran impacto que tiene la discriminación en la salud mental de las víctimas, resulta necesario determinar si, dentro de las minorías sexuales, existe algún grupo más vulnerable.

Por una parte, en cuanto al género, en el metaanálisis realizado por Moyano y Sánchez-Fuentes (2020), se observó que los chicos mostraban mayores prevalencias de acoso escolar debido a la orientación sexual que las chicas. Del mismo modo, en el estudio realizado por Rice et al. (2021) con población

estadounidense con una orientación sexual minoritaria, también se observó que los hombres, en comparación con las mujeres, experimentaban mayor victimización debido a su orientación sexual, así como mayor discriminación al ser atendidos en restaurantes, tiendas o durante visitas médicas.

En cuanto a las diferencias en función de la orientación sexual, en un estudio estadounidense (Bostwick et al., 2014) se encontró que la población homosexual, durante el último año, había recibido mayor discriminación debido a su orientación sexual que sus pares bisexuales. Concretamente, tanto los hombres como las mujeres homosexuales, en comparación con la población bisexual, informaron haber sufrido mayor discriminación en tiendas, restaurantes y visitas médicas, así como haber sufrido más insultos, burlas y amenazas. Además, en el caso concreto de las mujeres, aquellas que se identificaban como lesbianas mostraron mayor discriminación que las mujeres bisexuales a la hora de obtener un trabajo o ser admitidas en un programa de formación o en una vivienda. Asimismo, una investigación realizada con mujeres lesbianas y bisexuales de Reino Unido (Colledge et al., 2015) también determinó que las mujeres bisexuales habían sufrido menor discriminación por su orientación sexual que sus compañeras lesbianas.

Así pues, parece que hay cierto consenso al señalar que los hombres, por una parte, y la población homosexual, por otra, son los dos grupos que resultan más vulnerables de cara a sufrir discriminación y victimización debido a su orientación sexual. Además, esta tendencia parece observarse en diferentes contextos y con diversos tipos de conductas.

### **3.2. Estigma internalizado y aceptación de la propia orientación sexual.**

Las experiencias de discriminación, acoso y violencia que sufren las personas de una minoría sexual se basan en la premisa de que las personas no heterosexuales son inferiores. Estos prejuicios, a menudo, son tomados como

válidos por las propias víctimas e integrados como parte de su autoconcepto, provocando que vivan su propia orientación sexual con culpa, vergüenza y ocultación. Este fenómeno se conoce, entre otros nombres, como estigma internalizado (Herek et al., 2015).

Varias investigaciones han evidenciado la estrecha relación entre haber sufrido discriminación y el consecuente estigma internalizado (Feinstein et al., 2012) y la baja aceptación de la propia orientación sexual (Woodford et al., 2014). Del mismo modo, tanto la aceptación de la propia orientación sexual como la presencia de estigma internalizado han demostrado ser dos factores que tienen una relevante implicación en la salud mental y calidad de vida de las personas con una orientación sexual minoritaria.

Empezando por los estudios que abordan el impacto del estigma internalizado, podemos encontrar un trabajo con estudiantes universitarios homosexuales y bisexuales de Estados Unidos y Canadá (Mohr & Kendra, 2011) en el que se demostró que el estigma internalizado estaba ligado a menores puntuaciones en la satisfacción con la vida y la autoestima social, así como con mayores niveles de depresión, culpa, miedo, tristeza y hostilidad. Otro estudio, esta vez con población homosexual de Estados Unidos (Feinstein et al., 2012), también encontró que niveles más altos de estigma internalizado estaban relacionados con sintomatología depresiva y de ansiedad social. Además, a través de un modelo estructural, se observó que el estigma internalizado jugaba un papel mediador en la asociación entre las experiencias de discriminación y los síntomas de depresión y de ansiedad social. En la misma línea van los hallazgos de Puckett et al. (2015). Con una muestra de personas con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos, estos autores observaron una asociación directa entre niveles más altos de estigma internalizado y mayor angustia psicológica. Por su parte, Berg et al. (2016), a través de una revisión sistemática, observaron que los niveles altos de estigma internalizado estaban relacionados con mayores riesgos de depresión, vergüenza, culpa, baja autoestima y trastornos alimentarios. Además, también

encontraron asociación entre el estigma internalizado y mayores dificultades en la formación de la propia identidad. Otra investigación, esta vez realizada en Australia con familiares de personas LGTBI+ que habían fallecido por suicidio, encontró que las víctimas presentaban puntuaciones altas de estigma internalizado y vergüenza, así como una baja autoaceptación, entre otra sintomatología (Skerrett et al., 2016). Del mismo modo, Cain et al. (2017), con una muestra de hombres gais y bisexuales de Estados Unidos, encontraron que un mayor estigma internalizado estaba asociado con mayores síntomas depresivos; y Rogers et al. (2021), en un estudio con población con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos, observaron que niveles mayores de estigma internalizado estaban asociados con mayor ideación suicida. Por último, en un trabajo chileno con adultos homosexuales se observó que el estigma internalizado estaba asociado con mayores niveles de sintomatología ansioso-depresiva, así como con menores niveles de satisfacción con la vida (Gómez et al., 2021).

En cuanto a la aceptación con la propia orientación sexual, una investigación realizada con jóvenes homosexuales y bisexuales de Israel (Shilo & Savaya, 2011) demostró que una mayor aceptación estaba asociada con niveles más bajos de ansiedad y depresión, y niveles más altos de bienestar psicológico. El trabajo de Mohr & Kendra (2011), realizado con estudiantes universitarios homosexuales y bisexuales de Estados Unidos y Canadá, iba en la misma línea. En este estudio se observó que la reafirmación de la identidad LGB se asociaba positivamente con la satisfacción con la vida, la autoestima social y la seguridad con uno mismo, y negativamente con la depresión, la culpa, el miedo, la tristeza y la hostilidad. Por su parte, Woodford et al. (2014) realizaron una investigación con estudiantes universitarios LGTBI+ de Estados Unidos y observaron que unos niveles mayores de orgullo identitario estaban ligados a menores puntuaciones de ansiedad y estrés percibido. Por último, a través de una revisión sistemática (Camp et al., 2020), se observó que una baja autoaceptación estaba asociada con peores resultados de salud mental, incluida una mayor angustia global, síntomas depresivos y menor

bienestar psicológico. Sin embargo, a pesar de la relación que se había observado entre el suicidio consumado y la baja aceptación en otro estudio (Skerrett et al., 2016), en esta revisión sistemática la aceptación de la propia orientación sexual no mostró relación con la ideación o los intentos suicidas.

Tal y como se observa con la gran cantidad de estudios citados, tener una baja aceptación de la propia identidad sexual y tener integrados los prejuicios y el estigma por pertenecer a una minoría sexual, son dos factores de riesgo para tener problemas de salud mental y una baja calidad de vida. Así pues, resulta necesario comprobar si estas variables se ven más afectadas en algún sector de la población. En cuanto al género, una investigación con jóvenes homosexuales de Estados Unidos comprobó que los hombres gays presentaban mayor estigma interiorizado que las mujeres lesbianas (Bregman et al., 2013). Del mismo modo, en un estudio estadounidense con personas bisexuales (Paul et al., 2014), se observó que los hombres bisexuales presentaban mayor estigma internalizado que las mujeres bisexuales. Sin embargo, y aunque pueda parecer contradictorio con los anteriores estudios, en un estudio israelí con jóvenes homosexuales (Ifrah et al., 2018), las mujeres lesbianas presentaron una aceptación de la propia orientación sexual significativamente menor que los hombres homosexuales.

Por lo que respecta a las diferencias en función de la orientación sexual, Shilo & Savaya (2011), en su investigación realizada con jóvenes homosexuales y bisexuales de Israel, observaron que las personas bisexuales tenían una menor aceptación de su propia orientación sexual que las personas homosexuales. En la misma línea, en un estudio con hombres gays y bisexuales de siete países diferentes (Australia, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Sudáfrica y Tailandia), los hombres bisexuales, independientemente del país, mostraron niveles más altos de estigma interiorizado que los hombres gays (Chard et al., 2015). Por su parte, en un estudio con adultos con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos (la Roi et al., 2019), las personas bisexuales también fueron las que mostraron una percepción más negativa de su orientación sexual.

Así pues, parece que en cuanto al género hay una tendencia curiosa, siendo los hombres los que presentan niveles más altos de estigma internalizado, pero también mayor aceptación de la propia orientación sexual, al menos, en el caso concreto de los hombres homosexuales. En cuanto a la orientación sexual, existe concordancia, siendo las personas bisexuales las que presentan mayor estigma internalizado y menor aceptación de su orientación sexual.

### **3.3. Rechazo anticipatorio**

Además del estigma internalizado y la baja aceptación de la propia orientación sexual, haber sido víctima de discriminación y violencia por pertenecer a una minoría sexual también provoca sentimientos de ansiedad y temor ante la posibilidad de que esas situaciones se vuelvan a repetir, lo que se conoce como rechazo anticipatorio o sensibilidad al rechazo (Feinstein, 2020). Varios estudios han demostrado la asociación entre la discriminación y la sensibilidad al rechazo (Dyar et al., 2016; Feinstein et al., 2012; Mereish et al., 2019), así como la vinculación entre la sensibilidad al rechazo y el estigma internalizado (Dyar et al., 2016; Feinstein et al., 2012, 2017; Glon et al., 2020).

Del mismo modo, tal y como ocurría con la discriminación y el estigma internalizado, la sensibilidad al rechazo también ha mostrado relación con la salud mental. Por ejemplo, el estudio de Feinstein et al. (2012), que ya fue mencionado en el apartado del estigma internalizado, encontró que la sensibilidad al rechazo estaba asociada con niveles más altos de depresión y de ansiedad social. Además, al igual que pasaba con el estigma internalizado, la sensibilidad al rechazo también ejercía un rol mediador entre las experiencias de discriminación y los síntomas de depresión y de ansiedad social (Feinstein et al., 2012). Unos resultados similares se obtuvieron en el trabajo realizado por Dyar et al. (2016) con mujeres con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos. Estos autores observaron una alta correlación entre la sensibilidad al rechazo y los síntomas de ansiedad y de depresión. Feinstein et al. (2017) focalizaron su estudio a hombres gays de Estados

Unidos y también encontraron que la sensibilidad al rechazo era buen predictor de la sintomatología ansiosa y depresiva. Pero en su caso, además, observaron que la sensibilidad al rechazo estaba asociada a estrategias evitativas frente a la discriminación, lo que estaría facilitando la aparición de dicha sintomatología. Otro trabajo que obtuvo resultados similares es el realizado por Dyar et al. (2018) con mujeres de Estados Unidos con una orientación sexual minoritaria. A través de una ecuación estructural se observó que la asociación positiva entre la discriminación vivida y los síntomas de depresión y ansiedad estaba mediada, en parte, por la sensibilidad al rechazo y por las variables relacionadas con este rechazo (preocupación por el estigma, ocultamiento y dificultad para desarrollar una orientación sexual positiva). Mereish et al. (2019), con una muestra de personas con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos, encontró que la sensibilidad al rechazo estaba asociada a una mayor ideación y conducta suicida. Concretamente entre las personas homosexuales, pero no así entre las personas bisexuales, la sensibilidad al rechazo ejercía una mediación moderada entre las experiencias de victimización y el riesgo suicida. En otro estudio, esta vez con hombres gais de Estados Unidos (Slimowicz et al., 2020), se observó que la sensibilidad al rechazo predecía la sintomatología depresiva. Sin embargo, a diferencia de los anteriores estudios, para los síntomas ansiosos los resultados no fueron significativos. Por su parte, Glon et al. (2020), a través de un estudio con hombres gais y bisexuales de Estados Unidos, observaron que la sensibilidad al rechazo predecía niveles más bajos de autocompasión, así como niveles más bajos de esperanza. Del mismo modo, las puntuaciones altas en sensibilidad al rechazo estaban relacionadas con niveles más altos de ansiedad y depresión. Así pues, parece ser que la amenaza de rechazo crea un mayor nivel de ansiedad y cogniciones negativas que disminuyen el nivel de autocompasión de un individuo, así como su esperanza motivacional de que las cosas pueden cambiar. Más recientemente, en una investigación con personas con una orientación sexual minoritaria de Irlanda (Mahon et al., 2021), las experiencias de discriminación

mostraron una asociación indirecta con la ansiedad social a través de la sensibilidad al rechazo.

A la vista de la literatura existente, queda clara la relevancia que tiene la sensibilidad al rechazo para la salud mental de las minorías sexuales. Sin embargo, poco se sabe sobre qué grupos de población presentan niveles más altos de sensibilidad al rechazo. El único artículo que se ha encontrado al respecto aborda la sensibilidad al rechazo de manera general, sin centrarse en aquella específica de las minorías sexuales, y con población de cualquier orientación sexual. En este caso, se observó que las mujeres y las personas con una orientación sexual minoritaria presentaban niveles más altos de sensibilidad al rechazo, en comparación a los hombres y las personas heterosexuales, respectivamente (Maiolatesi et al., 2022). Dado que la sensibilidad al rechazo va ligada a situaciones pasadas de discriminación (Feinstein, 2020), si tenemos en cuenta que los hombres y las personas homosexuales son los dos grupos de población que más experiencias de victimización presentan (Bostwick et al., 2014; Colledge et al., 2015; Moyano & Sánchez-Fuentes, 2020; Rice et al., 2021), podría esperarse que también fueran los que mayores niveles de sensibilidad al rechazo mostraran. De todas formas, cabría analizar concretamente si existen diferencias entre las distintas orientaciones sexuales minoritarias en la sensibilidad al rechazo por pertenecer a una minoría sexual.

### **3.4. Ocultación o revelación de la orientación sexual**

Teniendo en cuenta la interiorización de los prejuicios y el estigma, así como la anticipación de futuros rechazos, es normal que gran parte de la población con una orientación sexual minoritaria trate de ocultar su verdadera identidad. De hecho, varios estudios han evidenciado que la ocultación de la orientación sexual está ampliamente ligada con el estigma internalizado (Pistella et al., 2016) y con la sensibilidad al rechazo (Dyar et al., 2016).

Del mismo modo que ocurría con las otras variables relacionadas con el estrés de las minorías sexuales, se hace necesario abordar ampliamente las implicaciones emocionales y psicológicas que puede conllevar la ocultación o revelación de la propia orientación sexual. Así pues, en un trabajo estadounidense (Durso & Meyer, 2013), se observó que no revelar la orientación sexual minoritaria al personal sanitario estaba relacionado con peor bienestar psicológico al año de seguimiento. Por su parte, en un estudio con adultos de Nueva Zelanda pertenecientes a una minoría sexual (Bejakovich & Flett, 2018), se observaron correlaciones positivas entre la revelación de la orientación sexual y el afecto positivo y la felicidad general, aunque no se encontró relación con la satisfacción con la vida. Siguiendo la estela de las investigaciones anteriores, en Estados Unidos se realizó un estudio con trabajadores homosexuales o bisexuales que acababan de empezar en un nuevo trabajo (Mohr et al., 2019). Cada día se les preguntaba si durante ese día de trabajo se había dado la situación en la que tuvieran que ocultar o revelar su orientación sexual. Se observó que, cuando la habían ocultado, los participantes experimentaban una disminución del afecto positivo y un aumento del afecto negativo. En cambio, si habían revelado su orientación sexual, presentaban mayores niveles de afecto positivo y una disminución del afecto negativo. Estas consecuencias en el afecto llegaron a perdurar hasta el día siguiente en algunos participantes. En otro trabajo, con personas bisexuales de Estados Unidos (Brownfield & Brown, 2022), se encontró que la revelación de la orientación sexual estaba asociada con mayor bienestar. En cambio, no se observó relación entre la ocultación y el bienestar. Por otra parte, una mayor revelación sí que mostró relación con una mayor autenticidad que, a su vez, estaba asociada a mayor bienestar. Por su parte, Feinstein et al. (2020), realizaron en Estados Unidos un estudio con personas bisexuales, pansexuales y con atracción por más de un género, y observaron que casi la mitad de los participantes afirmaban haber intentado ocultar su identidad en algún momento de su vida cotidiana. A su vez, este ocultamiento se asoció significativamente con niveles más altos de depresión y ansiedad generalizada. Por último, a través de un metaanálisis (Pachankis et al.,

2020) también se encontró una asociación positiva entre la ocultación de la orientación sexual y los problemas de salud mental internalizantes (ansiedad, depresión, distrés, etc.).

Habida cuenta de la amplia relación entre la revelación u ocultación de la orientación sexual y la salud mental, se hace necesario conocer si existe algún grupo de entre las personas con una orientación sexual minoritaria con mayores prevalencias. Así pues, en un estudio con personas homosexuales y bisexuales de Nueva York (Martos et al., 2015), se observó que los participantes bisexuales, en comparación con sus pares homosexuales, habían revelado menos su orientación sexual a su familia y a sus amistades heterosexuales o LGTBI+. Del mismo modo, en un trabajo canadiense con mujeres de diferentes orientaciones sexuales se observó que aquellas mujeres plurisexuales (aquellas que sienten atracción por más de un género, en este caso, principalmente heterosexuales, bisexuales o principalmente lesbianas) presentaban menor revelación de su orientación sexual, en comparación con las mujeres lesbianas (Persson et al., 2015). Por su parte, Pistella et al. (2016) realizaron una investigación en Italia con adultos jóvenes que se identificaban como gays, lesbianas o bisexuales, y encontraron que las personas bisexuales eran las que más dificultades tuvieron para «salir del armario» con la familia, en comparación con las personas homosexuales. En la misma línea van los resultados obtenidos por Bejakovich y Flett (2018) con adultos de Nueva Zelanda pertenecientes a una minoría sexual. En este trabajo, los participantes homosexuales también informaron de niveles más altos de revelación, en comparación con los participantes bisexuales o con dudas. Por último, y confirmando la tendencia que venía siguiéndose hasta ahora, en un estudio en Hong Kong (Chan et al., 2020), las personas bisexuales ocultaron más su orientación sexual que las mujeres lesbianas o los hombres gays.

Si además de las diferencias por orientación sexual se tiene en cuenta la variable del género, se encuentran también resultados bastante concluyentes. Así pues, en un estudio con población homosexual y bisexual de Estados Unidos se

encontró que el 39.3% de los hombres bisexuales, el 32.6% de las mujeres bisexuales, el 12.9% de las mujeres lesbianas y el 10% de los hombres gays no habían revelado su orientación sexual al personal sanitario, siendo las diferencias entre bisexuales y homosexuales estadísticamente significativas (Durso & Meyer, 2013). Por su parte, un informe realizado en Reino Unido con población LGTBI+ mostró que el 5% de las mujeres lesbianas, el 10% de los hombres gays, el 26% de las mujeres bisexuales y el 46% de los hombres bisexuales no le habían revelado a nadie de su familia su orientación sexual. Además, el 1% de las mujeres lesbianas, el 2% de los hombres gay, el 8% de las mujeres bisexuales y el 30% de los hombres bisexuales no se veían capaces de comunicar su orientación sexual a sus amistades (Bachmann & Gooch, 2018).

A la vista de estos estudios, podemos decir que la literatura existente hasta el momento mantiene una clara congruencia en sus resultados, señalando a las personas bisexuales como al grupo que mayores dificultades presenta para comunicar su orientación sexual, sobre todo, entre los hombres bisexuales, que son los que más la ocultan.

#### **3.5. Conexión comunitaria**

La ocultación de la propia orientación sexual y, por ende, el hecho de no hacerse visible como minoría sexual, también impide que se puedan conocer personas afines, que se cree una red de apoyo y que florezca el sentimiento de pertenencia a una comunidad de iguales (Colledge et al., 2015). De hecho, varias investigaciones han encontrado que una mayor revelación de la propia orientación sexual está asociada con mayor presencia de amistades LGB (Pistella et al., 2016) y mayor conexión con la comunidad LGTBI+ (Chan et al., 2020).

Del mismo modo, la conexión comunitaria, o el sentimiento de pertenencia a un grupo, también ha mostrado relación directa con otras variables del estrés de las minorías sexuales, como el estigma internalizado. En este caso, la asociación resultó negativa. Es decir, cuanto mayor era la conexión comunitaria, menor era el

estigma internalizado (Chard et al., 2015; Rogers et al., 2021). Además, la conexión con las minorías sexuales también parece influir en la relación que presentan los problemas de salud mental con el estigma internalizado y con las experiencias de discriminación. Por una parte, en el estudio de Puckett et al. (2015) que realizaron en una muestra de personas con una orientación sexual minoritaria de Estados Unidos, se observó que una menor conexión comunitaria explicaba parcialmente la varianza compartida entre el estigma internalizado y la angustia psicológica. En la misma línea, en una investigación con hombres gays y bisexuales de Estados Unidos (Salfas et al., 2019), se encontró que la participación en la comunidad LGTBI+ moderaba el impacto que tenía el estigma internalizado en la salud mental. Por otra parte, en cuanto a las experiencias de discriminación, los resultados obtenidos en una investigación con mujeres bisexuales o con atracción por diversos géneros de Estados Unidos (Craney et al., 2018) mostraron que la asociación positiva entre la discriminación y la angustia fue solamente significativa en los niveles bajos y medios de conexión con la comunidad LGTBI+, pero no en los niveles altos. Estos resultados sugieren de nuevo que sentir una fuerte conexión con la comunidad a la que perteneces podría contrarrestar los efectos dañinos de la discriminación, como la angustia psicológica.

Tal y como se observa, esta conexión comunitaria es realmente importante, ya que puede llegar a cambiar la forma negativa en la que los miembros de los grupos estigmatizados se perciben (Pettigrew, 1967, como se cita en Anderson-Carpenter et al., 2019), repercutiendo de manera directa en una mejor salud mental y calidad de vida. Por ejemplo, en el estudio realizado por Griffin et al. (2018) en una pequeña área metropolitana del sur de Estados Unidos con personas de minorías sexuales, se observó que el sentimiento de conexión con la comunidad LGTBI+ estaba negativamente asociado con haber padecido ansiedad en algún momento de sus vidas. También se observó que la conexión con la comunidad estaba asociada con una disminución de las probabilidades de antecedentes de ansiedad, lo que estaría dejando patente el valor protector de la conexión

comunitaria. Del mismo modo, Petruzzella et al. (2019) realizaron una investigación con hombres homosexuales del área de Nueva York y vieron que el sentimiento de conexión con la comunidad gay se asociaba con niveles más bajos de angustia psicológica, ansiedad y depresión. Salfas et al. (2019) realizaron un trabajo similar con hombres gays y bisexuales de Estados Unidos y también observaron que participar en la comunidad LGTBI+ se asociaba con mejores resultados de salud mental. En cambio, en contra de lo observado hasta ahora, Gómez et al. (2021) en su estudio con hombres gays y mujeres lesbianas de Chile, encontraron que una mayor conexión comunitaria estaba asociada a una menor satisfacción con la vida.

A pesar de que no hay un consenso total entre los estudios, sí que hay una clara tendencia a señalar la conexión comunitaria como una variable protectora ante los problemas de salud mental. Si analizamos las diferencias en función de la orientación sexual, varios estudios coinciden en destacar a las personas bisexuales como a las que menor conexión sienten con la comunidad LGTBI+. Así pues, en un estudio con minorías sexuales de Texas se observó que las personas plurisexuales (bisexuales, pansexuales y queer) eran menos activas y se sentían más incómodas en la comunidad LGTBI+ que las personas homosexuales (Panas, 2017). Del mismo modo, Chan et al. (2020) observaron en Hong Kong que las personas bisexuales sentían menor conexión con la comunidad LGTBI+ que las personas homosexuales. Teniendo en cuenta las diferencias por género, Demant et al. (2018) realizaron un estudio en Australia en el que observaron que los hombres pertenecientes a una minoría sexual presentaban mayor conexión con la comunidad LGTBI+ que sus pares mujeres. Sin embargo, si se analizan los datos tomando en consideración la interacción del género y de la orientación sexual, los resultados cambian. Así pues, un informe australiano reportó que un 80.3% de las mujeres lesbianas habían participado en los eventos de la comunidad LGTBI+, en comparación con el 68% de hombres gays, el 62.4% de las mujeres bisexuales y el 37.8% de los hombres bisexuales (Leonard et al., 2015).

Por tanto, una vez más, la población bisexual vuelve a salir señalada como la que peores resultados obtiene. En este caso, respecto a la conexión con la comunidad LGTBI+. En cuanto al género, existe menor consenso entre estudios, sobre todo si se analizan las diferencias de género de manera general. Sin embargo, si se tiene en cuenta la interacción entre el género y la orientación sexual, los hombres bisexuales son los que menor conexión comunitaria presentan. Así pues, queda patente que para poder entender de manera comprensiva la realidad de las minorías sexuales, es necesario analizar los datos de una manera más minuciosa, teniendo en cuenta a la vez el género y la orientación sexual.

## EN RESUMEN...

A lo largo del presente capítulo se ha hecho una revisión de diferentes aspectos que podrían estar afectando a la salud mental de la población general y, en concreto, de las personas LGTBI+. Todas ellas han mostrado ser relevantes para la salud mental de la población con una orientación sexual minoritaria, aunque se han observado diferencias en función del género y de la orientación sexual en la manera en la que les afecta y, por tanto, precisan de mayor investigación.

En primer lugar, entre las variables relacionadas con el proceso de desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual, se ha observado que la población con una orientación sexual minoritaria, y específicamente las personas bisexuales, presentan mayores porcentajes de dudas con la propia orientación sexual, experimentan más cambios en su autoconcepto y toman conciencia a una edad más tardía que la población heterosexual. Del mismo modo, durante la adolescencia, la gente refiere conocer a menos personas bisexuales, en comparación con mujeres lesbianas o hombres gays. En cuanto a la reacción familiar ante la «salida del armario», pese a saber que es una variable importante para la salud mental de las minorías sexuales, poco se sabe sobre las prevalencias en función de la orientación sexual o del género.

En segundo lugar, las experiencias de victimización general también suelen ser más comunes entre las personas bisexuales y entre los hombres. Por su parte, la violencia sexual, pese a ser también más prevalente entre las personas bisexuales, muestra una

tendencia diferente en cuanto al género, siendo las mujeres las que mayor afectación presentan.

Por último, en cuanto a las variables sobre el estrés de las minorías sexuales, se observan diferentes resultados en función de la dimensión concreta. Así pues, en cuanto a la discriminación, los hombres y las personas homosexuales son los dos grupos más afectados. Por otro lado, las personas bisexuales son los que presentan mayor estigma internalizado y menor aceptación con la propia orientación sexual. Sin embargo, en cuanto al género, los hombres son los que muestran mayor estigma internalizado, pero también mayor aceptación. Parece que el papel del género se está viendo influido de manera diferente en función de la orientación sexual. Por lo que respecta a la ocultación de la orientación sexual y a la conexión comunitaria, los hombres bisexuales son los que presentan peores resultados. Por último, en la sensibilidad al rechazo no hay literatura científica que aborde las diferencias en función del género y de la orientación sexual.

La revisión de la literatura demuestra lo importante que son estas variables para la salud mental de las personas con una orientación sexual minoritaria. Sin embargo, algunos factores como la reacción familiar ante la «salida del armario» o la sensibilidad al rechazo no han sido estudiadas en profundidad. Además, muchas de las investigaciones aquí mencionadas no han tenido en cuenta que los resultados obtenidos pueden verse alterados por la interacción entre el género y la orientación sexual. Por eso, se hace necesario volver a estudiar estas variables teniendo en cuenta esta interacción.



# BLOQUE III

# ESTUDIO EMPÍRICO

## ÍNDICE

CAP. 4 – Objetivos e hipótesis

CAP. 5 – Metodología

CAP. 6 – Resultados



# OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo final de la presente tesis doctoral es, por un lado, analizar las diferencias en la salud mental en función de la orientación sexual y del género y, por otro lado, determinar qué variables permiten explicar, en parte, los síntomas psicopatológicos y el bienestar psicológico de las personas con una orientación sexual minoritaria: (1) hombres gays; (2) mujeres lesbianas; (3) hombres plurisexuales (bisexuales y pansexuales); (4) mujeres plurisexuales (bisexuales y pansexuales).

Dada la amplitud de dicho objetivo, se concreta para su operacionalización en los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** Realizar un análisis comparativo de los síntomas psicopatológicos y de la ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio en función de las categorías de orientación sexual.

HIPÓTESIS 1: En función de la categoría de orientación sexual existirán diferencias estadísticamente significativas en los síntomas psicopatológicos, siendo las mujeres plurisexuales las que más sintomatología psicopatológica presenten y los hombres heterosexuales, los que menos.

HIPÓTESIS 2: Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, concretamente en la frecuencia de la ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio. Las mujeres plurisexuales serán las que mayor frecuencia presentarán y los hombres heterosexuales, los que menos.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Realizar un análisis comparativo del bienestar psicológico, la satisfacción sexual y la satisfacción corporal en función de las categorías de orientación sexual.

HIPÓTESIS 3: Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en el bienestar psicológico. Las mujeres plurisexuales serán las que peor bienestar psicológico muestren; en cambio, los hombres heterosexuales serán los que mayor bienestar presenten.

## CAPÍTULO 4: OBJETIVO E HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 4: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en la satisfacción sexual, siendo las mujeres y los hombres heterosexuales los que más satisfechos estén con su vida sexual.

HIPÓTESIS 5: En función de la categoría de orientación sexual, se observarán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción corporal. Los hombres gais y los plurisexuales serán los que peor satisfacción corporal mostrarán, mientras que los hombres heterosexuales serán los que más satisfechos estarán.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** En función de las categorías de orientación sexual, realizar un análisis comparativo de las dudas y los cambios experimentados con la orientación sexual a lo largo del ciclo vital, y la edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual.

HIPÓTESIS 6: Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría sexual, en las dudas con la propia orientación sexual, tanto en las experimentadas en algún momento del ciclo vital como en las vividas en el momento actual. Los hombres y las mujeres plurisexuales serán los dos grupos que más dudas presenten, y los hombres y mujeres heterosexuales serán los que menos hayan dudado de ella.

HIPÓTESIS 7: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en los cambios experimentados en ésta a lo largo de la vida. Así pues, los hombres y las mujeres plurisexuales serán los que más referirán haber tenido fluctuaciones en su orientación sexual, mientras que los hombres y las mujeres heterosexuales serán los que informen de menos cambios.

HIPÓTESIS 8: En cuanto a la edad de toma de conciencia de la orientación sexual, existirán diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría sexual. Los hombres y las mujeres plurisexuales serán los que más tarden en

definir su orientación sexual, y los hombres y las mujeres heterosexuales los que lo hacen a una edad más temprana.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 4:** En función de las cuatro categorías de orientación sexual minoritarias (hombres gays, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales), realizar un análisis comparativo de la existencia de referentes LGTBI+ y de la misma orientación sexual en diferentes ámbitos, y de la reacción familiar ante la «salida del armario».

HIPÓTESIS 9: Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría sexual minoritaria, en la existencia de referentes LGTBI+ o de la misma orientación sexual durante la toma de conciencia de la orientación sexual. Los hombres y mujeres plurisexuales serán los que menos referentes han tenido y los hombres gays, los que más.

HIPÓTESIS 10: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en las reacciones de la figura familiar más relevante ante la «salida del armario».

**OBJETIVO ESPECÍFICO 5:** Realizar un análisis comparativo de las experiencias sufridas de acoso general y de abuso sexual en función de las categorías de orientación sexual.

HIPÓTESIS 11: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en el acoso general recibido. Así pues, mayor porcentaje de hombres plurisexuales informarán haber recibido acoso general en algún momento de su vida, mientras que las mujeres heterosexuales serán las que presenten menores prevalencias.

HIPÓTESIS 12: En función de la categoría de orientación sexual, se observarán diferencias estadísticamente significativas en la victimización por abuso sexual. Así pues, las mujeres plurisexuales serán las que presentarán prevalencias de abuso sexual más elevadas. Por el contrario, los porcentajes más bajos serán informados por los hombres heterosexuales.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 6:** En función de las cuatro categorías de orientación sexual minoritarias (hombres gays, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales), realizar un análisis comparativo de las dimensiones del estrés de las minorías sexuales, el acoso LGTBI+ y la aceptación de la propia orientación sexual.

HIPÓTESIS 13: Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en las puntuaciones de eventos de victimización, microagresiones, eventos discriminatorios y acoso LGTBI+. Así pues, los hombres gays serán los que presenten mayores prevalencias, y las mujeres plurisexuales, las que menos.

HIPÓTESIS 14: En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estigma internalizado. Los hombres plurisexuales serán los que informen de mayor estigma y las mujeres lesbianas, las que menos.

HIPÓTESIS 15: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en la aceptación de la propia orientación sexual. Los hombres gays serán los que informen de mayor aceptación y los hombres y mujeres plurisexuales serán los que acepten menos su orientación sexual.

HIPÓTESIS 16: En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en el rechazo anticipatorio. Los hombres gays serán los que informen de mayor rechazo anticipatorio y las mujeres plurisexuales serán las que muestren niveles menores.

HIPÓTESIS 17: Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en la ocultación de la orientación sexual. Los hombres plurisexuales serán los que presenten mayor ocultación. Por el contrario, los hombres gays y las mujeres lesbianas serán los que muestren menores niveles de ocultación.

HIPÓTESIS 18: En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en la conexión con la comunidad LGTBI+. Así pues, los hombres gais y las mujeres lesbianas serán los dos grupos que muestren mayor conexión, y los hombres plurisexuales serán los que informen de menor conexión.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 7**: Identificar las variables específicas que expliquen parte de la sintomatología psicopatológica para la población LGB+ en general y para cada uno de los grupos con una orientación sexual minoritaria (hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales).

HIPÓTESIS 19: La combinación de algunas variables sociodemográficas y de algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales tendrán una importante capacidad predictiva sobre la sintomatología psicopatológica. No obstante, el valor predictivo de las variables variará notablemente en función del grupo.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8**: Identificar la combinación de variables que permita explicar el bienestar psicológico en la población LGB+ en general y en cada grupo con una orientación sexual minoritaria (hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales).

HIPÓTESIS 20: Algunas de las variables analizadas, como el estrés de las minorías sexuales, la existencia de referentes LGTBI+ o la reacción familiar ante la «salida del armario», permitirán predecir y explicar un alto porcentaje de bienestar psicológico, si bien el peso de estas variables variará en función del grupo de población.



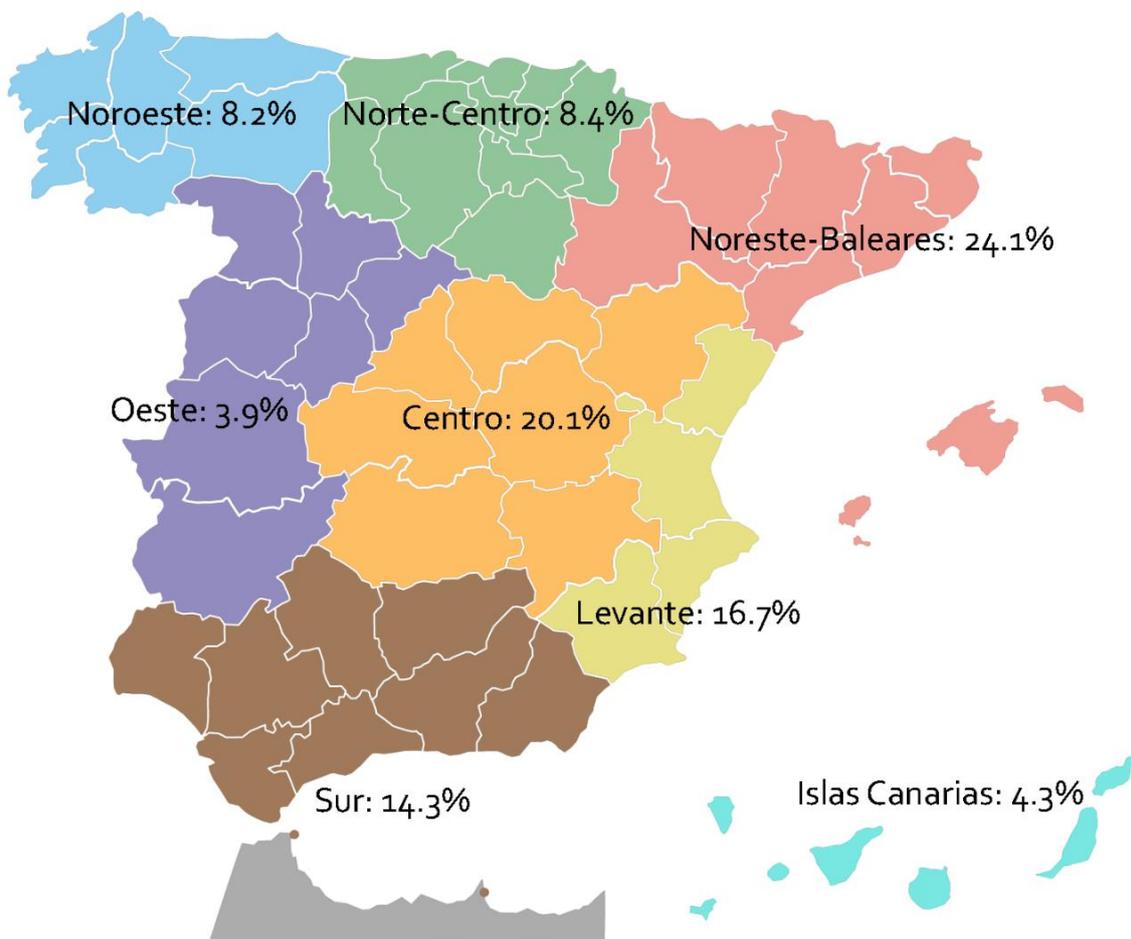
# METODOLOGÍA

## 1. Participantes

La muestra final del estudio constó de 4676 personas, con edades que oscilaron entre los 18 y los 72 años ( $M = 33.14$ ;  $DT = 11.73$ ). La gran mayoría tenían la nacionalidad española (93.7%), tenían una relación de pareja monógama (49%), eran personas ateas o agnósticas (71.8%), con una ideología política de izquierdas (66.9%), tenían estudios universitarios (59%) y se habían criado en localidades urbanas de interior (45.5%). En cuanto a la distribución geográfica del lugar de residencia actual (véase la Figura 4), pese a haber presencia de las 50 provincias y de las 2 ciudades autónomas, las más representadas fueron Madrid (16.5%), Barcelona (15%), Valencia (7.3%), Sevilla (4%) y Castellón (3.6%).

**Figura 4**

*Mapa de España con los porcentajes de participantes de cada zona geográfica*



En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos específicos de cada uno de los seis grupos con los que se realizarán los posteriores análisis estadísticos: (1) hombres heterosexuales; (2) mujeres heterosexuales; (3) hombres gais; (4) mujeres lesbianas; (5) hombres plurisexuales; y (6) mujeres plurisexuales. A continuación, se resumen los datos más relevantes de cada grupo.

*Hombres heterosexuales (HH).* Este grupo está compuesto por 1000 personas, de edades comprendidas entre los 18 y los 72 años, con una media de edad de 35.32 años ( $DT = 11.47$ ). La gran mayoría tienen una relación de pareja monógama (55%), son ateos o agnósticos (71%), con una ideología política de izquierdas (53.9%), con estudios universitarios (55%) y con una localidad de crianza urbana de interior (45.2%). Gran parte de los hombres heterosexuales procedían de una localidad de la zona del noreste-Baleares (26.1%) o del centro (19.8%) del país.

*Mujeres heterosexuales (MH).* Un total de 1000 participantes forman parte de este grupo. Las edades de este grupo oscilan entre 18 y 72 años, con una media de edad de 32.90 años ( $DT = 11.42$ ). La gran mayoría refieren estar en una relación monógama (61.2%), ser ateas o agnósticas (67.3%), de izquierdas (62.8%), con estudios universitarios (57.4%) y habían pasado la mayor parte de su niñez y adolescencia en una localidad urbana de interior (45.6%). Su procedencia, sobre todo, era de la zona del noreste-Baleares (22%) y del centro (18.8%) del país.

*Hombres gais (HG).* Este sector de la muestra cuenta con 940 participantes. Las edades de este grupo estaban comprendidas entre los 18 y los 70 años, con una media de 35.86 años de edad ( $DT = 11.29$ ). La mayoría de hombres gais no tienen pareja (48.8%), se consideran ateos o agnósticos (67.4%), con una ideología política de izquierdas (71.7%), con estudios universitarios (67.8%) y pertenecientes a una localidad de crianza urbana de interior (44.6%). Gran parte de los hombres gais vivían en la actualidad en una localidad de la zona del noreste-Baleares (24.1%) o del centro (23.3%) de país.

*Mujeres lesbianas (ML)*. Este grupo consta de 289 participantes. Las edades oscilan entre 18 y 66 años, con una media de edad de 31.90 años ( $DT = 10.68$ ). La gran mayoría refieren tener una relación de pareja monógama (49.1%), ser ateas o agnósticas (77.5%), de izquierdas (78.2%), con estudios universitarios (65.4%) y habían vivido su niñez y adolescencia en una localidad urbana de interior (47.1%). Actualmente, la mayoría residían en la zona del levante (24.2%) y del noreste-Baleares (22.5%).

*Hombres plurisexuales (HP)*. Este grupo está compuesto por 458 personas, con una media de edad de 35.33 ( $DT = 14.30$ ) y que oscilan entre los 18 y los 72 años. La gran mayoría informan de no tener pareja (49.6%), ser ateos o agnósticos (64.6%), de izquierdas (78.2%), con estudios universitarios (52.8%) y pertenecientes a una localidad de urbana de interior (43.9%). Las zonas geográficas que mayor representación tuvieron en este sector de población fueron la zona del noreste-Baleares (27.7%) y la del centro (19.4%) del país.

*Mujeres plurisexuales (MP)*. Un total de 989 mujeres plurisexuales componen este grupo. En este caso la media de edad es de 27.93 años ( $DT = 9.75$ ) y las edades de la muestra oscilan entre los 18 y los 66 años. En cuanto a los datos sociodemográficos, una gran parte de las mujeres plurisexuales refieren tener una relación de pareja monógama (46.9%), ser ateas o agnósticas (83%), de izquierdas (77.9%), con estudios universitarios (57%) y haber crecido en una localidad urbana de interior (46.9%). Actualmente residían, sobre todo, en la zona del noreste-Baleares (23%) y del centro del país (19.9%).

Si se realiza una comparación de las variables sociodemográficas en función de la categoría de orientación sexual, se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad ( $H = 345.17$ ;  $gl = 5$ ;  $p < .001$ ), situación de pareja ( $\chi^2 = 92.79$ ;  $gl = 15$ ;  $p < .001$ ), las creencias religiosas ( $\chi^2 = 101.33$ ;  $gl = 10$ ;  $p < .001$ ), la ideología política ( $\chi^2 = 212.33$ ;  $gl = 15$ ;  $p < .001$ ), el nivel de estudios alcanzados ( $\chi^2 = 132.40$ ;  $gl = 25$ ;  $p < .001$ ) y la zona geográfica de residencia

( $\chi^2 = 74.38$ ;  $gl = 35$ ;  $p < .001$ ), pero no en el tipo de localidad de crianza ( $\chi^2 = 20.48$ ;  $gl = 15$ ;  $p = .154$ ). No obstante, estas diferencias mostraron un tamaño del efecto muy débil en el nivel de estudios alcanzados ( $V = .075$ ) y la zona geográfica de residencia ( $V = .057$ ), pequeño en la situación de pareja ( $V = .144$ ), las creencias religiosas ( $V = .104$ ) y la ideología política ( $V = .123$ ), y un tamaño del efecto moderado en la edad ( $f = .304$ ).

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos en función de la categoría de orientación sexual*

	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES	
	HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>M</i> ( <i>DT</i> )
<b>Edad</b>						
Edad media	35.32 (11.47)	32.90 (11.42)	35.86 (11.29)	31.90 (10.68)	35.33 (14.30)	27.93 (9.75)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Situación de pareja</b>						
Sin pareja	358 (35.8)	273 (27.3)	459 (48.8)	112 (38.8)	227 (49.6)	322 (32.6)
Pareja monógama	550 (55)	612 (61.2)	353 (37.6)	142 (49.1)	170 (37.1)	464 (46.9)
Pareja abierta/poliamor	43 (4.3)	34 (3.4)	99 (10.5)	26 (9)	46 (10)	142 (14.4)
Pareja esporádica	49 (4.9)	81 (8.1)	29 (3.1)	9 (3.1)	15 (3.3)	61 (6.2)
<b>Creencias religiosas</b>						
Creyente practicante	63 (6.3)	67 (6.7)	59 (6.3)	12 (4.2)	37 (8.1)	23 (2.3)
Creyente no practicante	227 (22.7)	260 (26)	247 (26.3)	53 (18.3)	125 (27.3)	145 (14.7)
Ateo o agnóstico	710 (71)	673 (67.3)	634 (67.4)	224 (77.5)	296 (64.6)	821 (83)
<b>Ideología política</b>						
Derecha	114 (11.4)	73 (7.3)	36 (3.8)	5 (1.7)	32 (7)	23 (2.3)
Centro	160 (16)	145 (14.5)	142 (15.1)	29 (10)	71 (15.5)	95 (9.6)
Izquierda	539 (53.9)	628 (62.8)	674 (71.7)	226 (78.2)	290 (63.3)	770 (77.9)
Indiferente	187 (18.7)	154 (15.4)	88 (9.4)	29 (10.1)	65 (14.2)	101 (10.2)

	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES	
	HOMBRES (n = 1000) n (%)	MUJERES (n = 1000) n (%)	HOMBRES (n = 940) n (%)	MUJERES (n = 289) n (%)	HOMBRES (n = 458) n (%)	MUJERES (n = 989) n (%)
<b>Estudios alcanzados</b>						
Sin estudios	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.2)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)
Estudios primarios	39 (3.9)	17 (1.7)	10 (1.1)	1 (0.3)	20 (4.4)	11 (1.1)
Estudios secundarios	162 (16.2)	173 (17.3)	108 (11.5)	47 (16.3)	82 (17.9)	204 (20.6)
Formación profesional	248 (24.8)	235 (23.5)	182 (19.4)	52 (18)	113 (24.7)	211 (21.3)
Carrera universitaria	370 (37)	396 (39.6)	369 (39.2)	120 (41.5)	147 (32.1)	396 (40.1)
Máster o doctorado	180 (18)	178 (17.8)	269 (28.6)	69 (23.9)	95 (20.7)	167 (16.9)
<b>Tipo localidad de crianza</b>						
Urbana de costa	336 (33.6)	306 (30.6)	285 (30.3)	92 (31.8)	146 (31.9)	293 (29.6)
Urbana de interior	452 (45.2)	456 (45.6)	419 (44.6)	136 (47.1)	201 (43.9)	464 (46.9)
Rural de costa	39 (3.9)	62 (6.2)	56 (6)	16 (5.5)	13 (2.8)	55 (5.6)
Rural de interior	173 (17.3)	176 (17.6)	180 (19.1)	45 (15.6)	98 (21.4)	177 (17.9)
<b>Zona de residencia</b>						
Noroeste	82 (8.2)	96 (9.6)	55 (5.9)	27 (9.3)	44 (9.6)	78 (7.9)
Norte-Centro	76 (7.6)	101 (10.1)	82 (8.7)	20 (6.9)	34 (7.4)	79 (8)
Noreste-Baleares	261 (26.1)	220 (22)	227 (24.1)	65 (22.5)	127 (27.7)	227 (23)
Centro	198 (19.8)	188 (18.8)	219 (23.3)	50 (17.3)	89 (19.4)	197 (19.9)
Oeste	26 (2.6)	42 (4.2)	36 (3.8)	14 (4.8)	16 (3.5)	50 (5.1)
Levante	156 (15.6)	153 (15.3)	151 (16.1)	70 (24.2)	65 (14.2)	185 (18.7)
Sur	168 (16.8)	158 (15.8)	119 (12.7)	31 (10.7)	70 (15.3)	125 (12.6)
Islas Canarias	33 (3.3)	42 (4.2)	51 (5.4)	12 (4.2)	13 (2.8)	48 (4.9)

## 2. Instrumentos

Esta tesis doctoral forma parte de un estudio más amplio, el Proyecto SAFO, financiado por la Universitat Jaume I de Castellón. Este proyecto consta de dos partes: en la primera se evalúa de forma amplia y comprehensiva diferentes experiencias sexuales y/o románticas para determinar cómo de diversa es la sociedad; en la segunda parte, en la que se basa esta tesis, se analizan algunas vivencias de la población con una orientación sexual minoritaria, así como algunos problemas de salud mental.

La selección de los distintos cuestionarios se realizó con el objetivo de evaluar rigurosamente y de la forma más breve posible, por una parte, variables de salud mental y calidad de vida; y, por otra parte, aquellos factores del estrés de las minorías sexuales y la formación de la identidad LGTBI+ que habían mostrado relación con la salud mental y la calidad de vida en la literatura al respecto. Dado que algunos cuestionarios eran específicos para población LGTBI+, no todas las personas respondieron a los mismos instrumentos. En la Tabla 2 se puede observar la distribución de variables evaluadas en función de la orientación sexual. En esta tabla, la información aparece detallada siguiendo el orden por el que aparecerán en los resultados y en la discusión.

**Tabla 2**

*Variables evaluadas en cada grupo de participantes*

VARIABLES	PERSONAS HETERO.	PERSONAS HOMO.	PERSONAS PLURI.
<b>Problemas de salud mental</b>			
Síntomas psicopatológicos	X	X	X
Ideación y otras conductas suicidas	X	X	X
<b>Bienestar y calidad de vida</b>			
Bienestar psicológico	X	X	X
Satisfacción sexual	X	X	X
Satisfacción corporal	X	X	X

VARIABLES	PERSONAS HETERO.	PERSONAS HOMO.	PERSONAS PLURI.
<b>Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual</b>			
Dudas orientación sexual	X	X	X
Cambios orientación sexual	X	X	X
Edad toma de conciencia	X	X	X
Referentes LGTBI+ durante toma de conciencia		X	X
Reacción familiar «salida del armario»		X	X
<b>Experiencias vitales con alto impacto emocional</b>			
Acoso general	X	X	X
Abuso sexual	X	X	X
<b>Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales</b>			
Discriminación y victimización		X	X
Estigma internalizado y aceptación orientación sexual		X	X
Rechazo anticipatorio		X	X
Ocultación orientación sexual		X	X
Conexión comunitaria		X	X

A continuación, se describen de forma detallada los cuestionarios y escalas utilizadas durante el presente estudio (véase el Anexo 1). En este caso, la información se expone en base al orden y a la organización que se utilizó en el momento de la recogida de la muestra:

### 2.1. Datos sociodemográficos

*Cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos.* Este cuestionario recogía preguntas para evaluar la edad, lugar de residencia, la nacionalidad, las creencias religiosas («Creyente practicante», «Creyente no practicante» o «Ateo o agnóstico»), la ideología política («Derecha», «Centro», «Izquierda» o «Indiferente»), el máximo nivel de estudios alcanzado («Sin estudios», «Estudios primarios», «Estudios secundarios», «Formación profesional», «Diplomatura, licenciatura o grado» o «Máster o doctorado») y el tipo de localidad de crianza («Urbana de costa», «Urbana de interior», «Rural de costa» o «Rural de interior»).

## 2.2. Historia sexual

**Pregunta ad-hoc sobre la situación actual de pareja.** Con una pregunta de elección única, se registraba la situación de pareja actual. Las personas evaluadas debían elegir entre «No tengo pareja», «Pareja monógama», «Pareja monógama, pero con infidelidades», «Pareja abierta», «Poliamor» o «Pareja esporádica».

**Pregunta ad-hoc sobre satisfacción sexual.** A través de una escala Likert de 4 puntos que oscilaba de «1 – Nada» a «4 – Mucho», se les preguntaba en un único ítem cuál era la satisfacción con su vida sexual.

**Pregunta ad-hoc sobre abuso sexual.** Mediante una pregunta de respuesta dicotómica de «Sí» o «No», se evaluó si alguna vez habían sufrido abuso sexual o si les habían obligado a mantener una relación sexual en contra de su voluntad.

## 2.3. Diversidad sexual y de género

**Pregunta ad-hoc sobre el sexo asignado al nacer.** A través de una pregunta de elección única, la persona evaluada debía responder cuál fue el sexo que le asignaron al nacer, pudiendo elegir entre «Hombre», «Mujer» o «Persona intersexual o con genitales intersexuales».

**Pregunta ad-hoc sobre la identidad de género.** Mediante una pregunta de elección única se les preguntaba cómo se identificaban en la actualidad, teniendo que elegir entre una de estas opciones: «Hombre cis», «Mujer cis», «Hombre trans», «Mujer trans» o «Persona transgénero o no binaria».

**Pregunta ad-hoc sobre la orientación sexual.** Los participantes debían responder cuál era su orientación sexual, a través de una pregunta de elección única. Podían elegir entre «Heterosexual», «Homosexual», «Bisexual», «Pansexual», «Asexual» o «Ninguna de estas, me identifico mejor como:». En el caso de indicar la última opción, se les pedía que especificaran cuál.

***Pregunta ad-hoc sobre la edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual.*** Esta pregunta abierta evaluaba la edad en la que tomaron conciencia y definieron su actual orientación sexual.

***Preguntas ad-hoc sobre dudas con la propia orientación sexual.*** A través de una pregunta con un formato de respuesta tipo Likert que iba de «1 – Nada» a «4 – Mucho», se evaluó si a lo largo de los años habían tenido dudas sobre su orientación sexual. Además, a aquellas personas que habían indicado algún grado de duda («Algo», «Bastante» y «Mucho»), también se les preguntaba si existían dudas en la actualidad, debiendo contestar con una respuesta dicotómica de «Sí» o «No».

***Pregunta ad-hoc sobre cambios en la propia orientación sexual.*** Con esta pregunta se pretendía conocer si, en algún momento de sus vidas, habían experimentado cambios en su orientación sexual. A esta pregunta debían contestar a través de un formato de respuesta dicotómico de «Sí» o «No».

#### **2.4. Satisfacción corporal**

***Pregunta ad-hoc sobre satisfacción corporal.*** En esta dimensión se preguntaba a través de un único ítem cuál era la satisfacción con el propio cuerpo, teniendo que contestar a través de una escala Likert de 4 puntos que oscilaba de «1 – Nada» a «4 – Mucho».

#### **2.5. Vivencias de la orientación sexual y la identidad de género**

***Escala de Reacciones Familiares ante la «Salida del Armario».*** En un primer momento, a todas aquellas personas que habían indicado que tenían una orientación sexual minoritaria, se les pedía que eligieran la figura familiar más relevante, entre todas aquellas que supieran que la persona evaluada era LGTBI+, pudiendo responder: «Nadie de mi familia cercana sabe que soy LGTBI+», «Nadie de mi familia es importante o significativo para mí», «Mi pareja», «Mi madre», «Mi padre», «Mi hermano», «Mi hermana», «Mi tío», «Mi tía», «Mi abuelo», «Mi

abuela», «Un primo», «Una prima» u «Otro familiar». Si elegían la opción de «Otro familiar», debían especificar cuál.

En segundo lugar, a aquellas personas que habían seleccionado a alguna figura familiar, se les administraba una escala para evaluar la reacción que había tenido ese familiar cuando se enteró de que la persona evaluada era LGTBI+. Para ello, en este estudio se utilizó la adaptación española realizada por Nebot-Garcia, Elipe-Miravet, García-Barba et al. (2021), de la Perceived Parental Reactions Scale (Willoughby et al., 2006). Esta adaptación constaba de 30 ítems que evaluaban la reacción que había tenido el familiar más relevante para la persona ante su «salida del armario». Las posibles respuestas del familiar se agrupaban en diferentes dominios teóricos: reacción negativa, negación, ira, negociación, depresión, aceptación, homofobia general y preocupaciones familiares. Para cada ítem debía contestarse con una escala tipo Likert de cinco puntos que oscilaba entre «1 – Muy en desacuerdo» y «5 – Muy de acuerdo». Pese a la existencia de los ocho dominios teóricos, Willoughby et al. (2010) afirman que la escala debe usarse como un todo porque, por el momento, los análisis factoriales no han respaldado el uso separado de las subescalas. La puntuación total de la escala se obtiene sumando todos los elementos, pero antes de realizar el cálculo, deben revertirse los valores de los ítems inversos. La puntuación total puede oscilar entre 30 y 150, siendo los valores más altos los que representan una peor reacción del familiar.

En el cuestionario original (Willoughby et al., 2006), donde se evaluaban por separado la reacción de la madre y la del padre, se observó una alta consistencia interna en ambas versiones ( $\alpha = .97$ ). Además, los análisis test-retest mostraron muy buena fiabilidad, tanto en la versión materna ( $r = .97$ ) como en la paterna ( $r = .95$ ). En cuanto a la adaptación española de Nebot-Garcia, Elipe-Miravet, García-Barba et al. (2021), esta mostró una consistencia interna excelente ( $\alpha = .96$ ). Además, la fiabilidad siguió siendo excelente en personas de diferente orientación sexual e identidad de género (Homosexuales,  $\alpha = .96$ ; Bisexuales,  $\alpha = .96$ ; Pansexuales,  $\alpha = .96$ ; Asexuales,  $\alpha = .94$ ; Trans,  $\alpha = .97$ ). En el presente

estudio, el coeficiente de alfa de Cronbach también mostró resultados psicométricos excelentes ( $\alpha = .97$ ).

**Escala ad-hoc sobre referentes LGTBI+.** En este apartado, a las personas LGTBI+, se les preguntaba si, en el momento en el que tomaron conciencia de que eran LGTBI+, conocían a alguna persona del colectivo en su ámbito familiar (ítem 1), entre sus amistades (ítem 2), entre las personas cercanas (ítem 3) o que fueran personajes famosos (ítem 4). A través de una respuesta de elección múltiple podían señalar la orientación o identidad de las personas LGTBI+ que conocían en cada ámbito, pudiendo elegir entre las opciones de «Lesbianas», «Gais», «Bisexuales», «Transexuales» o «Intersexuales». Este cuestionario mostró una consistencia interna de .83.

**Pregunta ad-hoc sobre aceptación de la propia orientación sexual.** Esta pregunta evaluaba en qué medida existía una buena aceptación de la propia orientación sexual entre las personas LGTBI+, teniendo que contestar a través de una escala Likert de 4 puntos que oscilaba entre «1 – Nada» y «4 – Mucho».

## 2.6. Acoso

**Pregunta ad-hoc sobre acoso general.** Este ítem evaluaba si habían sufrido acoso en algún momento de sus vidas, teniendo que contestar mediante un formato de respuesta dicotómico de «Sí» o «No». Si contestaban que sí, debían responder a qué motivo creían que se debía ese acoso, pudiendo elegir varias opciones de las siguientes: «Ser (o parecer) LGTBI+», «Mi físico», «Mi país de procedencia», «Por ser una persona con discapacidad», «Mis creencias religiosas», «Mis creencias culturales o etnia» u «Otra». Si elegían de opción de «Otra», debían indicar cuál era.

## 2.7. Estrés de las minorías LGTBI+

**Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+.** Esta escala solo fue contestada por aquellas personas que habían indicado que eran LGTBI+. Para este estudio se

utilizó la adaptación española realizada por Nebot-García, Elipe-Miravet, Martínez-Gómez y Ballester-Arnal (2021) de la LGBT Minority Stress Measure (Outland, 2016). A través de 50 ítems, este cuestionario evaluaba siete dimensiones que se desarrollaron en base a la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003):

*Ocultación de la identidad* (6 ítems). Esta subescala engloba diferentes comportamientos que realizan las personas para evitar que los demás descubran su identidad LGTBI+ (por ejemplo, «evito contar a la gente ciertos aspectos de mi vida que podrían significar que soy LGTBI+» o «cambio mis gestos o forma de hablar porque no quiero que otras personas piensen que soy LGTBI+»).

*Microagresiones* (13 ítems). En esta dimensión se examinan los problemas cotidianos menores a los que se enfrentan las personas LGTBI+, así como situaciones que pueden ser percibidas como discriminatorias o hirientes, aunque esa no fuera la intención de la persona (por ejemplo, «tengo dificultades para encontrar gente con la que identificarme en TV, películas, libros, música, etc.» o «me han presentado a una potencial cita/amistad esperando que nos gustásemos solo porque la otra persona también era LGTBI+»).

*Rechazo anticipatorio* (6 ítems). En este apartado se pregunta hasta qué punto las personas sienten una sensación de hipervigilancia y una preocupación persistente de ser estigmatizadas por ser LGTBI+ (por ejemplo, «cuando conozco a alguien nuevo, me preocupa que en el fondo no le guste por ser LGTBI+» o «cuando salgo en público con mi pareja, tengo miedo de que la gente nos trate mal por ser LGTBI+»).

*Eventos discriminatorios* (6 ítems). Esta subescala evalúa la discriminación y el trato injusto en diferentes entornos, como en el trabajo o en lo que respecta a la vivienda (por ejemplo, «he recibido una mala atención en un establecimiento por ser LGTBI+» o «personal sanitario me ha presionado para recibir servicios innecesarios o me ha denegado servicios por ser LGTBI+»).

*Estigma internalizado* (7 ítems). Esta dimensión examina las actitudes negativas que las personas tienen hacia sí mismas por ser LGTBI+ (por ejemplo, «*desearía no ser LGTBI+*» o «*siento que ser LGTBI+ es un defecto personal mío*»).

*Eventos de victimización* (7 ítems). En esta subescala se estudian las situaciones de abuso y violencia verbal, física, sexual y emocional por el hecho de ser LGTBI+ (por ejemplo, «*me han acosado verbalmente o me han puesto mote por ser LGTBI+*» o «*me han agredido físicamente por ser LGTBI+*»).

*Conexión comunitaria* (5 ítems). En esta sección se evalúa el sentimiento de pertenencia de la comunidad LGTBI+ y la conexión que sienten con otras personas del colectivo y sus recursos, como espacios de apoyo, organizaciones o materiales informativos (por ejemplo, «*siento que soy parte de la comunidad LGTBI+*» o «*siento que podría encontrar servicios para temas LGTBI+ si lo necesitara*»).

Este cuestionario se contestaba a través de una escala Likert de 6 puntos. En función de la dimensión evaluada, las opciones de respuesta oscilaban de «1 – Nunca me ocurre» a «6 – Me ocurre siempre», o de «1 – Muy en desacuerdo» a «6 – Muy de acuerdo». Para conocer la puntuación obtenida en cada dimensión, deben sumarse las puntuaciones de cada subescala. Como cada dimensión consta de un número diferente de ítems, los valores de cada dimensión varían de forma diferente. En cuanto a la puntuación total del cuestionario, primero deben invertirse las puntuaciones de la dimensión de conexión comunitaria y, a continuación, realizar el sumatorio de todos los ítems. Las puntuaciones totales pueden oscilar de 50 a 250, siendo los valores más altos los que indican un mayor estrés de las minorías LGTBI+.

En cuanto a la fiabilidad del cuestionario original, las subescalas mostraron una buena consistencia interna, con valores que iban de .73 a .88. El alfa de Cronbach de la escala total resultó ser aún más elevada ( $\alpha = .91$ ), mostrando una excelente fiabilidad. Por su parte, en el presente estudio se observó una consistencia interna mayor de .80 en la mayoría de las subescalas (Ocultación

identidad,  $\alpha = .84$ ; Rechazo anticipatorio,  $\alpha = .86$ ; Estigma internalizado,  $\alpha = .87$ ; Eventos de victimización,  $\alpha = .84$ ; Conexión comunitaria,  $\alpha = .83$ ). En las otras dos dimensiones, la de microagresiones obtiene una fiabilidad aceptable ( $\alpha = .74$ ), pero la de eventos de victimización es ligeramente baja ( $\alpha = .51$ ). No obstante, la consistencia interna de la escala general es también buena ( $\alpha = .88$ ).

## 2.8. Síntomas psicopatológicos

**SA-45. Symptom Assessment-45 Questionnaire** (Davison et al., 1997). La versión utilizada para este estudio es la validación española realizada por Sandín et al. (2008), aunque se realizaron ligeras adaptaciones de redacción para que los ítems resultaran más inclusivos en cuanto al género. Este cuestionario consta de 45 ítems que evalúan diferentes síntomas psicopatológicos. Según Maruish (2004), estos síntomas se engloban en 9 dimensiones clínicas, con cinco ítems cada una:

*Hostilidad.* En esta escala se engloban varios síntomas relacionados con la ira y la agresividad (por ejemplo, «arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar» o «tener ganas de romper algo»).

*Somatización.* Aquí se evalúa la presencia de síntomas físicos o de sensaciones corporales desagradables (por ejemplo, «sentir calor o frío de repente» o «pesadez en los brazos o en las piernas»).

*Depresión.* Esta escala aborda experiencias recientes de anhedonia, tristeza, sentimientos de soledad, desesperanza e inutilidad (por ejemplo, «no sentir interés por las cosas» o «la sensación de ser inútil o no valer nada»).

*Obsesivo-compulsivo.* En esta escala se presentan síntomas obsesivo-compulsivos como la dificultad para concentrarse o tomar decisiones, la comprobación repetitiva o el perfeccionismo (por ejemplo, «tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace» o «tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien»).

*Ansiedad.* Los ítems de esta escala indagan sobre los síntomas relacionados con el miedo, el pánico, la tensión y la inquietud (por ejemplo, «ataques de terror o pánico» o «tener miedo de repente y sin razón»).

*Sensibilidad interpersonal.* Aquí se evalúan los sentimientos de insuficiencia e inferioridad personal, especialmente en comparación con otros individuos, y los sentimientos de inquietud e incomodidad durante las interacciones interpersonales (por ejemplo, «sentirse inferior a los demás» o «la impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta»).

*Ansiedad fóbica.* En esta escala se evalúan las experiencias recientes de miedo o angustia al enfrentarse a situaciones específicas como multitudes, espacios abiertos o medios de transporte, y las conductas realizadas para evitar dichas situaciones (por ejemplo, «tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo» o «sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren»).

*Ideación paranoide.* En esta dimensión se engloban algunas formas sutiles de pensamiento paranoide como la desconfianza o la suspicacia hacia los demás (por ejemplo, «la impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara» o «sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted»).

*Psicoticismo.* Aquí se examinan varios síntomas del pensamiento patológico, como las alucinaciones auditivas o la sensación de que alguien te controla el pensamiento (por ejemplo, «tener pensamientos que no son suyos» o «oír voces que otras personas no oyen»).

Los 45 ítems evalúan la frecuencia en la que han estado presentes, durante la última semana, estos síntomas psicopatológicos. Debe responderse con una escala Likert que oscila entre «0 – Nada en absoluto» a «4 – Mucho o extremadamente». En este cuestionario no hay ítems inversos, por lo que la puntuación total y de cada dimensión se calcula sumando los puntos asignados a cada ítem, obteniendo un valor entre 0 y 20 en las dimensiones, y entre 0 y 180 en

la total. Las puntuaciones más altas en el cuestionario indicaban mayor presencia de síntomas psicopatológicos.

En la escala original, Davison et al. (1997) aportaron evidencia de su fiabilidad y validez en diferentes contextos (participantes clínicos y no clínicos) y con muestras de diferentes edades (adultos y adolescentes). Por su parte, la adaptación de Sandín et al. (2008) mostró una buena fiabilidad, siendo los coeficientes alfa de Cronbach superiores a .80 en gran parte de las subescalas. Solo la dimensión de psicoticismo mostró una puntuación de .63, lo que indica una consistencia interna ligeramente baja. Sin embargo, el coeficiente alfa para el SA-45 total fue de .95. En el estudio que presentamos, la consistencia interna de las subescalas es ligeramente mayor, obteniendo la gran mayoría un alfa de Cronbach superior a .80 (Hostilidad,  $\alpha = .83$ ; Somatización,  $\alpha = .84$ ; Depresión,  $\alpha = .89$ ; Obsesión-compulsión,  $\alpha = .82$ ; Ansiedad,  $\alpha = .86$ ; Sensibilidad interpersonal,  $\alpha = .86$ ; Ansiedad fóbica,  $\alpha = .82$ ), a excepción de la ideación paranoide ( $\alpha = .77$ ) y del psicoticismo ( $\alpha = .63$ ). Por tanto, al igual que con el estudio de Sandín et al. (2008), la única subescala que muestra una consistencia interna más débil es la del psicoticismo. Por último, en cuanto a la fiabilidad de la escala total, el alfa de Cronbach fue de .96.

### 2.9. Ideación y otros comportamientos suicidas

***Cuestionario ad-hoc sobre ideación y otras conductas relacionadas con el suicidio.*** Este cuestionario consta de 4 ítems que evaluaban si alguna vez habían pensado en la muerte como una liberación, si habían pensado en quitarse la vida, si habían planificado cómo hacerlo y si habían intentado suicidarse. Todas estas preguntas debían responderse a través de una escala Likert de 3 puntos, donde las opciones eran «1 – Nada», «2 – Alguna vez» y «3 – Muchas veces». Esta escala muestra una buena consistencia interna ( $\alpha = .83$ ).

## 2.10. Bienestar psicológico

**Escala de Bienestar Psicológico** (Ryff, 1989a). En este estudio se utiliza la adaptación española de 29 ítems realizada por Díaz et al. (2006), en la que también se realizaron ligeros cambios de redacción para que los ítems tuvieran un género neutro o impersonal siempre que se pudiera. Este cuestionario consta de 6 subescalas que abordan diferentes dimensiones del bienestar psicológico:

**Autoaceptación** (4 ítems). En esta dimensión se evalúa la valoración que tiene la persona de sí misma, así como de sus vivencias pasadas, sus logros y su personalidad (por ejemplo, «*me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad*» o «*en su mayor parte, siento orgullo de quien soy y la vida que llevo*»).

**Relaciones positivas** (5 ítems). Estos ítems abordan las redes de apoyo de la persona, y evalúan si existen relaciones personales íntimas, de confianza y de calidad (por ejemplo, «*no he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*» o «*siento que mis amistades me aportan muchas cosas*»).

**Autonomía** (6 ítems). Esta escala examina si la persona es autónoma, independiente, autodeterminada o si busca la aprobación de las demás personas (por ejemplo, «*no tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente*» o «*tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*»).

**Dominio del entorno** (5 ítems). En estos ítems se evalúa la capacidad de la persona para gestionar y controlar diferentes ámbitos de su entorno en búsqueda de su bienestar (por ejemplo, «*si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla*» o «*he sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto*»).

**Crecimiento personal** (4 ítems). En esta escala se indaga sobre experiencias de crecimiento personal y de autorrealización, así como sobre la sensación de

aprendizaje y evolución constante (por ejemplo, «*cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*» o «*para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento*»).

*Propósito en la vida* (5 ítems). Estos ítems evalúan la existencia de metas y objetivos vitales, si la persona tiene propósitos en la vida, una dirección clara e intencionalidad (por ejemplo, «*disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad*» o «*tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida*»).

Para responder a esta escala debe mostrarse el grado de acuerdo a las 29 afirmaciones relacionadas con el bienestar psicológico. Para ello, se utiliza una escala Likert de 6 puntos que oscila de «1 – Totalmente en desacuerdo» a «6 – Totalmente de acuerdo». Antes de proceder a calcular la puntuación total y la de cada subescala, deben revertirse los valores de los ítems inversos (2, 4, 5, 8, 9, 13, 19, 22, 23 y 26). Como el número de ítems es diferente para cada subescala, las puntuaciones mínimas y máximas también varían. Por su parte, la puntuación total del cuestionario oscila entre 29 y 174. Las puntuaciones más altas en el cuestionario y las diferentes subescalas indicaban mayor bienestar psicológico.

La adaptación española de Díaz et al. (2006), con 29 ítems, mostró una fiabilidad aceptable, estando los coeficientes alfa de Cronbach de las seis subescalas entre .70 y .84. Para el presente estudio los datos psicométricos son bastante similares, estando la consistencia interna de las subescalas entre .72 y .87 (Autoaceptación,  $\alpha = .85$ ; Relaciones positivas,  $\alpha = .80$ ; Autonomía,  $\alpha = .75$ ; Dominio del entorno,  $\alpha = .72$ ; Crecimiento personal,  $\alpha = .72$ ; Propósito de vida,  $\alpha = .87$ ). Por su parte, el coeficiente alfa de toda la Escala de Bienestar Psicológico fue de .93.

### 3. Procedimiento

En un primer estadio de la investigación, se realizó una revisión exhaustiva de los principales modelos y variables implicadas en la salud mental y el bienestar psicológico de las minorías sexuales. Esta búsqueda permitió identificar una serie de variables que se podrían englobar en situaciones de discriminación, estigma, y vivencias propias de las personas LGTBI+ durante el desarrollo y toma de conciencia de su orientación sexual. Con las variables de estudio más o menos identificadas, se consultó la literatura científica para tratar de determinar los instrumentos de evaluación más adecuados para estas variables. De todos los cuestionarios identificados, se seleccionaron aquellos que más se ajustaban a nuestros objetivos y que cumplían con unos requisitos psicométricos básicos.

Algunos de estos instrumentos ya contaban con una adaptación o validación española, como la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a; adaptado por Díaz et al., 2006) y el Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos (Davison et al., 1997; adaptado por Sandín et al., 2008). No obstante, en ambos casos se hizo una pequeña adaptación de la redacción para tratar de incluir tanto a hombres como a mujeres y, siempre que se pudiera hacer sin modificar el sentido de la frase, se utilizó el género neutro o impersonal para que el cuestionario fuera totalmente inclusivo.

Por otra parte, otros cuestionarios solo se encontraban en inglés, como la LGBT Minority Stress Measure (Outland, 2016), que examinaba diferentes dimensiones sobre el estrés de las minorías sexuales; o la Perceived Parental Reactions Scale (Willoughby et al., 2006), que evaluaba la reacción parental ante la «salida del armario» de personas homosexuales o bisexuales. En estos casos, se realizó la traducción al español siguiendo las directrices establecidas para la adaptación de instrumentos psicométricos (Harkness et al., 2004). Específicamente, en la LGBT Minority Stress Measure, tres psicólogos del grupo de investigación Salusex (Universitat Jaume I de Castellón), con alta competencia en

inglés, realizaron traducciones independientes que posteriormente se pusieron en común (Nebot-García, Elipe-Miravet, Martínez-Gómez, & Ballester-Arnal, 2021). Con la Perceived Parental Reactions Scale, además de la traducción a través de un juicio de expertos, se eliminaron dos ítems que abordaban cuestiones sobre parejas del mismo sexo y sobre matrimonio igualitario, y se realizaron cambios en la redacción del resto de ítems para que quedaran incluidas personas de todas las orientaciones sexuales e identidades de género. Además, se focalizaron en las reacciones de la figura familiar más relevante para la persona, en vez de centrarse solo en las reacciones parentales (Nebot-García, Elipe-Miravet, García-Barba, et al., 2021).

Para algunas variables no existían instrumentos que cumplieran con los objetivos del estudio o eran demasiado largos, por lo que también se elaboraron algunas preguntas exploratorias para evaluar áreas como la ideación y otras conductas relacionadas con el suicidio, la satisfacción corporal o sexual, el acoso general, el abuso sexual, la aceptación de la propia orientación sexual, las dudas y los cambios en la orientación sexual, y la edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual. Para ello, un grupo de expertos en diversidad sexual y de género, pertenecientes al equipo de investigación Salusex (Universitat Jaume I de Castellón), generaron una serie de ítems a partir de diversos estudios e instrumentos atingentes. Todas las preguntas fueron revisadas por dos expertos del ámbito de la psicología clínica de la salud ajenos al estudio.

Una vez realizadas las revisiones y las modificaciones propuestas por los expertos, se administraron estas preguntas, y las versiones adaptadas de los cuestionarios anteriores, a un pequeño grupo piloto de diferentes orientaciones sexuales, identidades de género, edades y nivel de estudios. Se les pidió que indicaran si entendían todas las cuestiones y si sentían que su orientación o identidad estaba incluida en la forma de redacción. Tras considerar las sugerencias del grupo piloto, se consolidó la versión final de la batería de evaluación.

Con los instrumentos ya seleccionados, se procedió a calcular el tamaño muestral necesario para poder realizar análisis estadísticos con 14 grupos diferentes: 1) hombres cis heterosexuales, 2) mujeres cis heterosexuales, 3) hombres cis gays, 4) mujeres cis lesbianas, 5) hombres cis bisexuales, 6) mujeres cis bisexuales, 7) hombres cis pansexuales, 8) mujeres cis pansexuales, 9) hombres cis asexuales, 10) mujeres cis asexuales, 11) hombres trans, 12) mujeres trans, 13) personas trans no binarias, y 14) personas intersexuales. A través del programa G\*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007), se determinó que el tamaño mínimo necesario para cada grupo tenía que ser de 191 personas ( $f = .10$ ;  $\alpha = .05$ ; potencia = .95).

Para conseguir tal muestra, se utilizaron dos estrategias. En un primer momento, entre los meses de noviembre de 2019 y noviembre de 2020, se difundieron varios anuncios a través de Facebook e Instagram en los que se solicitaba la participación en un estudio sobre sexualidad (véase el Anexo 2). Una vez clicaban en uno de los anuncios, accedían a una pantalla inicial en la que se les informaba del carácter anónimo, voluntario y confidencial de la investigación y se les pedía el consentimiento informado. A continuación, podían empezar a responder al cuestionario on-line desde sus dispositivos. Pese a que responder a todos los cuestionarios del Proyecto SAFO podía llevar unos 50 –60 minutos, hay que tener en cuenta que, dependiendo de las vivencias de cada persona, aparecían más o menos cuestionarios. Por otro lado, en el caso concreto de los instrumentos utilizados para esta tesis, podían ser contestados en 20 – 30 minutos. A través de este método se lograron recopilar un total de 8948 respuestas.

Por otra parte, también se realizó un video publicitario del estudio en el que se mostraban a personas de diferentes edades y orientaciones sexuales y se difundió en las redes sociales de nuestro equipo de investigación Salusex (Anexo 3). Además, para intentar conseguir mayor muestra de personas con una orientación sexual o una identidad de género minoritaria, durante los meses de diciembre de 2019 a abril de 2020, se contactó con asociaciones, organizaciones

y grupos LGTBI+ de todo el estado español para que difundieran la investigación en sus redes sociales y entre sus contactos (por ejemplo, FELGTB – Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales; ACEs – Asexual Community España; CHRYSALLIS – Asociación de familias de menores Trans). Así pues, a través de varios correos electrónicos o mensajes en sus redes sociales (Anexo 4), se mandó información sobre la investigación, así como un cartel publicitario (Anexo 5), a un total de 357 grupos LGTBI+, más otros 34 que eran específicamente de personas asexuales, 5 de personas bisexuales, 8 de personas del espectro demisexual, 25 de hombres gais, 33 de mujeres LTB (lesbianas, trans y bisexuales), 14 de personas intersexuales, 39 de personas trans, 32 de familiares de personas LGTBI+, 15 de familias LGTBI+, 1 de dragkings y 10 grupos de deporte LGTBI+. Además, también se contactó con 16 revistas o webs de temática LGTBI+ y 122 personajes famosos activistas LGTBI+. A raíz de todo este llamamiento, un 13.6% decidieron colaborar y difundir la investigación (Anexo 6). Por último, también se mandó la información sobre la investigación a grupos de Whatsapp y Telegram sobre temática LGTBI+. Para tener la máxima representatividad, se intentó llegar a grupos y asociaciones de diferentes orientaciones e identidades, y pertenecientes a todas las provincias españolas. Con todas estas estrategias se consiguió sumar 3552 respuestas.

Así pues, a través de un muestreo de conveniencia, se logró recopilar un total de 12 500 respuestas. Sin embargo, tal y como se puede observar en la Figura 5, para el presente estudio contamos con una muestra más reducida. Así pues, después de eliminar aquellas respuestas incompletas y de seleccionar a las personas que cumplían con los criterios de inclusión (ser mayor de edad y residir en España), quedaron un total de 7860. De todas ellas, se tuvo que prescindir de 382 personas diversas por no tener suficiente representatividad. Así pues, se eliminaron las respuestas de 47 hombres trans, 31 mujeres trans, 154 personas trans no binarias, 5 intersexuales, 103 asexuales y 42 personas con dudas o de otras orientaciones minoritarias. Una vez hecha esta reducción, disponíamos de 2124 hombres cis heterosexuales, 2678 mujeres cis heterosexuales, 940 hombres

cis gais, 289 mujeres cis lesbianas, 398 hombres cis bisexuales, 856 mujeres cis bisexuales, 60 hombres cis pansexuales y 133 mujeres cis pansexuales. Como los grupos de pansexuales no llegaban al mínimo muestral establecido ( $n = 191$ ), y dado que comparten muchas similitudes con las personas bisexuales, ambas orientaciones fueron fusionadas en una misma categoría llamada «plurisexuales», quedando un total de 458 hombres cis plurisexuales y 989 mujeres cis plurisexuales. Por último, debido a que existía mucha diferencia entre el número de personas heterosexuales y la cantidad de personas de otras orientaciones, se seleccionaron aleatoriamente a 1000 hombres cis heterosexuales y 1000 mujeres cis heterosexuales para llevar a cabo los análisis del presente estudio. Por tanto, la muestra final dispuso de un total de 4676 personas<sup>1</sup>.

Esta investigación, con el número de expediente 12/2018, contaba con la aprobación de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I (Castellón, España) y, en todo momento, se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se tomaron las medidas oportunas que marca la legislación más reciente para cumplir con la protección de datos.

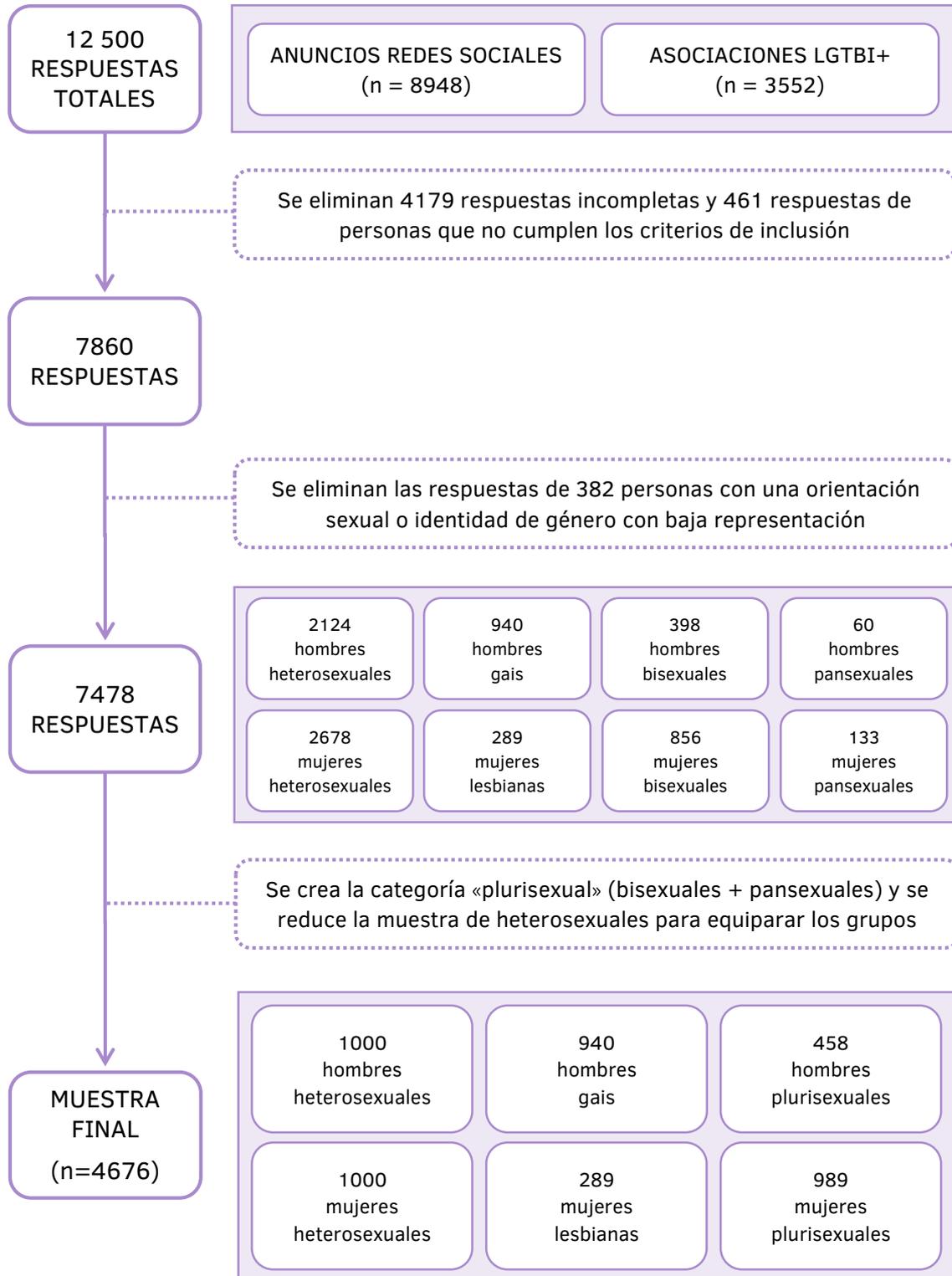
---

<sup>1</sup> Con la intención de reducir nomenclatura y facilitar la lectura, a partir de este punto se hablará en todo momento de «hombres» y «mujeres» para referirse a la muestra final de este estudio, aunque todas ellas sean personas cis.

Del mismo modo, para hablar de manera general de la muestra final de personas homosexuales y plurisexuales, se utilizará indistintamente las referencias de «personas con una orientación sexual minoritaria», «minorías sexuales» o «personas LGB+».

**Figura 5**

*Pérdida muestral hasta llegar al número de participantes final*



## 4. Análisis estadísticos

En un primer bloque se estudian las variables sociodemográficas. Antes de empezar con los análisis, para tratar de simplificar los datos, se realizó una reagrupación de las respuestas en la variable de situación de pareja. Así pues, las opciones de «pareja monógama» y «pareja monógama, pero con infidelidades» quedaron agrupadas en una misma categoría llamada «pareja monógama». Por su parte, las opciones de «pareja abierta» y «poliamor» se reagruparon en la categoría de «pareja abierta/poliamor». El resto de opciones se mantuvieron igual. En cuanto a los análisis, por una parte, se examina la frecuencia de las diferentes variables categóricas (situación de pareja, creencias religiosas, ideología política, estudios alcanzados, tipo de localidad de crianza y zona de residencia) y, por otra parte, la media de la única variable continua evaluada (edad). En primer lugar, se realizaron los análisis necesarios para averiguar si la muestra cumple con los criterios de normalidad y de homocedasticidad. Dado que la muestra no seguía estos criterios, para examinar las diferencias entre los seis grupos de orientación sexual («hombres heterosexuales», «mujeres heterosexuales», «hombres gais», «mujeres lesbianas», «hombres plurisexuales» y «mujeres plurisexuales»), se utilizaron pruebas no paramétricas: chi-cuadrado para las variables categóricas y H de Kruskal-Wallis para la variable continua. Además, para conocer el tamaño del efecto de las diferencias obtenidas, se calculó la V de Cramer para los análisis de chi-cuadrado y la f de Cohen para los de la H de Kruskal-Wallis.

En segundo lugar, se examinaron las variables sobre salud mental y calidad de vida. Como en el bloque anterior, en las variables categóricas (ideación y otras conductas suicidas, satisfacción corporal y satisfacción sexual), se calculó la frecuencia y se analizaron las diferencias en función de la categoría de orientación sexual a través de la prueba de chi-cuadrado. En cuanto al tamaño del efecto, fue analizado a través de la V de Cramer. Por lo que respecta a las variables continuas (síntomas psicopatológicos y bienestar psicológico y edad de toma de conciencia),

se calcularon las medias obtenidas por cada grupo y se analizaron las diferencias a través de la H de Kruskal-Wallis. El tamaño del efecto fue observado mediante la  $f$  de Cohen. Por último, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre cada par de grupos, se realizaron análisis post hoc. En el caso de las variables categóricas se realizó la prueba de chi-cuadrado y, para las variables continuas, la U de Mann-Whitney. Además, para las variables de síntomas psicopatológicos y de bienestar psicológico se realizaron dos pruebas ANCOVA para determinar si las diferencias obtenidas se debían a las edades de los distintos grupos o a la propia categoría de orientación sexual.

En un tercer bloque se estudiaron las variables relacionadas con el desarrollo y la toma de conciencia de la propia orientación sexual. Pero antes de empezar con los estadísticos de contraste, también se realizaron algunas recodificaciones. Por un lado, la pregunta sobre las dudas actuales con la orientación sexual solo les aparecía a las personas que habían indicado que en algún momento de su vida habían tenido dudas («Algo», «Bastante» y «Mucho»). Por tanto, para poder calcular el porcentaje de personas con dudas en la actualidad de toda la muestra final, aquellas personas que habían indicado que no habían dudado de su orientación sexual en ningún momento («Nada») también fueron recodificadas como «0 – No» en la variable de dudas en la actualidad. Del mismo modo, las variables sobre los referentes LGTBI+ también fueron recodificadas. En un principio estas variables evaluaban si, cuando tomó conciencia de su orientación sexual, la persona tuvo referentes LGTBI+ en diferentes contextos («Familiar», «Amistades», «Personas cercanas» o «Personajes famosos»). Además, también podían determinar la orientación sexual o identidad de género de la persona que se consideraba un referente («Lesbianas», «Gais», «Bisexuales», «Transexuales» o «Intersexuales»). Sin embargo, para los análisis estadísticos se recodificaron las categorías de orientación e identidad de dos formas diferentes.

Por una parte, se aglutinaron todas las opciones en una sola categoría («Referentes LGTBI+») para conocer si la persona tenía algún referente LGTBI+ en el momento de tomar conciencia, independientemente de la orientación o identidad específica de esa persona. Por otra parte, también quisimos conocer si la persona evaluada tenía algún referente de su misma orientación sexual en el momento de tomar conciencia. Por ello, la opción de «Bisexual» para las personas plurisexuales, y las opciones de «Lesbianas» y «Gais» para las personas homosexuales, fueron recodificadas como «Referentes misma orientación sexual». Una vez realizados estos cambios, se calcularon las frecuencias y se analizaron las diferencias en función de la categoría de orientación sexual a través de las pruebas de chi-cuadrado para las variables categóricas (dudas en algún momento y actuales con la orientación sexual, cambios en la orientación sexual y referentes LGTBI+) y se calcularon las medias obtenidas por cada grupo y se analizaron las diferencias a través de la H de Kruskal-Wallis para las variables continuas (edad de toma de conciencia y reacción familiar ante la «salida del armario»). El tamaño del efecto fue medido a través de la V de Cramer para las variables categóricas y mediante la f de Cohen para las variables continuas. Por último, los análisis post hoc fueron realizados con la prueba de chi-cuadrado para las variables categóricas y con la U de Mann-Whitney para las variables continuas. También hay que destacar que los análisis de la variable sobre referentes LGTBI+ y sobre la reacción familiar ante la «salida del armario» solo fueron realizados con los cuatro grupos con una orientación sexual minoritaria (hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales). Además, en el caso de la reacción familiar ante la «salida del armario», no solo se analizaron las reacciones del familiar más relevante en general; también se hicieron unos análisis para comprobar las diferencias entre grupos en aquellas personas que habían elegido a su padre o a su madre como el familiar más relevante que sabía de su orientación sexual.

En cuarto lugar, se abordaron las experiencias vitales con alto impacto emocional. En este caso, las dos variables estudiadas eran categóricas (acoso general y abuso sexual), por lo que se calcularon las frecuencias y se realizaron pruebas chi-cuadrado para analizar las diferencias en función de la categoría de orientación sexual. Para conocer el tamaño del efecto se utilizó la V de Cramer. Y para observar las posibles diferencias entre grupos, se realizaron análisis post hoc con pruebas chi-cuadrado.

En quinto lugar, se examinaron las variables sobre discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales. En este caso, todas las variables fueron estudiadas solamente entre las personas con una orientación sexual minoritaria (hombres gays, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales). Para poder crear una variable sobre acoso LGTBI+, se utilizó la pregunta sobre los motivos de acoso general. Así pues, se codificó como «1 – Sí» aquellas respuestas que habían indicado que uno de los motivos por los que habían sufrido acoso era por «Ser (o parecer) LGTBI+». Por el contrario, como la pregunta sobre los motivos del acoso solo aparecían a las personas que habían indicado que habían sido víctimas de acoso general, se recodificaron las respuestas de tal manera que quedaron como «0 – No» aquellas personas que habían referido que no habían sufrido ningún tipo de acoso en su vida y aquellas personas que no habían seleccionado la opción de «Ser (o parecer) LGTBI+» como motivo por el que habían sufrido acoso. Una vez hechas las recodificaciones, en las variables categóricas (acoso LGTBI+ y aceptación de la propia orientación sexual) se calcularon las frecuencias y se analizaron las diferencias en los cuatro grupos a través de pruebas de chi-cuadrado. También se calculó la V de Cramer para determinar el tamaño del efecto de las diferencias. Por su parte, en las variables continuas (ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio, eventos discriminatorios, estigma internalizado, eventos de victimización y conexión comunitaria) se

calcularon las medias de cada grupo y se analizaron las diferencias a través de la H de Kruskal-Wallis. El tamaño del efecto fue examinado con la f de Cohen. Por último, se realizaron análisis post hoc para determinar entre qué pares de grupos existían diferencias estadísticamente significativas. Así pues, se utilizó la prueba chi-cuadrado con las variables categóricas y la U de Mann-Whitney con las variables continuas.

En el sexto y último bloque, se analizan los factores que pueden explicar, por una parte, los síntomas psicopatológicos y, por otra, el bienestar psicológico. Ambas variables son estudiadas primero en la población LGB+ en general y luego en cada uno de los cuatro grupos pertenecientes a una orientación sexual minoritaria (hombres gays, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales). Por tanto, a través de una regresión lineal múltiple, se presentan diez modelos. Antes de realizar los análisis estadísticos, a través del método de codificación de variables Dummy (Rosel et al., 2014), se dicotomizaron algunas variables nominales o que estaban en formato Likert. Así pues, las opciones de respuesta en la variable de «aceptación de la propia orientación sexual» y en la de «dudas con la orientación sexual en algún momento», que oscilaban de «1 – Nada» a «4 – Mucho», pasaron a ser «0 – No» («Nada») y «1 – Sí» (el resto de opciones). Del mismo modo, también se dicotomizaron algunas variables sociodemográficas que eran categóricas. Por ejemplo, la situación de pareja actual pasó a ser «0 – No tener pareja» («No tengo pareja») y «1 – Tener pareja» (el resto de opciones); las creencias religiosas se recodificaron en «0 – No ser creyente» («Ateo o agnóstico») y «1 – Ser creyente» («Creyente practicante» y «Creyente no practicante»); la ideología política pasó a ser categorizada como «0 – No ser de derechas» («Centro», «Izquierda» e «Indiferente») y «1 – Ser de derechas» («Derecha»); y el tipo de localidad de crianza se recodificó como «0 – No haberse criado en una localidad rural» («Urbana de costa» y «Urbana de interior») y

«1 – Haberse criado en una localidad rural» («Rural de costa» o «Rural de interior»). Una vez adaptadas las variables, se procedió a realizar las regresiones lineales múltiples a través del método «por pasos». Como variables dependientes teníamos, por una parte, la puntuación total del cuestionario de síntomas psicopatológicos y, por otra, la puntuación total de la Escala de Bienestar Psicológico. Como variables independientes se introdujeron algunos datos sociodemográficos y una serie de factores que habían mostrado, en la literatura científica al respecto, tener relación con la salud mental y la calidad de vida de las personas pertenecientes a minorías sexuales. En los dos modelos de regresión para población LGB+, además de las variables incluidas en los modelos específicos que se citarán a continuación, también se añadieron dos variables dicotómicas: el género («0 – ser hombre» / «1 – ser mujer») y la orientación sexual («0 – ser homosexual» / «1 – ser plurisexual»). Así pues, en todos los modelos disponíamos de 1 variable ordinal (nivel de estudios), 10 variables continuas (edad, ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio, eventos de discriminación, estigma internalizado, eventos de victimización, conexión comunitaria, reacción familiar ante la «salida del armario», y edad de toma de conciencia) y 14 variables dicotómicas (tener pareja, ser creyente, ser de derechas, haberse criado en una localidad rural, abuso sexual, acoso LGTBI+, aceptación de la propia orientación sexual, dudas pasadas con la orientación sexual, dudas actuales con la orientación sexual, cambios con la orientación sexual, referentes familiares con la misma orientación sexual, referentes en las amistades con la misma orientación sexual, referentes cercanos con la misma orientación sexual y referentes famosos con la misma orientación sexual). El ajuste de los modelos se valoró a través de la tabla de ANOVA, de los valores de capacidad predictiva y significación ( $\beta$ , Error estándar, Beta tipificada,  $p$ ), del porcentaje de varianza explicada ( $R^2$  ajustado) y de su sensibilidad y especificidad clasificando participantes.

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 27, a excepción del cálculo de la  $f$  de Cohen que se calculó a través del programa G\*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007). Para todas las pruebas realizadas se consideró un nivel de significación estadística de  $p < .05$ . Además, para interpretar el tamaño del efecto, se consideró que los valores de la  $f$  de Cohen que estaban cercanos a .10 eran pequeños, a partir de .25 eran medianos y, si sobrepasaban .40, eran considerados grandes (Cohen, 1988). Y para la  $V$  de Cramer, valores entre .10 y .30 fueron considerados pequeños, entre .30 y .50 eran moderados y a partir de .50 eran grandes (Ellis, 2010).



# RESULTADOS

## 1. Problemas de salud mental

### 1.1. Síntomas psicopatológicos

En cuanto al cuestionario de síntomas psicopatológicos (véase la Tabla 3), cuya puntuación total podía oscilar entre 0 y 180, la muestra evaluada mostró una puntuación media de 39.01 ( $DT = 28.67$ ). En las dimensiones, cuyos valores podían ir de 0 a 20, las puntuaciones más elevadas se encontraron en depresión ( $M = 6.88$ ;  $DT = 5.16$ ), obsesión-compulsión ( $M = 5.47$ ;  $DT = 4.36$ ), sensibilidad interpersonal ( $M = 5.29$ ;  $DT = 4.67$ ) y ansiedad ( $M = 5.22$ ;  $DT = 4.34$ ), seguidas de las de ideación paranoide ( $M = 4.84$ ;  $DT = 3.88$ ), somatización ( $M = 4.35$ ;  $DT = 4.15$ ), hostilidad ( $M = 2.77$ ;  $DT = 3.45$ ), ansiedad fóbica ( $M = 2.37$ ;  $DT = 3.42$ ) y psicoticismo ( $M = 1.83$ ;  $DT = 2.46$ ).

Por lo que respecta a las categorías de orientación sexual, las mujeres plurisexuales son las que presentan mayor puntuación total, seguidas por los hombres plurisexuales, las mujeres heterosexuales, las mujeres lesbianas, los hombres gais y los hombres heterosexuales. Además, las mujeres plurisexuales también son las que puntúan más alto en todas las dimensiones evaluadas. Por su parte, los hombres heterosexuales son los que obtienen la puntuación más baja en depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica. El grupo de hombres gais son los que menor puntuación muestran en somatización, y las mujeres lesbianas son las que puntúan más bajo en hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Todas las sintomatologías evaluadas mostraron diferencias estadísticamente significativas en función de las categorías de orientación sexual, con un tamaño del efecto pequeño, a excepción de la ansiedad fóbica, que muestra un tamaño del efecto mediano.

Si tenemos en cuenta las diferencias estadísticamente significativas en los análisis por pares, vemos que las personas plurisexuales presentan mayor psicoticismo que el resto de grupos. En el caso concreto de las mujeres plurisexuales, son las que mayor sintomatología presentan, observándose

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos en hostilidad, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, ideación paranoide y en la puntuación total. Por su parte, los hombres plurisexuales muestran puntuaciones más altas que el resto de grupos de hombres en depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y en la puntuación total.

Los hombres gais y las mujeres lesbianas, en comparación con el resto de grupos, son los que obtienen la puntuación menor en hostilidad. Por su parte, entre los hombres heterosexuales y los hombres gais se observaron puntuaciones similares en sintomatología psicopatológica, mostrando diferencias estadísticamente significativas solamente en sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica, donde los hombres gais puntuaban más alto. Las mujeres lesbianas y las mujeres heterosexuales también muestran resultados bastante parecidos entre sí, aunque se observaron diferencias estadísticamente significativas en somatización, psicoticismo e ideación paranoide, siendo en este caso las mujeres heterosexuales las que puntuaron más alto.

Si atendemos a las diferencias de género entre las personas de una misma orientación sexual, vemos que las mujeres puntúan más alto que sus pares hombres en somatización, ansiedad y ansiedad fóbica. Los hombres gais y las mujeres presentan puntuaciones más similares, pero si tenemos en cuenta las diferencias de género entre las personas heterosexuales y entre las personas plurisexuales, se observa que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en depresión, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y en la puntuación total.

En general, se observa que las personas plurisexuales y las mujeres son los grupos que mayor sintomatología presentan. Por su parte, los hombres gais y las mujeres lesbianas, pese a mostrar generalmente menor sintomatología que las personas plurisexuales, obtienen resultados contradictorios en comparación con

las personas heterosexuales. Así pues, en el caso de las mujeres lesbianas, estas suelen mostrar mejor salud mental que las mujeres heterosexuales; en cambio, los hombres gais, a excepción de en la hostilidad, presentan mayor sintomatología en comparación con los hombres heterosexuales.

Dado que, en función de la categoría de orientación sexual, las diferencias en la edad habían resultado ser estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto moderado, se realizó una ANCOVA para determinar si las diferencias obtenidas en la sintomatología psicopatológica en función de la categoría de orientación sexual podían ser debidas a la edad. Tal y como muestra la Tabla 4, se observa que la edad resulta estadísticamente significativa, por lo que influye en los síntomas psicopatológicos. Sin embargo, cuando se controla el peso que la edad tiene en los síntomas psicopatológicos, el efecto de las categorías de orientación sexual sigue siendo significativo. Por tanto, podemos afirmar que la categoría de orientación sexual, aun cuando se controla el efecto debido a las diferencias de edad, afecta a la sintomatología psicopatológica. Por último, la interacción de la categoría de orientación sexual y la edad no es significativa, lo que indica que el efecto que la edad tiene en los síntomas psicopatológicos no difiere entre categorías.

Tabla 3

*Análisis diferenciales del cuestionario de síntomas psicopatológicos en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 4676)	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste <i>H</i> (5)	Tamaño del efecto <i>f</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 1000)	MUJERES ( <i>n</i> = 1000)	HOMBRES ( <i>n</i> = 940)	MUJERES ( <i>n</i> = 289)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458)	MUJERES ( <i>n</i> = 989)			
	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )			
Hostilidad (0-20)	2.77 (3.45)	2.67 (3.23)	2.78 (3.37)	2.20 (3.03)	2.14 (2.77)	2.83 (3.49)	3.56 (4.07)	69.80***	.137	HG, ML < HH, MH, HP < MP
Somatización (0-20)	4.35 (4.15)	3.68 (3.66)	4.93 (4.23)	3.59 (3.84)	4.22 (3.92)	3.84 (3.73)	5.41 (4.74)	141.63***	.178	HH, HG, ML, HP < MH, MP HH, HG < ML
Depresión (0-20)	6.88 (5.16)	5.99 (4.85)	6.50 (4.78)	6.36 (5.24)	6.52 (4.97)	7.20 (5.40)	8.59 (5.32)	157.55***	.182	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH, HG < HP HH < MH
Obsesión-Comp. (0-20)	5.47 (4.36)	4.86 (4.07)	5.27 (4.12)	4.87 (4.11)	5.32 (4.35)	5.52 (4.50)	6.86 (4.73)	131.43***	.172	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH, HG < MH, HP
Ansiedad (0-20)	5.22 (4.34)	4.17 (3.85)	5.38 (4.19)	4.59 (4.19)	5.29 (4.17)	5.05 (4.24)	6.79 (4.71)	214.16***	.211	HH, HG < MH, ML, HP < MP
Sensibilidad interpersonal (0-20)	5.29 (4.67)	4.33 (4.25)	5.13 (4.40)	4.95 (4.60)	5.07 (4.89)	5.53 (4.71)	6.69 (4.99)	142.99***	.172	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH, HG < HP HH < MH, HG
Ansiedad fóbica (0-20)	2.37 (3.42)	1.32 (2.46)	2.30 (3.22)	2.05 (3.28)	2.51 (3.39)	2.13 (2.90)	3.89 (4.20)	345.43***	.253	HH < MH, HG, ML, HP < MP HG < MH, ML
Id. paranoide (0-20)	4.84 (3.88)	4.45 (3.72)	4.74 (3.76)	4.55 (3.86)	4.10 (3.57)	5.09 (3.95)	5.71 (4.06)	80.04***	.129	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH, HG, ML < HP ML < MH
Psicoticismo (0-20)	1.83 (2.46)	1.55 (2.07)	1.77 (2.41)	1.65 (2.40)	1.44 (2.03)	2.03 (2.59)	2.37 (2.87)	68.47***	.127	HH, MH, ML, HG < HP, MP ML < MH
TOTAL (0-180)	39.01 (28.67)	33.01 (25.43)	38.80 (27.01)	34.82 (27.72)	36.62 (26.98)	39.22 (28.01)	49.87 (31.94)	201.30***	.210	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH, HG < MH, HP HH < ML

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas;  
HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

Dado que, en función de la categoría de orientación sexual, las diferencias en la edad habían resultado ser estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto moderado, se realizó una ANCOVA para determinar si las diferencias obtenidas en la sintomatología psicopatológica en función de la categoría de orientación sexual podían ser debidas a la edad. Tal y como muestra la Tabla 4, se observa que la edad resulta estadísticamente significativa, por lo que influye en los síntomas psicopatológicos. Sin embargo, cuando se controla el peso que la edad tiene en los síntomas psicopatológicos, el efecto de las categorías de orientación sexual sigue siendo significativo. Por tanto, podemos afirmar que la categoría de orientación sexual, aun cuando se controla el efecto debido a las diferencias de edad, afecta a la sintomatología psicopatológica. Por último, la interacción de la categoría de orientación sexual y la edad no es significativa, lo que indica que el efecto que la edad tiene en los síntomas psicopatológicos no difiere entre categorías.

**Tabla 4**

*Análisis de covarianza de la edad y la categoría sexual en los síntomas psicopatológicos*

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p
Modelo corregido	309878.29	11	28170.75	37.17	< .001
Intersección	1173555.52	1	1173555.52	1548.67	< .001
Categoría OS	20568.18	5	4113.63	5.42	< .001
Edad	108668.93	1	108668.93	143.40	< .001
Categoría OS * Edad	2604.26	5	520.85	0.68	.633
Error	3534282.27	4664	757.77		
Total	10959867.00	4676			
Total corregido	3844160.56	4675			

*Nota.* R<sup>2</sup> ajustada = .078

## 1.2. Ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio

En total, un 51.5% de las personas evaluadas ha pensado alguna vez en la muerte como una liberación y un 7.7% lo ha hecho frecuentemente; un 44.7% ha pensado alguna vez en quitarse la vida y un 3.7% lo ha pensado con frecuencia; un 27.4% ha planificado como quitarse la vida alguna vez y un 2% frecuentemente; y, por último, un 11.8% ha intentado suicidarse alguna vez y un 0.5% lo ha intentado muchas veces.

Los hombres heterosexuales son los que experimentan menor ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio; en cambio, las mujeres plurisexuales son las que muestran mayores porcentajes. En todas las dimensiones evaluadas del comportamiento suicida se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría de orientación sexual, aunque con un tamaño del efecto pequeño (véase la Tabla 5).

Al analizar las diferencias entre grupos, se observa que las mujeres plurisexuales, en comparación con el resto de grupos, muestran mayor frecuencia en todas las dimensiones de conducta suicida. Por su parte, las mujeres lesbianas informan haber realizado más intentos suicidas que los tres grupos de hombres y que las mujeres heterosexuales.

En cuanto a los hombres heterosexuales, estos consideran menos frecuentemente la muerte como una liberación en comparación con los hombres gais y las mujeres plurisexuales, anteriormente citadas. Además, junto con las mujeres heterosexuales, los hombres heterosexuales muestran una menor ideación suicida con respecto a los hombres y mujeres de orientaciones sexuales minoritarias. Del mismo modo, los hombres heterosexuales también muestran una menor planificación suicida en comparación con los hombres y mujeres de orientaciones sexuales minoritarias. Por último, los hombres heterosexuales han realizado menos intentos suicidas que los tres grupos de mujeres y que los hombres gais.

**Tabla 5**

*Análisis diferenciales de la ideación y otras conductas relacionadas con el suicidio en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (10)	Tamaño del efecto <i>V</i>	Post hoc
	( <i>n</i> = 4676) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
<b>Muerte como liberación</b>										
Nunca	1907 (40.8)	476 (47.6)	458 (45.8)	384 (40.9)	120 (41.5)	189 (41.3)	280 (28.3)	138.93***	.122	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH < HG
Alguna vez	2410 (51.5)	467 (46.7)	486 (48.6)	499 (53.1)	147 (50.9)	242 (52.8)	569 (57.5)			
Muchas veces	359 (7.7)	57 (5.7)	56 (5.6)	57 (6.1)	22 (7.6)	27 (5.9)	140 (14.2)			
<b>Ideación suicida</b>										
Nunca	2411 (51.6)	613 (61.3)	583 (58.3)	496 (52.8)	139 (48.1)	227 (49.6)	353 (35.7)	184.37***	.140	HH, MH < HG, ML, HP < MP
Alguna vez	2091 (44.7)	359 (35.9)	391 (39.1)	420 (44.7)	139 (48.1)	220 (48)	562 (56.8)			
Muchas veces	174 (3.7)	28 (2.8)	26 (2.6)	24 (2.6)	11 (3.8)	11 (2.4)	74 (7.5)			
<b>Planificación suicida</b>										
Nunca	3302 (70.6)	779 (77.9)	749 (74.9)	688 (73.2)	200 (69.2)	323 (70.5)	563 (56.9)	147.22***	.125	HH, MH, HG, ML, HP < MP HH < HG, ML, HP
Alguna vez	1279 (27.4)	204 (20.4)	239 (23.9)	241 (25.6)	83 (28.7)	131 (28.6)	381 (38.5)			
Muchas veces	95 (2)	17 (1.7)	12 (1.2)	11 (1.2)	6 (2.1)	4 (0.9)	45 (4.6)			
<b>Intento suicida</b>										
Nunca	4100 (87.7)	931 (93.1)	893 (89.3)	828 (88.1)	248 (85.8)	418 (91.3)	782 (79.1)	112.01***	.109	HH, MH, HG, HP < ML < MP HH < MH, HG
Alguna vez	553 (11.8)	65 (6.5)	104 (10.4)	110 (11.7)	37 (12.8)	40 (8.7)	197 (19.9)			
Muchas veces	23 (0.5)	4 (0.4)	3 (0.3)	2 (0.2)	4 (1.4)	0 (0)	10 (1)			

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\**p* < .001

Así pues, las mujeres parecen ser las que muestran mayor ideación y comportamientos suicidas, sobre todo las mujeres plurisexuales, seguidas de las lesbianas. En cuanto a los hombres, los heterosexuales son los que menor gravedad muestran, en contraposición con los hombres con una orientación sexual minoritaria.

## 2. Bienestar y calidad de vida

### 2.1. Bienestar psicológico

En cuanto a la Escala de Bienestar Psicológico (véase la Tabla 6), la puntuación media obtenida fue de 124.05 ( $DT = 25.12$ ), cuando 29 era el mínimo posible y 174, el máximo. Los hombres gais son los que muestran mayor puntuación total, seguidos por las mujeres lesbianas, las mujeres heterosexuales, los hombres heterosexuales, los hombres plurisexuales y las mujeres plurisexuales. Además, los hombres gais también son los que más alto puntúan en autoaceptación, dominio del entorno y propósito en la vida. Las mujeres lesbianas, por su parte, son las que obtienen la mayor puntuación en relaciones positivas y crecimiento personal. Los hombres heterosexuales obtienen la mayor puntuación en autonomía, pero también son los que menor puntuación obtienen en crecimiento personal. Las mujeres plurisexuales son las que muestran menor bienestar psicológico en prácticamente todas las dimensiones, a excepción de la variable relaciones positivas, donde los hombres plurisexuales son los que puntúan más bajo. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas en función de las categorías de orientación sexual en todas las dimensiones evaluadas, aunque las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas y crecimiento personal mostraron un tamaño del efecto muy bajo, y en el resto de variables el tamaño del efecto fue pequeño.

Si hablamos de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas entre los grupos, vemos que las mujeres y los hombres plurisexuales, en comparación con el resto de grupos, muestran puntuaciones más bajas en la dimensión de relaciones positivas y en la puntuación total. En el caso concreto de las mujeres plurisexuales, también se obtienen peores puntuaciones que el resto de grupos en el dominio del entorno y en propósito en la vida. Además, las mujeres plurisexuales, aparte de respecto a los grupos de hombres heterosexuales y de hombres gais, también obtuvieron menor puntuación que el resto de grupos de mujeres en autoaceptación. Por último, las mujeres plurisexuales también muestran peores resultados en autonomía en comparación con los hombres y mujeres heterosexuales y los hombres gais. En cuanto a los hombres plurisexuales, puntúan más bajo que el resto de grupos de hombres en autoaceptación y dominio del entorno. Además, en esta última dimensión también puntúan más bajo que las mujeres heterosexuales.

Por su parte, los hombres gais y las mujeres lesbianas obtienen mejores puntuaciones que los hombres heterosexuales en relaciones positivas; y los hombres gais obtienen mejor puntuación que los hombres heterosexuales y los hombres plurisexuales en propósito en la vida.

Por último, los hombres heterosexuales son los que mayor autonomía muestran, con diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos. Sin embargo, presentan menor puntuación de crecimiento personal que los tres grupos de mujeres y que los hombres gais. Por su parte, las mujeres lesbianas son las que más puntúan en crecimiento personal, obteniéndose diferencias significativas con las mujeres heterosexuales, los hombres gais y los hombres plurisexuales, además de con los hombres heterosexuales, que ya se había comentado anteriormente.

Tabla 6

*Análisis diferenciales de la Escala de Bienestar Psicológico en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 4676) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste <i>H</i> (5)	Tamaño del efecto <i>f</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>M</i> ( <i>DT</i> )			
<b>Bienestar</b>										
Autoaceptación (4-24)	16.94 (4.70)	17.15 (4.67)	17.07 (4.49)	17.41 (4.78)	17.19 (4.46)	16.61 (4.92)	16.22 (4.77)	40.41***	.090	MP < HH, MH, HG, ML HP < HH, HG MH < HG
Relaciones positivas (5-30)	21.31 (5.94)	21.22 (5.94)	21.68 (6.03)	21.90 (5.87)	22.13 (5.59)	20.40 (5.77)	20.66 (5.99)	43.74***	.094	HP, MP < HH, MH, HG, ML HH < HG, ML
Autonomía (6-36)	25.86 (6.17)	26.93 (5.90)	25.94 (6.26)	25.87 (6.13)	25.40 (6.16)	25.67 (6.16)	24.93 (6.21)	54.84***	.108	MH, HG, ML, HP, MP < HH MP < MH, HG
Dominio del entorno (5-30)	20.31 (5.22)	20.75 (5.22)	20.65 (5.20)	20.96 (5.33)	20.55 (4.93)	19.95 (5.10)	19.01 (5.03)	90.75***	.138	MP < HH, MH, HG, ML, HP HP < HH, MH, HG
Crecimiento personal (4-24)	19.25 (4.10)	18.83 (4.12)	19.37 (4.05)	19.26 (4.20)	20.03 (3.59)	19.05 (4.16)	19.42 (4.09)	25.71***	.072	HH < MH, HG, ML, MP MH, HG, HP < ML
Propósito en la vida (5-30)	20.37 (6.12)	20.53 (6.05)	20.75 (5.90)	21.12 (6.22)	20.67 (5.77)	20.07 (6.10)	19.17 (6.26)	56.74***	.111	MP < HH, MH, HG, ML, HP HH, HP < HG
Puntuación total (29-174)	124.05 (25.12)	125.41 (24.81)	125.45 (24.32)	126.52 (26.29)	125.97 (23.21)	121.75 (25.63)	119.41 (24.75)	56.29***	.107	HP, MP < HH, MH, HG, ML

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\**p* < .001

En resumen, se observa que las personas plurisexuales, sobre todo las mujeres, son las que muestran menor bienestar, a excepción de la variable de crecimiento personal, donde son los hombres heterosexuales los que obtienen la peor puntuación. Por otra parte, tal y como pasaba con los síntomas psicopatológicos, las personas homosexuales y las heterosexuales muestran menos diferencias entre sí. Así pues, los hombres heterosexuales presentan mayor autonomía que las personas homosexuales; sin embargo, en otras variables como en relaciones positivas, crecimiento personal o propósito en la vida, son las personas homosexuales las que manifiestan mayor bienestar que las heterosexuales.

Del mismo modo que se hizo con los síntomas psicopatológicos, se realizó una ANCOVA para determinar si las diferencias que se habían obtenido en función de la categoría de orientación sexual en el bienestar psicológico se debían a las diferencias encontradas con la edad. Como se puede observar en la Tabla 7, aun cuando se controla el efecto de la edad sobre el bienestar psicológico, la categoría de orientación sexual resulta tener un impacto significativo sobre el bienestar psicológico. En cuanto a la interacción de la categoría de orientación sexual y la edad, de nuevo no se observa un efecto diferencial de la edad en función de las categorías.

**Tabla 7**

*Análisis de covarianza de la edad y la categoría sexual en el bienestar psicológico*

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p
Modelo corregido	131719.81	11	11974.52	19.81	< .001
Intersección	4864150.44	1	4864150.44	8048.23	< .001
Categoría OS	7159.18	5	1431.83	2.36	.037
Edad	78974.28	1	78974.28	130.67	< .001
Categoría OS * Edad	4033.61	5	806.72	1.33	.246
Error	2818804.54	4664	604.37		
Total	74904015.00	4676			
Total corregido	2950524.36	4675			

Nota. R<sup>2</sup> ajustada = .042

### 2.2. Satisfacción sexual

Un 4.8% de la población evaluada refiere no sentir ninguna satisfacción sexual, un 30.1% manifiesta poca satisfacción, un 50.5% informa de tener bastante satisfacción y un 14.6% presenta mucha satisfacción. Las mujeres plurisexuales son las que muestran mayor satisfacción con su vida sexual («bastante» o «mucho») y los hombres plurisexuales los que menos satisfechos están («nada» o «poco»). En función de las categorías de orientación sexual, se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque con un tamaño del efecto muy débil (véase la Tabla 8).

Si atendemos a las diferencias estadísticamente significativas en los análisis por pares, observamos que los hombres plurisexuales presentan menos satisfacción sexual en comparación con el resto de grupos. En el caso concreto de la comparación con los hombres heterosexuales, la interpretación resulta más complicada, ya que los heterosexuales presentan mayores porcentajes en los extremos, tanto en «nada» como en «mucho», mientras que los hombres plurisexuales refieren en mayor medida tener poco o bastante satisfacción sexual. Sin embargo, si atendemos a los porcentajes de gente que refiere tener bastante o mucha satisfacción sexual, los hombres heterosexuales presentan una ligera tendencia a informar de mayor satisfacción sexual que los hombres plurisexuales. Por su parte, los hombres heterosexuales manifiestan peor satisfacción sexual que las mujeres heterosexuales, las mujeres plurisexuales y los hombres gais. Y, por último, los hombres gais presentan menor satisfacción sexual que las mujeres heterosexuales y las mujeres plurisexuales.

Por tanto, se observa una tendencia general en la que las mujeres muestran mayor satisfacción sexual que los hombres. Y, por otra parte, en el caso específico de los hombres, los homosexuales son los que mayor satisfacción muestran.

**Tabla 8**

*Análisis diferenciales de la satisfacción sexual en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (15)	Tamaño del efecto $V$	Post hoc
	( <i>n</i> = 4676) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
Nada	223 (4.8)	68 (6.8)	38 (3.8)	49 (5.2)	13 (4.5)	21 (4.6)	34 (3.4)	78.83***	.075	HP < HH, MH, HG, ML, MP HH < MH, HG, MP HG < MH, MP
Poco	1408 (30.1)	346 (34.6)	274 (27.4)	266 (28.3)	84 (29.1)	174 (38)	264 (26.7)			
Bastante	2361 (50.5)	459 (45.9)	514 (51.4)	510 (54.3)	148 (51.2)	223 (48.7)	507 (51.3)			
Mucho	684 (14.6)	127 (12.7)	174 (17.4)	115 (12.2)	44 (15.2)	40 (8.7)	184 (18.6)			

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\* $p < .001$

Por otro lado, en el presente estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas en la situación de pareja en función de la categoría de orientación sexual. Por ello, dado que la situación de pareja ha mostrado ser relevante para la satisfacción sexual, se realizó una ANCOVA para determinar si las diferencias obtenidas en la satisfacción sexual en función de la categoría de orientación sexual podían ser debidas a la situación de pareja. Tal y como se puede observar en la Tabla 9, el hecho de tener pareja resulta estadísticamente significativo, por lo que influye en la satisfacción sexual. Sin embargo, cuando se controla el peso que tiene la situación de pareja en la satisfacción sexual, el efecto de las categorías de orientación sexual sigue siendo significativo. Por tanto, podemos afirmar que la categoría de orientación sexual, aun cuando se controla el efecto debido a las diferencias en la situación de pareja, afecta a la satisfacción sexual. Por último, la interacción de la categoría de orientación sexual y el hecho de tener pareja también resultó ser significativo, lo que indica que el efecto que tiene la situación de pareja en la satisfacción sexual difiere entre las distintas categorías de orientación sexual.

**Tabla 9**

*Análisis de covarianza de la categoría sexual y la situación de pareja en la satisfacción sexual*

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p
Modelo corregido	306.22	11	27.83	54.44	< .001
Intersección	8451.70	1	8451.70	16527.62	< .001
Categoría OS	10.12	5	2.02	3.95	.001
Tener pareja	221.47	1	221.47	433.09	< .001
Categoría OS * Tener pareja	5.74	5	1.14	2.24	.047
Error	2385.02	4664	0.51		
Total	38048.00	4676			
Total corregido	2691.25	4675			

Nota. R<sup>2</sup> ajustada = .112

### 2.3. Satisfacción corporal

En la muestra general, un 3.1% no sienten nada de satisfacción con su cuerpo, un 29.4% refieren poca satisfacción, un 57.2% manifiestan bastante satisfacción y un 10.3% muestran mucha satisfacción corporal. Los hombres heterosexuales son los que mayores niveles de satisfacción corporal muestran («bastante» o «mucho»). Los hombres gais, por su parte, son los que muestran menor satisfacción con su cuerpo («nada» o «poco»). En función de las categorías de orientación sexual, se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque con un tamaño del efecto muy débil (véase la Tabla 10).

En las comparaciones entre grupos se observa que los hombres gais muestran una peor satisfacción corporal en comparación con el resto de grupos, a excepción de los hombres plurisexuales, con los que no se observaron diferencias. Por su parte, las mujeres plurisexuales también muestran peor satisfacción corporal que los hombres heterosexuales.

**Tabla 10**

*Análisis diferenciales de la satisfacción corporal en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 4676) <i>n</i> (%)	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (15)	Tamaño del efecto <i>V</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
Nada	144 (3.1)	25 (2.5)	29 (2.9)	27 (2.9)	10 (3.5)	17 (3.7)	36 (3.6)	28.42***	.045	HG < HH, MH, ML, MP MP < HH
Poco	1375 (29.4)	266 (26.6)	296 (29.6)	311 (33.1)	72 (24.9)	134 (29.3)	296 (29.9)			
Bastante	2675 (57.2)	610 (61)	558 (55.8)	528 (56.2)	172 (59.5)	267 (58.3)	540 (54.6)			
Mucho	482 (10.3)	99 (9.9)	117 (11.7)	74 (7.9)	35 (12.1)	40 (8.7)	117 (11.8)			

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\**p* < .001

### 3. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual

#### 3.1. Variables comunes en la población general

##### *Dudas con la propia orientación sexual*

Solo un 38.2% de las personas evaluadas no ha dudado en ningún momento de su orientación sexual. Sin embargo, un 40.7% ha dudado algo, un 14.9% bastante y un 6.2% mucho. Los hombres heterosexuales son los que más han indicado que no han dudado nunca de su orientación sexual. Las mujeres plurisexuales, en cambio, son las que más dudas han tenido a lo largo de su vida. De todas esas personas evaluadas, un 16.7% presenta dudas también en la actualidad, siendo los hombres gais los que menores prevalencias muestran y los hombres plurisexuales los que más dudan de su orientación sexual en la actualidad. Tanto en las dudas en algún momento de la vida como en las dudas actuales, se observan diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría de orientación sexual, con un tamaño del efecto pequeño (véase la Tabla 11).

En las comparaciones por pares, se observa que los hombres y mujeres plurisexuales, han dudado más de su orientación sexual en algún momento de su vida, que el resto de grupos. Por su parte, las personas homosexuales también han tenido más dudas que las personas heterosexuales. Por último, se observan diferencias de género dentro de los grupos de personas heterosexuales y de personas homosexuales, siendo las mujeres las que han mostrado más dudas en algún momento de sus vidas. Así pues, por orden de mayor a menor incertidumbre encontramos: 1) mujeres y hombres plurisexuales, 2) mujeres lesbianas, 3) hombres gais, 4) mujeres heterosexuales, y 5) hombres heterosexuales.

Por lo que respecta a las dudas actuales con la orientación sexual, los hombres plurisexuales muestran mayores prevalencias (32.8%) que el resto de grupos. Las mujeres plurisexuales, a su vez, también muestran más dudas (25.5%) que los grupos de heterosexuales y de homosexuales. Por último, las mujeres heterosexuales y las mujeres lesbianas muestran más dudas en la actualidad

(17.5% y 13.1% respectivamente) que sus pares varones. En este caso, el orden de los grupos en cuanto al nivel de dudas es: 1) hombres plurisexuales, 2) mujeres plurisexuales, 3) mujeres lesbianas y heterosexuales, y 4) hombres heterosexuales y gais.

### *Cambios en la propia orientación sexual*

Un 31.8% ha experimentado cambios en su orientación sexual a lo largo de la vida, sobre todo las mujeres plurisexuales, que son las que más fluctuaciones han experimentado. Los hombres heterosexuales, por el contrario, son los que muestran menos cambios. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en función de la categoría sexual, con un tamaño del efecto grande (véase la Tabla 11).

Cuando se analizan las diferencias por pares, se observa que los hombres y mujeres plurisexuales han experimentado más cambios en su orientación sexual que el resto de grupos. A su vez, los hombres gais y las mujeres lesbianas también han experimentado más cambios que los hombres y las mujeres heterosexuales. Por último, entre las personas heterosexuales y entre las personas homosexuales se observan diferencias de género, mostrando las mujeres heterosexuales más cambios que los hombres heterosexuales, y las mujeres lesbianas más que los hombres gais. Por tanto, partiendo de los grupos que más cambios han experimentado, el orden es el siguiente: 1) hombres y mujeres plurisexuales, 2) mujeres lesbianas, 3) hombres gais, 4) mujeres heterosexuales, y 5) hombres heterosexuales.

### *Edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual*

Según la muestra general, la edad media de toma de conciencia de la propia orientación sexual es a los 14.54 años ( $DT = 7.18$ ). Sin embargo, existen diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría sexual, con un tamaño del efecto grande (véase la Tabla 11). Así pues, los hombres

heterosexuales son los que más pronto toman conciencia de su orientación sexual, y los hombres plurisexuales los que lo hacen a una edad más tardía.

Los hombres plurisexuales son los que más tardan en definir su orientación sexual ( $M = 20.03$ ), mostrando diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos. Por su parte, las mujeres plurisexuales también toman conciencia de su orientación sexual más tarde ( $M = 18.67$ ) que las mujeres y los hombres homosexuales ( $M = 17.41$  y  $M = 15.55$ , respectivamente) y que las mujeres y los hombres heterosexuales ( $M = 10.57$  y  $M = 10.09$ , respectivamente). Las personas homosexuales, en comparación con los grupos de heterosexuales, también definieron su orientación a una edad más avanzada. Las mujeres lesbianas, a su vez, tardaron más que los hombres gais en tomar conciencia de su orientación. Por tanto, el orden en función de los grupos que más tardan en tomar conciencia es el siguiente: 1) hombres plurisexuales, 2) mujeres plurisexuales, 3) mujeres lesbianas, 4) hombres gais, 5) mujeres y hombres heterosexuales.

**Tabla 11**

*Análisis diferenciales de las dudas con la orientación sexual, los cambios en la orientación sexual y la edad de toma de conciencia de la orientación sexual en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 4676) <i>n</i> (%)	HETEROSEXUALES		HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (15)	Tamaño del efecto <i>V</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 1000) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
<b>Dudas algún momento</b>										
Nada	1788 (38.2)	637 (63.7)	534 (53.4)	337 (35.9)	75 (26)	71 (15.5)	134 (13.5)	1084.73***	.278	HH < MH < HG < ML < HP, MP
Algo	1901 (40.7)	333 (33.3)	425 (42.5)	378 (40.2)	116 (40.1)	199 (43.3)	450 (45.5)			
Bastante	697 (14.9)	22 (2.2)	31 (3.1)	165 (17.6)	66 (22.8)	119 (26)	294 (29.7)			
Mucho	290 (6.2)	8 (0.8)	10 (1)	60 (6.4)	32 (11.1)	69 (15.1)	111 (11.2)			
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2$ (5)	<i>V</i>	Post hoc
<b>Dudas actualidad</b>										
Sí	779 (16.7)	91 (9.1)	175 (17.5)	73 (7.8)	38 (13.1)	150 (32.8)	252 (25.5)	238.62***	.226	HH, HG < MH, ML < MP < HP
No	3897 (83.3)	909 (90.9)	825 (82.5)	867 (92.2)	251 (86.9)	308 (67.2)	737 (74.5)			
<b>Cambios</b>										
Sí	1488 (31.8)	74 (7.4)	104 (10.4)	253 (26.9)	136 (47.1)	285 (62.2)	636 (64.3)	1204.01***	.507	HH < MH < HG < ML < HP, MP
No	3188 (68.2)	926 (92.6)	896 (89.6)	687 (73.1)	153 (52.9)	173 (37.8)	353 (35.7)			
	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>M</i> (DT)	<i>H</i> (5)	<i>f</i>	Post hoc
<b>Edad toma de conciencia</b>										
Edad media	14.54 (7.18)	10.09 (4.99)	10.57 (5.11)	15.55 (5.76)	17.41 (6.57)	20.03 (8.07)	18.67 (6.90)	1658.74***	.536	HH, MH < HG < ML < MP < HP

*Nota.* HH = Hombres Heterosexuales; MH = Mujeres Heterosexuales; HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\**p* < .001

### 3.2. Variables específicas de las personas con una orientación sexual minoritaria

#### Tener referentes LGTBI+ durante la toma de conciencia de la orientación sexual

En cuanto a la existencia de referentes en el momento de toma de conciencia de la orientación sexual, un 35.7% tenía familiares LGTBI+ y un 21% contaba con familiares de su misma orientación; un 73.6% tenía amistades LGTBI+ y un 58.8% de su misma orientación; un 62.3% conocía a personas cercanas que eran LGTBI+ y un 49.1% a personas de su misma orientación sexual; y, por último, un 77.8% conocía a personas LGTBI+ famosas y un 67.5% de su misma orientación sexual. Teniendo en cuenta las categorías de orientación sexual, los hombres gais son los que menos referentes LGTBI+ conocían entre sus familiares, amistades y personas cercanas. Las mujeres lesbianas, en cambio, eran las que más referentes de su misma orientación sexual conocían en su ámbito familiar, y entre las personas cercanas y personas famosas. Además, también eran las que tenían más referentes LGTBI+ famosas. En cuanto a los hombres plurisexuales, son los que más referentes LGTBI+ tenían en la familia, pero también son los que conocían a menos gente de su misma orientación entre sus amistades, personas cercanas y personajes famosos. También son los que menos referentes LGTBI+ famosas conocían. Por último, las mujeres plurisexuales son las que menos personas de su misma orientación sexual conocían entre su familia, pero son las que más referentes LGTBI+ tenían entre sus amistades y personas cercanas, así como referentes de su misma orientación sexual entre sus amistades. En todas las variables estudiadas se observaron diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño, a excepción de los referentes familiares LGTBI+ y los referentes LGTBI+ famosas que mostraron un tamaño del efecto muy débil (véase la Tabla 12).

Si analizamos las diferencias estadísticamente significativas por pares, los hombres plurisexuales informan tener más referentes LGTBI+ en su familia

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

(42.6%) que los hombres gais (31.9%) y las mujeres plurisexuales (35.9%). En cambio, las mujeres y los hombres homosexuales refieren tener más referentes familiares con su misma orientación sexual (32.3% y 29.7%, respectivamente) que los hombres y las mujeres plurisexuales (15.7% y 12%, respectivamente).

En cuanto a los referentes en las amistades, las mujeres y los hombres plurisexuales tenían más amistades LGTBI+ (84.9% y 79.7%, respectivamente) que las mujeres y hombres homosexuales (63.7% y 61.8%, respectivamente). Además, dentro del grupo de plurisexuales, las mujeres mostraron mayor prevalencia que los hombres. Por el contrario, en comparación con el resto de grupos, los hombres plurisexuales fueron los que tenían menos amistades de su misma orientación (48.3%). A su vez, las mujeres plurisexuales refirieron tener más amistades de su misma orientación (64%) que los hombres gais (58.6%).

Entre las personas cercanas, las mujeres plurisexuales conocían a más personas LGTBI+ (71%) que el resto de grupos, y los hombres plurisexuales sabían de más personas LGTBI+ (64%) que los hombres gais (53.6%). Sin embargo, los hombres plurisexuales eran los que referían tener menos conocidos de su misma orientación sexual (35.8%), siendo las diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos.

Por último, los hombres plurisexuales, en comparación con el resto de grupos, son los que menos conocían a personas famosas LGTBI+ (70.3%) y de su misma orientación sexual (50.2%) en el momento de tomar conciencia de su orientación. Por su parte, las mujeres plurisexuales conocían a menos personas famosas LGTBI+ (78%) que las mujeres lesbianas (83.4%), y a menos personas famosas de su misma orientación sexual (59.7%) que las mujeres y los hombres homosexuales (82.7% y 79.4%, respectivamente).

Tal y como se observa, parecen haber diferencias en función del ámbito social y de la categoría de orientación sexual. Así pues, en general, las personas plurisexuales son las que menos referentes de su misma orientación tenían, sobre

**Tabla 12**

*Análisis diferenciales de los referentes LGTBI+ y de la misma orientación sexual en diferentes ámbitos en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 2676) <i>n</i> (%)	HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (3)	Tamaño del efecto <i>V</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
<b>Ref. familiares</b>								
LGTBI+	956 (35.7)	300 (31.9)	106 (36.7)	195 (42.6)	355 (35.9)	15.43**	.076	HG, MP < HP
Misma OS	563 (21)	279 (29.7)	93 (32.2)	72 (15.7)	119 (12)	119.94***	.212	HP, MP < HG, ML
<b>Ref. amistades</b>								
LGTBI+	1970 (73.6)	581 (61.8)	184 (63.7)	365 (79.7)	840 (84.9)	156.14***	.242	HG, ML < HP < MP
Misma OS	1573 (58.8)	551 (58.6)	168 (58.1)	221 (48.3)	633 (64)	32.14***	.110	HP < HG, ML, MP HG < MP
<b>Ref. cercanos</b>								
LGTBI+	1666 (62.3)	504 (53.6)	167 (57.8)	293 (64)	702 (71)	64.92***	.156	HG, ML, HP < MP HG < HP
Misma OS	1313 (49.1)	492 (52.3)	153 (52.9)	164 (35.8)	504 (51)	39.40***	.121	HP < HG, ML, MP
<b>Ref. famosos</b>								
LGTBI+	2082 (77.8)	748 (79.6)	241 (83.4)	322 (70.3)	771 (78)	21.85***	.090	HP < HG, ML, MP MP < ML
Misma OS	1805 (67.5)	746 (79.4)	239 (82.7)	230 (50.2)	590 (59.7)	180.66***	.260	HP < MP < HG, ML

*Nota.* HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\**p* < .010; \*\*\**p* < .001

todo, en el caso de los hombres plurisexuales. Si hablamos de referentes LGBTBI+, los resultados parecen ser diferentes, mostrando las personas plurisexuales mayores prevalencias, a excepción del ámbito de personas famosas.

### Reacción familiar ante la «salida del armario»

Entre todas aquellas personas que habían comunicado su orientación sexual a otra persona, se evaluó cuál era la figura familiar más relevante a la que se lo habían revelado, siendo las más prevalentes la madre, la pareja y la hermana (véase la Tabla 13). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría sexual, con un tamaño del efecto pequeño. Cabe destacar también que un 13.6% de mujeres plurisexuales y un 11.5% de hombres plurisexuales informan que nadie de su familia conoce su orientación sexual, frente al 3.5% de hombres gais y al 1.1% de mujeres lesbianas.

Las puntuaciones de la Escala de Reacciones Familiares ante la «Salida del Armario» pueden oscilar entre 30 y 150, siendo las puntuaciones más altas las que indican una reacción más negativa. En este apartado se evaluó tanto la reacción de la figura familiar más relevante, en general, como la reacción percibida de aquellas personas que habían elegido al padre o a la madre (véase la Figura 6). La puntuación media que se obtuvo de la reacción percibida de la figura familiar más relevante fue de 48.62 ( $DT = 22.76$ ), mientras que las personas que eligieron a la figura paterna o materna como la más significativa, obtuvieron una puntuación media de 56.23 ( $DT = 25.93$ ). En ambos casos, las mujeres lesbianas fueron las que informaron haber sufrido una peor reacción y, por el contrario, las mujeres plurisexuales fueron las que mostraron puntuaciones más bajas. En función de las categorías de orientación sexual, se observaron diferencias estadísticamente significativas, con un pequeño tamaño del efecto, tanto en la figura familiar más relevante ( $H = 62.27$ ;  $gl = 3$ ;  $p < .001$ ;  $f = .165$ ), como en la figura del padre/madre ( $H = 20.13$ ;  $gl = 3$ ;  $p < .001$ ;  $f = .142$ ).

**Tabla 13**

*Análisis diferenciales de la figura familiar más relevante a la que le han comunicado su orientación sexual*

	TOTAL (n = 2238) n (%)	HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (39)	Tamaño del efecto V
		HOMBRES (n = 881) n (%)	MUJERES (n = 278) n (%)	HOMBRES (n = 260) n (%)	MUJERES (n = 819) n (%)		
<b>Familiar más relevante que conoce su orientación sexual</b>							
Madre	839 (37.5)	426 (48.4)	112 (40.3)	72 (27.7)	229 (28)	211.96***	.178
Padre	100 (4.5)	38 (4.3)	18 (6.5)	7 (2.7)	37 (4.5)		
Hermana	262 (11.7)	99 (11.2)	36 (12.9)	31 (11.9)	96 (11.7)		
Hermano	126 (5.6)	51 (5.8)	19 (6.8)	14 (5.4)	42 (5.1)		
Tía	22 (1)	5 (0.6)	6 (2.2)	4 (1.5)	7 (0.9)		
Tío	3 (0.1)	2 (0.2)	0 (0)	1 (0.4)	0 (0)		
Abuela	52 (2.3)	19 (2.2)	15 (5.4)	7 (2.7)	11 (1.3)		
Abuelo	3 (0.1)	2 (0.2)	1 (0.4)	0 (0)	0 (0)		
Prima	76 (3.4)	21 (2.4)	13 (4.7)	11 (4.2)	31 (3.8)		
Primo	19 (0.8)	8 (0.9)	0 (0)	2 (0.8)	9 (1.1)		
Pareja	390 (17.4)	118 (13.4)	34 (12.2)	56 (21.5)	182 (22.2)		
Otro familiar	95 (4.2)	27 (3.1)	15 (5.4)	10 (3.8)	43 (5.3)		
Nadie de su familia conoce su orientación	175 (7.8)	31 (3.5)	3 (1.1)	30 (11.5)	111 (13.6)		
Nadie de su familia es importante o relevante	76 (3.4)	34 (3.9)	6 (2.2)	15 (5.8)	21 (2.6)		

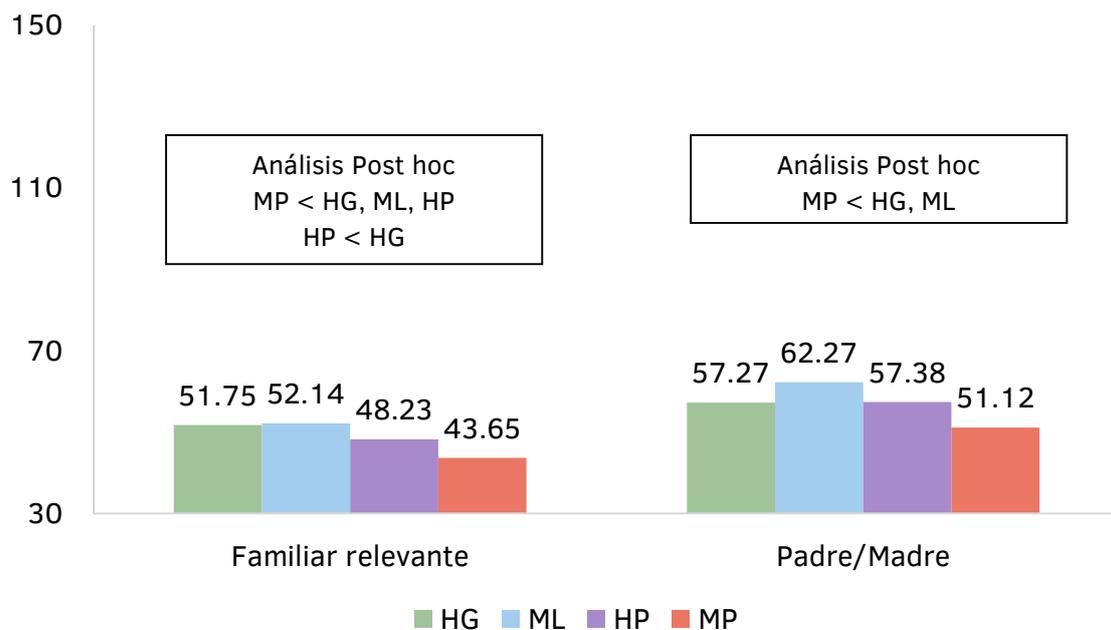
## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

En cuanto a las comparaciones por pares, las mujeres plurisexuales, en comparación con el resto de grupos, son las que mejor reacción percibieron por parte de la figura familiar más relevante ( $M = 43.65$ ). Por su parte, los hombres plurisexuales también recibieron una reacción más positiva ( $M = 48.23$ ) que los hombres gais ( $M = 51.75$ ). En cambio, por lo que respecta a la reacción paterna/materna, las mujeres plurisexuales solo muestran una puntuación significativamente menor ( $M = 51.12$ ) que los hombres gais ( $M = 57.27$ ) y las mujeres lesbianas ( $M = 62.27$ ).

Así pues, parece ser que las mujeres plurisexuales reciben una respuesta más positiva al «salir del armario» con sus familiares, tanto de la figura familiar más relevante como de su padre o madre. Por el contrario, las personas homosexuales, sobre todo las mujeres, son las que peor reacción perciben.

**Figura 6**

*Puntuación media del Cuestionario de Reacción Familiar ante la «Salida del Armario» en función de la categoría de orientación sexual*



## 4. Experiencias vitales con alto impacto emocional

### 4.1. Acoso general

Por lo que respecta a las experiencias de acoso general (véase la Figura 7), un 56.1% manifiesta haber sido víctima de acoso por cualquier tipo de razón. En este caso, los hombres gais son los que mayores prevalencias muestran. Los hombres heterosexuales, por su parte, son los que menos se han visto afectados por estas experiencias de acoso. Si se analizan las diferencias en función de las categorías de orientación sexual, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 169.01$ ;  $gl = 5$ ;  $p < .001$ ), aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $V = .190$ ).

Al analizar las diferencias entre grupos, podemos observar que los hombres gais muestran mayor porcentaje de acoso en comparación con el resto de grupos. Las mujeres plurisexuales también han sufrido más acoso que los hombres y mujeres heterosexuales y que las mujeres lesbianas. Por su parte, los hombres plurisexuales han experimentado más acoso que las personas heterosexuales. Y, por último, los hombres heterosexuales han sufrido menos acoso que las mujeres heterosexuales y que las mujeres lesbianas.

### 4.2. Abuso sexual

En la Figura 7 se presentan los datos de abuso sexual. Casi una cuarta parte de la muestra evaluada (24%) refiere haber sufrido abuso sexual en algún momento de su vida. El grupo que muestra mayor prevalencia de abuso es el de mujeres plurisexuales; y el que menos, el grupo de hombres heterosexuales. Estos resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en función de las categorías de orientación sexual ( $\chi^2 = 457.32$ ;  $gl = 5$ ;  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $V = .313$ ).

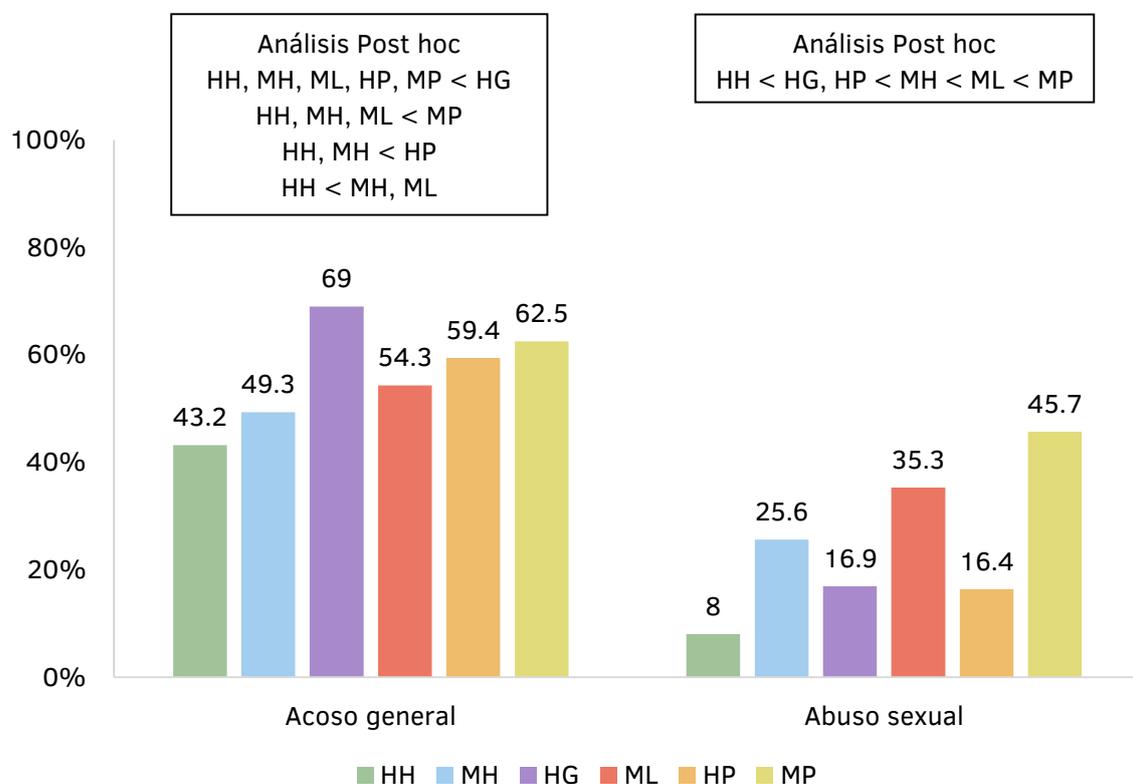
En cuanto a las comparaciones entre pares de grupos, se observa que las mujeres plurisexuales, en comparación con el resto de grupos, son las que más

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

refieren haber sufrido abuso sexual. Por su parte, las mujeres lesbianas también presentan una mayor prevalencia que las mujeres heterosexuales y los tres grupos de hombres. En el caso de las mujeres heterosexuales, ellas también informan de mayores niveles de abuso sexual que los tres grupos de hombres. Por último, en cuanto a los hombres, los hombres heterosexuales muestran menor porcentaje de abuso con respecto a los hombres con una orientación sexual minoritaria. Así pues, en orden de mayor a menor prevalencia de abuso sexual estaría: 1) mujeres plurisexuales, 2) mujeres lesbianas, 3) mujeres heterosexuales, 4) hombres gays y plurisexuales, y 5) hombres heterosexuales. Destaca, por tanto, la importancia de la variable género y la mayor prevalencia en mujeres de cualquier orientación respecto a los hombres.

**Figura 7**

*Porcentaje de personas que han sufrido acoso general o abuso sexual en función de la categoría de orientación sexual*



## 5. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales

La muestra general mostró una puntuación media de 90.14 ( $DT = 19.33$ ) en la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+. Esta escala oscila de 50 a 250, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayores niveles de discriminación, estigma y vivencias negativas relacionadas con la orientación e identidad LGTBI+. Así pues, los hombres gais son los que presentan mayor estrés de las minorías LGTBI+, seguidos de los hombres plurisexuales, las mujeres lesbianas y, en último lugar, las mujeres plurisexuales. En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas entre pares de grupos en la puntuación total (véase la Tabla 14), los hombres gais son los que muestran niveles más altos de estrés de las minorías LGTBI+ ( $M = 94.37$ ), siendo las diferencias con el resto de grupos estadísticamente significativas. Además, los hombres plurisexuales ( $M = 92.07$ ) y las mujeres lesbianas ( $M = 90.39$ ) también puntúan más alto que las mujeres plurisexuales ( $M = 85.14$ ).

### 5.1. Discriminación y victimización por orientación sexual

Por lo que respecta a las distintas dimensiones relacionadas con las situaciones de discriminación y victimización debido a tener una orientación sexual minoritaria, se observa que los hombres gais y las mujeres lesbianas, en comparación con las personas plurisexuales, muestran generalmente niveles más altos (véase la Tabla 14).

Tanto en las microagresiones, como en los eventos de discriminación y los de victimización, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría de orientación sexual, aunque con un tamaño del efecto pequeño, a excepción de los eventos de victimización, que mostraron un tamaño del efecto moderado. Concretamente, las mujeres lesbianas ( $M = 29.15$ ) y los hombres gais ( $M = 28.87$ ), pese a no obtener diferencias estadísticamente significativas entre ellos, son los que informan haber sufrido más microagresiones, seguidos de las mujeres plurisexuales ( $M = 27.57$ ) y, en último lugar, los hombres

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

plurisexuales ( $M = 25.99$ ). En cuanto a los eventos discriminatorios, se observan diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos. Siguiendo el orden de mayor a menor, se encontrarían las mujeres lesbianas ( $M = 9.91$ ), los hombres gais ( $M = 9.64$ ), las mujeres plurisexuales ( $M = 8.70$ ), y los hombres plurisexuales ( $M = 8.25$ ). Del mismo modo, en los eventos de victimización también se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones por pares. Así pues, el grupo más afectado fue el de los hombres gais ( $M = 12.40$ ), seguido por las mujeres lesbianas ( $M = 10.61$ ), los hombres plurisexuales ( $M = 9.91$ ) y, con los niveles más bajos, las mujeres plurisexuales ( $M = 9.17$ ).

Si se abordan específicamente las experiencias de acoso, un 32.5% de las personas evaluadas han sufrido acoso por ser LGTBI+, siendo los hombres gais los que más se han visto afectados (58.7%) y las mujeres plurisexuales las que menos (10.8%). En función de la categoría de orientación sexual se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto moderado (véase la Tabla 15). No obstante, las diferencias siguen siendo estadísticamente significativas si se comparan los grupos por pares. Así pues, los hombres gais han sufrido más acoso LGTBI+ (58.7%) que el resto de grupos, y las mujeres plurisexuales, a su vez, muestran un menor acoso LGTBI+ (10.8%) en comparación con los hombres plurisexuales (28.4) y las mujeres lesbianas (28%).

Por tanto, parece que las personas homosexuales, en comparación con los hombres y mujeres plurisexuales, sufren mayor discriminación y victimización debido a su orientación sexual. Sin embargo, se observan diferencias de género en función de la dimensión. Así pues, las mujeres lesbianas son las que muestran mayor afectación en los eventos discriminatorios, y los hombres gais en los eventos de victimización y el acoso LGTBI+. En las situaciones de microagresión, los hombres gais y las mujeres lesbianas comparten el primer lugar, mostrando la mayor afectación.

## 5.2. Estigma internalizado y aceptación de la propia orientación sexual

En cuanto a las puntuaciones en la dimensión de estigma internalizado, se observan diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría de orientación sexual, aunque con un tamaño del efecto pequeño (véase la Tabla 14). Así pues, los hombres plurisexuales ( $M = 11.47$ ) y los hombres gais ( $M = 10.79$ ) son los que presentan medias más altas, sin diferencias significativas entre ellos. En segundo lugar, estarían las mujeres lesbianas ( $M = 9.15$ ) y, en última posición, las mujeres plurisexuales ( $M = 8.75$ ).

Por el contrario, por lo que respecta a la aceptación de la propia orientación sexual, de entre toda la muestra, un 1.4% manifestó que no aceptaba nada su orientación sexual, un 12.1% refirió hacerlo «un poco», un 37.9% dijo que «bastante», y solo un 48.6% la aceptaba «mucho». Las mujeres lesbianas son las que más aceptación muestran («bastante» y «mucho») y, en cambio, los hombres plurisexuales los que menor aceptación manifiestan («nada» y «un poco»). Las diferencias en función de la categoría de orientación sexual fueron estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño. Cuando se realizan los análisis por pares, los hombres gais y las mujeres lesbianas no muestran diferencias entre sí. Sin embargo, las personas homosexuales sí que muestran mayor aceptación que las personas plurisexuales. Por otra parte, entre las personas plurisexuales, las mujeres manifiestan una aceptación más alta que los hombres (véase la Tabla 15).

## 5.3. Rechazo anticipatorio

Por otro lado, en el rechazo anticipatorio también se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría de orientación sexual, con un tamaño del efecto pequeño (véase la Tabla 14). En cuanto a las comparaciones por pares, los hombres gais ( $M = 12.36$ ) y las mujeres lesbianas

( $M = 12.17$ ) son los que presentan puntuaciones más altas, sin diferencias entre ellos. Los hombres plurisexuales ( $M = 11.24$ ), por su parte, se sitúan en segunda posición, seguidos de las mujeres plurisexuales ( $M = 10.25$ ).

### 5.4. Ocultación de la orientación sexual

En cuanto a la ocultación de la identidad, en función de la categoría de orientación sexual, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño (véase la Tabla 14). Concretamente, los hombres plurisexuales son los que mayores niveles de ocultación presentan ( $M = 12.73$ ), seguidos de los hombres gais ( $M = 10.80$ ) y, en tercera posición y sin diferencias entre ellas, las mujeres lesbianas ( $M = 9.88$ ) y las plurisexuales ( $M = 9.51$ ).

### 5.5. Conexión comunitaria

Por último, en función de las categorías de orientación sexual, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de conexión comunitaria, con un tamaño del efecto moderado (véase la Tabla 14). Si se analizan las diferencias por pares, se observa que los hombres gais ( $M = 20.49$ ) y las mujeres lesbianas ( $M = 20.48$ ) son los que presentan mayores niveles, aunque sin diferencias entre ellos. En segundo lugar, se encuentran las mujeres plurisexuales ( $M = 18.80$ ) y, en última instancia, los hombres plurisexuales ( $M = 17.51$ ).

**Tabla 14**

*Análisis diferenciales de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 2676) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste <i>H</i> (3)	Tamaño del efecto <i>f</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>M</i> ( <i>DT</i> )	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>M</i> ( <i>DT</i> )			
<b>Estrés minorías LGTBI+</b>								
Ocultación identidad (6-30)	10.56 (4.62)	10.80 (4.89)	9.88 (3.92)	12.73 (5.48)	9.51 (3.65)	127.70***	.244	ML, MP < HG < HP
Microagresiones (13-65)	27.93 (7.10)	28.87 (7.24)	29.15 (6.57)	25.99 (7.13)	27.57 (6.88)	62.15***	.151	HP < MP < HG, ML
Rechazo anticipatorio (6-30)	11.37 (5.01)	12.36 (5.20)	12.17 (4.89)	11.24 (5.25)	10.25 (4.47)	111.08***	.187	MP < HP < HG, ML
Eventos discriminatorios (6-30)	9.08 (2.69)	9.64 (2.94)	9.91 (2.71)	8.25 (2.71)	8.70 (2.20)	156.62***	.221	HP < MP < HG < ML
Estigma internalizado (7-35)	9.97 (4.74)	10.79 (5.25)	9.15 (3.66)	11.47 (5.85)	8.75 (3.40)	150.15***	.234	MP < ML < HG, HP
Eventos de victimización (7-35)	10.59 (4.32)	12.40 (4.95)	10.61 (3.75)	9.91 (4.20)	9.17 (3.10)	357.51***	.325	MP < HP < ML < HG
Conexión comunitaria (5-25)	19.36 (4.11)	20.49 (3.99)	20.48 (3.48)	17.51 (4.59)	18.80 (3.72)	213.02***	.275	HP < MP < HG, ML
Puntuación total (50-250)	90.14 (19.33)	94.37 (21.24)	90.39 (17.31)	92.07 (20.56)	85.14 (16.02)	111.80***	.208	MP < ML, HP < HG

**Tabla 15**

*Análisis diferenciales de los porcentajes de acoso LGTBI+ y aceptación de la propia orientación sexual en función de la categoría de orientación sexual*

	TOTAL ( <i>n</i> = 2676) <i>n</i> (%)	HOMOSEXUALES		PLURISEXUALES		Análisis de contraste $\chi^2$ (3)	Tamaño del efecto <i>V</i>	Post hoc
		HOMBRES ( <i>n</i> = 940) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 289) <i>n</i> (%)	HOMBRES ( <i>n</i> = 458) <i>n</i> (%)	MUJERES ( <i>n</i> = 989) <i>n</i> (%)			
<b>Acoso LGTBI+</b>								
Sí	870 (32.5)	552 (58.7)	81 (28)	130 (28.4)	107 (10.8)	512.65***	.438	MP < ML, HP < HG
No	1806 (67.5)	388 (41.3)	208 (72)	328 (71.6)	882 (89.2)			
<b>Aceptación orientación sexual</b>								
Nada	38 (1.4)	8 (0.9)	3 (1)	17 (3.7)	10 (1)	128.45***	.126	HP < MP < HG, ML
Un poco	323 (12.1)	74 (7.9)	19 (6.6)	91 (19.9)	139 (14.1)			
Bastante	1015 (37.9)	335 (35.6)	99 (34.3)	214 (46.7)	367 (37.1)			
Mucho	1300 (48.6)	523 (55.6)	168 (58.1)	136 (29.7)	473 (47.8)			

*Nota.* HG = Hombres Gais; ML = Mujeres Lesbianas; HP = Hombres Plurisexuales; MP = Mujeres Plurisexuales.

\*\*\**p* < .001

## 6. Factores de riesgo y protectores asociados a los síntomas psicopatológicos de las personas con una orientación sexual minoritaria

En este apartado se muestran los diferentes factores que explican la sintomatología psicopatológica en población con una orientación sexual minoritaria. Para ello, se ha considerado la puntuación total del cuestionario de síntomas psicopatológicos como variable dependiente. Como variables independientes se incluyeron un total de 27. Por una parte, se tuvieron en cuenta una serie de variables sociodemográficas: el género, la orientación sexual, la situación de pareja, la edad, el nivel de estudios, las creencias religiosas, la ideología política y el tipo de localidad de crianza. Por otra parte, se incluyeron las dudas con la orientación sexual en algún momento y en la actualidad, los cambios en la orientación sexual, la edad de toma de conciencia de la orientación sexual, los referentes con una misma orientación sexual en la familia, entre las amistades, entre personas conocidas y en personajes famosos, la reacción familiar ante la «salida del armario», la experiencia de abuso sexual, las siete dimensiones de la Escala del Estrés de las Minorías LGTBI+ (ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio, eventos de discriminación, estigma internalizado, eventos de victimización y conexión comunitaria), la aceptación propia de la orientación sexual y el acoso LGTBI+.

En un primer momento, se ha realizado el modelo general para hombres y mujeres con una orientación sexual minoritaria y, en segundo lugar, se han calculado los modelos específicos para cada uno de los cuatro grupos: hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales.

Según el modelo extraído por regresión lineal múltiple en población con una orientación sexual minoritaria, catorce variables resultaron estadísticamente significativas (véase la Tabla 16). Así pues, los síntomas psicopatológicos en esta población están relacionados, en un sentido global, con el género, la orientación sexual, la edad, el nivel de estudios, las dudas actuales sobre la orientación sexual, la edad de toma de conciencia de la orientación sexual, los referentes familiares y

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

entre las amistades con la misma orientación sexual, el abuso sexual, y algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales (microagresiones, rechazo anticipatorio, estigma internalizado, eventos de victimización y conexión comunitaria). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 56.96$ ;  $gl = 14$ ;  $p < .001$ ) y explica el 28.3% de la varianza.

**Tabla 16**

*Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en personas con una orientación sexual minoritaria*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	22.01	5.42		4.05	< .001	11.35	32.65
Ser mujer	6.38	1.42	0.11	4.47	< .001	3.58	9.18
Ser plurisexual	8.09	1.42	0.13	5.66	< .001	5.29	10.89
Edad	-0.11	0.05	-0.04	-2.02	.043	-0.23	-0.01
Nivel de estudios	-4.71	0.56	-0.16	-8.38	< .001	-5.82	-3.61
Dudas OS actuales	6.89	1.71	0.08	4.03	< .001	3.54	10.24
Edad de toma de conciencia OS	-0.19	0.09	-0.04	-2.01	.045	-0.38	-0.01
Referentes familiares misma OS	-2.93	1.37	-0.04	-2.13	.033	-5.64	-0.23
Referentes en amistades misma OS	3.29	1.19	0.05	2.75	.006	0.95	5.64
Abuso sexual	6.90	1.32	0.11	5.22	< .001	4.31	9.49
Microagresiones	0.54	0.11	0.12	5.05	< .001	0.33	0.75
Rechazo anticipatorio	0.95	0.14	0.16	6.79	< .001	0.68	1.23
Estigma internalizado	1.01	0.15	0.14	6.60	< .001	0.70	1.30
Eventos de victimización	0.87	0.16	0.13	5.19	< .001	0.54	1.20
Conexión comunitaria	-0.50	0.15	-0.06	-3.22	.001	-0.81	-0.19

Teniendo en cuenta el valor tipificado de Beta, podría interpretarse que experimentar rechazo anticipatorio y tener un nivel bajo de estudios son los dos factores que mayor asociación muestran con puntuaciones más altas de

sintomatología psicopatológica en las personas con una orientación sexual minoritaria. En segundo lugar, estaría el estigma internalizado. En tercer lugar, con el mismo valor tipificado de Beta, encontraríamos el hecho de ser plurisexuales y haber experimentado eventos de victimización. Estos factores vendrían seguidos de haber sufrido microagresiones. En quinto lugar, con el mismo peso, aparecen el hecho de haber sido víctima de abuso sexual y ser mujer. A continuación, por orden, irían las dudas actuales con la propia orientación sexual, la baja conexión comunitaria y tener amistades con la misma orientación sexual. Por último, con la misma puntuación, estarían ser joven, tomar conciencia de la orientación sexual a una edad temprana y la ausencia de referentes familiares con la misma orientación sexual.

En cuanto a los valores de  $\beta$ , dado que el rechazo anticipatorio tiene un valor de 0.95, si el resto de variables se mantienen constantes, a un aumento de una unidad en el rechazo anticipatorio le corresponde, en promedio, un aumento de 0.95 puntos en la puntuación total del cuestionario de síntomas psicopatológicos.

### 6.1. Hombres gais

Los modelos de regresión que se exponen a continuación solo constarán de 25 variables ya que, al tratarse de modelos específicos para un colectivo en concreto, el género y la orientación sexual han sido eliminados.

Así pues, por lo que respecta a los hombres gais, el modelo extraído por regresión lineal múltiple muestra siete variables estadísticamente significativas. Teniendo en cuenta el valor tipificado de Beta, podría interpretarse que, por orden de importancia, los factores asociados con una mayor sintomatología psicopatológica en hombres gais son: 1) experimentar rechazo anticipatorio, 2) tener estigma internalizado, 3) haber sufrido microagresiones y tener un nivel bajo de estudios, 4) haber experimentado eventos de victimización, 5) haber sufrido abuso sexual y, por último, 6) no haber experimentado cambios con la orientación sexual (véase la Tabla 17). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 58.54$ ;  $gl = 7$ ;  $p < .001$ ) y explica el 33.1% de la varianza.

**Tabla 17***Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en hombres gais*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	-0.12	5.06		-0.02	.980	-10.06	9.81
Nivel de estudios	-4.15	0.80	-0.15	-5.17	< .001	-5.72	-2.57
Cambios OS	-3.89	1.81	-0.06	-2.15	.032	-7.44	-0.34
Abuso sexual	5.59	2.20	0.07	2.53	.011	1.26	9.92
Microagresiones	0.57	0.14	0.15	3.89	< .001	0.28	0.86
Rechazo anticipatorio	1.35	0.19	0.25	6.84	< .001	0.96	1.74
Estigma internalizado	1.26	0.18	0.22	7.06	< .001	0.91	1.62
Eventos de victimización	0.63	0.20	0.11	3.07	.002	0.23	1.04

## 6.2. Mujeres lesbianas

En el modelo de síntomas psicopatológicos en mujeres lesbianas se encontraron seis variables estadísticamente significativas que, por orden de importancia, son: 1) experimentar rechazo anticipatorio, 2) haber sufrido abuso sexual, 3) tener un nivel bajo de estudios, 4) tener referentes de la misma orientación sexual entre las amistades, y 5) ser joven y no tener referentes familiares con la misma orientación sexual (véase la Tabla 18). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 16.57$ ;  $gl = 6$ ;  $p < .001$ ) y explica el 25.9% de la varianza.

## 6.3. Hombres plurisexuales

En cuanto al modelo extraído en los hombres plurisexuales, se observan cinco variables que están asociadas significativamente con los síntomas psicopatológicos. Por orden de relevancia son: 1) tener dudas con la propia orientación sexual en la actualidad, 2) tener un nivel bajo de estudios, 3) experimentar rechazo anticipatorio, 3) haber sufrido microagresiones y, en

último lugar, 4) ser creyente (véase la Tabla 19). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 20.45$ ;  $gl = 5$ ;  $p < .001$ ) y explica el 31.4% de la varianza.

**Tabla 18**

*Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en mujeres lesbianas*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	36.47	8.56		4.25	< .001	19.61	53.33
Edad	-0.29	0.13	-0.11	-2.17	.030	-0.56	-0.02
Nivel de estudios	-5.13	1.39	-0.19	-3.67	< .001	-7.89	-2.38
Referentes familiares misma OS	-6.64	3.03	-0.11	-2.19	.029	-12.62	-0.67
Referentes en amistades misma OS	7.55	2.87	0.14	2.62	.009	1.88	13.22
Abuso sexual	12.24	2.90	0.22	4.21	< .001	6.52	17.96
Rechazo anticipatorio	2.14	0.28	0.40	7.44	< .001	1.57	2.71

**Tabla 19**

*Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en hombres plurisexuales*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	18.77	10.11		1.85	.065	-1.17	38.71
Nivel de estudios	-6.25	1.48	-0.24	-4.20	< .001	-9.18	-3.32
Ser creyente	9.76	3.77	0.15	2.58	.010	2.32	17.19
Dudas OS actuales	18.19	3.65	0.28	4.98	< .001	10.99	25.39
Microagresiones	0.91	0.27	0.22	3.36	.001	0.38	1.45
Rechazo anticipatorio	1.23	0.33	0.23	3.71	< .001	0.58	1.89

#### 6.4. Mujeres plurisexuales

El modelo resultante de los síntomas psicopatológicos en mujeres plurisexuales obtuvo ocho variables estadísticamente significativas. Las que más peso mostraron en el modelo fueron: 1) haber sufrido eventos de victimización, 2) tener bajo nivel de estudios, 3) haber sufrido abuso sexual, 4) haber sido víctima de microagresiones, 5) ser joven y tener estigma internalizado, 6) tener dudas sobre la propia orientación sexual en la actualidad, y 7) tener baja conexión comunitaria (véase la Tabla 20). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 23.83$ ;  $gl = 8$ ;  $p < .001$ ) y explica el 21% de la varianza.

**Tabla 20**

*Modelo de regresión lineal múltiple de síntomas psicopatológicos en mujeres plurisexuales*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	43.68	9.33		4.68	< .001	25.36	62.01
Edad	-0.38	0.12	-0.11	-3.14	.002	-0.62	-0.14
Nivel de estudios	-4.44	1.08	-0.14	-4.09	< .001	-6.57	-2.31
Dudas OS actuales	8.33	2.76	0.10	3.01	.003	2.91	13.75
Abuso sexual	8.45	2.18	0.13	3.87	< .001	4.16	12.74
Microagresiones	0.56	0.19	0.12	2.96	.003	0.19	0.93
Estigma internalizado	1.12	0.35	0.11	3.16	.002	0.42	1.81
Eventos de victimización	2.05	0.40	0.20	5.03	< .001	1.25	2.85
Conexión comunitaria	-0.78	0.31	-0.08	-2.52	.012	-1.39	-0.17

En resumen, los modelos de regresión propuestos explican entre un 21% y un 33.4% de los síntomas psicopatológicos de la población LGB+. Pese a que existen diferencias importantes entre los modelos, en todos ellos aparece significativa alguna de las variables relacionadas con la discriminación, el estigma y las vivencias específicas de la población con una orientación sexual minoritaria.

Así pues, haber experimentado microagresiones o tener niveles altos de estigma internalizado resultaron predictores, casi en todos los modelos, de niveles más altos de sintomatología psicopatológica. Otros resultados que cabría señalar serían, por ejemplo, que las experiencias de abuso sexual han resultado predictoras de mayor sintomatología psicopatológica en todos los modelos, a excepción del de los hombres plurisexuales, que no resultó significativa. Por su parte, tanto en el modelo general como en el de las mujeres y hombres plurisexuales, los síntomas psicopatológicos han estado explicados, en parte, por tener dudas en la actualidad sobre la propia orientación sexual. En cuanto a los factores protectores, dejando de lado las variables sociodemográficas, la conexión comunitaria predijo niveles más bajos de psicopatología en el modelo general y en el específico de mujeres plurisexuales, y tener referentes familiares con la misma orientación sexual también explicó una menor sintomatología psicopatológica en el modelo general y en el de las mujeres lesbianas. Además, en los hombres gais, haber experimentado cambios en la orientación sexual también resultó predictor de menores niveles de sintomatología psicopatológica.

## **7. Factores de riesgo y protectores asociados al bienestar psicológico de las personas con una orientación sexual minoritaria**

A continuación, se detallan los diferentes factores que explican el bienestar psicológico en personas con una orientación sexual minoritaria. Como variable criterio se ha considerado la puntuación total en la Escala de Bienestar Psicológico. Como variables independientes se han incluido los mismos factores que en los modelos de los síntomas psicopatológicos. Así pues, entre los 27 factores constaban algunas variables sociodemográficas (el género, la orientación sexual, la situación de pareja, la edad, el nivel de estudios, las creencias religiosas, la ideología política y el tipo de localidad de crianza) las dudas con la orientación sexual en algún momento y en la actualidad, los cambios en la orientación sexual, la edad de toma de conciencia de la orientación sexual, los referentes con una

## CAPÍTULO 6: RESULTADOS

misma orientación sexual en la familia, entre las amistades, entre personas conocidas y en personajes famosos, la reacción familiar ante la «salida del armario», la experiencia de abuso sexual, las siete dimensiones de la Escala del Estrés de las Minorías LGTBI+ (ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio, eventos de discriminación, estigma internalizado, eventos de victimización y conexión comunitaria), la aceptación propia de la orientación sexual y el acoso LGTBI+.

En primer lugar, se mostrará el modelo general realizado para hombres y mujeres con una orientación sexual minoritaria y, en segundo lugar, se detallarán los cuatro modelos específicos para hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales.

Según el modelo extraído del bienestar psicológico en población con una orientación sexual minoritaria, doce variables resultaron estadísticamente significativas: el género, la situación de pareja, la edad, el nivel de estudios, las dudas actuales sobre la orientación sexual, los referentes familiares con la misma orientación sexual, algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales (ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio, estigma internalizado y conexión comunitaria) y el acoso LGTBI+ (véase la Tabla 21). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 52.86$ ;  $gl = 12$ ;  $p < .001$ ) y explica el 23.9% de la varianza.

Si se observa el valor tipificado de Beta, podría interpretarse que los factores que mayor peso muestran con puntuaciones más altas de bienestar psicológico son: 1) menor estigma internalizado y tener un nivel alto de estudios, 2) tener conexión comunitaria, 3) ser hombre, 4) tener menores niveles de rechazo anticipatorio y menor ocultación de la identidad, 5) tener mayor edad, 6) puntuaciones bajas en las microagresiones, 7) no tener dudas con la orientación sexual en la actualidad, 8) no haber experimentado acoso por ser LGTBI+ y, en última instancia, 9) tener pareja y tener referentes familiares con la misma orientación sexual.

En cuanto a los valores de  $\beta$ , dado que el estigma internalizado tiene un valor de -1.01, si el resto de variables se mantienen constantes, a un aumento de una unidad en el estigma internalizado le corresponde, en promedio, una disminución de 1.01 puntos en la puntuación total de la Escala de Bienestar Psicológico.

**Tabla 21**

*Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en personas con una orientación sexual minoritaria*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	113.44	4.45		25.48	< .001	104.71	122.17
Ser mujer	-6.28	1.13	-0.12	-5.53	< .001	-8.51	-4.06
Tener pareja	2.05	1.03	0.04	1.99	.046	0.03	4.08
Edad	0.23	0.04	0.10	4.83	< .001	0.14	0.33
Nivel de estudios	4.34	0.48	0.17	8.91	< .001	3.39	5.30
Dudas OS actuales	-5.66	1.47	-0.07	-3.84	< .001	-8.54	-2.77
Referentes familiares misma OS	2.85	1.15	0.04	2.47	.013	0.59	5.12
Ocultación de la identidad	-0.68	0.14	-0.11	-4.63	< .001	-0.97	-0.39
Microagresiones	-0.28	0.08	-0.08	-3.38	.001	-0.45	-0.12
Rechazo anticipatorio	-0.56	0.13	-0.11	-4.30	< .001	-0.82	-0.30
Estigma internalizado	-1.01	0.13	-0.17	-7.39	< .001	-1.28	-0.74
Conexión comunitaria	0.90	0.13	0.13	6.73	< .001	0.64	1.17
Acoso LGTBI+	-3.10	1.15	-0.06	-2.69	.007	-5.36	-0.84

### 7.1. Hombres gais

A partir de aquí, al tratarse de modelos enfocados específicamente a un segmento de población, las variables de género y orientación sexual fueron eliminadas del modelo, quedándose en 25 factores.

Así pues, en el modelo de bienestar psicológico en hombres gais se encontraron un total de diez variables que están significativamente asociadas. Por orden de relevancia son: 1) experimentar poco rechazo anticipatorio, 2) tener bajo estigma internalizado, 3) tener mayor nivel de estudios, 4) tener pareja y mayor conexión comunitaria, 5) tener una baja ocultación de la identidad y haber sufrido pocas microagresiones, 6) haber experimentado una buena reacción familiar ante la «salida del armario», 7) tener buena aceptación de la propia orientación sexual y, en última posición, 8) tener referentes familiares con la misma orientación sexual (véase la Tabla 22). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 32.82$ ;  $gl = 10$ ;  $p < .001$ ) y explica el 28.1% de la varianza.

**Tabla 22**

*Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en hombres gais*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	107.47	13.10		8.20	< .001	81.74	133.20
Tener pareja	5.40	1.54	0.10	3.49	.001	2.36	8.44
Nivel de estudios	4.16	0.76	0.16	5.42	< .001	2.65	5.66
Referentes familiares misma OS	3.59	1.64	0.06	2.18	.029	0.36	6.82
Reacción familiar	-0.08	0.03	-0.08	-2.73	.006	-0.15	-0.02
Ocultación de la identidad	-0.52	0.21	-0.09	-2.50	.012	-0.94	-0.11
Microagresiones	-0.33	0.12	-0.09	-2.61	.009	-0.58	-0.08
Rechazo anticipatorio	-1.06	0.20	-0.21	-5.31	< .001	-1.45	-0.67
Estigma internalizado	-0.95	0.18	-0.17	-5.03	< .001	-1.32	-0.57
Conexión comunitaria	0.67	0.20	0.10	3.33	.001	0.27	1.07
Aceptación propia OS	25.37	11.03	0.07	2.30	.022	3.72	47.02

## 7.2. Mujeres lesbianas

El modelo extraído muestra que el bienestar psicológico en mujeres lesbianas está significativamente relacionado con siete variables. Las que mayor peso mostraron fueron: 1) experimentar bajo rechazo anticipatorio, 2) tener poco estigma internalizado, 3) tener mayor edad y una alta conexión comunitaria, 4) haber sufrido eventos de discriminación, 5) no tener dudas sobre la orientación sexual en la actualidad, y 6) haberse criado en una localidad rural (véase la Tabla 23). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 13.57$ ;  $gl = 7$ ;  $p < .001$ ) y explica el 24.8% de la varianza.

**Tabla 23**

*Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en mujeres lesbianas*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	111.85	10.10		11.07	< .001	91.96	131.74
Edad	0.32	0.12	0.15	2.71	.007	0.09	0.56
Localidad rural	6.37	2.95	0.11	2.16	.032	0.56	12.19
Dudas OS actuales	-8.48	3.69	-0.12	-2.29	.023	-15.76	-1.20
Rechazo anticipatorio	-1.42	0.29	-0.31	-4.87	< .001	-2.00	-0.84
Eventos de discriminación	1.18	0.50	0.14	2.35	.019	0.19	2.18
Estigma internalizado	-1.13	0.38	-0.17	-2.92	.004	-1.90	-0.37
Conexión comunitaria	0.97	0.36	0.15	2.67	.008	0.25	1.68

## 7.3. Hombres plurisexuales

El modelo de bienestar psicológico en hombres plurisexuales mostró una asociación significativa con cinco variables. Por orden de relevancia son: 1) tener un nivel alto de estudios, 2) tener poco estigma internalizado, 3) no tener dudas con la propia orientación sexual en la actualidad, 4) no haber tenido dudas con la propia orientación sexual en algún momento y, por último, 5) haber sufrido pocos

eventos de discriminación (véase la Tabla 24). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 15.53$ ;  $gl = 5$ ;  $p < .001$ ) y explica el 25.4% de la varianza.

**Tabla 24**

*Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en hombres plurisexuales*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	137.37	8.62		15.93	< .001	120.38	154.37
Nivel de estudios	5.75	1.30	0.26	4.41	< .001	3.18	8.31
Dudas OS en algún momento	-12.19	4.29	-0.17	-2.83	.005	-20.65	-3.72
Dudas OS actuales	-10.48	3.43	-0.19	-3.05	.003	-17.25	-3.70
Eventos de discriminación	-1.49	0.56	-0.16	-2.63	.009	-2.61	-0.37
Estigma internalizado	-1.02	0.32	-0.20	-3.18	.002	-1.66	-0.39

#### 7.4. Mujeres plurisexuales

En cuanto al modelo de bienestar psicológico en mujeres plurisexuales, se observaron un total de ocho variables que estaban significativamente asociadas. Las variables que mayor importancia mostraron fueron: 1) tener mayor nivel de estudios, 2) mayores niveles de conexión comunitaria, 3) tener mayor edad, 4) tener poco estigma internalizado, 5) tener baja ocultación de la identidad, 6) no tener dudas actuales sobre la orientación sexual y, en último lugar, 7) no haber sufrido acoso LGTBI+ y haber experimentado pocas microagresiones (véase la Tabla 25). El modelo resulta estadísticamente significativo ( $F = 25.09$ ;  $gl = 8$ ;  $p < .001$ ) y explica el 21.9% de la varianza.

**Tabla 25***Modelo de regresión lineal múltiple de bienestar psicológico en mujeres plurisexuales*

Variables	$\beta$	Error estándar	Beta tipificada	$t$	$p$	95% CI	
						Inferior	Superior
Constante	93.89	7.23		12.97	< .001	79.68	108.09
Edad	0.45	0.09	0.16	4.64	< .001	0.26	0.64
Nivel de estudios	4.66	0.85	0.19	5.48	< .001	2.99	6.33
Dudas OS actuales	-7.43	2.17	-0.12	-3.41	.001	-11.71	-3.15
Ocultación de la identidad	-0.91	0.26	-0.13	-3.48	.001	-1.43	-0.40
Microagresiones	-0.33	0.13	-0.09	-2.53	.011	-0.60	-0.07
Estigma internalizado	-1.19	0.28	-0.15	-4.16	< .001	-1.75	-0.63
Conexión comunitaria	1.24	0.24	0.17	5.10	< .001	0.76	1.72
Acoso LGTBI+	-6.68	2.59	-0.09	-2.57	.010	-11.77	-1.59

A modo de resumen, las variables propuestas consiguen explicar entre un 21.9% y un 28.1% del bienestar psicológico de la población LGB+. Tal y como ocurría en los síntomas psicopatológicos, existen diferencias entre los diferentes modelos de regresión, aunque en todos ellos resultan significativas alguna de las variables asociadas al estrés de las minorías sexuales o al proceso de toma de conciencia de la orientación sexual. Así pues, de manera casi unánime, experiencias como la ocultación de la identidad, el estigma internalizado o las dudas actuales con la propia orientación sexual predijeron niveles más bajos de bienestar psicológico. Por el contrario, la conexión comunitaria resultó predictora de mayor bienestar psicológico en todos los modelos, a excepción del específico de mujeres lesbianas. Del mismo modo, tanto en el modelo general como en el de los hombres gais, los niveles más altos de bienestar psicológico también fueron explicados por tener referentes familiares con la misma orientación sexual. En el caso concreto de algunos modelos, el bienestar psicológico estuvo explicado por una mayor aceptación de la propia orientación sexual en los hombres gais, y por mayores niveles de discriminación en las mujeres lesbianas.



# BLOQUE IV

# DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

## ÍNDICE

CAP. 7 – Discusión

CAP. 8 – Conclusiones



# DISCUSIÓN

La Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003) defiende que las personas con una orientación sexual minoritaria, por el hecho de salirse del marco heteronormativo, deben hacer frente a una serie de situaciones que suponen un estrés añadido a su vida diaria. Hablamos de, por ejemplo, gestionar la «salida del armario» o sobreponerse a experiencias de victimización debido a la propia orientación sexual. Este ambiente tan hostil requiere una alta dedicación de recursos atencionales y psicológicos, lo que termina repercutiendo en la salud mental de las minorías sexuales.

Por ello, el objetivo del presente estudio fue, en primer lugar, determinar si las personas con una orientación sexual minoritaria presentaban peor salud mental que las personas heterosexuales y, en ese caso, determinar si existía algún grupo más vulnerable que otro. En estos términos, se evaluaron los síntomas psicopatológicos, la ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio, el bienestar psicológico, la satisfacción sexual y la satisfacción corporal.

En segundo lugar, se quiso detallar las experiencias, tanto generales como específicas de la población LGB+, que podrían estar afectando a su salud mental y determinar si existían diferencias en función de los grupos. En este apartado se han evaluado aspectos como el proceso de formación y toma de conciencia de la orientación sexual, las experiencias de abuso sexual, o situaciones relacionadas con el estrés de las minorías (ocultación de la orientación sexual, estigma internalizado, discriminación, etc.).

Por último, teniendo en cuenta todos estos factores que podrían estar influyendo en que las personas LGB+ tuvieran una vivencia más negativa de su sexualidad, se han realizado análisis para saber qué variables estarían explicando los síntomas psicopatológicos y el bienestar psicológico de la población LGB+.

A continuación, se van a detallar los principales resultados obtenidos en torno a cada una de las hipótesis formuladas y su relación con la literatura existente. En este punto, cabe enfatizar que mucha de la bibliografía que se ha

utilizado para explicar los resultados de las personas plurisexuales estaban basados solamente en población bisexual, dada la ausencia de literatura que incluya también a otras orientaciones plurisexuales.

### 1. Salud mental y calidad de vida

#### 1.1. Problemas de salud mental

##### *Síntomas psicopatológicos*

###### **Hipótesis 1**

---

En función de la categoría de orientación sexual existirán diferencias estadísticamente significativas en los síntomas psicopatológicos, siendo las mujeres plurisexuales las que más sintomatología psicopatológica presenten y los hombres heterosexuales, los que menos.

---

En cuanto a la primera hipótesis, hemos obtenido que las mujeres plurisexuales son, efectivamente, las que mayor puntuación total presentan en el cuestionario de síntomas psicopatológicos, siendo las diferencias con el resto de grupos estadísticamente significativas. Unos datos que coinciden con los obtenidos en otros estudios (Borgogna et al., 2019; Plöderl & Tremblay, 2015; Ross et al., 2018; Semlyen et al., 2016). En cambio, los hombres heterosexuales son los que muestran puntuaciones totales más bajas, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con todos los grupos menos con el de hombres gais. Por tanto, podemos decir que se cumple la hipótesis planteada.

*Ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio***Hipótesis 2**

---

Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, concretamente en la frecuencia de la ideación y otros comportamientos relacionados con el suicidio. Las mujeres plurisexuales serán las que mayor frecuencia presentarán y los hombres heterosexuales, los que menos.

---

En nuestro estudio, tal y como ya se había observado en otros estudios (Miranda-Mendizábal et al., 2017; Plöderl & Tremblay, 2015; Pompili et al., 2014; Ross et al., 2018; Woodward et al., 2013), las mujeres plurisexuales muestran mayor frecuencia en todas las variables relacionadas con el suicidio, siendo las diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos. Por el contrario, los hombres heterosexuales son los que menos experimentan estas conductas, aunque las diferencias con el resto de grupos varían en función de la conducta específica. Así pues, con el hecho de pensar en la muerte como una liberación, los hombres heterosexuales solo muestran puntuaciones estadísticamente menores con los hombres gays y las mujeres plurisexuales. En la ideación y planificación suicida, se observan diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos, a excepción de las mujeres heterosexuales. Por último, en los intentos suicidas, obtienen puntuaciones estadísticamente menores que las mujeres heterosexuales, los hombres gays, las mujeres lesbianas y las mujeres plurisexuales.

Según postulaba Meyer (2003) en la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales, las personas con una orientación sexual minoritaria, por el hecho de tener una identidad socialmente estigmatizada, deben hacer frente a una serie de situaciones discriminatorias que estarían afectando negativamente a su salud

mental. Esta relación entre discriminación y mayor impacto emocional y psicológico ha sido ampliamente documentada por la literatura científica (Albaladejo-Blázquez et al., 2019; Khan et al., 2017; Mendoza-Perez & Ortiz-Hernandez, 2021; Moya & Moya-Garófano, 2020; Moyano & Sánchez-Fuentes, 2020; Ngamake et al., 2016; Walch et al., 2016). Sin embargo, faltaría explicar por qué las personas homosexuales, pese a pertenecer a una minoría sexual como la población plurisexual, no estarían mostrando tanta afectación emocional. Más si cabe, cuando las personas homosexuales manifiestan niveles más altos de discriminación que la población bisexual (Bostwick et al., 2014; Colledge et al., 2015). Parece deducirse, por tanto, que la salud mental de las personas plurisexuales no depende tanto de la discriminación recibida como minoría sexual, sino de otras vivencias específicas —también con una alta carga emocional— con las que deben lidiar por el hecho concreto de ser personas plurisexuales. Esto parece guardar relación con un estudio realizado en Reino Unido (Pitman et al., 2021) en el que se observó que las personas homosexuales y bisexuales presentaban mayores prevalencias de trastorno mental. Sin embargo, cuando se controló el efecto que podría tener en esta asociación la discriminación y el acoso sufrido por la orientación sexual, la fuerza de esta asociación se vio ampliamente reducida para las personas homosexuales, pero no en las personas bisexuales. Es decir, parece ser que la discriminación y el acoso sufrido por personas homosexuales estaría explicando en gran medida las prevalencias de trastorno mental en esta población; en cambio, no ocurriría así en las personas plurisexuales, en las que estarían influyendo también otras variables.

Estas vivencias específicas podrían tener relación con la invisibilización social de la orientación bisexual, lo que también se conoce como «borrado bisexual». En un primer momento, basándose en una creencia monosexista y una perspectiva binaria de la sexualidad, se niega su existencia al considerar que todas las personas son heterosexuales u homosexuales (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015). Así pues, se entiende la bisexualidad como una fase o como algo temporal

(Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Hayfield, 2021), y se percibe a los hombres bisexuales como hombres gais que no se atreven a «salir del armario», y a las mujeres bisexuales como mujeres heterosexuales que buscan llamar la atención y resultar atractivas para los hombres heterosexuales (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Hayfield, 2021; Pennasilico & Amodeo, 2019). Al ponerse en entredicho la existencia de las orientaciones bisexuales, hay personas que manifiestan que se han sentido presionadas a realizar ciertas conductas con hombres y mujeres para demostrar su orientación sexual (Flanders et al., 2017). Este cuestionamiento de la bisexualidad se ha observado incluso en el ámbito científico, donde llegó a afirmarse que la bisexualidad en los hombres no existía (Rieger et al., 2005). No obstante, posteriormente sí que se ha observado que los hombres bisexuales presentan un patrón de excitación característico y diferente respecto a los hombres heterosexuales y a los hombres gais (Rosenthal et al., 2011).

En los casos en los que se acepta la existencia de la bisexualidad, esta se «deslegitima» como una orientación sexual válida (Burke, 2016), cayendo en prejuicios y en estereotipos como que las personas bisexuales son gente confundida, hipersexual, promiscua, infiel, incapaz de mantener relaciones estables y monógamas, que asume mayores riesgos sexuales y, por tanto, tiene más probabilidades de tener alguna infección de transmisión sexual, entre otros (Alarie & Gaudet, 2013; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Flanders et al., 2019; Hayfield et al., 2018; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014). Esta discriminación la reciben tanto por parte de personas heterosexuales como por personas homosexuales, lo que se conoce como doble discriminación (Friedman et al., 2014; Hayfield, 2021; Mulick & Wright Jr, 2002; 2011).

Todo ello hace que las personas bisexuales tengan dificultades para identificarse como tales, tanto por el estigma asociado, como porque no se sienten representados con lo que se considera ser bisexual (Taylor, 2018). De hecho, varios estudios han demostrado que las personas bisexuales informaban de mayor

## CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

incertidumbre en cuanto a su identidad que las personas homosexuales (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Chan et al., 2020; Mohr & Kendra, 2011). Estos problemas en la identificación pueden acarrear serias consecuencias, ya que se ha observado que las personas con ambigüedad en el autoconcepto de la orientación sexual presentan mayores niveles de pertenencia frustrada y de sentimientos de ser una carga, dos factores que han demostrado ser de riesgo para la conducta suicida (Talley et al., 2016).

Otro aspecto a tener en cuenta son las vivencias de las personas plurisexuales dentro del contexto de la pareja. En un estudio australiano se encontró que, para las personas bisexuales, estar en una relación sentimental con una persona heterosexual era un factor de riesgo de peor salud mental (Taylor et al., 2019). Puede que las personas plurisexuales perciban que sus parejas heterosexuales, al cumplir con la norma, están alejadas de su realidad como minoría sexual y esa distancia traiga consigo ciertas consecuencias que les provoquen malestar psicológico a las personas plurisexuales. Sea como fuere, estos resultados se observaban, sobre todo, en mujeres (Dyar et al., 2014; Vencill et al., 2018). En el caso de los hombres, los resultados parecen ir en otra dirección. En un estudio realizado en Estados Unidos (Feinstein et al., 2021), se observó que aquellos hombres bisexuales que tenían una relación con otro hombre sufrían mayor discriminación y estrés familiar que aquellos que mantenían una relación con una mujer. Si bien los resultados entre estudios son diferentes en función del género, queda patente que un factor que puede influir en la salud mental de las personas plurisexuales es la orientación sexual y el género de sus parejas sentimentales.

Además, las personas bisexuales también pueden experimentar un proceso de «salida del armario» más complicado que el de las personas homosexuales (Taylor, 2018). Por ejemplo, en el caso de tener una pareja de otro sexo, puede darse por sentado que ambas personas son heterosexuales, teniendo que decidir constantemente si «salir del armario» con cada persona que asuma su

heterosexualidad o dejarles que sigan en su suposición, aunque eso suponga negar la propia identidad (Barker, 2015). Por otra parte, en ocasiones deben «salir del armario» incluso con su propia pareja o con sus citas románticas. Estas revelaciones, teniendo en cuenta los estereotipos anteriormente citados acerca de las personas bisexuales (Alarie & Gaudet, 2013; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Flanders et al., 2019; Hayfield et al., 2018; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014), pueden acarrear discusiones y graves conflictos (Li et al., 2013; Ross et al., 2010; Taylor, 2018). De hecho, en una investigación estadounidense con personas bisexuales, se observó una asociación entre la violencia dentro de la pareja y la existencia de prejuicios bifóbicos en el perpetrador de las agresiones (Turell et al., 2018).

Debido a los prejuicios y al estigma asociado a la plurisexualidad, algunas personas pueden optar por mantener oculta su orientación sexual. De hecho, las personas bisexuales, en comparación con la población homosexual, revelan en menor medida su orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Colledge et al., 2015; Durso & Meyer, 2013; Hayfield, 2021; Persson et al., 2015). Aunque esta circunstancia pueda parecer un factor protector ante las situaciones de discriminación y victimización, el ocultamiento de la orientación sexual también puede acarrear consecuencias al limitar el acceso a algunos beneficios de «salir del armario» (Meyer, 2003). Por ejemplo, el ocultamiento de la orientación sexual impide que las personas puedan recibir feedback positivo y, por tanto, no integran en su identidad mensajes de apoyo que podrían ayudar a su reafirmación y autoaceptación (Pachankis, 2007). Del mismo modo, tampoco podrían beneficiarse del hecho de formar parte de una comunidad (Colledge et al., 2015). De hecho, varios estudios han encontrado que la población bisexual muestra menor conexión comunitaria que las personas homosexuales (Balsam & Mohr, 2007; Dodge et al., 2012; Panas, 2017; Persson & Pfaus, 2015). Ambos factores, tanto la reafirmación de la identidad como el sentimiento de pertenencia a una comunidad, han mostrado ser variables protectoras y reducir la afectación

## CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

emocional de pertenecer a una minoría sexual como la bisexualidad (Dyar & London, 2018a; Flanders, 2015).

Por otra parte, hay que remarcar la influencia del género en la vivencia de la salud mental, donde las mujeres muestran mayor afectación que sus pares varones. Estos resultados ya han sido hallados en otros estudios centrados en síntomas psicopatológicos (Boyd et al., 2015; Eaton et al., 2012; Salk et al., 2017) y en conducta suicida (Boyd et al., 2015; Miranda-Mendizabal et al., 2019).

La mayor afectación de las mujeres plurisexuales podría deberse a la intersección del impacto y el estigma de dos identidades infravaloradas (Borgogna et al., 2019), como lo serían el hecho de pertenecer a una minoría sexual y el hecho de ser mujer en una sociedad heteropatriarcal. De hecho, en un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres bisexuales (Watson et al., 2018), se observó que haber sufrido discriminación bifóbica y sexista estaba relacionado con mayores niveles de angustia psicológica. Sin embargo, cuando se examinaron conjuntamente ambas situaciones de discriminación, solo el sexismo resultó predictor de la angustia psicológica. Es decir, puede que el efecto que presentaba en un primer momento la discriminación bifóbica sobre la angustia psicológica fuera debido a ser mujeres bisexuales, y no simplemente a ser bisexuales. Este marcado sexismo que refieren haber sufrido las mujeres bisexuales podría guardar relación con los prejuicios y estereotipos hacia las personas bisexuales, sobre todo, con aquellos relacionados con la hipersexualidad, la promiscuidad y la infidelidad (Alarie & Gaudet, 2013; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Flanders et al., 2019; Hayfield et al., 2018; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015), y con la objetivación sexual de la mujer bisexual (Eisner, 2013).

En resumen, según la literatura científica, las personas homosexuales sufren mayor discriminación y victimización que las personas plurisexuales. En cambio, son estas últimas las que muestran niveles más altos de sintomatología psicopatológica y conducta suicida, por lo que podría interpretarse que la salud de

las personas plurisexuales estaría viéndose afectada por otro tipo de circunstancias, como la ocultación de la orientación sexual, los procesos más complicados de «salida del armario» o la invisibilización social.

## 1.2. Bienestar y calidad de vida

### *Bienestar psicológico*

#### **Hipótesis 3**

---

Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en el bienestar psicológico. Las mujeres plurisexuales serán las que peor bienestar psicológico muestren; en cambio, los hombres heterosexuales serán los que mayor bienestar presenten.

---

Teniendo en cuenta las puntuaciones totales de la Escala de Bienestar Psicológico, en nuestro estudio se observa que las mujeres plurisexuales son las que muestran puntuaciones más bajas de bienestar, siendo las diferencias estadísticamente significativas con todos los grupos menos con los hombres plurisexuales. Por su parte, los hombres gais son los que mayor bienestar psicológico refieren, aunque no obtienen diferencias significativas con los hombres heterosexuales, las mujeres heterosexuales ni con las mujeres lesbianas.

El estudio de Riggle et al. (2009) ya había mostrado que la población con una orientación sexual minoritaria presentaba menor bienestar psicológico que la población heterosexual. Sin embargo, nuestros resultados son más específicos al señalar concretamente a la población plurisexual como aquella que menor bienestar psicológico muestra. Estos datos van en la línea de los resultados obtenidos en diversos estudios que abordaban el bienestar subjetivo en su concepción más hedónica, donde la población bisexual era la más afectada (Mann et al., 2019; Perales, 2016; PowDThavee & Wooden, 2015).

Todos los factores que estaban influyendo en la sintomatología patológica también podrían estar explicando los resultados de bienestar psicológico, ya que los trastornos mentales y el bienestar psicológico guardan una relación evidente (Keyes, 2002). En el caso concreto de las personas plurisexuales, ya se había comentado anteriormente que, en comparación con la población homosexual, las personas bisexuales revelaban menos su orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Colledge et al., 2015; Durso & Meyer, 2013; Hayfield, 2021; Persson et al., 2015), presentaban niveles más bajos de conexión comunitaria (Balsam & Mohr, 2007; Dodge et al., 2012; Panas, 2017; Persson & Pfaus, 2015), y mostraban mayor incertidumbre con su orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Chan et al., 2020; Mohr & Kendra, 2011). Estas diferencias podrían explicar que las personas plurisexuales muestren peores resultados en el bienestar psicológico, ya que es una variable que ha mostrado tener relación con una menor ocultación y mayor revelación de la orientación sexual (Bejakovich & Flett, 2018; Brownfield & Brown, 2022; de Miguel et al., 2018; Durso & Meyer, 2013; Riggle et al., 2017), así como con una mayor conexión comunitaria (Rostosky et al., 2018; Watson et al., 2018) y con una menor incertidumbre con la orientación sexual (Bejakovich & Flett, 2018).

Por lo que respecta a las personas homosexuales, se observan puntuaciones más similares a las de la población heterosexual. Las mujeres lesbianas y los hombres gais llegan incluso a puntuar más alto que los hombres heterosexuales en algunas dimensiones, como en el crecimiento personal y en las relaciones positivas. Estos resultados podrían deberse a un efecto de resiliencia ante situaciones complicadas como la discriminación. Este florecimiento también ha sido observado en otros colectivos que experimentan una situación crónica de desigualdad social, como es el caso de las minorías raciales (Keyes, 2009). Así pues, las personas homosexuales, al presentar mayores índices de revelación y «salida del armario» que la población bisexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Colledge et al., 2015; Durso & Meyer, 2013; Hayfield, 2021; Persson

et al., 2015), serían más visibles ante la sociedad, lo que podría suponer un mayor riesgo potencial a recibir discriminación y victimización por pertenecer a una minoría sexual. No obstante, el proceso de toma de conciencia y revelación de la propia orientación sexual también estaría facilitando el empoderamiento personal y el crecimiento intra e interpersonal (Vaughan & Waehler, 2010). Además, el proceso de exploración y afirmación de una identidad minoritaria también puede fomentar sentimientos positivos hacia el grupo de pertenencia y un mayor apego hacia la comunidad (Ghavami et al., 2011), lo que también explicaría que las personas homosexuales presenten niveles más altos en la dimensión de relaciones positivas. De hecho, en un estudio estadounidense (Riggle et al., 2008), los hombres gais y las mujeres lesbianas señalaban que, entre las cosas positivas de ser homosexual estaban el sentimiento de pertenencia a una comunidad y el poder forjar conexiones sólidas y auténticas con las demás personas. Las personas bisexuales también experimentan crecimiento personal durante el proceso de «salida del armario» (Brownfield et al., 2018); no obstante, al revelar en menor medida su orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Colledge et al., 2015; Durso & Meyer, 2013; Hayfield, 2021; Persson et al., 2015) también se enriquecerían menos de sus beneficios.

Por su parte, los hombres heterosexuales son los que muestran mayores puntuaciones en la autonomía, lo que podría ser consecuencia de los roles de género, por los que se espera que los hombres sean más asertivos, valientes, fuertes, resolutivos, lógicos y racionales; y que las mujeres sean más cálidas, amables y cuidadosas (Coston & Kimmel, 2012; Ellemers, 2018). Además, los hombres heterosexuales también son los que puntúan más bajo en crecimiento personal. Estos hallazgos podrían ser explicados por la sociedad heteropatriarcal en la que vivimos, en la que los hombres heterosexuales cuentan con un estatus privilegiado (Coston & Kimmel, 2012), sin tener que luchar contra la discriminación o enfrentarse a situaciones de opresión. Por tanto, tendrían mayores facilidades para conseguir sus objetivos vitales. Por ejemplo, a través de un metaanálisis

## CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

(Klawitter, 2015), se ha observado claramente que los hombres gais tienen unos sueldos más bajos que sus pares heterosexuales. Sin embargo, estas diferencias han sido más difusas en el caso de las mujeres lesbianas, donde incluso algunos estudios han encontrado que obtenían más ingresos que las mujeres heterosexuales. Por otra parte, en un estudio en Reino Unido (Aksoy et al., 2019) se observó que un menor porcentaje de población homosexual, en comparación con las personas heterosexuales, ocupaban los puestos más altos de gestión de las empresas. Este efecto se observaba, sobre todo, entre los hombres gais. En cuanto a las personas bisexuales, tanto los hombres como las mujeres mostraban menos probabilidades que sus pares heterosexuales de ostentar puestos de autoridad en su lugar de trabajo. Del mismo modo, el género también es un factor a tener en cuenta a la hora de abordar las desigualdades laborales. Por ejemplo, las mujeres cobran menos que los hombres (Catalyst, 2022) y experimentan más problemas al ascender en su puesto de trabajo, como un mayor número de divorcios entre las mujeres que promocionan, en comparación con los hombres (Folke & Rickne, 2020).

Así pues, debido al hecho de pertenecer a una comunidad estigmatizada, las personas con una orientación sexual minoritaria se enfrentan a una serie de situaciones discriminatorias que pueden estar incidiendo negativamente en su bienestar psicológico. Sin embargo, hacer frente a estas situaciones de una manera resiliente puede favorecer el autoconocimiento y fomentar el crecimiento personal, resultando en una mejor calidad de vida. Las personas plurisexuales estarían experimentando las consecuencias de tener una identidad sexual minoritaria y, al mismo tiempo, al ocultar más su orientación sexual, no se estarían beneficiando de los aspectos positivos, como el apoyo comunitario, los sentimientos de autenticidad y el autoconocimiento.

*Satisfacción sexual***Hipótesis 4**

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en la satisfacción sexual, siendo las mujeres y los hombres heterosexuales los que más satisfechos estén con su vida sexual.

---

En contra de lo observado en estudios anteriores (Amos & McCabe, 2017; Björkenstam et al., 2020; Ritter et al., 2018), donde las personas heterosexuales eran las que mostraban mayor satisfacción sexual, en el presente trabajo son las mujeres plurisexuales y las heterosexuales las que más satisfechas están con su vida sexual, y los hombres plurisexuales, por el contrario, los que menos satisfacción sexual muestran.

Antes de entrar a interpretar los resultados obtenidos en esta investigación, cabría señalar las diferencias en la metodología utilizada con respecto a los estudios anteriores. Por ejemplo, este estudio tiene en consideración el efecto que puede tener la interacción entre género y orientación sexual, por lo que separa en seis categorías a hombres y mujeres de tres orientaciones sexuales, un análisis novedoso que no se había realizado en los trabajos llevados a cabo hasta el momento (Amos & McCabe, 2017; Björkenstam et al., 2020; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; McClelland, 2009; Ritter et al., 2018; Sánchez-Fuentes & Sierra, 2015).

Pese a que existe poca investigación sobre el efecto que tiene el estrés de las minorías sexuales sobre la satisfacción sexual (Vale & Bisconti, 2021), sí que hay algunas investigaciones que han encontrado un efecto negativo de los prejuicios internalizados (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Mark et al., 2020; Vale & Bisconti, 2021) o el rechazo social (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011). Este impacto negativo podría estar afectando en mayor medida a las personas

## CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

plurisexuales, ya que las personas bisexuales sufren una doble discriminación por parte de la sociedad, tanto por la población homosexual como por la heterosexual (Friedman et al., 2014; Mulick & Wright, 2002). Más concretamente, son los hombres bisexuales los que mayor rechazo social reciben (Mulick & Wright, 2011), algo que se podría traducir en una mayor ocultación de la propia identidad, una conducta que se ha observado más habitualmente en la población bisexual (Chan et al., 2020). Esta ocultación podría estar afectando a la aceptación de su orientación sexual y a la vivencia orgullosa de su identidad, unos factores que se han asociado con una mejor satisfacción sexual (Shepler et al., 2018).

Sin embargo, estas interpretaciones no estarían explicando los resultados de las mujeres plurisexuales y las heterosexuales, que son las que mayor satisfacción sexual muestran. Por tanto, se observa un claro patrón en el que podría estar influyendo el género. Estas diferencias podrían estar relacionadas con las expectativas y comportamientos sexuales que estereotípicamente se han atribuido en función del género, donde se espera que los hombres sean sexualmente más activos, con iniciativa y con una actitud más dominante, mientras que las mujeres son percibidas como más sumisas, más pasivas y con menor interés sexual (Emmerink et al., 2016; Sanchez et al., 2012). En este sentido, en varios estudios se ha observado que los hombres, en comparación con las mujeres, presentaban mayor frecuencia sexual (Petersen & Hyde, 2010) y mayor impulso sexual (Lippa, 2009). Partiendo de esa premisa, podría pensarse que las mujeres necesitarían de menor frecuencia sexual para conseguir estar sexualmente satisfechas. De hecho, se ha observado que las mujeres heterosexuales o con una pareja del sexo opuesto, en comparación con los hombres, muestran menor discrepancia entre la frecuencia sexual deseada y la que realmente tienen (Willoughby & Vitas, 2012; Willoughby et al., 2014).

Entre los grupos de hombres, los que mayor satisfacción sexual muestran son los hombres gais. Podría pensarse que, los hombres gais, al tener relaciones sexuales con otros hombres, tendrían mayor facilidad para conseguir llegar a su

umbral deseado y estar sexualmente satisfechos. En cambio, los hombres heterosexuales o plurisexuales, al tener relaciones sexuales con mujeres, tendrían más dificultad para conseguir la frecuencia sexual deseada. Además de esta cuestión, los hombres plurisexuales tendrían que lidiar con sus deseos hacia el mismo sexo. Dado que los hombres bisexuales reciben mayor rechazo social (Mulick & Wright, 2011), puede que tengan más reparo en comunicar esta atracción y oculten su orientación, lo que provocaría que estos deseos quedarán insatisfechos.

Tal y como se puede observar, resulta muy difícil dilucidar una sola explicación posible para estos resultados, y es que existe muy poca investigación que aborde la satisfacción sexual teniendo en cuenta las diferencias por género y orientación sexual. Además, hay muchas variables que habría que tener en cuenta para controlar su posible influencia sobre la satisfacción sexual. Sería necesario incluirlas en futuros estudios para poder llegar a unos resultados más concluyentes.

### *Satisfacción corporal*

#### **Hipótesis 5**

---

En función de la categoría de orientación sexual, se observarán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción corporal. Los hombres gais y los plurisexuales serán los que peor satisfacción corporal mostrarán, mientras que los hombres heterosexuales serán los que más satisfechos estarán.

---

Hasta el momento, varios estudios habían señalado que los hombres pertenecientes a una minoría sexual mostraban peor satisfacción corporal que los hombres heterosexuales (Alleva et al., 2018; Basabas et al., 2019; Dahlenburg et al., 2020; Davids & Green, 2011; Frederick & Essayli, 2016; Gigi et al., 2016). Los resultados de la presente investigación van en la misma dirección, mostrando que

los hombres gays son los que peor satisfacción corporal muestran, siendo las diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos, a excepción de los hombres plurisexuales. En cuanto al grupo que presenta mayor satisfacción corporal, tal y como se había hipotetizado, los hombres heterosexuales son los que más satisfechos están, aunque solo muestran diferencias estadísticamente significativas con los hombres gays y las mujeres plurisexuales.

Otros estudios también han obtenido resultados similares en dimensiones corporales más específicas. Así pues, varias investigaciones han encontrado que, en comparación con los hombres heterosexuales, los hombres con una orientación sexual minoritaria muestran mayor preocupación por su musculatura y mayores deseos de aumentar su tono físico (Calzo et al., 2013; Frederick & Essayli, 2016; Nerini et al., 2016). Esta focalización en la musculatura podría deberse a su asociación con la masculinidad y al deseo de pasar por un hombre heterosexual y así no perder los privilegios y el estatus social reservado para los hombres heterosexuales (Ariza, 2018).

Del mismo modo, en el estudio realizado por Calzo et al. (2013) los hombres gays y bisexuales también mostraron mayor preocupación por su peso que los hombres heterosexuales. Esta focalización en el peso llega hasta tal punto que, en un estudio estadounidense (Foster-Gimbel & Engeln, 2016) se observó que un 34% de hombres gays se habían sentido discriminados por su peso, incluso teniendo un peso normativo. Además, los hombres gays, en comparación con los heterosexuales, eran más propensos a esperar discriminación o rechazo debido al peso, pese a no existir diferencias significativas en cuanto al peso entre ambos grupos.

Tal y como se observa, ya sea con respecto a la musculatura o con el peso, los hombres con una orientación sexual minoritaria están mucho más focalizados en su aspecto físico que los heterosexuales. Tal es así que, en una investigación en Reino Unido, se encontró que los hombres gays participaban más frecuentemente en conversaciones sobre el aspecto físico que los hombres heterosexuales, y que

esta era, en parte, uno de los factores que explicaban que los hombres gais presentaran mayor insatisfacción con su cuerpo y con su musculatura, y una mayor internalización de los ideales de belleza (Jankowski et al., 2014). Eso podría ser debido a la presión social que sufren los hombres con una orientación sexual minoritaria para cumplir con unos determinados cánones de belleza para resultar atractivos. De hecho, en el estudio de Frederick y Essayli (2016) con población estadounidense, se observó que los hombres gais, en comparación con los hombres heterosexuales, se sentían más juzgados por su apariencia, estaban más preocupados sobre su aspecto, comparaban más frecuentemente su apariencia con la de los demás y percibían más presión de los medios de comunicación y de sus citas para ser atractivos. Este fenómeno se observa también en las aplicaciones de citas entre hombres, donde las imágenes ofrecidas por los usuarios están altamente sexualizadas y la información que proporcionan en sus perfiles suelen estar focalizadas en los atributos físicos (Ariza, 2018; Miller, 2015). Lo mismo sucede en redes sociales como Instagram (Gras-Velázquez & Maestre-Brotons, 2021), donde muchos hombres gais cuelgan fotos semidesnudos para exhibir sus logros físicos y algunos incluso lo utilizan como un método para ligar.

Por tanto, podría entenderse que el hecho de identificarse como un hombre gay y actuar como tal, podría estar haciendo que los hombres gais (y de otras orientaciones minoritarias) se estuvieran socializando en un contexto muy sexualizado, con unos ideales de atracción muy centrados en lo físico. Todo ello estaría afectando a la propia imagen corporal de los hombres gais. En este sentido, en un estudio estadounidense con hombres gais (Davids et al., 2015) se observó que el hecho de sentirse parte del colectivo LGTBI+ y participar activamente en sus eventos y compartir sus espacios estaba relacionado con sentir una mayor objetivación. Esta cosificación, a su vez, se asociaba con mayores niveles de insatisfacción corporal. Es decir, la objetivación estaba mediando en la asociación entre la participación de la comunidad LGTBI+ y la insatisfacción corporal.

No obstante, no todos los hombres con una orientación sexual minoritaria parecen ser afectados de la misma manera de su participación en la comunidad LGTBI+. En un estudio de hombres estadounidenses con algún grado de atracción hacia otros hombres (Doyle & Engeln, 2014), se observó que los hombres con sobrepeso que se identificaban con la comunidad LGTBI+, presentaban mayor satisfacción corporal. En cambio, los hombres más delgados que se identificaban con la comunidad LGTBI+, presentaban mayores niveles de insatisfacción corporal, pero menor deseo de estar musculados. Estas diferencias en función del peso podrían ser debidas a la existencia de una serie de subgrupos con diferentes cánones de belleza dentro del propio colectivo de hombres con una orientación sexual minoritaria. Así pues, el sobrepeso sería un atributo deseable entre el colectivo de los «bears» (Gough & Flanders, 2009), que son hombres gruesos, fuertes y con vello corporal. En cambio, con unos ideales de belleza totalmente opuestos se encontraría el grupo de los «twinks»: chicos jóvenes, delgados y sin apenas vello. Además de estos subgrupos, existen otras clasificaciones en función de la edad, el origen cultural, la existencia de vello corporal, la musculatura o el peso (Quidley-Rodriguez & De Santis, 2017).

Por su parte, la orientación sexual no parece estar mediando en la satisfacción corporal de las mujeres. Tal y como había sucedido con otros estudios (Dahlenburg et al., 2020; Davids & Green, 2011; Koff et al., 2010; Moreno-Domínguez et al., 2019), las mujeres no han mostrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con su imagen corporal en función de la orientación sexual. El contexto sociocultural occidental en el que vivimos, que sexualiza el cuerpo femenino y da valor a una mujer en base a su belleza (Fredrickson & Roberts, 1997), parece estar influyendo de la misma manera a las mujeres de distintas orientaciones sexuales. Podría pensarse que las mujeres lesbianas, al no tener que agrandar a los hombres, estarían menos sujetas a los cánones de belleza heteropatriarcal y presentarían mayor satisfacción corporal que las mujeres bisexuales y heterosexuales (Dworkin, 1989); sin embargo, las mujeres lesbianas, como el resto de mujeres, han crecido y socializado en un contexto en el que se

sexualiza a las mujeres y se las cosifica, llegando incluso a deshumanizarlas (Morris et al., 2018). Además, lejos de estar protegidas ante esta presión social, las mujeres lesbianas han sido durante años erotizadas y objetizadas sexualmente por los hombres heterosexuales (Louderback & Whitley Jr, 1997).

A modo de resumen, podría decirse que las mujeres, por el hecho de ser mujeres e independientemente de su orientación sexual, han experimentado la cosificación y la presión social por conseguir una apariencia y un físico que resulte atractivo a los demás. Por tanto, es lógico que no se observen diferencias en función de la orientación sexual. Por su parte, los hombres heterosexuales experimentan una vez más los privilegios de vivir en una sociedad heteropatriarcal y no necesitan preocuparse de su físico para sentirse atractivos. En cambio, los hombres pertenecientes a una minoría sexual, especialmente los hombres gais, se ven sujetos a unos cánones de belleza más estrictos, tanto para resultar atractivos como para sentirse integrados en determinados subgrupos de la población gay.

## 2. Desarrollo y toma de conciencia de la orientación sexual

### 2.1. Variables comunes en la población general

#### *Dudas con la propia orientación sexual*

#### Hipótesis 6

---

Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría sexual, en las dudas con la propia orientación sexual, tanto en las experimentadas en algún momento del ciclo vital como en las vividas en el momento actual. Los hombres y las mujeres plurisexuales serán los dos grupos que más dudas presenten, y los hombres y mujeres heterosexuales serán los que menos hayan dudado de ella.

---

Siguiendo la tendencia ya observada en otros estudios (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett; 2018; Bregman et al., 2013; Chan et al., 2020; Mohr & Kendra, 2011), en nuestro estudio los hombres y las mujeres plurisexuales son los que mayores niveles de dudas con su orientación sexual han tenido a lo largo de su vida, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con todos los grupos, pero no entre ellos. En cambio, pese a que los hombres y las mujeres heterosexuales han sido estadísticamente las personas que menos dudas han experimentado, sí que se han observado diferencias entre ellos, siendo los hombres heterosexuales los que menos dudas han mostrado.

En cuanto a la actualidad o el preciso momento en que los participantes fueron evaluados, los hombres y las mujeres plurisexuales siguen siendo los grupos que más dudas presentan, pero esta vez sí que se observan diferencias estadísticamente significativas entre ellos, siendo los hombres plurisexuales los que mayor cuestionamiento presentan. Por el contrario, lejos de lo esperado, los grupos que informan de menor incertidumbre en la actualidad son los hombres gais y los hombres heterosexuales, sin diferencias entre ellos.

### *Cambios en la propia orientación sexual*

#### **Hipótesis 7**

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en los cambios experimentados en ésta a lo largo de la vida. Así pues, los hombres y las mujeres plurisexuales serán los que más referirán haber tenido fluctuaciones en su orientación sexual, mientras que los hombres y las mujeres heterosexuales serán los que informen de menos cambios.

---

Tal y como ya se había observado en otras investigaciones similares (Mock & Eibach, 2012; Savin-Williams et al., 2012), en nuestro estudio los hombres y las

mujeres plurisexuales son los que más refieren haber experimentado cambios en su orientación sexual, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con todos los grupos, pero no entre estos dos. En el polo opuesto, los hombres y las mujeres heterosexuales son los que muestran porcentajes más bajos de fluctuación en su orientación sexual (Katz-Wise et al., 2017a; Mock & Eibach, 2012; Ott et al., 2011). En este caso, los hombres heterosexuales presentan menores cambios que el resto de grupos, siendo también significativas las diferencias con las mujeres heterosexuales.

### *Edad de toma de conciencia de la propia orientación sexual*

#### **Hipótesis 8**

---

En cuanto a la edad de toma de conciencia de la orientación sexual, existirán diferencias estadísticamente significativas en función de la categoría sexual. Los hombres y las mujeres plurisexuales serán los que más tarden en definir su orientación sexual, y los hombres y las mujeres heterosexuales los que lo hacen a una edad más temprana.

---

Por lo que respecta a la edad en la que se tomó conciencia de la propia orientación sexual, los resultados del presente estudio concuerdan con anteriores investigaciones (Bishop et al., 2020; Martos et al., 2015; de Miguel et al., 2018) en las que se había observado que las personas bisexuales eran las que más tardaban en definir su orientación sexual. Más concretamente, los hombres plurisexuales son los que definen su orientación sexual a una edad más tardía, mostrando diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos, incluso con las mujeres plurisexuales, que son el segundo grupo que más tarda en tomar conciencia. En cambio, los hombres y las mujeres heterosexuales son los que toman conciencia de su orientación a una edad más temprana, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos, pero no entre ellos. Estos resultados irían en línea con los obtenidos con las dudas en algún momento de la

vida y en los cambios experimentados con la orientación sexual, donde las personas plurisexuales eran las que más porcentaje mostraban, seguidas de las personas homosexuales y, en última instancia, las personas heterosexuales.

Así pues, a modo resumen, las personas heterosexuales son las que menos dudas y cambios han experimentado con su orientación sexual, y las que definieron más tempranamente su orientación sexual. Debido a la heteronormatividad, que presupone que todo el mundo es heterosexual si no se demuestra lo contrario (Dillon et al., 2011), las personas heterosexuales no necesitan cuestionarse su sexualidad ni tratar de interpretar sus deseos y atracciones, por lo que definirían su orientación sexual a una edad más temprana. En cambio, las personas con una orientación sexual minoritaria, que deben identificar sus deseos y tomar conciencia de que no son lo que la sociedad espera de ellas, tardarían más en tener clara su orientación sexual. Concretamente, las personas plurisexuales son las que albergan más dudas sobre su orientación sexual, tanto en algún momento de su vida como en el preciso momento en que fueron evaluados. Los hombres gays y las mujeres lesbianas, por su parte, pese a que a lo largo de su vida han dudado más de su orientación sexual que las personas heterosexuales, en la actualidad, las dudas se equiparan a sus pares heterosexuales, mostrando también unos porcentajes más bajos. Parece ser que, las personas homosexuales, cuando definen su orientación sexual, dejan de cuestionarse su sexualidad. En cambio, esta estabilidad y consolidación no ocurriría en las personas plurisexuales. Según describieron Weinberg et al. (1995) en su modelo para explicar la formación de la identidad bisexual, las personas bisexuales pasan una serie de etapas que incluyen confusión inicial, encontrar y utilizar la etiqueta, asentarse y establecerse en la propia identidad y, por último, volver a la incertidumbre. Esta mayor confusión también guardaría relación con que las personas bisexuales sean las que mayores cambios experimenten con su etiqueta y que, por tanto, sean las que más tarden en definir su orientación sexual.

Entre las razones que podrían explicar estos fenómenos, están los prejuicios hacia la bisexualidad. Tal y como ya se ha mencionado en anteriores apartados, en la sociedad existen una serie de estereotipos negativos acerca de qué es ser bisexual que podrían estar interfiriendo en la identificación como bisexuales para las personas que muestran atracción, al menos, hacia hombres y mujeres. De hecho, en un estudio estadounidense realizado con mujeres bisexuales (Dyar & London, 2018b), se observó que experimentar un estigma bifóbico con mayor frecuencia estaba relacionado con mayor incertidumbre con la orientación sexual y mayor internalización de los prejuicios hacia la bisexualidad. A su vez, esta internalización se asoció con una menor fuerza de la identidad bisexual y una mayor fuerza de la identidad heterosexual o lesbiana.

Varios estudios han hallado creencias erróneas sobre que la bisexualidad realmente no existe, que solo es una fase, que las personas bisexuales están confundidas o en una etapa de experimentación (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Flanders et al., 2019; Hayfield, 2021; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014). Estos estereotipos provocan que se deslegitime la bisexualidad como una orientación sexual válida (Paul et al., 2014). Además, estos prejuicios, unidos al monosexismo, por el que se discrimina a aquellas personas que se alejan de la heterosexualidad o la homosexualidad (Hayfield, 2021), hacen que las personas bisexuales se sientan presionadas a posicionarse en uno de los extremos. En esta línea, Burke (2016) sostenía que los grupos sociales intermedios, como lo serían las personas plurisexuales, comparten ciertas características definitorias con un grupo tradicionalmente favorecido (en este caso, las personas heterosexuales) y otras características con un grupo socialmente estigmatizado (las personas homosexuales). Estos grupos sociales intermedios pueden ser concebidos como ilegítimos, sin sentido o innecesarios para la categorización social, por lo que las personas plurisexuales se sentirían menos «reales» que las personas categorizadas en los extremos.

Estos prejuicios y estereotipos acerca de la bisexualidad estarían provocando que algunas personas plurisexuales nunca terminasen de consolidar su orientación e identificarse como tales, porque eso que se supone que es la bisexualidad no estaría encajando en su autoconcepto. Por tanto, seguirían en un proceso de incertidumbre y de cuestionamiento, buscando esa etiqueta que realmente les identifique. Del mismo modo, estos prejuicios estarían provocando que menos gente, sobre todo entre los hombres, llegue a identificarse como bisexual, provocando una invisibilización de las identidades bisexuales (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Eisner, 2013; Hayfield, 2021; Hayfield et al., 2018; Johnson, 2016; Pennasilico & Amodeo, 2019; Taylor, 2018) y, por ende, la imposibilidad de tener referentes bisexuales socialmente visibles. Todo ello, a su vez, estaría dificultando que se corrija esa concepción sesgada que se tiene sobre la bisexualidad.

Por otra parte, en el presente estudio se ha observado una clara influencia del género en la formación y desarrollo de la orientación sexual. En anteriores estudios, en comparación con los hombres, las mujeres mostraban mayor incertidumbre con la orientación sexual, mayor fluidez sexual y definían su identidad a una edad más tardía (Bejakovich & Flett, 2018; Katz-Wise, 2015; Katz-Wise et al., 2017b; Martos et al., 2015; Mock & Eibach, 2012; Ott et al., 2011; Savin-Williams et al., 2012). En el presente estudio, las personas homosexuales siguen mostrando estas diferencias de género en todas las variables estudiadas, y las personas heterosexuales, en prácticamente todas, ya que solo en la edad de toma de conciencia de orientación sexual no se observan diferencias entre hombres y mujeres heterosexuales. En el caso de las personas plurisexuales, los datos siguen una tendencia distinta. En las dudas pasadas y en los cambios experimentados, no se observan diferencias de género. En cambio, en las dudas actuales y la edad en la que se definió la orientación sexual, los hombres plurisexuales son los que mayor incertidumbre presentan y más tarde tomaron

conciencia. Así pues, parece que el género estaría ejerciendo un papel diferente en la formación de la identidad en función de la orientación sexual.

Si retomamos las diferentes etapas del modelo de formación de la orientación sexual de Dillon et al. (2011), que se abordaron con mayor profundidad en el capítulo 2, las personas pueden pasar por una etapa de exploración activa de su sexualidad y/o por una etapa de incertidumbre sobre la propia identidad. Por una parte, en la etapa de exploración activa, la persona realizaría un cuestionamiento sexual dirigido a tratar de dilucidar cuáles son sus gustos, preferencias y necesidades sexuales y amorosas. En cambio, durante la etapa de incertidumbre, también existiría un cuestionamiento, pero este no tendría un objetivo claro o un fin, sino que tendría un carácter más rumiativo. Teniendo en cuenta estas dos etapas y tratando de darle una explicación a las diferencias de género obtenidas, podría ser que las mujeres presenten mayores dudas con la orientación sexual, mayor fluidez sexual y una edad de toma de conciencia más tardía debido a que tengan una mayor disposición a cuestionarse su sexualidad de forma activa y explorar diferentes conductas y deseos sexuales. Esto tendría que ver con los entornos facilitadores de los que hablaban Katz-Wise y Hyde (2017). Según estos autores, una persona tendrá mayor o menor disposición a cuestionarse su sexualidad y plantearse la posibilidad de sentir atracción hacia personas de su mismo género en función de la información sobre diversidad afectivo-sexual y de género que tenga, las personas LGTBI+ que conozca o las actitudes de su entorno hacia las personas LGTBI+. Dado que las conductas sexuales con el mismo sexo están más castigadas en los hombres (Katz-Wise & Hyde, 2012) y que, por el contrario, son incluso fomentadas en las mujeres (Esterline & Galupo, 2013; Yost & McCarthy, 2012), las mujeres tendrían un entorno más favorable para explorar su sexualidad. Sin embargo, en el caso concreto de las personas plurisexuales, se ha visto que no ocurre lo mismo, ya que son los hombres los que muestran mayores dudas actuales y toman conciencia de su orientación sexual a una edad más tardía. Esta tendencia podría deberse a los

prejuicios hacia la bisexualidad, que tienen ciertas peculiaridades en función de si se trata de hombres o de mujeres. Así pues, en el caso de las mujeres bisexuales, estas son percibidas como mujeres en una etapa de exploración y sus conductas suelen ser sexualizadas por otros hombres. En cambio, la bisexualidad en los hombres es considerada como una etapa de su transición hacia la homosexualidad (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Hayfield, 2021; Pennasilico & Amodeo, 2019). A causa de estos prejuicios, puede que los hombres plurisexuales, en vez de realizar una exploración activa de su sexualidad, estén más inmersos en esa etapa de incertidumbre, confusión, rumiación y malestar que comentaban Dillon et al. (2011).

Así pues, parece que la invisibilización de la bisexualidad, así como los prejuicios y las creencias que deslegitimizan a la bisexualidad estarían dificultando que las personas que muestran atracción por más de un género puedan identificarse como tales. Todo ello estaría provocando que las personas plurisexuales pasaran más tiempo cuestionándose su orientación sexual, lo que haría que también presentaran más cambios en la etiqueta con la que se identifican y tardaran más tiempo en definir su orientación sexual.

### **2.2. Variables específicas de las personas con una orientación sexual minoritària**

#### *Tener referentes LGTBI+ durante la toma de conciencia de la orientación sexual*

##### **Hipótesis 9**

---

Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría sexual minoritaria, en la existencia de referentes LGTBI+ o de la misma orientación sexual durante la toma de conciencia de la orientación sexual. Los hombres y mujeres plurisexuales serán los que menos referentes han tenido y los hombres gais, los que más.

---

En nuestro estudio se observan unos resultados diferentes en función de si se analizan los referentes LGTBI+ o los de la propia orientación sexual. Así pues, en comparación con las personas homosexuales, las personas plurisexuales muestran una tendencia general en la que informan de tener más referentes LGTBI+ entre los familiares, las amistades y las personas cercanas, pero no entre las personas famosas. Por el contrario, en cuanto a los referentes de su misma orientación sexual, el grupo de los hombres plurisexuales es de los que refieren menores prevalencias en los cuatro ámbitos.

Estos resultados dejan entrever que las personas plurisexuales de nuestro estudio, cuando tomaron conciencia de su orientación sexual, conocían a otras personas del colectivo LGTBI+, pero que esas personas no eran bisexuales, sino de otras orientaciones o identidades. Por tanto, queda remarcada la menor visibilidad de las personas bisexuales frente a otras personas del colectivo LGTBI+. Estos resultados irían en la línea de los obtenidos en el estudio de Francisco Amat et al. (2020), donde se observó que había menos personas que conociesen a una persona bisexual que a una persona homosexual.

Tal y como se ha comentado en anteriores apartados, en la sociedad existe un «borrado bisexual» por el que se llega a negar la existencia de la bisexualidad, además de estereotiparla y deslegitimizarla (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Hayfield, 2021). Este fenómeno se observa también en la escasa representación que tienen las personas bisexuales en los medios audiovisuales (Barker, 2015), sobre todo los hombres (Hayfield, 2021; Johnson, 2016). Además, cuando existe algún personaje bisexual en una serie de televisión o película, rara vez se habla abiertamente de su bisexualidad, sino que se sobreentiende por sus conductas: infidelidades, tríos o relaciones amorosas con personas de diferentes géneros (Hayfield, 2021; Johnson, 2016; Pennasilico & Amodeo, 2019); unas conductas que sirven para estereotipar aún más a las personas bisexuales como promiscuas e hipersexuales (Alarie & Gaudet, 2013; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Hayfield et al., 2018; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014).

Además, esta invisibilización ocurre incluso dentro del propio colectivo LGTBI+ (Hayfield, 2021). Aunque las personas bisexuales estén representadas con una sigla en el acrónimo LGTBI+, muchas veces se difumina su presencia y se resalta, sobre todo, las vivencias y necesidades de los hombres gais; y no de todos, sino de aquellos hombres gais blancos, de clase media, cisgénero y sin ningún tipo de discapacidad (Eisner, 2013). Otro ejemplo de esta invisibilización es cuando se habla de «orgullo gay» o de «homofobia» cuando se intenta hacer referencia a movimientos o a situaciones de discriminación que engloban a todo el colectivo (Eisner, 2013; Pennasilico & Amodeo, 2019); o mencionar el «matrimonio homosexual» en vez de «matrimonio igualitario» (Barker, 2015), negando que dos personas plurisexuales del mismo sexo también se podrían casar.

Otro factor que también repercute en la invisibilización de la bisexualidad es la inexistencia de unas características visualmente apreciables que sean específicas de este colectivo. Normalmente, la imagen más fácilmente reconocible para las personas homosexuales son aquellas asociadas a la inversión del género. Es decir, algunos hombres gais pueden ser reconocidos por su comportamiento o apariencia más femenina, como utilizar maquillaje, vestimenta asociada a la mujer, pelo teñido, etc. También hay una serie de hombre gais hipermasculinizados, que podrían ser reconocidos por su elevada musculación y su alta preocupación por la apariencia física. En el caso de las mujeres lesbianas, también existe una apariencia estereotipada acerca de las mujeres lesbianas más masculinas, como el pelo corto o llevar indumentaria más cómoda o asociada a los hombres. También existen mujeres lesbianas femeninas, aunque en este caso, sería más complicado distinguir las de las mujeres heterosexuales. En cambio, las personas bisexuales no cuentan con ninguna característica visualmente apreciable que las identifique como tal (Hayfield, 2021; Hayfield et al., 2013). Por tanto, a no ser que la persona en cuestión nos manifieste abiertamente su bisexualidad, va a ser muy complicado que sea percibida como tal.

A causa de estas dificultades para identificar a las personas bisexuales y debido a los prejuicios y la deslegitimación de la bisexualidad como una orientación sexual válida y realmente existente, las personas bisexuales se ven obligadas, en cierta manera, a demostrar que lo son. Este fenómeno se agrava, sobre todo, en las personas bisexuales que mantienen una relación monógama, que pasan automáticamente a ser consideradas heterosexuales u homosexuales (Hayfield et al., 2018). Para demostrar su bisexualidad, se espera que se involucren o realicen ciertas conductas que prueben que realmente lo son, como, por ejemplo, haber mantenido relaciones sexuales o de pareja con personas de diferentes géneros, sentir atracción por hombres y mujeres en la misma medida, realizar tríos o sexo grupal con personas de diferentes géneros, etc. (Eisner, 2013; Flanders et al., 2017; Hayfield, 2021). De este modo, al esperar que las personas bisexuales cumplan una serie de criterios, algunos difíciles de alcanzar, se hace prácticamente imposible llegar a ser considerado una persona bisexual «de verdad» a ojos de la sociedad (Alarie & Gaudet, 2013). Además, ese sentimiento de ver la propia orientación sexual cuestionada por otros podría hacer que las personas bisexuales se replanteasen a quién le revelan su orientación sexual, lo que podría explicar que las personas bisexuales presenten mayores tasas de ocultación de la orientación sexual, en comparación con las personas homosexuales (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Colledge et al., 2015; Durso & Meyer, 2013; Hayfield, 2021; Persson et al., 2015), algo que, en consecuencia, también repercute en una menor visibilidad de las personas bisexuales.

La dificultad para identificar a una persona como bisexual por su apariencia o comportamiento, sumada a la invisibilización y a la mayor ocultación que presentan las personas bisexuales, hacen que sea mucho más complicado tener referentes bisexuales con los que identificarse cuando se está tomando conciencia de la propia orientación sexual.

### *Reacción familiar ante la «salida del armario»*

En cuanto a las reacciones familiares ante la «salida del armario», los cuatro grupos en función de la categoría sexual coinciden en señalar que las madres son la figura familiar más relevante a la que se ha revelado la orientación sexual, aunque cabe mencionar que las cifras de las personas plurisexuales son más bajas respecto a las de las personas homosexuales. La figura del padre, por su parte, obtiene puntuaciones mucho más bajas. Esta preferencia hacia la madre podría guardar relación con el hecho de que los adolescentes prefieren comentar asuntos privados y de temática sexual con la madre, ya que anticipan que recibirán mayor apoyo emocional. En cambio, al padre le atribuyen una ayuda más instrumental, enfocada a aportar información y apoyo material (Smetana et al., 2006). Esta preferencia también podría ser debido a que las mujeres muestran mayor aceptación y tolerancia hacia la diversidad sexual que los hombres (Petersen & Hyde, 2011), por lo que se esperaría una respuesta más positiva de las madres que de los padres. Del mismo modo, esto también podría explicar que más personas elijan como la figura familiar más relevante a la que le han revelado su orientación sexual a las hermanas, tías, abuelas y primas, en comparación con sus respectivos pares varones, algo que ya se había observado en una investigación anterior (Mustanski et al., 2011).

Por su parte, las personas plurisexuales, en comparación con las personas homosexuales, identifican en mayor medida a la pareja como la figura familiar más relevante a la que se le ha comunicado su orientación sexual. La gran mayoría de veces, las personas homosexuales no necesitarían revelar su orientación sexual minoritaria a su pareja porque sería algo obvio. No obstante, en las personas plurisexuales no ocurriría lo mismo ya que, si están en una relación monógama, muchas veces serán consideradas heterosexuales u homosexuales, en función de con quién estén (Dyar et al., 2014; Feinstein et al., 2021; Hayfield et al., 2018). Por tanto, para que se conozca su plurisexualidad, tendrían que manifestarlo directamente, incluso a su propia pareja (Li et al., 2013).

Del mismo modo, tal y como se ha observado en anteriores investigaciones (Bachmann & Gooch, 2018; Martos et al., 2015; Pistella et al., 2016), más personas plurisexuales manifiestan no haber revelado su orientación sexual a nadie de su familia.

#### **Hipótesis 10**

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en las reacciones de la figura familiar más relevante ante la «salida del armario».

---

En cuanto al tipo de reacciones, dado que las personas bisexuales son las que reciben menor tolerancia y una menor aceptación de su orientación sexual (Burke et al., 2017; Helms & Waters, 2016; Zivony & Lobel, 2014), podría pensarse que las personas plurisexuales serían las que peores reacciones familiares experimentarían en su «salida del armario». Sin embargo, nuestros resultados muestran que las personas plurisexuales, sobre todo las mujeres, son las que reciben una respuesta más positiva por parte de su familia. Esto podría deberse a que, debido a los prejuicios que consideran la bisexualidad como una fase o una etapa de experimentación (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Flanders et al., 2019; Hayfield, 2021; Klesse, 2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014), la familia no tomara esta revelación como algo serio y verdaderamente importante o definitivo.

Del mismo modo, otra posible explicación podría guardar relación con el fenómeno del «passing», del que se pueden beneficiar algunas personas plurisexuales. Como antes se mencionaba, las personas bisexuales que mantienen relaciones monógamas muchas veces van a ser socialmente percibidas como personas homosexuales o heterosexuales (Dyar et al., 2014; Feinstein et al., 2021; Hayfield et al., 2018; Hayfield et al., 2014; Wandrey et al., 2015), dos identidades que suelen ser mejor aceptadas que la bisexualidad (Burke et al., 2017; Helms &

Waters, 2016; Zivony & Lobel, 2014). Por tanto, no ser percibido como una persona plurisexual, puede ser incluso beneficioso. Las personas homosexuales, en cambio, si tienen una pareja visible, de forma más o menos directa, van a estar manifestando su orientación sexual minoritaria. Por tanto, las personas plurisexuales, desde el privilegio que les proporciona el «passing», podrían elegir si revelan su orientación sexual y cuándo hacerlo. Por eso, cuando las personas plurisexuales deciden revelar su orientación sexual a la familia, puede que lo hagan porque cuentan con un entorno facilitador y esperan recibir una buena respuesta del entorno familiar. Por el contrario, las personas homosexuales, en cierta manera, podrían verse obligadas a comunicar su orientación sexual a la familia para poder vivir así su vida de forma acorde a sus necesidades. Esa necesidad de revelación de las personas homosexuales podría facilitar que se tuviera que comunicar la homosexualidad a una familia que no sea percibida como tolerante, lo que explicaría que las personas homosexuales reciban reacciones más negativas que las personas plurisexuales.

### 3. Experiencias vitales con alto impacto emocional

#### 3.1. Acoso general

##### Hipótesis 11

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual, en el acoso general recibido. Así pues, mayor porcentaje de hombres plurisexuales informarán haber recibido acoso general en algún momento de su vida, mientras que las mujeres heterosexuales serán las que presenten menores prevalencias.

---

A través de la literatura existente hasta el momento (Friedman et al., 2011; Garaigordobil & Larrain, 2020; Katz-Wise & Hyde, 2012; Mahoney et al., 2014) se había podido constatar que las personas con una orientación sexual minoritaria presentan mayores prevalencias de acoso que las personas heterosexuales. Algunos estudios también habían señalado que las personas bisexuales (Mahoney et al., 2014), y en concreto los hombres bisexuales (Friedman et al., 2011), eran los que mayores prevalencias de victimización mostraban. Sin embargo, en el presente estudio, los hombres gais son los que informan de mayores prevalencias. Del mismo modo, en el metaanálisis de Friedman et al. (2011) se indicaba que las mujeres heterosexuales eran las que sufrían menor victimización; en cambio, en nuestro estudio el grupo menos afectado es el de los hombres heterosexuales. Todas estas diferencias entre estudios podrían explicarse por los distintos contextos culturales de las investigaciones, o por las conductas concretas que se evaluaron.

Sea como fuere, queda patente que la población con una orientación sexual minoritaria experimenta mayor acoso que las personas heterosexuales, aun cuando el tipo de victimización evaluada es de carácter general y no específicamente debido a la orientación sexual. Sin embargo, estos hallazgos no resultan tan sorprendentes si se analiza el contexto en toda su amplitud. La discriminación que puede sufrir una persona heterosexual (por ejemplo, por su físico, sus habilidades, su forma de trabajar, etc.) también la podría experimentar una persona de otra orientación sexual. Por el contrario, las personas homosexuales o plurisexuales, además de esos factores generales, también tendrían a su orientación sexual minoritaria como posible foco para recibir discriminación. De hecho, tal y como se observó en el estudio de Martxueta y Etxeberria (2014), este suele ser el motivo de acoso más frecuente entre las personas con una orientación sexual minoritaria. Estos autores realizaron una investigación con personas homosexuales y bisexuales de España y observaron

que, entre aquellas personas que habían sufrido algún tipo de acoso escolar, el 57.38% fueron víctimas debido a su orientación sexual.

Faltaría ahora abordar, específicamente, a qué se debe el acoso a ciertas orientaciones sexuales y los posibles factores que expliquen sus prevalencias y los grupos más vulnerables, pero todo ello se analizará detalladamente en el apartado sobre el estrés de las minorías sexuales y el acoso LGTBI+. Por el momento, vamos a continuar esta discusión profundizando en el abuso sexual, otra experiencia de victimización que pueden sufrir personas de cualquier orientación sexual y que ha demostrado tener un gran impacto emocional y psicológico en sus víctimas.

### Hipótesis 12

---

En función de la categoría de orientación sexual, se observarán diferencias estadísticamente significativas en la victimización por abuso sexual. Así pues, las mujeres plurisexuales serán las que presentarán prevalencias de abuso sexual más elevadas. Por el contrario, los porcentajes más bajos serán informados por los hombres heterosexuales.

---

Los resultados de este estudio coinciden con la literatura existente al señalar que los hombres y mujeres con una orientación sexual minoritaria muestran mayores prevalencias de abuso sexual que sus pares heterosexuales (Chen et al., 2020; Friedman et al., 2011; Katz-Wise & Hyde, 2012; Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011; Mahoney et al., 2014; Messinger, 2011; Walters et al., 2013).

Por otra parte, tal y como ya se había observado en anteriores estudios (Chen et al., 2020; Friedman et al., 2011; Messinger, 2011; Walters et al., 2013), en el presente trabajo las mujeres plurisexuales son las que refieren en mayor medida haber sufrido abuso sexual, mientras que los hombres heterosexuales son

los que menos informan de haber padecido estas vivencias. En ambos casos se obtienen diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos.

Para tratar de explicar estos resultados, la comunidad científica ha formulado varias hipótesis. Una de ellas es que los mayores índices de abuso sexual entre la población con una orientación sexual minoritaria serían debido a que las personas no heterosexuales comenzarían a identificarse en ocasiones como tales a raíz de una experiencia sexual traumática por parte de alguien del sexo opuesto. Sin embargo, esta teoría ha sido descartada por gran parte de la literatura clínica y científica al no encontrarse una relación causal (Walker et al., 2012). Además, dado que la gran mayoría de abusos sexuales son perpetrados por hombres (Goldberg & Meyer, 2013; Walters et al., 2013), esta teoría podría servir de explicación para la formación de la identidad de las mujeres lesbianas o plurisexuales, pero no tendría sentido para los hombres con una orientación sexual minoritaria. Además, tampoco justificaría los mayores índices de violencia sexual que presentan las minorías sexuales durante la edad adulta, cuando la identidad y la orientación sexual ya están formadas.

Sin pretender que recaiga la responsabilidad del abuso en la víctima, una posible explicación para estos resultados sería el mayor abuso de sustancias que se observa en la población con una orientación sexual minoritaria (Plöderl & Tremblay, 2015). El consumo de una sustancia como el alcohol, por ejemplo, estaría actuando como un facilitador del abuso sexual, disminuyendo la capacidad cognitiva para percibir las situaciones de peligro, deteriorando la capacidad motora para poder resistirse ante un abuso, entorpeciendo la capacidad para mostrar rechazo de forma clara y, por tanto, fomentando que haya interpretaciones erróneas sobre si existe interés mutuo (Abbey et al., 2001). De hecho, un estudio estadounidense encontró que, en mujeres lesbianas, el mayor predictor del abuso sexual en la etapa adulta era el consumo actual de alcohol (Han et al., 2013). Además, en otras dos investigaciones realizadas también en Estados Unidos se observó que, en comparación con las personas heterosexuales que habían sido

abusadas, mayor porcentaje de población con una orientación sexual minoritaria había sido abusada mientras estaba intoxicada (Martin et al., 2011; Richardson et al., 2015).

Otros autores han abordado el efecto que podría tener el conocimiento y concienciación sobre el abuso sexual, es decir, la capacidad de etiquetar una experiencia de abuso o violación como tal, en vez de usar términos que minimicen la gravedad del evento (Littleton et al., 2007). Varios estudios han encontrado que la población con una orientación sexual minoritaria tenía mayor capacidad para identificar estas situaciones de violencia sexual (Anderson et al., 2017; Wilson & Newins, 2019), lo que también podría explicar que sea esta población la que refiera mayores prevalencias de abuso sexual.

Sin embargo, estas dos teorías siguen sin explicar por qué esta población también sufre mayores prevalencias de abuso sexual en la infancia. En dos estudios realizados en China (Xu & Zheng, 2017) y Estados Unidos (Hidalgo et al., 2015), se encontró que los hombres que durante su infancia mostraban una conducta no acorde a su género presentaban mayores niveles de abuso sexual infantil. Este patrón fue observado incluso en hombres heterosexuales (Xu & Zheng, 2017). Sin embargo, estos resultados no se obtuvieron en las mujeres (Xu & Zheng, 2017), lo que podría deberse a una dificultad para delimitar y evaluar de forma acertada lo que se consideran comportamientos masculinos o femeninos (Hoffman, 2001). De todas formas, dado que los hombres con comportamientos femeninos reciben mayor rechazo social que las mujeres masculinas (Spivey et al., 2018; van Beusekom et al., 2016), estas mayores prevalencias de abuso sexual entre los hombres femeninos podrían ser una forma de castigar la transgresión de los roles de género (Menning & Holtzman, 2014). Por tanto, el abuso sexual hacia las personas con una orientación sexual minoritaria podría ser considerado como una demostración de poder y una forma de denostar y someter socialmente a un colectivo, a priori, percibido como inferior. Esto mismo pasaría con las personas

racializadas, en las que también se han observado mayores niveles de abuso sexual en comparación con población blanca (Arreola et al., 2005; Balsam et al., 2010).

Por otro lado, siguiendo la línea de los hallazgos encontrados en anteriores investigaciones (Rothman et al., 2011; Xu & Zheng, 2015), los presentes resultados también han mostrado mayores prevalencias de abuso sexual en las mujeres, independientemente de su orientación sexual. Se observa, por tanto, un claro efecto del género en las experiencias de violencia sexual, donde podría estar jugando un papel fundamental la objetivación de las mujeres. Awasthi (2017) reflexionaba sobre que la violencia sexual podía ser una consecuencia de la percepción deshumanizada de los cuerpos femeninos. Menning y Holtzman (2014), por su parte, afirmaban que la violación era una expresión de la hegemonía del hombre heterosexual, donde las mujeres se ven limitadas a desempeñar su papel como objetos para la gratificación masculina. Esta cosificación sexual de las mujeres podría ayudar a explicar la relación, anteriormente citada, entre el consumo de alcohol y la violencia sexual (Gervais et al., 2014). De hecho, en un estudio estadounidense (Haikalis et al., 2017) se observó que las experiencias de objetivación sexual estaban mediando en la asociación entre consumo de alcohol y violencia sexual. Podría interpretarse que la cosificación sexual de la mujer es más frecuente en lugares donde existe consumo de alcohol (bares, discotecas, etc.). Fruto de este consumo, las mujeres estarían realizando conductas más desinhibidas, lo que podría ser interpretado por los hombres como una muestra de disponibilidad sexual. Esta interpretación, junto con la cosificación de la mujer, podría estar facilitando las situaciones de violencia sexual.

En el caso concreto de las mujeres plurisexuales, que son las que mayores prevalencias de abuso sexual han mostrado en nuestro estudio, además del efecto que tendría la objetivación por ser mujer, habría que sumar los prejuicios sexuales que vienen asociados a ser bisexual, como la promiscuidad, la hipersexualidad o la incapacidad de mantener relaciones de pareja monógamas y estables (Alarie & Gaudet, 2013; Brewster & Moradi, 2010; Eisner, 2013; Hayfield et al., 2018; Klesse,

## CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

2011; Persson & Pfaus, 2015; Zivony & Lobel, 2014). Todos estos prejuicios podrían estar facilitando que se cosifique a la mujer plurisexual y se la conciba como un objeto de deseo o una fantasía sexual. De hecho, en un estudio canadiense (Flanders et al., 2017), las mujeres bisexuales consideraban que muchas de las situaciones de violencia sexual que habían vivido se debían a la existencia de estos estereotipos sexuales. En otra investigación, realizada entre Canadá y Estados Unidos (Flanders et al., 2019), se observó que las personas bisexuales que percibían mayor estigma por su orientación sexual, mostraban mayor prevalencia de violencia sexual.

A parte de la presencia de estos estereotipos, hay otro punto que señalar y es el número de parejas que podrían tener las personas plurisexuales, ya que, a mayor número de encuentros sexuales, más posibilidades existen de sufrir una experiencia sexual indeseada. Esta suposición quedó comprobada en un estudio realizado en los Países Bajos (Kuyper & Vanwesenbeeck, 2011), donde se encontró que las personas con mayor número de parejas sexuales habían sufrido más experiencias de victimización sexual. Además, en el caso concreto de las mujeres, aquellas que se identificaban como bisexuales indicaron que habían tenido más parejas sexuales que sus compañeras heterosexuales o lesbianas.

En resumen, se puede observar cómo el abuso sexual estaría marcado por varios factores, aunque, sobre todo, es necesario remarcar la influencia de la objetivación sexual, de la que se verían afectadas en mayor medida las mujeres y, en segundo lugar, aquellas con una orientación plurisexual.

## 4. Discriminación, estigma y estrés de las minorías sexuales

### 4.1. Discriminación y victimización por orientación sexual

#### Hipótesis 13

---

Existirán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en las puntuaciones de eventos de victimización, microagresiones, eventos discriminatorios y acoso LGTBI+. Así pues, los hombres gays serán los que presenten mayores prevalencias, y las mujeres plurisexuales, las que menos.

---

En cuanto a las dimensiones de discriminación y victimización, se observa una tendencia general por la que los hombres y mujeres homosexuales son los que refieren haber sufrido más estas experiencias (Bostwick et al., 2014; Colledge et al., 2015). Sin embargo, pese a lo que se esperaba, los resultados no son constantes en las diferentes variables de discriminación y victimización, por lo que los hombres gays no siempre son los que puntúan más alto ni las mujeres plurisexuales las que presentan puntuaciones más bajas.

Así pues, en los eventos discriminatorios, los hombres gays son el segundo grupo más afectado por detrás de las mujeres lesbianas, que obtienen puntuaciones significativamente más altas que las del resto de grupos. Por el contrario, los hombres plurisexuales son los que obtienen niveles más bajos. Por su parte, en las microagresiones, las mujeres lesbianas y los hombres gays, pese a no obtener diferencias significativas entre ellos, sí que muestran puntuaciones más altas que los dos grupos de personas plurisexuales. En esta ocasión, los hombres plurisexuales son también los que muestran menor afectación. En cuanto a los eventos de victimización, los hombres gays son los que más refieren haber sufrido este tipo de experiencias, seguidos de las mujeres lesbianas, los hombres plurisexuales y, en última posición, las mujeres plurisexuales. Por lo que respecta

al acoso LGTBI+, los resultados son bastante similares a los obtenidos en la dimensión de eventos de victimización. Así pues, los hombres gais son los que mayor acoso refieren y las mujeres plurisexuales las que menos. Los hombres plurisexuales y las mujeres lesbianas, en segunda posición, no presentan diferencias entre ellos.

Por tanto, además de encontrar mayor afectación de la población homosexual en todas las variables, se observa una tendencia general en la que las mujeres lesbianas serían las más afectadas por situaciones de discriminación sutil, como las evaluadas en las dimensiones de microagresiones (por ejemplo, *«tengo dificultades para encontrar gente con la que identificarme en TV, películas, libros, música, etc.»*) y en la de eventos discriminatorios (por ejemplo, *«he recibido una mala atención en un establecimiento por ser LGTBI+»*), mientras que los hombres gais serían los que más sufrirían discriminación directa, como los eventos de victimización (por ejemplo, *«me han agredido físicamente por ser LGTBI+»*) y el acoso LGTBI+. La población plurisexual, que es la que menores puntuaciones obtiene en las distintas variables, también presenta las mismas diferencias de género que la población homosexual, siendo las mujeres plurisexuales las que muestran mayor puntuación en las vivencias sutiles (microagresiones y eventos discriminatorios), y los hombres plurisexuales los más afectados con la discriminación más directa (eventos de victimización y acoso LGTBI+).

Las prevalencias más bajas de discriminación entre las personas plurisexuales podrían deberse a la invisibilización que sufre esta población y que ya ha sido explicada con anterioridad. Por el contrario, la mayor visibilidad de la población homosexual estaría facilitando que fueran foco de situaciones de victimización.

Otros investigadores han encontrado una estrecha relación entre mostrar una expresión de género atípica (por ejemplo, hombres con unos comportamientos estereotípicamente femeninos) y la victimización por pertenecer a una minoría

sexual (Toomey et al., 2013). Más concretamente, en un estudio realizado con adolescentes de Estados Unidos que se identificaban como gays, lesbianas y bisexuales (D'Augelli et al., 2006), se observó que aquellos que presentaban una expresión de género más atípica durante la infancia informaban de haber sufrido más victimización que los participantes homosexuales y bisexuales con una expresión de género conforme a su sexo asignado al nacer. A la vista de estos resultados, algunos autores consideran que la violencia que reciben las personas con una orientación sexual minoritaria se debe más a que presentan una expresión de género atípica (más visible socialmente) que a su propia orientación sexual (algo que resulta menos visible o aparente) (Mendoza-Perez & Ortiz-Hernandez, 2021). Así pues, dado que en una investigación estadounidense se observó que los hombres gays y las mujeres lesbianas presentaban una expresión de género más atípica que sus pares bisexuales y heterosexuales (Lippa, 2020), se explicarían los niveles más altos de victimización entre las personas homosexuales, ya que en cierta manera estarían perdiendo el control acerca de a quién le revelan su orientación sexual y automáticamente quedarían expuestos pese a no quererlo (Dragowski et al., 2011).

Por otro lado, se ha observado que la población bisexual, en comparación con las personas homosexuales, tiene menos integrada su orientación sexual como parte de su identidad. Es decir, para las personas bisexuales su orientación sexual es menos importante y no es un aspecto tan central en la formación de su identidad (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019). Dado que la centralidad de la orientación sexual ha sido positivamente relacionada con una mayor percepción de discriminación y de prejuicios (Hinton et al., 2022), este aspecto también podría estar explicando los niveles más bajos de discriminación que presentan las personas plurisexuales.

Por último, el hecho de que los hombres con una orientación sexual minoritaria sufran una discriminación más directa podría deberse a que las conductas y deseos con el mismo sexo en los hombres reciben mayor rechazo que

en las mujeres (Helms & Waters, 2016). De hecho, en las mujeres, estos comportamientos son sexualizados y erotizados por los hombres heterosexuales (Eisner, 2013; Louderback & Whitley Jr, 1997; Yost & McCarthy, 2012), lo que explicaría que la discriminación recibida por las mujeres con una orientación sexual minoritaria fuera menos violenta y más sutil.

### **4.2. Estigma internalizado y aceptación de la propia orientación sexual**

#### **Hipótesis 14**

---

En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estigma internalizado. Los hombres plurisexuales serán las que informen de mayor estigma y las mujeres lesbianas, las que menos.

---

Por lo que respecta a los resultados de estigma internalizado, tal y como se había observado en otras investigaciones (Bregman et al., 2013; Paul et al., 2014), los hombres con una orientación sexual minoritaria presentan mayores niveles de estigma internalizado que las mujeres, lo que también podría deberse al mayor rechazo que experimentan los hombres gais y bisexuales en nuestra sociedad (Helms & Waters, 2016).

Sin embargo, la hipótesis de que las personas plurisexuales presentarían mayor afectación no se ha cumplido en la presente investigación, ya que los hombres plurisexuales y los gais, que son los que puntúan más alto, no muestran diferencias entre sí. Además, las mujeres plurisexuales, lejos de lo esperado, son las que presentan menor estigma en comparación con el resto de grupos. Estas diferencias entre los resultados de nuestra investigación y anteriores estudios (Chard et al., 2015; la Roi et al., 2019) podría deberse a la influencia del contexto cultural. Es decir, que los otros estudios fueran realizados en países donde las personas plurisexuales fueran notablemente más estigmatizadas que las personas

homosexuales. Varios estudios internacionales han demostrado que España es uno de los países con mayor aceptación de la homosexualidad (Kite et al., 2019; Pew Research Center, 2020). Ocurre lo mismo con la bisexualidad, siendo España quien muestra actitudes más positivas, en comparación con Estados Unidos y Italia (Worthen et al., 2017). Pese a estos datos, habría que ver si en España las actitudes hacia las personas homosexuales y hacia las plurisexuales son más similares entre sí que en el resto de países, lo que podría estar explicando las diferencias entre estudios.

Por otra parte, también hay que señalar que nuestro trabajo separa a los distintos grupos teniendo en cuenta la interseccionalidad del género y la orientación sexual, es decir, se realiza una comparación entre hombres gais, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales. Sin embargo, los estudios anteriores dejan de lado estos matices al realizar sus análisis, o bien de manera general, entre personas homosexuales y bisexuales (la Roi et al., 2019; Shilo & Savaya, 2011), o bien centrándose solamente en una parte de la población, por ejemplo, hombres gais y bisexuales (Chard et al., 2015), hombres y mujeres bisexuales (Paul et al., 2014), u hombres y mujeres homosexuales (Bregman et al., 2013), lo que hace complicado comparar nuestros resultados con los de la literatura existente.

### **Hipótesis 15**

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en la aceptación de la propia orientación sexual. Los hombres gais serán los que informen de mayor aceptación y los hombres y mujeres plurisexuales serán los que acepten menos su orientación sexual.

---

En cuanto a la aceptación de la propia orientación sexual, el grupo que muestra en nuestro estudio niveles más bajos son los hombres plurisexuales,

siendo las diferencias con el resto de grupos estadísticamente significativas. Por el contrario, las mujeres lesbianas son las que mayor autoaceptación presentan, aunque no obtienen diferencias estadísticamente significativas con los hombres gays.

Pese a que podría considerarse que tener una buena aceptación de la propia orientación sexual sería el polo opuesto de presentar un alto estigma internalizado, algunos autores han demostrado que se trata de dos constructos distintos (Mohr & Kendra, 2011; Paul et al., 2014). Por tanto, un mismo sujeto podría tener integrados muchos estigmas sobre su orientación sexual y, al mismo tiempo, presentar una buena aceptación. Esto es lo que ocurriría con el grupo de hombres gays que, junto con los hombres plurisexuales, son los que presentan mayores niveles de estigma internalizado y, en cuanto a la aceptación, son también los que informan de mayores niveles junto con las mujeres lesbianas.

La menor autoaceptación entre la población plurisexual podría ser debida al mayor rechazo que reciben por parte de la sociedad, ya que se observan actitudes más negativas hacia las personas bisexuales que hacia las personas homosexuales (Burke et al., 2017; Zivony & Lobel, 2014).

Por otro lado, la relevancia que tiene la orientación sexual para la propia identidad se ha visto positivamente relacionada con una mayor reafirmación de la identidad (Hinton et al., 2022; Mohr & Kendra, 2011). Por tanto, dado que para las personas bisexuales la orientación sexual no es una parte tan central de su identidad como lo es para las personas homosexuales (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019), este podría ser otro factor que esté influyendo en que las personas plurisexuales muestren una menor aceptación de su orientación sexual.

### 4.3. Rechazo anticipatorio

#### Hipótesis 16

---

En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en el rechazo anticipatorio. Los hombres gays serán los que informen de mayor rechazo anticipatorio y las mujeres plurisexuales serán las que muestren niveles menores.

---

En la literatura científica existe aún poca información acerca del papel que ejerce el género y la orientación sexual en el rechazo anticipatorio. Debido a ese vacío, y teniendo en cuenta la relación observada entre la discriminación y la sensibilidad al rechazo (Dyar et al., 2016; Feinstein et al., 2012; Mereish et al., 2019), se planteó la hipótesis teniendo en cuenta las diferencias de género y de orientación sexual obtenidas en las experiencias de victimización y discriminación.

Así pues, tal y como se esperaba, las mujeres plurisexuales son las que presentan menor rechazo anticipatorio, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con el resto de grupos. Por su parte, los hombres gays y las mujeres lesbianas, sin diferencias entre ellos, son los que muestran niveles más altos de sensibilidad al rechazo, observándose diferencias estadísticamente significativas con los dos grupos de personas plurisexuales.

Varios estudios habían señalado que las experiencias de discriminación eran más comunes entre los hombres (Moyano & Sánchez-Fuentes, 2020; Rice et al., 2021) y entre las personas homosexuales (Bostwick et al., 2014; Colledge et al., 2015). Los resultados obtenidos con el rechazo anticipatorio siguen esta misma tendencia por lo que se refiere a la vulnerabilidad de las personas homosexuales. Sin embargo, con respecto al género, los resultados son menos claros, ya que entre las personas homosexuales no se observan diferencias de género. No obstante, cabe recordar que los estudios arriba mencionados no tenían en cuenta la

intersección del género con la orientación sexual, por lo que nuestros resultados podrían diferir ligeramente por esta razón. Por eso, si se analizan los resultados obtenidos en el presente estudio en las dimensiones de discriminación y victimización, donde sí que se tenía en cuenta este aspecto, se puede observar que los hombres gais presentan las puntuaciones más elevadas en situaciones de victimización más directa (acoso LGTBI+ y eventos de victimización), mientras que en las experiencias de discriminación más sutiles (eventos discriminatorios y microagresiones) los hombres gais obtienen resultados similares al de las mujeres lesbianas o, incluso, están por debajo. Teniendo estos resultados en consideración, podría pensarse que, dado que los hombres gais son los que reciben una discriminación más directa y más agresiva, serían los que presenten también un mayor miedo a volver a sufrir estas experiencias y, por tanto, informen de mayor rechazo anticipatorio. Sin embargo, en los resultados obtenidos en el rechazo anticipatorio no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los hombres gais y las mujeres lesbianas. Por tanto, podría deducirse que el carácter de la discriminación, ya sea esta más agresiva o más sutil, no está siendo relevante para determinar el grado de sensibilidad al rechazo, sino que este miedo anticipatorio aparece ante cualquier experiencia de discriminación. Cabe destacar que, aunque se tiende a infravalorar el impacto psicológico que puede producir la discriminación sutil, la literatura científica señala que éste puede ser igual o incluso mayor que el producido por las experiencias de victimización más directa (Jones et al., 2016; Molero et al., 2017; Salim et al., 2019), por lo que tendría sentido que cualquier tipo de experiencia de discriminación produzca en la víctima miedo anticipatorio y sensibilidad al rechazo.

#### 4.4. Ocultación de la orientación sexual

##### Hipótesis 17

---

Se observarán diferencias estadísticamente significativas, en función de la categoría de orientación sexual minoritaria, en la ocultación de la orientación sexual. Los hombres plurisexuales serán los que presenten mayor ocultación. Por el contrario, los hombres gays y las mujeres lesbianas serán los que muestren menores niveles de ocultación.

---

Por su parte, tal y como ya se había observado en anteriores estudios (Bachmann & Gooch, 2018; Durso & Meyer, 2013), en el nuestro los hombres plurisexuales son los que más ocultan su orientación sexual. En cambio, las mujeres plurisexuales, pese a hipotetizarse que ocultarían su orientación sexual más que las personas homosexuales, son las que menos ocultación presentan, junto con las mujeres lesbianas.

Estas diferencias entre estudios podrían ser debido a los diferentes contextos en los que se evaluó la ocultación. Por ejemplo, en el trabajo de Durso y Meyer (2013) se preguntaba por la revelación de la orientación sexual al personal sanitario y en el de Bachmann y Gooch (2018) por la revelación a familiares y entre las amistades, mientras que en nuestro estudio se hablaba de ocultación en contextos sociales en general. Es decir, además del contexto en sí, también difiere la experiencia concreta por la que se pregunta. Concretamente, los estudios anteriores (Bachmann & Gooch, 2018; Durso & Meyer, 2013) evaluaban la revelación y el nuestro analiza la ocultación, y aunque pueda parecer que ambas variables son dos polos opuestos del mismo continuo, varios estudios han demostrado que no lo son (Jackson & Mohr, 2016; Schrimshaw et al., 2013). Así pues, una persona podría no revelar su orientación sexual explícitamente y, al mismo tiempo, tampoco estar realizando conductas de control para ocultar su orientación sexual.

En base a los resultados obtenidos en anteriores estudios (Bachmann & Gooch, 2018; Durso & Meyer, 2013), parece que los hombres y mujeres bisexuales son los que menos revelan su orientación sexual, en comparación con las personas homosexuales. Este fenómeno podría deberse a un factor ya comentado con anterioridad, el hecho de que la población bisexual percibe que su orientación sexual no es un aspecto tan importante para su identidad como lo es para las personas homosexuales (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019), por lo que las personas plurisexuales pueden que vean irrelevante dar este tipo de información a su entorno. Otra posibilidad es que, debido a que la sociedad muestra mayor rechazo hacia las personas bisexuales que hacia las homosexuales (Burke et al., 2017; Zivony & Lobel, 2014) y a que en muchas ocasiones se juzga o cuestiona la veracidad de la bisexualidad (Alarie & Gaudet, 2013; Barker, 2015; Hayfield, 2021; Pennasilico & Amodeo, 2019), algunas personas prefieran no revelar que son plurisexuales. Mantener esta parte de su identidad en una esfera más íntima sería algo bastante sencillo sobre todo para las personas plurisexuales que tienen o han tenido una pareja del otro sexo, ya sea de carácter sexual o sentimental, ya que fácilmente serían considerados como personas heterosexuales (Dyar et al., 2014; Feinstein et al., 2021; Hayfield et al., 2014, 2018; Wandrey et al., 2015).

Sin embargo, a pesar de que hombres y mujeres plurisexuales van en la misma dirección al ser los dos grupos que menos revelan su orientación sexual, a la hora de ocultar su orientación, las personas plurisexuales presentan comportamientos diferentes en función del género. Según los resultados del presente trabajo, las mujeres plurisexuales no estarían tan centradas en tratar de ocultar comportamientos o cierta información que dé a entender que son plurisexuales; en cambio, los hombres plurisexuales sí que buscarían ocultar su orientación sexual. Por tanto, podría ser que la baja revelación en las mujeres plurisexuales se deba a esa falta de relevancia que le otorgan a la orientación sexual (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019) y que no sea porque tengan intención de ocultarlo, sino que, de hecho, tampoco les importaría que se supiera en caso de

que surgiera el tema en una conversación. En cambio, en los hombres plurisexuales, esa baja revelación sí que buscaría mantener oculta la orientación sexual. Dado que se ha observado una relación positiva entre la aceptación de la orientación sexual y su revelación (Paul et al., 2014), podría interpretarse que los hombres plurisexuales, quienes manifiestan niveles mayores de estigma internalizado y una baja aceptación de su orientación sexual, estén negando y mostrando rechazo a una parte de su identidad y por eso estén tratando de ocultarla a la sociedad. Este afán por mantener la orientación sexual en un aspecto más íntimo también podría estar ligado a un posible miedo de los hombres plurisexuales por perder sus privilegios al dejar de ser percibidos como hombres heterosexuales (Eisner, 2013). Tal y como ya se ha comentado varias veces a lo largo de esta discusión, los comportamientos y deseos entre personas del mismo sexo están peor vistos en los hombres que en las mujeres (Helms & Waters, 2016), algo que explicaría que las mujeres no presentaran unas tasas de ocultación tan elevadas como los hombres. Además, al vivir en una sociedad heteropatriarcal donde se beneficia y favorece a los hombres heterosexuales sobre todas las demás personas (Kelley & Arce-Trigatti, 2022), las mujeres plurisexuales no tendrían tanto que perder si se descubre su orientación sexual como los hombres plurisexuales, que habrían estado beneficiándose de los privilegios otorgados a los hombres heterosexuales (Eisner, 2013).

#### **4.5. Conexión comunitaria**

##### **Hipótesis 18**

---

En función de la categoría de orientación sexual minoritaria, existirán diferencias estadísticamente significativas en la conexión con la comunidad LGTBI+. Así pues, los hombres gais y las mujeres lesbianas serán los dos grupos que muestren mayor conexión, y los hombres plurisexuales serán los que informen de menor conexión.

---

Por último, para terminar con todas las dimensiones evaluadas del estrés de las minorías sexuales, vamos a interpretar los resultados obtenidos sobre la conexión comunitaria, que sería una variable protectora. En este caso, tal y como indicaba la literatura (Chan et al., 2020; Panas, 2017), en nuestro estudio los hombres y mujeres homosexuales, sin diferencias entre ellos, son los que más alto puntúan, alcanzando diferencias estadísticamente significativas con los dos grupos de personas plurisexuales. Por el contrario, también como se esperaba (Leonard et al., 2015), los hombres plurisexuales son los que presentan menor conexión comunitaria.

Habida cuenta de la relación positiva entre la revelación de la orientación sexual y una mayor conexión con la comunidad LGTBI+ (Chan et al., 2020), y considerando que las personas bisexuales revelan menos su orientación sexual que las personas homosexuales (Bachmann & Gooch, 2018; Durso & Meyer, 2013), tiene sentido que las personas plurisexuales sean también las que presenten menor conexión comunitaria. Si una persona no se hace visible como plurisexual, tampoco va a poder conocer gente con sus mismos intereses ni va a poder generar una red de apoyo con iguales.

Del mismo modo, la menor conexión comunitaria de la población plurisexual también podría deberse a la baja relevancia que le dan las personas bisexuales a su orientación sexual (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019). De hecho, en un estudio estadounidense con personas con atracción hacia más de un género, se observó una correlación positiva entre la centralidad de la orientación sexual y la conexión con la comunidad LGTBI+ (Davila et al., 2019). Podría interpretarse que atribuir una baja importancia a la propia orientación sexual podría reducir también el interés en buscar gente con la misma orientación sexual, con la que compartir preocupaciones y generar una red de apoyo, lo que también estaría generando una baja conexión con la comunidad LGTBI+.

Por otra parte, el hecho de que las personas bisexuales reciban discriminación tanto por parte de las personas homosexuales como de las heterosexuales (Friedman et al., 2014; Hayfield, 2021; Mulick & Wright Jr, 2002; 2011) también podría estar dificultando que se sientan parte de una comunidad (Dodge et al., 2012). De hecho, tal es el rechazo que sienten que muchas personas con atracción hacia más de un género, debido a los prejuicios hacia la población bisexual, prefieren etiquetarse con otro tipo de orientaciones menos estigmatizadas (Dyar & London, 2018b; Wandrey et al., 2015). Estos prejuicios se verían agravados en los hombres bisexuales (Helms & Waters, 2016; Paul et al., 2014; Zivony & Lobel, 2014), lo que explicaría también que fuera el grupo que presentara menor conexión con la comunidad LGTBI+. También podría ser que los hombres plurisexuales, ante la posible pérdida de privilegios al pertenecer a una minoría sexual (Eisner, 2013), se quisieran alejar de todo lo relacionado con la comunidad LGTBI+ y por eso sintieran menor conexión con ella.

En resumen, dejando de lado las puntuaciones en la conexión comunitaria, que sería una variable protectora ante posibles problemas de salud mental, se observan dos tendencias a la hora de señalar a los grupos más vulnerables. Por una parte, en las dimensiones de microagresiones, eventos discriminatorios, eventos de victimización y rechazo anticipatorio se observa que la orientación sexual es el factor determinante, siendo los hombres gais y las mujeres lesbianas los dos grupos más afectados. En cambio, en las dimensiones de ocultación de identidad y estigma internalizado pesa más la variable del género, siendo los hombres gais y los hombres plurisexuales los que presentan puntuaciones más altas. Por tanto, teniendo en cuenta que, o bien las personas homosexuales o bien los hombres con una orientación sexual minoritaria son los dos grupos de población más vulnerables, tiene sentido que los hombres gais sean el grupo que presente niveles más elevados en la puntuación total de la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+.

## 5. Variables explicativas de los síntomas psicopatológicos

### Hipótesis 19

---

La combinación de algunas variables sociodemográficas y de algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales tendrán una importante capacidad predictiva sobre la sintomatología psicopatológica. No obstante, el valor predictivo de las variables variará notablemente en función del grupo.

---

El modelo de regresión propuesto para los síntomas psicopatológicos en la población con una orientación sexual minoritaria explica un 28.3%. Tal y como ya se había observado en estudios anteriores, algunas variables sociodemográficas predijeron mayores niveles de sintomatología, como el hecho de ser mujer (Boyd et al., 2015; Eaton et al., 2012; Salk et al., 2017), ser plurisexual (Pitman et al., 2021; Plöderl & Tremblay, 2015; Ross et al., 2018; Semlyen et al., 2016), ser joven (Hoertel et al., 2015; Hwang et al., 2016) y tener un menor nivel de estudios (Barr et al., 2015; Forman-Hoffman et al., 2018; Stein et al., 2017). Sin embargo, no resultaron significativas la situación de pareja, las creencias religiosas, la ideología política y el tipo de localidad de crianza.

Por otro lado, en cuanto a otras variables predictoras, tener una historia de abuso sexual también explicaba una mayor sintomatología psicopatológica (Choudhary et al., 2012; Hillberg et al., 2011; Hornor, 2010; Santaularia et al., 2014). Lo mismo ocurría con algunas de las dimensiones evaluadas del estrés de las minorías sexuales (Dürrbaum & Sattler, 2020; Meyer & Frost, 2013; Mongelli et al., 2019). Así pues, los síntomas psicopatológicos estaban explicados, en parte, por mayores niveles de microagresiones, rechazo anticipatorio, estigma internalizado, eventos de victimización y por niveles más bajos de conexión comunitaria. Dejando de lado los factores sociodemográficos, la variable que más importancia mostró para el modelo fue la del rechazo anticipatorio. Sin embargo,

otras variables relacionadas con este estrés no resultaron estadísticamente significativas, como haber sufrido acoso LGTBI+, la ocultación de la identidad, los eventos de discriminación, la reacción familiar ante la «salida del armario» o la aceptación propia de la orientación sexual. Estos resultados podrían deberse a que la varianza que explicarían estas variables ya esté recogida en los factores que han resultado significativos.

En cuanto a las vivencias relacionadas con la formación de la orientación sexual, también resultaron significativas la toma de conciencia a una edad más temprana (Everett et al., 2016; Katz-Wise et al., 2017a) y presentar dudas sobre la orientación sexual en la actualidad (Price-Feeney et al., 2021; Shearer et al., 2016; Talley et al., 2016), que estarían asociadas a una mayor psicopatología. Sin embargo, no mostraron significación ni las dudas en algún momento de la vida, ni los cambios en la orientación sexual.

Por último, por lo que respecta a la presencia de referentes con la misma orientación sexual, parece que solo resultan relevantes aquellos que implican al círculo más cercano, como serían la familia y las amistades. Así pues, la sintomatología psicopatológica estaría explicada, en parte, por tener una mayor ausencia de referentes familiares con la misma orientación sexual y, aunque pueda parecer sorprendente, por tener mayor cantidad de amistades con la misma orientación sexual. Parece, por tanto, que tener referentes con la misma orientación sexual dentro de la familia es un factor que protege ante problemas de salud mental, pero tener amistades con la misma orientación sexual consigue todo lo contrario, predice la sintomatología psicopatológica. Estas diferencias podrían guardar relación con los resultados obtenidos en el estudio de Shilo y Savaya (2011). Estos autores realizaron una investigación con jóvenes LGB de Israel en la que se observó que la aceptación y el apoyo familiar se relacionaban fuertemente con la aceptación de la propia orientación sexual, mientras que el apoyo y la aceptación del círculo de amistades estaban más relacionadas con la revelación de la orientación sexual. Así pues, podría ser que el hecho de tener en la familia

personas con una orientación sexual minoritaria haya fomentado, tanto en la familia como en el propio sujeto, una mayor tolerancia hacia la diversidad sexual, por lo que la persona que está tomando conciencia de su orientación sexual percibiría mayor seguridad de ser aceptado en el ámbito familiar o, al menos, en el peor de los casos, por parte del referente. En cambio, tener amistades con la misma orientación sexual tendría un funcionamiento distinto. Si el referente tiene una buena aceptación de su orientación sexual y ha tenido experiencias positivas a la hora de «salir del armario», facilitará que otras amistades con su misma orientación sexual también se animen a revelar su identidad a su círculo íntimo. Pero si, por el contrario, la «salida del armario» del referente ha venido acompañada de una mala reacción familiar o de una pérdida de amistades, provocará que otras personas no se atrevan a tomar ese paso, tal y como se observó que pasaba entre algunos hombres bisexuales (Schrimshaw et al., 2018). Por tanto, parece importante que, además de evaluar si existen referentes en los círculos cercanos de la persona, también se analice cómo ha sido el proceso de toma de conciencia y de revelación de la orientación sexual de esos referentes y la reacción del entorno, ya que podrían marcar notablemente el efecto que tiene sobre las personas que están en el proceso de formación y consolidación de su identidad.

Más concretamente, si se analizan los modelos de regresión para los síntomas psicopatológicos específicamente de los distintos grupos, se puede observar que la varianza explicada varía en función de cada categoría sexual, oscilando entre el 21% de las mujeres plurisexuales y el 33.1% de los hombres gais. En el primer modelo, se observa que los síntomas psicopatológicos de los **hombres gais** están condicionados, en gran parte, a una mayor vivencia del estrés de las minorías sexuales (microagresiones, rechazo anticipatorio, estigma internalizado y eventos de victimización), a haber sufrido abuso sexual, a un nivel bajo de estudios y a no haber sufrido cambios en su orientación sexual. De todas ellas, el rechazo anticipatorio es la variable que mayor peso muestra en el modelo. Tanto las variables de estrés de las minorías sexuales (Dürrbaum & Sattler, 2020;

Meyer & Frost, 2013; Mongelli et al., 2019), como el abuso sexual (Choudhary et al., 2012; Hillberg et al., 2011; Hornor, 2010; Santaularia et al., 2014) o el bajo nivel de estudios (Barr et al., 2015; Forman-Hoffman et al., 2018; Stein et al., 2017) habían mostrado ya relación con problemáticas de salud mental. Sin embargo, los cambios en la propia orientación sexual, lejos de lo que se esperaba, han predicho una disminución en la sintomatología psicopatológica. Es decir, aquellos hombres gays que no han experimentado cambios en su orientación sexual a lo largo de su vida muestran una peor salud mental en la actualidad. Según anteriores estudios, la fluidez sexual puede ser considerada como un estresor, sobre todo si esos cambios se dirigen hacia orientaciones sexuales más estigmatizadas como, por ejemplo, si una persona que se consideraba heterosexual empieza a sentir atracción por personas de su mismo sexo (Everett, 2015; Katz-Wise et al., 2017a). Por el contrario, en hombres gays que tengan clara su orientación sexual desde el primer momento no se producirán estas fluctuaciones, por lo que, en principio, tampoco sufrirían las consecuencias de estos cambios. Sin embargo, los resultados del modelo de regresión muestran que la ausencia de cambios en la orientación sexual está explicando parte de la sintomatología psicopatológica. Este fenómeno podría deberse a que, los hombres gays que presentan una alta certeza de su orientación tomen conciencia de ella a una edad más temprana, un factor que ha demostrado estar relacionado con una peor salud mental (Everett et al., 2016; Katz-Wise et al., 2017a). Del mismo modo, tener tan clara la propia orientación sexual también podría conllevar que hicieran visible su identidad minoritaria a una edad más temprana, lo que también facilitaría que pudieran ser víctimas de discriminación y victimización durante la adolescencia. Dado que en esas edades la vulnerabilidad emocional es mayor y es cuando se aprenden y se mejoran las estrategias de afrontamiento (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), tener que enfrentarse a situaciones de estrés cuando aún no se han conseguido esas habilidades podría estar agravando las consecuencias de ser víctima de discriminación.

En cuanto a las **mujeres lesbianas**, el modelo propuesto explica un 25.9% de la varianza de los síntomas psicopatológicos. Algunas de las variables que han mostrado tener efecto en esta sintomatología fueron haber sufrido abuso sexual (Choudhary et al., 2012; Hillberg et al., 2011; Hornor, 2010; Santaularia et al., 2014), el bajo nivel de estudios (Barr et al., 2015; Forman-Hoffman et al., 2018; Stein et al., 2017) y ser joven (Hoertel et al., 2015; Hwang et al., 2016). Pese a haber menos presencia de las dimensiones de la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+, la sintomatología psicopatológica sigue estando asociada con alguna de sus dimensiones (Dürrbaum & Sattler, 2020; Meyer & Frost, 2013; Mongelli et al., 2019), como tener rechazo anticipatorio, que es la variable que más peso muestra del modelo. Por lo que respecta al impacto de tener referentes, se observan los mismos resultados contradictorios de antes. Es decir, la sintomatología psicopatológica está explicada, en parte, por la ausencia de referentes familiares con la misma orientación y por la presencia de amistades con la misma orientación. Dado que el rechazo anticipatorio es la variable del modelo que mayor varianza explica, cobra más sentido la teoría anteriormente propuesta. Así pues, los referentes familiares estarían facilitando una gestión positiva de la toma de conciencia de la orientación sexual; sin embargo, con las amistades sería al revés. Es posible que entre el círculo de amistades haya otras personas con la misma orientación sexual que estén sufriendo discriminación, rechazo o malas reacciones de sus familiares o amistades, unas experiencias que explicarían que la persona que esté inmersa en el proceso de formación y toma de conciencia de su orientación sienta temor anticipatorio ante la posibilidad que también le pase a ella.

Por su parte, en los **hombres plurisexuales**, las variables del modelo explican un 31.4% de la varianza de los síntomas psicopatológicos. En este caso, como en los otros modelos, tener bajo nivel de estudios (Barr et al., 2015; Forman-Hoffman et al., 2018; Stein et al., 2017) también predijo cierto grado de los síntomas psicopatológicos, además del hecho en esta orientación, de ser creyente. Pese a que la religión puede ser una fuente de optimismo, dar esperanza, y

fomentar un sentido de pertenencia a una comunidad, si las creencias religiosas son muy intensas, también pueden ejercer cierta presión por cumplir con la norma y limitar algunas experiencias vitales, sobre todo cuando hablamos de religiones monoteístas que tradicionalmente han condenado cualquier comportamiento que no sea el heterosexual (Weber & Pargament, 2014). Esto es lo que les ocurriría a las personas creyentes con una orientación sexual minoritaria. Dado que las personas religiosas suelen mostrar mayor rechazo hacia la diversidad sexual (Roggemans et al., 2015), se verían envueltas en un conflicto interno entre sus creencias y sus sentimientos, que podría afectarles psicológicamente (Wheeler, 2013). Por otra parte, la salud mental de los hombres plurisexuales también se ve influenciada por algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales (Dürbaum & Sattler, 2020; Meyer & Frost, 2013; Mongelli et al., 2019). Más concretamente, haber sufrido microagresiones y tener rechazo anticipatorio son las dos variables que resultan predictoras. Por último, en la misma línea que anteriores estudios donde se había observado una relación entre la incertidumbre con la orientación sexual y una peor salud mental (Price-Feeney et al., 2021; Shearer et al., 2016; Talley et al., 2016), en el presente modelo las dudas actuales con la orientación sexual predijeron también mayor sintomatología psicopatológica. De hecho, este fue el factor que más peso presentó en el modelo. Este mayor impacto de las dudas puede ser debido a que las personas bisexuales son las que mayor incertidumbre presentan con su orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Bregman et al., 2013; Chan et al., 2020; Mohr & Kendra, 2011), y más concretamente, en el presente trabajo los hombres plurisexuales fueron los que más dudas albergaron. Por tanto, parece que los hombres plurisexuales, además de presentar mayor incertidumbre, también experimentan un gran impacto psicológico por esas dudas. Sin embargo, el abuso sexual, pese a que en el resto de modelos sí que había resultado significativo, en este no lo fue. Puede que se deba a que era de los grupos que menores prevalencias presentaba, aunque en los hombres gais, que tenían prevalencias similares, sí que resultó significativa.

Por último, en las **mujeres plurisexuales**, el modelo propuesto explica el 21% de la varianza de los síntomas psicopatológicos. Como en anteriores modelos, el abuso sexual (Choudhary et al., 2012; Hillberg et al., 2011; Hornor, 2010; Santaularia et al., 2014), así como el bajo nivel de estudios (Barr et al., 2015; Forman-Hoffman et al., 2018; Stein et al., 2017) y ser joven (Hoertel et al., 2015; Hwang et al., 2016) resultaron predictores de una peor salud mental. Por su parte, cuatro variables de la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+ resultaron predictoras de sintomatología psicopatológica (Dürrbaum & Sattler, 2020; Meyer & Frost, 2013; Mongelli et al., 2019): haber sufrido microagresiones, un mayor estigma internalizado, haber sufrido eventos de victimización, y tener una baja conexión comunitaria. Los eventos de victimización, de hecho, fueron los que mayor peso mostraron en el modelo. Además, como ocurría con los hombres plurisexuales, la salud mental también estuvo ligada a las dudas actuales con la orientación sexual (Price-Feeney et al., 2021; Shearer et al., 2016; Talley et al., 2016).

## 6. Variables explicativas del bienestar psicológico

### Hipótesis 20

---

Algunas de las variables analizadas, como el estrés de las minorías sexuales, la existencia de referentes LGTBI+ o la reacción familiar ante la «salida del armario», permitirán predecir y explicar un alto porcentaje de bienestar psicológico, si bien el peso de estas variables variará en función del grupo de población.

---

En cuanto al modelo de regresión sobre el bienestar psicológico en personas con una orientación sexual minoritaria, las variables incluidas explican el 23.9% de la varianza. Algunos factores sociodemográficos que predijeron mayores niveles de bienestar son el hecho de tener pareja (Blasi et al., 2013; Czyżowska et al., 2020),

mayor nivel de estudios (Blasi et al., 2013; Jongbloed, 2018), ser hombre y tener una edad más elevada. Sin embargo, la orientación sexual, las creencias religiosas, la ideología política y el tipo de localidad de crianza no mostraron significación. En cuanto al género, estudios anteriores que también utilizaban la escala de Ryff (1989a) habían obtenido resultados poco concisos (Matud et al., 2019, 2022). Sin embargo, en la misma línea que otras investigaciones que evaluaban el bienestar psicológico con otras escalas (Blasi et al., 2013), en el presente estudio también se observó que el hecho de ser hombre predecía niveles más altos de bienestar. Por lo que respecta a la edad, los resultados obtenidos por anteriores investigaciones también eran inconclusos (Ryff, 2013; Ryff & Singer, 2013), observándose tendencias diferentes en función de la dimensión concreta del bienestar psicológico. No obstante, en esta investigación, que se tuvo en cuenta la puntuación total de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a), se observó que tener una edad más avanzada predecía puntuaciones más elevadas.

Por otra parte, tal y como se esperaba (Collict, 2020; Rostosky et al., 2018), el bienestar psicológico estuvo explicado, en parte, por no haber sufrido acoso LGTBI+, así como por presentar niveles más bajos de ocultación, microagresiones, rechazo anticipatorio, estigma internalizado y mayores puntuaciones de conexión comunitaria. Algunas de estas variables fueron de las que más peso mostraron en el modelo, siendo el estigma internalizado la que mayor influencia mostró. En cambio, otras variables relacionadas con este estrés de las minorías sexuales no fueron significativas, como los eventos de discriminación o de victimización, la reacción familiar ante la «salida del armario» o la aceptación de la propia orientación sexual.

De las variables relacionadas con el proceso de formación y toma de conciencia de la propia orientación sexual, solo resultaron significativas para el modelo las dudas actuales con la orientación sexual, donde la ausencia de dudas predijo un mayor bienestar. Anteriores investigaciones que se basaban en otro modelo de bienestar, el hedónico, aquel centrado en fomentar estados emocionales

positivos, el placer y la satisfacción, encontraron una relación positiva entre la certeza con la orientación sexual y este tipo de bienestar (Bejakovich & Flett, 2018; Morandini et al., 2015, 2017). Sin embargo, no se han encontrado investigaciones que analicen esta relación teniendo en cuenta el modelo de bienestar eudaimónico propuesto por Ryff (1989a) que aborda el florecimiento y el desarrollo de las potencialidades de cada persona.

Por último, la presencia de referentes con la misma orientación sexual solo predijo mayor bienestar cuando eran del ámbito familiar. El resto de contextos no resultaron significativos. Pese a que no existe mucha literatura sobre la relación del bienestar psicológico con la presencia de referentes, el estudio de Brownfield et al. (2018) sí que observó que, al menos para las personas bisexuales, tener ejemplos positivos de gente con su misma orientación sexual, les servía de modelo a seguir y favorecía el crecimiento personal.

Una vez analizado el modelo general de bienestar psicológico, hay que abordar los resultados específicos obtenidos para cada uno de los grupos. En este caso, las diferencias entre grupos en la varianza explicada están más ajustadas que en los modelos de síntomas psicopatológicos. No obstante, el porcentaje más bajo vuelve a obtenerse con el modelo de las mujeres plurisexuales (21.9%), y el más alto sigue observándose en los hombres gais (28.1%).

En el primer modelo, el de los **hombres gais**, se observa que las variables sociodemográficas que predicen un mayor bienestar psicológico son tener pareja (Blasi et al., 2013; Czyżowska et al., 2020) y un mayor nivel de estudios (Blasi et al., 2013; Jongbloed, 2018). En cuanto a los factores relacionados con el estrés de las minorías sexuales, el bienestar psicológico estuvo explicado por menores niveles de aquellos factores negativos (ocultación de la identidad, microagresiones, rechazo anticipatorio y estigma internalizado) y por una mayor conexión comunitaria (Collict, 2020; Rostosky et al., 2018), que era una variable protectora. Concretamente, el rechazo anticipatorio fue la variable que más peso

mostró para el modelo. Del mismo modo, tener una buena aceptación de la propia orientación sexual, haber percibido del familiar más relevante una reacción más positiva a la hora de «salir del armario», y tener referentes familiares con la misma orientación sexual (Brownfield et al., 2018) también resultaron predictoras de un mejor bienestar psicológico. Hasta el momento, tanto la aceptación de la propia orientación sexual (Camp et al., 2020; Shilo & Savaya, 2011) como la reacción familiar (D'amico et al., 2015; D'amico & Julien, 2012; Puckett et al., 2015; Ryan et al., 2015) habían demostrado tener relación con la salud mental de la persona. Sin embargo, en el presente estudio se ha demostrado específicamente que explican un porcentaje de varianza del bienestar eudaimónico de los hombres gais.

A diferencia de los modelos de los otros grupos, para el bienestar de los hombres gais han resultado significativas la reacción del familiar más relevante y la existencia de referentes familiares. En otros estudios ya se había observado que el apoyo recibido por parte de la familia resultaba más importante que cualquier otro tipo de apoyo social para las personas con una orientación sexual minoritaria (McConnell et al., 2015). De hecho, en un estudio con adolescentes de Estados Unidos se observó que la falta de apoyo de los padres afectaba mucho más al desempeño académico de las personas con una orientación sexual minoritaria que al de sus pares heterosexuales (Watson et al., 2016). Más concretamente, tanto el apoyo como la aceptación familiar han demostrado ser relevantes para la salud mental de los hombres gais (Elizur & Ziv, 2001). Por tanto, a la luz de estos resultados, podría pensarse que el contexto familiar juega un papel mucho más relevante en el bienestar psicológico de los hombres gais que en el de personas de otras orientaciones sexuales minoritarias.

En cuanto a las **mujeres lesbianas**, el modelo propuesto consiguió explicar un 24.8% del bienestar psicológico. Por lo que respecta a las variables sociodemográficas, en el modelo general de bienestar ya se había mencionado que en anteriores investigaciones la edad había presentado resultados dispares en función de la dimensión concreta del bienestar eudaimónico (Ryff, 2013; Ryff &

Singer, 2013). Sin embargo, en el presente modelo, tal y como pasó con el modelo general, se observó que tener una edad más elevada predecía una mayor puntuación total en la Escala de Bienestar Psicológico. En segundo lugar, haberse criado en una localidad rural también mostró significación en el modelo. Este fenómeno también fue observado en un estudio internacional con 166 países diferentes, donde el hecho de vivir en un área rural o en una granja estaba asociado con mayor bienestar psicológico entre las mujeres, pero no entre los hombres (Joshani, 2018). Por otro lado, algunas dimensiones del estrés de las minorías sexuales también predijeron un mayor bienestar psicológico (Collicott, 2020; Rostosky et al., 2018), siendo el rechazo anticipatorio la variable que mayor varianza explicó del modelo. Así pues, se observó que el bienestar de las mujeres lesbianas estaba explicado, en parte, por un menor rechazo anticipatorio, un bajo estigma internalizado, una mayor conexión comunitaria y, sorprendentemente, por niveles más altos de eventos de discriminación. Estos datos deben ser analizados con cautela, ya que no debe interpretarse que la discriminación es algo positivo y beneficioso para la salud mental de las mujeres lesbianas. Sería más bien que el hecho de haber sobrellevado y gestionado de forma adecuada una situación complicada y desagradable, como sería sufrir discriminación, ha hecho que las mujeres lesbianas experimenten un sentimiento de fortaleza y de autoeficacia que ha repercutido positivamente en su bienestar. Algunos estudios ya habían demostrado que, enfrentarse a eventos traumáticos, además de poder generar estrés postraumático también favorecía experimentar un crecimiento personal (Jirek & Saunders, 2018). Este fenómeno ha sido observado, por ejemplo, al haber sufrido bullying debido a la orientación sexual (Ratcliff et al., 2022) o al «salir del armario» (Vaughan & Waehler, 2010; Zavala & Waters, 2021). Pero como se mencionaba anteriormente, este crecimiento debe atribuirse más a un aprendizaje obtenido de una buena gestión de un momento difícil que al evento discriminatorio en sí. De hecho, Cárdenas et al. (2018) observaron que el crecimiento personal frente a un trauma se debía, en parte, a la estrategia de afrontamiento utilizada. Además, pese a que en el modelo de síntomas psicopatológicos la presencia de

dudas con la propia orientación sexual no resultó significativa para las mujeres lesbianas, en el modelo de bienestar psicológico sí que lo fue. En anteriores estudios, la certeza con la orientación sexual ya había mostrado relación con otros tipos de bienestar, como el hedónico (Bejakovich & Flett, 2018; Morandini et al., 2015, 2017).

Por su parte, en los **hombres plurisexuales**, las variables del modelo explicaban un 25.4% del bienestar psicológico. De todos los factores sociodemográficos, solo el nivel de estudios mostró significación (Blasi et al., 2013; Jongbloed, 2018). Por otro lado, tanto los eventos de discriminación como el estigma internalizado predijeron niveles más bajos de bienestar (Collict, 2020; Rostosky et al., 2018), siendo este último el segundo factor más relevante del modelo, justo por detrás del nivel de estudios. Para finalizar, como sucedía con el modelo de los síntomas psicopatológicos para los hombres plurisexuales, la presencia de dudas actuales con la orientación sexual demostró ser un predictor de niveles más bajos de bienestar psicológico (Bejakovich & Flett, 2018; Morandini et al., 2015, 2017). Además, también resultó significativo haber tenido dudas en el pasado, algo que remarca la relevancia que ejerce la incertidumbre con la orientación sexual en los hombres plurisexuales. Este fenómeno podría estar relacionado con que los hombres plurisexuales del presente trabajo eran los que más se cuestionaban su orientación sexual en la actualidad, en comparación con el resto de grupos.

En el último modelo, se observó que las variables propuestas conseguían explicar un 21.9% de la varianza del bienestar psicológico de las **mujeres plurisexuales**. Por lo que respecta a los datos sociodemográficos, pese a que otros estudios no habían obtenido unos datos claros respecto a la edad (Ryff, 2013; Ryff & Singer, 2013), en este modelo, una edad más elevada y niveles de estudio más avanzados (Blasi et al., 2013; Jongbloed, 2018) predijeron un mayor bienestar. Otros factores que mostraron significación en el modelo fueron algunas variables del estrés de las minorías sexuales (Collict, 2020; Rostosky et al., 2018), como una

mayor ocultación de la identidad, unos niveles más bajos de microagresiones, un menor estigma internalizado y una mayor conexión comunitaria. Tal y como ocurría en el modelo de bienestar psicológico de los hombres plurisexuales, el factor que mayor peso mostró en este modelo fue el nivel de estudios, seguido de la conexión comunitaria. Tener dudas con la orientación sexual en la actualidad también predijeron niveles más bajos de bienestar psicológico (Bejakovich & Flett, 2018; Morandini et al., 2015, 2017).

Una vez analizados todos los modelos de regresión, se puede afirmar que las variables relacionadas con el estrés de las minorías sexuales resultan predictoras de la sintomatología psicopatológica y del bienestar psicológico de las personas homosexuales y plurisexuales (Meyer et al., 2021). Sin embargo, se observan diferencias en el porcentaje de varianza explicada en función del grupo analizado. Por una parte, las variables propuestas predicen mejor la salud mental de los hombres gays y de las mujeres lesbianas que de sus pares plurisexuales. Por otra parte, los modelos de los hombres gays y de los hombres plurisexuales consiguen explicar más porcentaje de varianza que el de sus respectivos grupos de mujeres. Por tanto, parece que los modelos propuestos funcionan mejor entre las personas homosexuales y entre los hombres con una orientación sexual minoritaria.

En cuanto a la menor varianza obtenida por las personas plurisexuales, un estudio de Reino Unido obtuvo unos resultados que podrían esclarecer estos hallazgos. Pitman et al. (2021) observaron que el hecho de ser homosexual o bisexual estaba asociado a mayores prevalencias de trastornos mentales. Sin embargo, cuando se controló el efecto que tenían la discriminación y el acoso debido a la orientación sexual en la salud mental, esta asociación se redujo notablemente para las personas homosexuales, pero no fue así para las personas bisexuales. Por tanto, las altas prevalencias de trastorno mental en las personas

plurisexuales no estarían explicadas por las tasas de discriminación y acoso, sino por otras variables. Una de ellas podría ser por la mayor incertidumbre que presentan con la orientación sexual (Balsam & Mohr, 2007; Bejakovich & Flett, 2018; Chan et al., 2020; Mohr & Kendra, 2011) que, de hecho, en el presente trabajo ha resultado significativa en ambos modelos de salud mental para las personas plurisexuales. Otra explicación alternativa podría tener relación con la menor relevancia que le dan las personas bisexuales a su orientación sexual (Hinton et al., 2022; la Roi et al., 2019). Por tanto, sería lógico que cualquier factor de estrés asociado a dicha identidad pluralisexual les afectara menos que a otras personas que perciben que su orientación sexual, por la que están sufriendo discriminación, es una parte central de su identidad como personas (Pachankis et al., 2020).

Por su parte, las mujeres lesbianas y plurisexuales, además de ver afectada su salud mental por las variables del estrés de las minorías sexuales, también estarían recibiendo el impacto de ser mujer en una sociedad heteropatriarcal. De hecho, en un estudio con mujeres bisexuales de Estados Unidos (Watson et al., 2018) se observó que, cuando se examinaron simultáneamente el efecto que tenían la discriminación bifóbica y el sexismo en la salud mental de estas mujeres, solo el sexismo predijo mayor angustia psicológica. Parece, por tanto, que la discriminación bifóbica por sí sola no resulta predictora de una peor salud mental. Pese a los resultados de Watson et al. (2018), en el presente trabajo las variables incluidas en los modelos han conseguido explicar más del 21% de la varianza de los síntomas psicopatológicos y del bienestar psicológico de las mujeres lesbianas y plurisexuales. Por eso, podría afirmarse que, aunque la discriminación bifóbica pueda no ser relevante por sí sola, otro tipo de factores relacionados con el estrés de las minorías sexuales sí que resultan significativos para la salud mental de las mujeres lesbianas y plurisexuales.



# CONCLUSIONES

## 1. Conclusiones

El presente trabajo ha servido para consolidar la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003) al demostrar la relación y el impacto que tienen para la salud mental de las personas LGB+ las vivencias específicas que deben afrontar por tener una orientación sexual minoritaria (discriminación, «salida del armario», dificultades durante la formación de la identidad, etc.). De hecho, las variables del presente estudio han llegado a explicar entre un 21% y un 33.1% de la varianza de la salud mental de la población LGB+. Por tanto, queda patente la necesidad de considerar estos factores cuando se realicen estrategias de intervención, ya sea para incluirlas en programas educativos de prevención de la discriminación o para tener en cuenta las consecuencias del estigma al preparar una intervención psicoterapéutica.

Además, los resultados del presente trabajo, al tener en cuenta el género y la orientación sexual a la hora de confeccionar los grupos comparativos (hombres heterosexuales, mujeres heterosexuales, hombres gays, mujeres lesbianas, hombres plurisexuales y mujeres plurisexuales), nos permiten desgranar de una manera más detallada cuál es la salud mental de hombres y mujeres en función de su orientación sexual y cómo es la vivencia de su sexualidad y de las experiencias discriminatorias y estigmatizantes asociadas a su identidad minoritaria. Pocos estudios hasta la fecha han realizado comparaciones tan detalladas, limitándose muchos a analizar de forma separada las diferencias en función de la orientación sexual o del género de las personas con una orientación sexual minoritaria.

Así pues, tal y como se puede observar a lo largo de todo el trabajo, las personas plurisexuales son las grandes destacadas al ser las que presentan peores resultados de salud mental. Concretamente, las mujeres plurisexuales son el grupo que presenta mayor sintomatología psicopatológica y mayores prevalencias de conductas suicidas, mientras que, en el bienestar psicológico, las mujeres plurisexuales no obtienen diferencias con los hombres plurisexuales, siendo los dos

grupos que menores niveles presentan. Por otro lado, los hombres plurisexuales son los que presentan peor satisfacción sexual y los hombres gais los que muestran niveles más bajos de satisfacción corporal. En estas dos variables, las mujeres plurisexuales obtienen niveles más positivos.

Viendo esta mayor afectación psicológica de las personas plurisexuales podría pensarse que son también las que experimentan mayores tasas de discriminación, estigma y victimización debido a su orientación sexual. Pero no es así. De hecho, en la puntuación total de la Escala de Estrés de las Minorías LGTBI+, así como en el acoso LGTBI+, el grupo más afectado es el de los hombres gais, seguidos en segunda posición de las mujeres lesbianas y los hombres plurisexuales y, en última posición, las mujeres plurisexuales. En las reacciones familiares ante la «salida del armario», las mujeres plurisexuales son las que mejor respuesta reciben. Por el contrario, las mujeres lesbianas son las que experimentan una reacción más negativa. Por tanto, ¿qué podría estar explicando que las personas plurisexuales muestren peor salud mental si, en general, reciben menor discriminación y victimización que las personas homosexuales?

Por una parte, los hombres y mujeres homosexuales muestran los niveles más altos de conexión comunitaria y de aceptación de la propia orientación sexual, dos variables protectoras que podrían estar mitigando los efectos negativos que tendría el estrés de las minorías sexuales en su salud mental.

Por otro lado, las personas plurisexuales, sobre todo los hombres, son los que han experimentado mayores dificultades durante el proceso de formación de su identidad (mayor incertidumbre, más cambios, tomar conciencia a una edad más tardía y menor presencia de referentes con su misma orientación sexual). Por su parte, las mujeres plurisexuales parece que están más afectadas por las variables que no se centran específicamente en las personas de una orientación sexual minoritaria. Así pues, son el grupo que presenta mayores prevalencias de abuso

sexual y, justo por detrás de los hombres gays, las que muestran niveles más altos de acoso general.

En función de estos resultados y de los obtenidos con los modelos de regresión, se puede afirmar que parte de los problemas de salud mental que presentan las personas LGB+ está explicada por las vivencias estresantes que experimentan por el hecho de tener una orientación sexual minoritaria. Sin embargo, es evidente que las variables propuestas en los modelos resultan menos significativas para las personas plurisexuales y para las mujeres. Por tanto, habría que plantearse qué otros factores podrían estar afectando a la salud mental de estos dos grupos de población.

## **2. Limitaciones**

A la hora de realizarse estudios sobre la salud mental del colectivo LGTBI+ deberían tenerse en cuenta siempre las interseccionalidades que podrían producirse al hablar de personas que pertenecen a varios grupos estigmatizados o infravalorados. En nuestro caso, que incluimos a mujeres y a personas con una orientación sexual minoritaria, también deberíamos haber recogido información específica sobre la discriminación y situaciones de acoso que viven las mujeres por el hecho de serlo.

Además de la inclusión de estas variables, para futuros estudios también habría que recoger información sobre otros aspectos que han demostrado ser relevantes para la salud mental. Estos factores podrían ser generales a toda la población, como las variables de personalidad (Cramer et al., 2016; Hengartner, 2015), las estrategias de afrontamiento (Cramer et al., 2016; Gloria & Steinhardt, 2016; Groth et al., 2019), el crecimiento postraumático (Jirek & Saunders, 2018) o la resiliencia (Gloria & Steinhardt, 2016; Hu et al., 2015); o más específicas de aquellas personas con una orientación sexual minoritaria, como la centralidad de

la orientación sexual (Hinton et al., 2022) o la expresión de género atípica (Rieger & Savin-Williams, 2012).

Por otro lado, para conocer verdaderamente la salud mental de todo el colectivo LGTBI+ no debemos estudiar solamente a las personas cis y a las personas homosexuales y bisexuales. Es necesario incluir a personas trans y a personas de otras orientaciones sexuales emergentes, ya que sus vivencias y su afectación psicológica también son específicas (Aparicio-García et al., 2018). De hecho, en un estudio estadounidense (Borgogna et al., 2019) se comprobó que las personas trans con una orientación sexual minoritaria presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión que aquellas personas cisgénero que eran heterosexuales o de una orientación sexual minoritaria. Del mismo modo, aquellas personas que se identificaron como pansexuales o demisexuales mostraron peor salud mental que las personas homosexuales o bisexuales, lo que hace presuponer que, las personas con una identidad emergente, pueden estar experimentando un estrés minoritario más allá del que viven las personas con una orientación sexual más conocida, como las personas homosexuales o bisexuales. En nuestro caso en concreto, a pesar de partir de una muestra amplísima de 4676 participantes, debido al bajo tamaño muestral de las personas pansexuales, tuvimos que juntarlas con las personas bisexuales, ya que ambas poblaciones sienten atracción hacia más de un género. Sin embargo, para futuras investigaciones debería procurarse separar estas poblaciones para conseguir información más detallada y específica, ya que la literatura nos dice que las personas pansexuales y las bisexuales pueden presentar vivencias diferentes (Galupo et al., 2017; Panas, 2017), incluso en su salud mental, siendo las personas pansexuales las más afectadas (Wilson et al., 2021).

Por último, otra limitación de nuestro estudio es que en muchas ocasiones se ha recurrido a preguntas dicotómicas o tipo Likert en detrimento de otras escalas validadas. Estas elecciones fueron tomadas con la intención de acortar el tiempo que llevaría contestar a toda la batería de cuestionarios, ya que esta tesis

forma parte de un proyecto mucho más amplio y constaba de otras variables de estudio, además de las aquí presentes. Para estudios posteriores sería aconsejable recoger la información a través de escalas validadas para poder obtener resultados más completos y concisos.

### **3. Líneas de investigación futuras**

Pese a que el presente estudio tiene margen de mejora, los resultados obtenidos pueden ser de gran utilidad para la sociedad. Por una parte, en el ámbito preventivo, sabiendo la gran relevancia que tiene la discriminación y el estigma en la salud mental de las personas con una orientación sexual minoritaria, pueden servir de base para seguir focalizando esfuerzos en la educación sobre la diversidad sexual. Por otro lado, en el ámbito clínico, al señalar qué dimensiones suelen verse afectadas en función del género y de la orientación sexual, facilita al psicólogo clínico que focalice la evaluación en esos aspectos para así poder realizar una atención más detallada y específica.

Actualmente, existe lo que se conoce como «Terapia Afirmativa LGTBI+», un enfoque que se basa en la Teoría del Estrés de las Minorías Sexuales (Meyer, 2003) y trata de fomentar la aceptación de la propia sexualidad, así como de examinar y reparar las consecuencias mentales y emocionales derivadas de experimentar ciertas situaciones estresantes por pertenecer a un grupo socialmente estigmatizado, como la discriminación, el rechazo, la ocultación de la identidad o el estigma internalizado (Johnson, 2012). Hasta la fecha, existen varias propuestas de intervenciones para tratar de mitigar el impacto que tiene el estrés de las minorías sexuales en la salud mental de las personas con una orientación sexual minoritaria (Chaudoir et al., 2017). Por un lado, algunas intervenciones buscan eliminar los prejuicios asociados a la población LGTBI+, ya sea de forma grupal o de manera individual, para fomentar un ambiente de tolerancia y respeto hacia la diversidad sexual. Por otro lado, existen algunas intervenciones que pretenden

## CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

facilitar que las personas con una orientación sexual minoritaria creen redes de apoyo para fomentar vivencias positivas y un sentimiento de orgullo con su identidad minoritaria. Por último, otras intervenciones han estado centradas en dotar de mayores herramientas a la población con una orientación sexual minoritaria para que sepan afrontar de manera más adaptativa las situaciones estresantes que les va a tocar vivir por el hecho de pertenecer a un grupo estigmatizado.

Todas estas estrategias resultan de gran utilidad y no deben abandonarse. Sin embargo, a lo largo del presente trabajo ha quedado patente el gran impacto que tiene la incertidumbre con la orientación sexual en la salud mental de las personas con una identidad minoritaria, sobre todo, en la población plurisexual. Por eso, querríamos terminar este trabajo haciendo una propuesta de intervención que sirva de complemento a las ya mencionadas anteriormente, con la intención de ampliar el campo de acción y poder abarcar otros aspectos relevantes para la calidad de vida de estas personas. Así pues, consideramos que debería fomentarse la flexibilidad identitaria. Es verdad que las personas necesitan sentirse parte de una comunidad, y para ello, se comparan con sus iguales para tratar de encajar en el grupo (Hogg, 2004). Sin embargo, considerar que esa identidad, en este caso la orientación sexual, es un constructo fijo e inamovible va a limitar las vivencias y experiencias de la persona. En todo momento va a estar juzgando si sus comportamientos y sentimientos son congruentes con su identidad y, en caso de no serlo, va a aparecer el malestar por no estar encajando (Barker, 2015). En cambio, si existe poca rigidez en las definiciones de cada orientación sexual, la persona va a poder sentirse parte de esa comunidad pese a mostrar diferencias con otras personas de su misma orientación sexual. Es mucho más fácil flexibilizar las características y la conceptualización de lo que se considera una determinada etiqueta grupal, que cambiar los propios pensamientos, sentimientos y creencias para tratar de encajar en un grupo en concreto (Boyer & Lorenz, 2020). Varios estudios han observado que las personas que muestran mayor flexibilidad

cognitiva, es decir, que se dejan fluir y actúan en función de sus sentimientos y sus valores, pero sin juzgarse, presentan una mejor salud mental (Brewster, 2011; Chan & Yip, 2021). Por eso, consideramos relevante educar en esta flexibilidad cognitiva, romper con la rigidez de las etiquetas y fomentar una vivencia sana y diversa de la sexualidad. Además, estas estrategias no solo serían positivas para las personas plurisexuales o con una orientación sexual minoritaria, sino también para las personas heterosexuales. Por ejemplo, en una investigación que realizamos anteriormente (Giménez-García et al., 2021), se observó que las mujeres, independientemente de su orientación sexual, habían llegado a excitarse con pornografía heterosexual, lésbica y gay. Sin embargo, algunas mujeres vivían esta excitación con malestar, sobre todo cuando se producía con un tipo de pornografía que no era la esperada para su orientación sexual. Es decir, las mujeres heterosexuales sintieron mayor malestar al excitarse con la pornografía lésbica, las mujeres lesbianas con la pornografía gay, y las mujeres bisexuales con el material lésbico y el gay. Un tiempo más tarde, se realizó otra investigación con hombres y mujeres heterosexuales (Nebot-García et al., 2022) en la que se comprobó que, pese a identificarse como heterosexuales, algunas personas habían tenido sueños, fantasías y deseos sexuales con personas de su mismo sexo, e incluso algunas habían mantenido relaciones sexuales con ellas. Estas experiencias con el mismo sexo provocaron que las personas heterosexuales sintieran un gran malestar con su propia orientación sexual, sobre todo entre los hombres. Estas investigaciones sirven para ejemplificar que las personas suelen experimentar malestar cuando realizan conductas que no resultan congruentes con su orientación sexual. Por tanto, promoviendo que exista una mayor flexibilidad entre las categorías de orientación sexual y en las definiciones de cada grupo sexual, se estará fomentando una mayor libertad para vivir la sexualidad según como cada persona la sienta y no tanto por lo que se espera de ella en base a una etiqueta.

## Conclusions

The present work consolidates the Sexual Minority Stress Theory (Meyer, 2003) by demonstrating the relationship and the impact of the specific experiences that LGB+ people face because their sexual orientation (discrimination, coming out of the closet, difficulties during identity formation, etc.) on their mental health. In fact, the variables of the present study explain between 21% and 33.1% of the variance of the LGB+ population mental health. Therefore, it is clear that these factors should be taken into account when carrying out intervention strategies, either to include them in educational programs for the discrimination prevention or to take into account the consequences of stigma when preparing a psychotherapeutic intervention.

In addition, the results of this study, by taking into account gender and sexual orientation when making the comparative groups (heterosexual men, heterosexual women, gay men, lesbian women, plurisexual men, and plurisexual women), allow us to break down in a more detailed way what is the mental health of men and women based on their sexual orientation and what are their experiences of their sexuality and the discriminatory and stigmatizing experiences associated with their minority identity. Few studies to date have made such detailed comparisons, a lot of them focusing only on separately analyzing the differences based on sexual orientation or gender of people who belong to a sexual minority.

Thus, as it can be seen throughout the present work, plurisexual people are the ones who stand out the most as they seem to have the worst mental health. Specifically, plurisexual women are the group that presents the greatest psychopathological symptomatology and higher prevalence of suicidal behavior, while in psychological well-being, there are no differences in comparison with plurisexual men. These two groups (plurisexual women and plurisexual men) are the ones with the lowest levels of mental health. On the other hand, plurisexual men are the ones with the lowest levels of sexual satisfaction, and gay men are the ones with the lowest levels of body satisfaction. On these two variables, plurisexual women have higher levels.

Seeing this greater psychological impact in plurisexual people, we could think that they are also the ones who experience higher rates of discrimination, stigma, and victimization due to their sexual orientation, but this is not the case. In fact, the total score on LGTBI+ Minorities Stress Questionnaire and also on LGTBI+ harassment, gay men have the highest levels, followed by lesbian women and plurisexual men in the second place, and plurisexual women as last. In family reactions when coming out of the closet, plurisexual women receive the best response. On the contrary, lesbian women experience more negative reactions. Therefore, what could explain worse mental health in plurisexual people when, usually, they receive less discrimination and victimization than homosexual people?

On the one hand, homosexual men and women show the highest levels of community connection and acceptance of their own sexual orientation —two protective variables that could reduce the negative effects of the LGTBI+ minority stress on their mental health.

On the other hand, plurisexual people, especially men, are the ones who have experienced the greatest difficulties during the process of their identity forming (greater uncertainty, more changes, becoming aware at a later age and less presence of referents with their same sexual orientation). Plurisexual women seem to be more affected by variables that are not specifically focused on people from a sexual minority. Thus, they are the group that shows the highest prevalence of sexual abuse and the highest levels of general harassment, right after gay men.

Based on these results and those obtained with the regression models, it is clear that a part of the mental health problems presented by LGB+ people is explained by the stressful experiences they experience due to their minority sexual orientation. However, it is evident that the variables proposed in the models are less significant for plurisexual people and for women. Therefore, it would be necessary to consider other factors that could be affecting the mental health of these two groups.

## Limitations

When conducting studies on the mental health of the LGTBI+ group, the intersectionalities that can occur when talking about people who belong to various stigmatized or undervalued groups should always be taken into account. In our case, where we included women and people from a sexual minority, we should also have collected specific information about the discrimination and situations of harassment experienced by women, just because of the fact that they are women.

In addition to these included variables, it would also be necessary to collect information on other aspects that are relevant to mental health in the future studies. These factors could be common to the entire population, such as personality variables (Cramer et al., 2016; Hengartner, 2015), coping strategies (Cramer et al., 2016; Gloria & Steinhardt, 2016; Groth et al., 2019), post-traumatic growth (Jirek & Saunders, 2018) or the resilience (Gloria & Steinhardt, 2016; Hu et al., 2015); or more specific to those people who belong to a sexual minority, such as the centrality of sexual orientation (Hinton et al., 2022) or atypical gender expression (Rieger & Savin-Williams, 2012).

On the other hand, to truly understand the mental health of the entire LGTBI+ population, we should not only study cis, homosexual, and bisexual people. It is also necessary to include trans people and people of other emerging sexual orientations, since their experiences and therefore their psychological impact are also specific. In fact, one study from United States of America (Borgogna et al., 2019) showed that trans people with a minority sexual orientation had higher levels of anxiety and depression than those cisgender people who were heterosexual or with a minority sexual orientation. Similarly, those who identified themselves as pansexual or demisexual showed worse mental health than homosexual or bisexual people, which shows that people with an emerging identity may be experiencing higher minority stress than people with a more well-known sexual orientation, such as homosexual or bisexual people. In our case, despite of having a very large sample of 4676 participants, we had to put pansexual people in the bisexual

group (since both of these two groups feel attraction to more than one gender) due to the small sample of pansexual people. However, for future research, it would be necessary to separate these two populations to obtain more detailed and specific information, since the resources tell us that pansexual and bisexual people can have different experiences (Galupo et al., 2017; Panas, 2017), even in their mental health, where the most affected are pansexual people (Wilson et al., 2021).

Finally, another limitation of our study is that many times dichotomous or Likert-type questions have been used to the detriment of other validated scales. These choices were made to shorten the response time of the entire battery of questionnaires, since this thesis is part of a much broader project and consisted of other study variables, besides those presented here. For the future studies, it would be recommended to collect the information through validated scales to obtain more complete and concise results.

## **Future research**

In spite of the possible improvements of the present study, the gathered results can be of great use to society. On the one hand, in the preventive field, knowing the great importance of discrimination and stigma on the mental health of people from a sexual minority orientation, they can be used as a starting point for continuing to focus on the efforts in education on sexual diversity. On the other hand, in the clinical field, by pointing out which dimensions are usually affected based on gender and sexual orientation. This makes it easier for the clinical psychologist to focus the evaluation on those aspects in order to be able to carry out a more detailed and specific help.

Currently, there is an «Affirmative LGTBI+ Therapy» —an approach that is based on the Sexual Minority Stress Theory (Meyer, 2003) and tries to promote the acceptance of one's sexuality, as well as to examine and repair the mental and emotional consequences produced by certain stressful situations due to belonging

to a socially stigmatized group, such as discrimination, rejection, identity concealment or internalized stigma (Johnson, 2012). To date, there are several proposals for interventions to try to reduce the impact of sexual minority stress on the mental health of people from a sexual minority (Chaudoir et al., 2017). On the one hand, some interventions seek to eliminate the prejudices associated with the LGBTBI+ population, either in groups or individually, to promote an environment of tolerance and respect for sexual diversity. On the other hand, there are some interventions that aim to make it easier for people from a sexual minority to create support networks to foster positive experiences and a feeling of pride with their minority identity. Lastly, other interventions have been focused on providing the sexual minority population with more tools so that they can cope more adaptively with the stressful situations that they have to experience due to belonging to a stigmatized group.

All of these strategies are very useful and should not be abandoned. However, in the present study, it became clear that a sexual orientation uncertainty has a great impact on the mental health of people with minority identity, especially the plurisexual population. For this reason, we would like to finish this work by proposing an intervention that complements the ones mentioned above, with the intention of expanding the field of action and being able to cover other relevant aspects for the quality of life of these people. Thus, we believe that identity flexibility should be encouraged. It is true that people need to feel part of a community, and therefore they compare themselves with their peers to try to fit into the group (Hogg, 2004). However, considering that this identity (in this case, a sexual orientation), is a fixed and immovable construct, it will limit the person's experiences. At all times, the person will be judging whether their behaviors and feelings are consistent with their identity, and if they would not be, the discomfort of not fitting in will appear (Barker, 2015). On the other hand, if there is little rigidity in the definitions of each sexual orientation, the person will be able to feel like part of that community despite showing differences with other people of the same sexual orientation. It is much easier to make the characteristics and

conceptualization of what is considered a certain group label more flexible than to change one's own thoughts, feelings, and beliefs to try to fit into a specific group (Boyer & Lorenz, 2020). Several studies have found that people who show greater cognitive flexibility (that is, who let themselves flow and act according to their feelings and values but without judging themselves) have better mental health (Brewster, 2011; Chan & Yip, 2021). For this reason, we believe it is important to educate in this cognitive flexibility, break with the rigidity of labels and promote a healthy and diverse experience of sexuality. In addition, these strategies would not only be positive for plurisexual people or other people from a sexual minority, but also for heterosexual people. For example, an investigation that we carried out previously (Giménez-García et al., 2021), showed that women, regardless of their sexual orientation, had become aroused with straight, lesbian and gay porn. However, some women experienced this excitement with discomfort, especially when it occurred with a type of pornography that was not expected for their sexual orientation. That is, heterosexual women felt greater discomfort when aroused by lesbian pornography, lesbian women by gay pornography, and bisexual women by lesbian and gay material. Later, another investigation was carried out with heterosexual men and women (Nebot-García et al., 2022) in which it was found that, despite identifying themselves as heterosexual, some people had had dreams, fantasies and sexual desires with people of the same sex, and some had even had sexual relations with them. These experiences with the same sex caused heterosexual people to feel great discomfort with their sexual orientation, especially men. These investigations are useful for exemplify that people often experience discomfort when they perform behaviors that are not consistent with their sexual orientation. Therefore, by promoting greater flexibility between the categories of sexual orientation and in the definitions of each sexual group, greater freedom to live one's own sexuality will be achieved according to how each person feels about it and not so much because of what is expected of it based on a specific label.



# **BLOQUE V**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. M., & McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research & Health, 25*(1), 43-51.
- Aksoy, C. G., Carpenter, C. S., Frank, J., & Huffman, M. L. (2019). Gay glass ceilings: Sexual orientation and workplace authority in the UK. *Journal of Economic Behavior & Organization, 159*, 167180.  
<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.01.013>
- Alarie, M., & Gaudet, S. (2013). "I don't know if she is bisexual or if she just wants to get attention": Analyzing the various mechanisms through which emerging adults invisibilize bisexuality. *Journal of Bisexuality, 13*(2), 191-214.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2013.780004>
- Albaladejo-Blázquez, N., Ferrer-Cascales, R., Ruiz-Robledillo, N., Sánchez-SanSegundo, M., Fernández-Alcántara, M., Delvecchio, E., & Arango-Lasprilla, J. C. (2019). Health-related quality of life and mental health of adolescents involved in school bullying and homophobic verbal content bullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(14), Artículo 2622.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16142622>
- Alleva, J. M., Paraskeva, N., Craddock, N., & Diedrichs, P. C. (2018). Body appreciation in British men: Correlates and variation across sexual orientation. *Body Image, 27*, 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.09.004>
- Amos, N., & McCabe, M. (2017). The importance of feeling sexually attractive: Can it predict an individual's experience of their sexuality and sexual relationships across gender and sexual orientation? *International Journal of Psychology, 52*(5), 354-363. <https://doi.org/10.1002/ijop.12225>
- Anderson, R. E., Wandrey, R. L., Klossner, S. C., Cahill, S. P., & Delahanty, D. L. (2017). Sexual minority status and interpersonal victimization in college men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(1), 130-136.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000204>
- Anderson-Carpenter, K. D., Sauter, H. M., Luiggi-Hernández, J. G., & Haight, P. E. (2019). Associations between perceived homophobia, community connectedness, and having a primary care provider among gay and bisexual men. *Sexuality Research & Social Policy, 16*(3), 309-316. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0347-8>

- Angelides, S. (2001). *A history of bisexuality*. The University of Chicago Press.
- Angulo Cuesta, J., & García Díez, M. (2007). El significado de la erección, la genitalidad y otras representaciones de índole urológico en el imaginario paleolítico. *Archivos Españoles de Urología*, 60(8), 845-858. <https://doi.org/10.4321/s0004-06142007000800002>
- Angulo, J. C., García-Díez, M., & Martínez, M. (2011). Phallic decoration in paleolithic art: Genital scarification, piercing and tattoos. *The Journal of Urology*, 186(6), 2498-2503. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.07.077>
- Aparicio-García, M. E., Díaz-Ramiro, E. M., Rubio-Valdehita, S., López-Núñez, M. I., & García-Nieto, I. (2018). Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), Artículo 2133. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102133>
- Ariza, S. (2018). «Las plumas son para las gallinas»: Masculinidad, plumofobia y discreción entre hombres. *Disparidades. Revista de Antropología*, 73(2), 453-470. <https://doi.org/10.3989/rDTp.2018.02.009>
- Arreola, S. G., Neilands, T. B., Pollack, L. M., Paul, J. P., & Catania, J. A. (2005). Higher prevalence of childhood sexual abuse among Latino men who have sex with men than non-Latino men who have sex with men: Data from the Urban Men's Health Study. *Child Abuse & Neglect*, 29(3), 285-290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.09.003>
- Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex (2020). *Homofobia de estado 2020: Actualización del panorama global de la legislación*. [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_Mundo\\_Homofobia\\_de\\_Estado\\_Actualizacion\\_Panorama\\_global\\_Legislacion\\_diciembre\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_Mundo_Homofobia_de_Estado_Actualizacion_Panorama_global_Legislacion_diciembre_2020.pdf)
- Awasthi, B. (2017). From attire to assault: Clothing, objectification, and de-humanization – A possible prelude to sexual violence? *Frontiers in Psychology*, 8, Artículo 338. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00338>
- Bachmann, C. L., & Gooch, B. (2018). *LGBT in Britain: Homes and communities*. Stonewall.

- Bailey, J. M. (2020). The minority stress model deserves reconsideration, not just extension. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2265-2268.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01606-9>
- Ballester-Arnal, R. (2020). Diversidad sexual: la triste historia de una feliz realidad. *Informació Psicològica, 120*, 2-19.  
<https://doi.org/10.14635/IPSIC.2020.120.7>.
- Ballester-Arnal, R., Morales Sabuco, A., Orgilés Amorós, M., & Espada Sánchez, J. P. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés, 18*(1), 31-41.
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology, 54*(3), 306-319. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.306>
- Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: Effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(3), 471-476.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.471>
- Balsam, K. F., Lehavot, K., Beadnell, B., & Circo, E. (2010). Childhood abuse and mental health indicators among ethnically diverse lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(4), 459-468.  
<https://doi.org/10.1037/a0018661>
- Band-Winterstein, T., Goldblatt, H., & Lev, S. (2021). Breaking the taboo: Sexual assault in late life as a multifaceted phenomenon—Toward an integrative theoretical framework. *Trauma, Violence & Abuse, 22*(1), 112-124.  
<https://doi.org/10.1177/1524838019832979>
- Barker, M. J. (2015). Depression and/or oppression? Bisexuality and mental health. *Journal of Bisexuality, 15*(3), 369-384.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2014.995853>

Barr, B., Kinderman, P., & Whitehead, M. (2015). Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Social Science & Medicine*, *147*, 324-331.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.009>

Barthes, J., Crochet, P. A., & Raymond, M. (2015). Male homosexual preference: Where, when, why? *PloS ONE*, *10*(8), Artículo e0134817.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134817>

Basabas, M. C., Greaves, L., Barlow, F. K., & Sibley, C. G. (2019). Sexual orientation moderates the effect of gender on body satisfaction: Results from a national probability sample. *The Journal of Sex Research*, *56*(9), 1091-1100.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1667947>

Batz-Barbarich, C., Tay, L., Kuykendall, L., & Cheung, H. K. (2018). A meta-analysis of gender differences in subjective well-being: Estimating effect sizes and associations with gender inequality. *Psychological Science*, *29*(9), 1491-1503.

<https://doi.org/10.1177/0956797618774796>

Beckers, T. (2010). Islam and the acceptance of homosexuality: The shortage of socioeconomic well-being and responsive democracy. En S. Habib (Ed.), *Islam and homosexuality* (pp. 57-98). ABC-CLIO.

Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *30*(4), 446-460.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684856>

Bejakovich, T., & Flett, R. (2018). "Are you sure?": Relations between sexual identity, certainty, disclosure, and psychological well-being. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *22*(2), 139-161.

<https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1427647>

Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized homonegativity: A systematic mapping review of empirical research. *Journal of Homosexuality*, *63*(4), 541-558. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>

Bertman, S. (2003). *Handbook to life in ancient Mesopotamia*. Infobase Publishing.

- Bishop, M. D., Fish, J. N., Hammack, P. L., & Russell, S. T. (2020). Sexual identity development milestones in three generations of sexual minority people: A national probability sample. *Developmental Psychology, 56*(11), 2177-2193. <https://doi.org/10.1037/dev0001105>
- Biss, W. J., & Horne, S. G. (2005). Sexual satisfaction as more than a gendered concept: The roles of psychological well-being and sexual orientation. *Journal of Constructivist Psychology, 18*(1), 25-38. <https://doi.org/10.1080/10720530590523044>
- Björkenstam, C., Mannheimer, L., Löfström, M., & Deogan, C. (2020). Sexual Orientation-Related Differences in Sexual Satisfaction and Sexual Problems—A Population-Based Study in Sweden. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(12), 2362-2369. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.084>
- Blasi, E., Nucera, M., Cicatiello, C., & Franco, S. (2013). Socio-demographic components of eudaimonic well-being: A survey in an Italian province. *Social Indicators Research, 113*(1), 451-470. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0104-y>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L., & Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 6*(1), 54-63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., West, B. T., & McCabe, S. E. (2014). Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(1), 35-45. <https://doi.org/10.1037/h0098851>
- Bower, K. L., Lewis, D. C., Bermúdez, J. M., & Singh, A. A. (2021). Narratives of generativity and resilience among LGBT older adults: Leaving positive legacies despite social stigma and collective trauma. *Journal of Homosexuality, 68*(2), 230-251. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1648082>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J., Kovess-Masfety, V., & EU-WMH Investigators (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional

- population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 245-254.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
- Boyer, S. J., & Lorenz, T. K. (2020). The impact of heteronormative ideals imposition on sexual orientation questioning distress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 91-100. <https://doi.org/10.1037/sgd0000352>
- Bregman, H. R., Malik, N. M., Page, M. J. L., Makynen, E., & Lindahl, K. M. (2013). Identity profiles in lesbian, gay, and bisexual youth: The role of family influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 417-430. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9798-z>
- Brewster, M. E. (2011). *The roles of cognitive flexibility, bicultural self-efficacy, and minority stress in the mental health of bisexual individuals* (Publicación No. 3586294) [Tesis doctoral, University of Florida]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Brewster, M. E., & Moradi, B. (2010). Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 451-468. <https://doi.org/10.1037/a0021116>
- Brownfield, J. M., & Brown, C. (2022). The relations among outness, authenticity, and well-being for bisexual adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(1), 71-80. <https://doi.org/10.1037/sgd0000390>
- Brownfield, J. M., Brown, C., Jeevanba, S. B., & VanMattson, S. B. (2018). More than simply getting bi: An examination of coming out growth for bisexual individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 220-232. <https://doi.org/10.1037/sgd0000282>
- Bullough, V. L. (1971). Attitudes toward deviant sex in ancient Mesopotamia. *The Journal of Sex Research*, 7(3), 184-203.  
<https://doi.org/10.1080/00224497109550708>
- Bullough, V. L. (1973). Homosexuality as submissive behavior: Example from mythology. *The Journal of Sex Research*, 9(4), 283-288.  
<https://doi.org/10.1080/00224497309550808>

- Bullough, V. L. (1974). Homosexuality and the medical model. *Journal of Homosexuality*, 1(1), 99-110. [https://doi.org/10.1300/J082v01n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J082v01n01_08)
- Bullough, V. L. (2019). *Homosexuality: A history (from ancient Greece to gay liberation)*. Routledge. (Trabajo original publicado en 1979)
- Burke, S. E. (2016). *The excluded middle: Attitudes and beliefs about bisexual people, biracial people, and novel intermediate social groups* (Publicación No. 10584940) [Tesis doctoral, Yale University]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Burke, S. E., Dovidio, J. F., LaFrance, M., Przedworski, J. M., Perry, S. P., Phelan, S. M., Burgess, D. J., Hardeman, R. R., Yeazel, M. W., & van Ryn, M. (2017). Beyond generalized sexual prejudice: Need for closure predicts negative attitudes toward bisexual people relative to gay/lesbian people. *Journal of Experimental Social Psychology*, 71, 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.02.003>
- Butler, J. (2006). *Gender trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge. (Obra original publicada en 1990)
- Cain, D. N., Mirzayi, C., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Mediating effects of social support and internalized homonegativity on the association between population density and mental health among gay and bisexual men. *LGBT Health*, 4(5), 352-359. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0002>
- Callis, A. S. (2014). Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and queer theory. En J. Alexander & S. Anderlini-D'Onofrio (Eds.), *Bisexuality and queer theory: Intersections, connections and challenges* (pp. 21-41). Routledge.
- Calzo, J. P., Corliss, H. L., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2013). Development of muscularity and weight concerns in heterosexual and sexual minority males. *Health Psychology*, 32(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0028964>
- Camp, J., Vitoratou, S., & Rimes, K. A. (2020). LGBTQ+ self-acceptance and its relationship with minority stressors and mental health: A systematic literature review. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2353-2373. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01755-2>

- Cárdenas, M., Barrientos, J., Meyer, I., Gómez, F., Guzmán, M., & Bahamondes, J. (2018). Direct and indirect effects of perceived stigma on posttraumatic growth in gay men and lesbian women in Chile. *Journal of Traumatic Stress, 31*(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/jts.22256>
- Carroll, J. L. (2015). *Sexuality now: Embracing diversity* (5th edition). Cengage Learning.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*(3), 219-235. [https://doi.org/10.1300/J082v04n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J082v04n03_01)
- Catalyst (2022, 11 de marzo). *Women's earnings: The pay gap (Quick Take)*. <https://www.catalyst.org/research/womens-earnings-the-pay-gap/>
- Cayuela, A., Cayuela, L., Sánchez-Gayango, A., Rodríguez-Domínguez, S., Pilo-Uceda, F. J., & Velasco-Quiles, A. A. (2020). Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 13*(2), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>
- Chan, K. K. S., & Yip, C. C. H. (2021). The impact of psychological flexibility on sexual identity stress and well-being among lesbian, gay, and bisexual individuals. *American Journal of Orthopsychiatry, 91*(5), 660-670. <https://doi.org/10.1037/ort0000567>
- Chan, R. C., Operario, D., & Mak, W. W. (2020). 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. *Journal of Affective Disorders, 260*, 292-301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.020>
- Chard, A. N., Finneran, C., Sullivan, P. S., & Stephenson, R. (2015). Experiences of homophobia among gay and bisexual men: Results from a cross-sectional study in seven countries. *Culture, Health & Sexuality, 17*(10), 1174-1189. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042917>
- Chaudoir, S. R., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2017). What reduces sexual minority stress? A review of the intervention "toolkit". *Journal of Social Issues, 73*(3), 586-617. <https://doi.org/10.1111/josi.12233>

- Chen, J., Walters, M. L., Gilbert, L. K., & Patel, N. (2020). Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychology of Violence, 10*(1), 110-119. <https://doi.org/10.1037/vio0000252>
- Choudhary, E., Smith, M., & Bossarte, R. M. (2012). Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence. *American Journal of Men's Health, 6*(1), 28-36. <https://doi.org/10.1177/1557988311414045>
- Chrisler, A. J. (2017). Understanding parent reactions to coming out as lesbian, gay, or bisexual: A theoretical framework. *Journal of Family Theory & Review, 9*(2), 165-181. <https://doi.org/10.1111/jftr.12194>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. M., Blasey, C., Taylor, C. B., Weiss, B. J., & Newman, M. G. (2016). Anxiety and related disorders and concealment in sexual minority young adults. *Behavior Therapy, 47*(1), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.006>
- Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., & Weatherburn, P. (2015). Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: Evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health, 37*(3), 427-437. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu105>
- Collicot, D. T. (2020). *Minority Stress, Positive Sexual Minority Identity and Eudaimonic Well-being Experiences Among Sexual and Gender-diverse Communities* (Publicación No. 27737345) [Tesis doctoral, University of Toronto]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Coston, B. M., & Kimmel, M. (2012). Seeing privilege where it isn't: Marginalized masculinities and the intersectionality of privilege. *Journal of Social Issues, 68*(1), 97-111. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2011.01738.x>
- Coulter, R. W., Kessel-Schneider, S., Beadnell, B., & O'Donnell, L. (2016). Associations of outside- and within-school adult support on suicidality: Moderating effects of sexual orientation. *American Journal of Orthopsychiatry, 87*(6), 671-679. <https://doi.org/10.1037/ort0000209>

- Cramer, R. J., Johnson, J. C., Crosby, J. W., Henderson, C. E., La Guardia, A. C., & Stroud, C. H. (2016). Personality, coping and mental health among lesbian, gay, and bisexual community members. *Personality and Individual Differences, 96*, 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.025>
- Craney, R. S., Watson, L. B., Brownfield, J., & Flores, M. J. (2018). Bisexual women's discriminatory experiences and psychological distress: Exploring the roles of coping and LGBTQ community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(3), 324-337. <https://doi.org/10.1037/sgd0000276>
- Crozier, I. (2008). Nineteenth-century British psychiatric writing about homosexuality before Havelock Ellis: The missing story. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 63*(1), 65-102. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrm046>
- Crozier, I. D. (2000). Taking prisoners: Havelock Ellis, Sigmund Freud, and the construction of homosexuality, 1897-1951. *Social History of Medicine, 13*(3), 447-466. <https://doi.org/10.1093/shm/13.3.447>
- Czyżowska, D., Gurba, E., Czyżowska, N., & Kalus, A. M. (2020). Intimate relationship and its significance for eudaimonic well-being in young adults. *Health Psychology Report, 8*(2), 155-166. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.93768>
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, M. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(11), 1462-1482. <https://doi.org/10.1177/0886260506293482>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., Hutchinson, A. D., & Coro, D. G. (2020). Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. *Body Image, 35*, 126-141. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.009>
- D'amico, E., & Julien, D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: Associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies, 8*(3), 215-242. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2012.677232>

- D'amico, E., Julien, D., Tremblay, N., & Chartrand, E. (2015). Gay, lesbian, and bisexual youths coming out to their parents: Parental reactions and youths' outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(5), 411-437. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2014.981627>
- Davids, C. M., & Green, M. A. (2011). A preliminary investigation of body dissatisfaction and eating disorder symptomatology with bisexual individuals. *Sex Roles*, 65(7-8), 533-547. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9963-y>
- Davids, C. M., Watson, L. B., Nilsson, J. E., & Marszalek, J. M. (2015). Body dissatisfaction among gay men: The roles of sexual objectification, gay community involvement, and psychological sense of community. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 376-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000127>
- Davila, J., Jabbour, J., Dyar, C., & Feinstein, B. A. (2019). Bi+ visibility: Characteristics of those who attempt to make their bisexual+ identity visible and the strategies they use. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 199-211. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1284-6>
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>
- de la Fuente, M. L. (2005). Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el código civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *FORO. Nueva Época*, (2), 411-438.
- de Miguel, A., Marrero, R. J., Fumero, A., Carballeira, M., & Nuez, C. (2018). Well-being among Spanish lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Disclosure of sexual orientation to family and friends. *International Journal of Sexual Health*, 30(1), 124-131. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1451423>

- Demant, D., Hides, L., White, K. M., & Kavanagh, D. J. (2018). Effects of participation in and connectedness to the LGBT community on substance use involvement of sexual minority young people. *Addictive Behaviors, 81*, 167-174.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.028>
- Diamond, L. M. (2008). *Sexual fluidity*. Harvard University Press.
- Diamond, L. M., & Huebner, D. M. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass, 6*(1), 54-69.  
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00408.x>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Dillon, F. R., Worthington, R. L., & Moradi, B. (2011). Sexual identity as a universal process. En S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 649-670). Springer Science + Business Media.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_27](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_27)
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment, 28*(5), 471-482.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000209>
- Dodge, B., Schnarrs, P. W., Reece, M., Martinez, O., Goncalves, G., Malebranche, D., Van Der Pol, B., Nix, R., & Fortenberry, J. D. (2012). Individual and social factors related to mental health concerns among bisexual men in the Midwestern United States. *Journal of Bisexuality, 12*(2), 223-245.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2012.674862>
- Dover, K. J. (1978). *Greek homosexuality*. Harvard University Press.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1327-1343.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>

- Doyle, D. M., & Engeln, R. (2014). Body size moderates the association between gay community identification and body image disturbance. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(3), 279-284.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000049>
- Dragowski, E. A., Halkitis, P. N., Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2011). Sexual orientation victimization and posttraumatic stress symptoms among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 23*(2), 226-249.  
<https://doi.org/10.1080/10538720.2010.541028>
- Dürrbaum, T., & Sattler, F. A. (2020). Minority stress and mental health in lesbian, gay male, and bisexual youths: A meta-analysis. *Journal of LGBT Youth, 17*(3), 298-314. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1586615>
- Durso, L. E., & Meyer, I. H. (2013). Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy, 10*(1), 35-42.  
<https://doi.org/10.1007/s13178-012-0105-2>
- Dworkin, S. H. (1989). Not in man's image: Lesbians and the cultural oppression of body image. *Women & Therapy, 8*(1-2), 27-39.  
[https://doi.org/10.1300/J015v08n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J015v08n01_03)
- Dyar, C., & London, B. (2018). Bipositive events: Associations with proximal stressors, bisexual identity, and mental health among bisexual cisgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(2), 204-219.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000281>
- Dyar, C., & London, B. (2018). Longitudinal examination of a bisexual-specific minority stress process among bisexual cisgender women. *Psychology of Women Quarterly, 42*(3), 342-360. <https://doi.org/10.1177/0361684318768233>
- Dyar, C., Feinstein, B. A., & London, B. (2014). Dimensions of sexual identity and minority stress among bisexual women: The role of partner gender. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(4), 441-451.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000063>

- Dyar, C., Feinstein, B. A., Eaton, N. R., & London, B. (2016). Development and initial validation of the Sexual Minority Women Rejection Sensitivity Scale. *Psychology of Women Quarterly, 40*(1), 120-137.  
<https://doi.org/10.1177/0361684315608843>
- Dyar, C., Feinstein, B. A., Eaton, N. R., & London, B. (2018). The mediating roles of rejection sensitivity and proximal stress in the association between discrimination and internalizing symptoms among sexual minority women. *Archives of Sexual Behavior, 47*(1), 205-218. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0869-1>
- Eaton, N. R. (2014). Transdiagnostic psychopathology factors and sexual minority mental health: Evidence of disparities and associations with minority stressors. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(3), 244-254.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000048>
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 282-288.  
<https://doi.org/10.1037/a0024780>
- Eisner, S. (2013). *Bi: Notes for a bisexual revolution*. Seal Press.
- Elipe, P., de la Oliva Muñoz, M., & Del Rey, R. (2018). Homophobic bullying and cyberbullying: Study of a silenced problem. *Journal of Homosexuality, 65*(5), 672-686. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1333809>
- Elizur, Y., & Ziv, M. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation, and psychological adjustment: A path model. *Family Process, 40*(2), 125-144.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4020100125.x>
- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology, 69*, 275-298.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.  
<http://doi.org/10.1017/cbo9780511761676>

- Emmerink, P. M., Vanwesenbeeck, I., van den Eijnden, R. J., & Ter Bogt, T. F. (2016). Psychosexual correlates of sexual double standard endorsement in adolescent sexuality. *The Journal of Sex Research, 53*(3), 286-297. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1030720>
- Enson, S. (2015). Causes and consequences of heteronormativity in healthcare and education. *British Journal of School Nursing, 10*(2), 73-78. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.2.73>
- Esterline, K. M., & Galupo, M. P. (2013). 'Drunken curiosity' and 'gay chicken': Gender differences in same-sex performativity. *Journal of Bisexuality, 13*(1), 106-121. <https://doi.org/10.1080/15299716.2013.755732>
- Estrada, G. S. (2003). An Aztec two-spirit cosmology: Re-sounding Nahuatl masculinities, elders, femininities, and youth. *Frontiers: A Journal of Women Studies, 24*(2-3), 10-14. <https://doi.org/10.1353/fro.2004.0008>
- Evans, L., & Woods, A. (2016). Further evidence that Niankhkhnum and Khnumhotep were twins. *The Journal of Egyptian Archaeology, 102*(1), 55-72. <https://doi.org/10.1177/030751331610200106>
- Everett, B. (2015). Sexual orientation identity change and depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 56*(1), 37-58. <https://doi.org/10.1177/0022146514568349>
- Everett, B. G., Talley, A. E., Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., & Johnson, T. P. (2016). Sexual identity mobility and depressive symptoms: A longitudinal analysis of moderating factors among sexual minority women. *Archives of Sexual Behavior, 45*(7), 1731-1744. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0755-x>
- Fahami, F., Amini-Abchuyeh, M., & Aghaei, A. (2018). The relationship between psychological wellbeing and body image in pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 23*(3), 167-171. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_178\\_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_16)
- Fang, C. H., & Zhang, X. N. (2013). Female romance in ancient and modern Chinese society. *Chaoyang Journal of Humanities and Social Sciences, 11*(2), 1-62.

- Fassinger, R. E., & Miller, B. A. (1996). Validation of an inclusive model of sexual minority identity formation on a sample of gay men. *Journal of Homosexuality, 32*(2), 53-78. [https://doi.org/10.1300/J082v32n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v32n02_04)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Feinstein, B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2247-2258. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1428-3>
- Feinstein, B. A., Davila, J., & Dyar, C. (2017). A weekly diary study of minority stress, coping, and internalizing symptoms among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(12), 1144-1157. <https://doi.org/10.1037/ccp0000236>
- Feinstein, B. A., Ford, J. V., Lattanner, M. R., Bo, N., Tu, W., & Dodge, B. (2021). The role of partner gender in bisexual men's stigma-related experiences and mental health: Results from a probability-based sample in the United States. *Stigma and Health*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1037/sah0000297>
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., & Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 917-927. <https://doi.org/10.1037/a0029425>
- Feinstein, B. A., Xavier Hall, C. D., Dyar, C., & Davila, J. (2020). Motivations for sexual identity concealment and their associations with mental health among bisexual, pansexual, queer, and fluid (bi+) individuals. *Journal of Bisexuality, 20*(3), 324-341. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1743402>
- Flanders, C. E. (2015). Bisexual health: A daily diary analysis of stress and anxiety. *Basic and Applied Social Psychology, 37*(6), 319-335. <https://doi.org/10.1080/01973533.2015.1079202>

- Flanders, C. E., Anderson, R. E., Tarasoff, L. A., & Robinson, M. (2019). Bisexual stigma, sexual violence, and sexual health among bisexual and other plurisexual women: A cross-sectional survey study. *The Journal of Sex Research*, *56*(9), 1115-1127. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1563042>
- Flanders, C. E., Dobinson, C., & Logie, C. (2017). Young bisexual women's perspectives on the relationship between bisexual stigma, mental health, and sexual health: A qualitative study. *Critical Public Health*, *27*(1), 75-85. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1158786>
- Flanders, C. E., LeBreton, M., & Robinson, M. (2019). Bisexual women's experience of microaggressions and microaffirmations: A community-based, mixed-methods scale development project. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(1), 143-158. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1135-x>
- Flanders, C. E., Ross, L. E., Dobinson, C., & Logie, C. H. (2017). Sexual health among young bisexual women: A qualitative, community-based study. *Psychology & Sexuality*, *8*(1-2), 104-117. <https://doi.org/10.1080/19419899.2017.1296486>
- Folke, O., & Rickne, J. (2020). All the single ladies: Job promotions and the durability of marriage. *American Economic Journal: Applied Economics*, *12*(1), 260-287. <https://doi.org/10.1257/app.20180435>
- Fone, B. (2000). *Homophobia: A history*. Metropolitan Books
- Forman-Hoffman, V. L., Batts, K. R., Hedden, S. L., Spagnola, K., & Bose, J. (2018). Comorbid mental disorders among adults in the mental health surveillance survey. *Annals of Epidemiology*, *28*(7), 468-474. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.03.002>
- Foster-Gimbel, O., & Engeln, R. (2016). Fat chance! Experiences and expectations of antifat bias in the gay male community. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(1), 63-70. <https://doi.org/10.1037/sqd0000159>
- Foucault, M. (1990). *The history of sexuality: An introduction* (R. Hurley, Trad.). Vintage. (Obra original publicada en 1976)

- Fox, J., & Ralston, R. (2016). Queer identity online: Informal learning and teaching experiences of LGBTQ individuals on social media. *Computers in Human Behavior*, *65*, 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.06.009>
- Francisco Amat, A., González-de-Garay, B., & Moliner Miravet, L. (2020). Between invisibility and homonormativity: LGBT+ referents for Spanish adolescents. *Journal of LGBT Youth*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1800548>
- Frederick, D. A., & Essayli, J. H. (2016). Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national US Studies. *Psychology of Men & Masculinity*, *17*(4), 336-351. <https://doi.org/10.1037/men0000031>
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, *21*(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Freud, S. (2016). *Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition* (U. Kistner, Trad.). Verso Books. (Obra original publicada en 1905)
- Friedman, M. R., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Hubach, R. D., Bowling, J., Goncalves, G., Krier, S., & Reece, M. (2014). From bias to bisexual health disparities: Attitudes toward bisexual men and women in the United States. *LGBT Health*, *1*(4), 309-318. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0005>
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, *101*(8), 1481-1494. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190009>
- Frisell, T., Lichtenstein, P., Rahman, Q., & Långström, N. (2010). Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: Influence of minority stress and familial factors. *Psychological Medicine*, *40*(2), 315-324. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005996>

- Galupo, M. P., Ramirez, J. L., & Pulice-Farrow, L. (2017). "Regardless of their gender": Descriptions of sexual identity among bisexual, pansexual, and queer identified individuals. *Journal of Bisexuality*, 17(1), 108-124.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1228491>
- Ganna, A., Verweij, K. J., Nivard, M. G., Maier, R., Wedow, R., Busch, A. S., Abdellaoui, A., Guo, S., Sathirapongsasuti, J. F., 23andMe Research Team, Lichtenstein, P., Lundström, S., Långström, N., Auton, A., Harris, K. M., Beecham, G. W., Martin, E. R., Sanders, A. R., Perry, J., ... & Zietsch, B. P. (2019). Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science*, 365(6456), Artículo eaat7693. <https://doi.org/10.1126/science.aat7693>
- Garaigordobil, M., & Larrain, E. (2020). Acoso y ciberacoso en adolescentes LGTB: Prevalencia y efectos en la salud mental. *Comunicar*, 28(62), 79-90.  
<https://doi.org/10.3916/C62-2020-07>
- Georgiades, A. (2004) *Homosexuality in ancient Greece: The myth is collapsing*. Georgiades Publishing.
- Gervais, S. J., DiLillo, D., & McChargue, D. (2014). Understanding the link between men's alcohol use and sexual violence perpetration: The mediating role of sexual objectification. *Psychology of Violence*, 4(2), 156-169.  
<https://doi.org/10.1037/a0033840>
- Ghavami, N., Fingerhut, A., Peplau, L. A., Grant, S. K., & Wittig, M. A. (2011). Testing a model of minority identity achievement, identity affirmation, and psychological well-being among ethnic minority and sexual minority individuals. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(1), 79-88.  
<https://doi.org/10.1037/a0022532>
- Gigi, I., Bachner-Melman, R., & Lev-Ari, L. (2016). The association between sexual orientation, susceptibility to social messages and disordered eating in men. *Appetite*, 99, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.12.027>
- Gilbert, A. N. (1981). Conceptions of homosexuality and sodomy in Western history. *Journal of Homosexuality*, 6(1-2), 57-68.  
[https://doi.org/10.1300/J082v06n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v06n01_06)

- Gimbutas, M. (1989). *The language of the Goddess*. Harper & Row.
- Giménez-García, C., Nebot-García, J. E., Ruiz-Palomino, E., García-Barba, M., & Ballester-Arnal, R. (2021). Spanish women and pornography based on different sexual orientation: An analysis of consumption, arousal, and discomfort by sexual orientation and age. *Sexuality Research & Social Policy*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00617-3>
- Glon, B., Giano, Z., Hubach, R., & Hammer, T. (2020). Rurality, gay-related rejection sensitivity, and mental health outcomes for gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 25(4), 408-426. <https://doi.org/10.1080/19359705.2020.1850595>
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Goldberg, N. G., & Meyer, I. H. (2013). Sexual orientation disparities in history of intimate partner violence: Results from the California Health Interview Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(5), 1109-1118. <https://doi.org/10.1177/0886260512459384>
- Gómez, F., Cumsille, P., & Barrientos, J. (2021). Mental health and life satisfaction on Chilean gay men and lesbian women: The role of perceived sexual stigma, internalized homophobia, and community connectedness. *Journal of Homosexuality*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1923278>
- Gomillion, S. C., & Giuliano, T. A. (2011). The influence of media role models on gay, lesbian, and bisexual identity. *Journal of Homosexuality*, 58(3), 330-354. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.546729>
- Gough, B., & Flanders, G. (2009). Celebrating "obese" bodies: Gay "bears" talk about weight, body image and health. *International Journal of Men's Health*, 8(3), 235-253. <https://doi.org/10.3149/jmh.0803.235>

- Gras-Velázquez, A., & Maestre-Brotons, A. (2021). Spanish gay male subjectivity, body, intimacy, and affect on Instagram. *Sexualities*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1177/13634607211031418>
- Greenberg, D. F., & Bystry, M. H. (1982). Christian intolerance of homosexuality. *American Journal of Sociology*, *88*(3), 515-548.
- Griffin, J. A., Drescher, C. F., Eldridge, E. D., Rossi, A. L., Loew, M. M., & Stepleman, L. M. (2018). Predictors of anxiety among sexual minority individuals in the Southern US. *American Journal of Orthopsychiatry*, *88*(6), 723-731. <https://doi.org/10.1037/ort0000363>
- Griffiths, S., Murray, S. B., Mitchison, D., Castle, D., & Mond, J. M. (2019). Relative strength of the associations of body fat, muscularity, height, and penis size dissatisfaction with psychological quality of life impairment among sexual minority men. *Psychology of Men & Masculinities*, *20*(1), 55-60. <https://doi.org/10.1037/men0000149>
- Groth, N., Schnyder, N., Kaess, M., Markovic, A., Rietschel, L., Moser, S., Michel, C., Schultze-Lutter, F., & SchmiDT, S. J. (2019). Coping as a mediator between locus of control, competence beliefs, and mental health: A systematic review and structural equation modelling meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *121*, Artículo 103442. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103442>
- Haeckl, A. E. (2001). Brothers or lovers? A new reading of the "Tondo of the Two Brothers". *The Bulletin of the American Society of Papyrologists*, *38*(1/4), 63-78.
- Haikalis, M., DiLillo, D., & Gervais, S. J. (2017). Up for grabs? Sexual objectification as a mediator between women's alcohol use and sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(4), 467-488. <https://doi.org/10.1177/0886260515586364>
- Halperin, D. M. (1990). *One hundred years of homosexuality: And other essays on Greek love*. Routledge.
- Halperin, D. M. (2002). *How to do the history of homosexuality*. University of Chicago Press.

- Han, S. C., Gallagher, M. W., Franz, M. R., Chen, M. S., Cabral, F. M., & Marx, B. P. (2013). Childhood sexual abuse, alcohol use, and PTSD symptoms as predictors of adult sexual assault among lesbians and gay men. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(12), 2505-2520. <https://doi.org/10.1177/0886260513479030>
- Harkness, J., Pennell, B. E., & Schoua-Glusberg, A. (2004). Survey questionnaire translation and assessment. En S. Presser, J. M. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin & E. Singer (Eds.), *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires* (pp. 453-473). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0471654728.ch22>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, *135*(5), 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hauser, R. I. (1992). *Sexuality, neurasthenia and the law: Richard von Krafft-Ebing (1840-1902)* (Publicación No. 10609185) [Tesis doctoral, University of London]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Hayfield, N. (2021). *Bisexual and pansexual identities: Exploring and challenging invisibility and invalidation*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429464362>
- Hayfield, N., Campbell, C., & Reed, E. (2018). Misrecognition and managing marginalisation: Bisexual people’s experiences of bisexuality and relationships. *Psychology & Sexuality*, *9*(3), 221-236. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1470106>
- Hayfield, N., Clarke, V., & Halliwell, E. (2014). Bisexual women’s understandings of social marginalisation: ‘The heterosexuals don’t understand us but nor do the lesbians’. *Feminism & Psychology*, *24*(3), 352-372. <https://doi.org/10.1177/0959353514539651>
- Hayfield, N., Clarke, V., Halliwell, E., & Malson, H. (2013). Visible lesbians and invisible bisexuals: Appearance and visual identities among bisexual women. *Women’s Studies International Forum*, *40*, 172-182. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.07.015>

- Hayman, B., Wilkes, L., Halcomb, E., & Jackson, D. (2013). Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemporary Nurse*, *44*(1), 120-127. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.44.1.120>
- Helms, J. L., & Waters, A. M. (2016). Attitudes toward bisexual men and women. *Journal of Bisexuality*, *16*(4), 454-467. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1242104>
- Hengartner, M. P. (2015). The detrimental impact of maladaptive personality on public mental health: A challenge for psychiatric practice. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, Artículo 87. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00087>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2015). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Stigma and Health*, *1*(S), 18-34. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.18>
- Herz, M., & Johansson, T. (2015). The normativity of the concept of heteronormativity. *Journal of Homosexuality*, *62*(8), 1009-1020. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1021631>
- Hidalgo, M. A., Kuhns, L. M., Kwon, S., Mustanski, B., & Garofalo, R. (2015). The impact of childhood gender expression on childhood sexual abuse and psychopathology among young men who have sex with men. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.005>
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*(1), 38-49. <https://doi.org/10.1177/1524838010386812>
- Hinton, J. D., de la Piedad Garcia, X., Kaufmann, L. M., Koc, Y., & Anderson, J. R. (2022). A systematic and meta-analytic review of identity centrality among LGBTQ groups: An assessment of psychosocial correlates. *The Journal of Sex Research*, *59*(5), 568-586. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1967849>
- Hlavka, H. R. (2017). Speaking of stigma and the silence of shame: Young men and sexual victimization. *Men and Masculinities*, *20*(4), 482-505. <https://doi.org/10.1177/1097184X16652656>

- Hoertel, N., McMahon, K., Olfson, M., Wall, M. M., Rodríguez-Fernández, J. M., Lemogne, C., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). A dimensional liability model of age differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Psychiatric Research, 64*, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.017>
- Hoffman, R. M. (2001). The measurement of masculinity and femininity: Historical perspective and implications for counseling. *Journal of Counseling & Development, 79*(4), 472-485. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01995.x>
- Hogg, M. A. (2004). Uncertainty and extremism: Identification with high entitativity groups under conditions of uncertainty. En V. Yzerbyt, C. M. Judd & O. Corneille (Eds.), *The psychology of group perception: Perceived variability, entitativity, and essentialism* (pp. 401-418). Psychology Press.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques, 21*(1), 18-31. <https://doi.org/10.1080/08853126.1957.10380742>
- Honor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care, 24*(6), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>
- Houston, S., & Taube, K. (2010). La sexualidad entre los antiguos mayas. *Arqueología Mexicana, 18*(104), 38-45.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Hwang, S., Kim, G., Yang, J. W., & Yang, E. (2016). The moderating effects of age on the relationships of self-compassion, self-esteem, and mental health. *Japanese Psychological Research, 58*(2), 194-205. <https://doi.org/10.1111/jpr.12109>
- Ifrah, K., Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2018). How does sexual orientation relate to openness to experience in adulthood. *Personality and Individual Differences, 131*, 164-173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.030>

- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Resultados detallados. Año 2019. Defunciones por suicidios*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=48293>
- Jackson, S. D., & Mohr, J. J. (2016). Conceptualizing the closet: Differentiating stigma concealment and nondisclosure processes. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(1), 80-92. <https://doi.org/10.1037/sgd0000147>
- Jacobs, S. E. (1968). Berdache: A brief review of the literature. *Colorado Anthropologist*, *1*(2), 25-40.
- Jadwin-Cakmak, L. A., Pingel, E. S., Harper, G. W., & Bauermeister, J. A. (2015). Coming out to dad: Young gay and bisexual men's experiences disclosing same-sex attraction to their fathers. *American Journal of Men's Health*, *9*(4), 274-288. <https://doi.org/10.1177/1557988314539993>
- Jankowski, G. S., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2014). Can appearance conversations explain differences between gay and heterosexual men's body dissatisfaction? *Psychology of Men & Masculinity*, *15*(1), 68-77. <https://doi.org/10.1037/a0031796>
- Jelínek, J. (2012). " Ethnographical" contribution to the interpretation of the Laussel Paleolithic relief. *Anthropologie*, *50*(2), 249-254.
- Jewkes, R., Mhlongo, S., Chirwa, E., Seedat, S., Myers, B., Peer, N., Garcia-Moreno, C., Dunkle, K., & Abrahams, N. (2022). Pathways to and factors associated with rape stigma experienced by rape survivors in South Africa: Analysis of baseline data from a rape cohort. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(1), 328-338. <https://doi.org/10.1002/cpp.2637>
- Jirek, S. L., & Saunders, D. G. (2018). Cumulative adversity as a correlate of posttraumatic growth: The effects of multiple traumas, discrimination, and sexual harassment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *27*(6), 612-630. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1420720>
- Johnson, H. J. (2016). Bisexuality, mental health, and media representation. *Journal of Bisexuality*, *16*(3), 378-396. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1168335>

- Johnson, S. D. (2012). Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: Implications for contemporary psychotherapy research. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(4), 516-522. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01180.x>
- Jones, K. P., Peddie, C. I., Gilrane, V. L., King, E. B., & Gray, A. L. (2016). Not so subtle: A meta-analytic investigation of the correlates of subtle and overt discrimination. *Journal of Management*, *42*(6), 1588-1613. <https://doi.org/10.1177/0149206313506466>
- Jongbloed, J. (2018). Higher education for happiness? Investigating the impact of education on the hedonic and eudaimonic well-being of Europeans. *European Educational Research Journal*, *17*(5), 733-754. <https://doi.org/10.1177/1474904118770818>
- Joshanloo, M. (2018). Optimal human functioning around the world: A new index of eudaimonic well-being in 166 nations. *British Journal of Psychology*, *109*(4), 637-655. <https://doi.org/10.1111/bjop.12316>
- Joyce, R. A. (2000). A Precolumbian gaze: Male sexuality among the ancient Maya. En R. A. Schmidt & B. L. Voss (Eds.), *Archaeologies of Sexuality* (pp. 263-283). Routledge.
- Jurado, A. (2015, 14 de febrero). *El libro de los amores prohibidos*. El país. [https://elpais.com/elpais/2015/02/13/planeta\\_futuro/1423842187\\_005607.html](https://elpais.com/elpais/2015/02/13/planeta_futuro/1423842187_005607.html)
- Katz-Wise, S. L. (2015). Sexual fluidity in young adult women and men: Associations with sexual orientation and sexual identity development. *Psychology & Sexuality*, *6*(2), 189-208. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.876445>
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, *49*(2-3), 142-167. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.637247>
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2017). Facilitative environments related to sexual orientation development and sexual fluidity in sexual minority young adults

- across different gender identities. *Journal of Bisexuality*, 17(2), 141-171.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1259138>
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., Calzo, J. P., Scherer, E. A., Sarda, V., & Austin, S. B. (2017). Associations of timing of sexual orientation developmental milestones and other sexual minority stressors with internalizing mental health symptoms among sexual minority young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1441-1452.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-0964-y>
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., Calzo, J. P., Scherer, E. A., Sarda, V., & Austin, S. B. (2017). Endorsement and timing of sexual orientation developmental milestones among sexual minority young adults in the Growing Up Today Study. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 172-185. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1170757>
- Kelley, J., & Arce-Trigatti, A. (2022). Heteropatriarchy. En K. K. Strunk & S. A. Shelton (Eds.), *Encyclopedia of queer studies in education* (pp. 256-259). Brill.  
[https://doi.org/10.1163/9789004506725\\_051](https://doi.org/10.1163/9789004506725_051)
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.  
<https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2009). The Black-White paradox in health: Flourishing in the face of social inequality and discrimination. *Journal of Personality*, 77(6), 1677-1705.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00597.x>
- Khan, M., Ilcisin, M., & Saxton, K. (2017). Multifactorial discrimination as a fundamental cause of mental health inequities. *International Journal for Equity in Health*, 16, Artículo 43. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0532-z>
- Kimball, G. (1993). Aztec homosexuality: The textual evidence. *Journal of Homosexuality*, 26(1), 7-24. [https://doi.org/10.1300/J082v26n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J082v26n01_02)
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders Company.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W. B. Saunders Company.

- Kite, M. E., Togans, L. J., & Schultz, T. J. (2019). Stability or change? A cross-cultural look at attitudes toward sexual and gender identity minorities. En K. D. Keith (Ed.), *Cross-cultural psychology: Contemporary themes and perspectives* (pp. 427-448). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119519348.ch20>
- Klawitter, M. (2015). Meta-analysis of the effects of sexual orientation on earnings. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 54(1), 4-32. <https://doi.org/10.1111/irel.12075>
- Klein, F. (2012). *La opción bisexual: Segunda edición*. American Institute of Bisexuality. (Obra original publicada en 1978)
- Klesse, C. (2011). Shady characters, untrustworthy partners, and promiscuous sluts: Creating bisexual intimacies in the face of heteronormativity and biphobia. *Journal of Bisexuality*, 11(2-3), 227-244. <https://doi.org/10.1080/15299716.2011.571987>
- Kligerman, N. (2007). Homosexuality in Islam: A difficult paradox. *Macalester Islam Journal*, 2(3), 52-64.
- Koff, E., Lucas, M., Migliorini, R., & Grossmith, S. (2010). Women and body dissatisfaction: Does sexual orientation make a difference? *Body Image*, 7(3), 255-258. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.03.001>
- Krafft-Ebing, R. (2011). *Psychopathia sexualis: The classic study of deviant sex* (F. S. Klaf, Trad.). Arcade Publishing. (Obra original publicada en 1886)
- Kuyper, L., & Vanwesenbeeck, I. (2011). Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: The role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 263-274. <https://doi.org/10.1080/00224491003654473>
- la Roi, C., Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2019). Differences in sexual identity dimensions between bisexual and other sexual minority individuals: Implications for minority stress and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 40-51. <https://doi.org/10.1037/ort0000369>
- Lal, V. (1999). Not this, not that: The hijras of India and the cultural politics of sexuality. *Social Text*, (61), 119-140.

- Lang, S. (2016). Native American men-women, lesbians, two-spirits: Contemporary and historical perspectives. *Journal of Lesbian Studies*, 20(3-4), 299-323. <https://doi.org/10.1080/10894160.2016.1148966>
- Lapidus, I. M. (2014). *A history of Islamic societies*. Cambridge University Press.
- Larsen, M. L., & Hilden, M. (2016). Male victims of sexual assault; 10 years' experience from a Danish Assault Center. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 43, 8-11. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.06.007>
- Lau, M. P., & Ng, M. L. (1989). Homosexuality in Chinese culture. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13(4), 465-488. <https://doi.org/10.1007/BF00052053>
- Lee, H.-R., Lee, H. E., Choi, J., Kim, J. H., & Han, H. L. (2014). Social media use, body image, and psychological well-being: A cross-cultural comparison of Korea and the United States. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1343-1358. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.904022>
- Lemay, H. R. (1980). Homosexuality in the Middle Ages. *CrossCurrents*, 30(3), 352-360.
- Leonard, W., Lyons, A., & Bariola, E. (2015). *A closer look at Private Lives 2: Addressing the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) Australians*. The Australian Research Centre in Sex, Health & Society, La Trobe University. <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2015-04/apo-nid53996.pdf>
- Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2018/11/29/23>
- Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2017/04/07/8>
- Li, T., Dobinson, C., Scheim, A. I., & Ross, L. E. (2013). Unique issues bisexual people face in intimate relationships: A descriptive exploration of lived experience. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17(1), 21-39. <https://doi.org/10.1080/19359705.2012.723607>

- Lippa, R. A. (2009). Sex differences in sex drive, sociosexuality, and height across 53 nations: Testing evolutionary and social structural theories. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 631-651. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9242-8>
- Lippa, R. A. (2020). Interest, personality, and sexual traits that distinguish heterosexual, bisexual, and homosexual individuals: Are there two dimensions that underlie variations in sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 607-622. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01643-9>
- Littleton, H. L., Rhatigan, D. L., & Axsom, D. (2007). Unacknowledged rape: How much do we know about the hidden rape victim? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*(4), 57-74. [https://doi.org/10.1300/J146v14n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J146v14n04_04)
- Louderback, L. A., & Whitley Jr, B. E. (1997). Perceived erotic value of homosexuality and sex-role attitudes as mediators of sex differences in heterosexual college students' attitudes toward lesbians and gay men. *The Journal of Sex Research, 34*(2), 175-182. <https://doi.org/10.1080/00224499709551882>
- Luyckx, K., Schwartz, S. J., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality, 42*(1), 58-82. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.004>
- Mahon, C. P., Pachankis, J. E., Kiernan, G., & Gallagher, P. (2021). Risk and protective factors for social anxiety among sexual minority individuals. *Archives of Sexual Behavior, 50*(3), 1015-1032. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01845-1>
- Mahoney, B., Davies, M., & Scurlock-Evans, L. (2014). Victimization among female and male sexual minority status groups: Evidence from the British Crime Survey 2007-2010. *Journal of Homosexuality, 61*(10), 1435-1461. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.928575>
- Maiolatesi, A. J., Clark, K. A., & Pachankis, J. E. (2022). Rejection sensitivity across sex, sexual orientation, and age: Measurement invariance and latent mean differences. *Psychological Assessment*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1037/pas0001109>

- Mann, S., Blackaby, D., & O'Leary, N. (2019). Sexual identity and wellbeing: A distributional analysis. *Economics Letters*, *181*, 133-136.  
<https://doi.org/10.1016/j.econlet.2019.04.023>
- Manu. (1991). *The laws of Manu* (W. Doniger & B. K. Smith, Trad.). Penguin Books. (Obra original publicada ca. 200 E.C.)
- Mark, K. P., Vowels, L. M., & Bunting, A. M. (2020). The impact of bisexual identity on sexual and relationship satisfaction of mixed sex couples. *Journal of Bisexuality*, *20*(2), 119-140. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1734137>
- Martín Martín, N., Molinuevo Puras, B., Pichardo Galán, J. I., Rodríguez Medina, P. O., & Romero López, M. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*.  
<http://www.cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/Actitudes-ante-la-diversidad-sexual-de-la-poblaci%C3%B3n-adolescente-de-Coslada-Madrid-y-San-Bartolom%C3%A9-de-Tirajana-Gran-Canaria.-Ayto.-de-Coslada-FELGTB-y-Ayto.-de-Bartolom%C3%A9-de-Tirajana.pdf>
- Martin, S. L., Fisher, B. S., Warner, T. D., Krebs, C. P., & Lindquist, C. H. (2011). Women's sexual orientations and their experiences of sexual assault before and during university. *Women's Health Issues*, *21*(3), 199-205.  
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.12.002>
- Martos, A. J., Nezhad, S., & Meyer, I. H. (2015). Variations in sexual identity milestones among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sexuality Research & Social Policy*, *12*(1), 24-33. <https://doi.org/10.1007/s13178-014-0167-4>
- Martxueta, A., & Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *19*(1), 23-35. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12980>
- Maruish, M. E. (2004). Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 43-78). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Ibáñez, I., Fortes, D., & Díaz, A. (2021). Gender differences in psychological well-being in emerging adulthood. *Applied Research in Quality of Life*, *17*, 1001-1017.  
<https://doi.org/10.1007/s11482-021-09943-5>
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), Artículo 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Mayeza, E. (2021). South African LBTPQ youth: The perceptions and realities of coming out and parental reactions. *Journal of GLBT Family Studies*, *17*(3), 292-303.  
<https://doi.org/10.1080/1550428X.2021.1897051>
- McCarn, S. R., & Fassinger, R. E. (1996). Revisioning sexual minority identity formation: A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist*, *24*, 508-534.  
<https://doi.org/10.1177/0011000096243011>
- McClelland, S. I. (2009). *Intimate justice: Sexual satisfaction in young adults* (Publicación No. 3365820) [Tesis doctoral, City University of New York]. ProQuest Dissertations Publishing.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, *2*(1), 55-61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- McNeill, T. (2013). Sex education and the promotion of heteronormativity. *Sexualities*, *16*(7), 826-846. <https://doi.org/10.1177/1363460713497216>
- Meixner, G. (2008). Woman-woman bonds in prehistory. *Voices of Feminism*, (7-8).  
<http://www.triviavoices.com/woman-woman-bonds-in-prehistory.html>
- Mendoza-Perez, J. C., & Ortiz-Hernandez, L. (2021). Association between overt and subtle experiences of discrimination and violence and mental health in homosexual and bisexual men in Mexico. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(23-24), NP12686-NP12707. <https://doi.org/10.1177/0886260519898423>

- Menning, C. L., & Holtzman, M. (2014). Processes and patterns in gay, lesbian, and bisexual sexual assault: A multimethodological assessment. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(6), 1071-1093.  
<https://doi.org/10.1177/0886260513506056>
- Mereish, E. H., Peters, J. R., & Yen, S. (2019). Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: Subgroup differences in the associations between heterosexist victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 547-560.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12458>
- Messinger, A. M. (2011). Invisible victims: Same-sex IPV in the national violence against women survey. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(11), 2228-2243.  
<https://doi.org/10.1177/0886260510383023>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. En C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252-266). Oxford University Press.
- Meyer, I. H., Pachankis, J. E., & Klein, D. N. (2021). Do genes explain sexual minority mental health disparities? *Archives of Sexual Behavior, 50*(3), 731-737.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01909-2>
- Miller, B. (2015). "Dude, where's your face?" Self-presentation, self-description, and partner preferences on a social networking application for men who have sex with men: A content analysis. *Sexuality & Culture, 19*(4), 637-658.  
<https://doi.org/10.1007/s12119-015-9283-4>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.

- International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilongo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77-87. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345>
- Mock, S. E., & Eibach, R. P. (2012). Stability and change in sexual orientation identity over a 10-year period in adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 641-648. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9761-1>
- Mohr, J. J., & Kendra, M. S. (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: The Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 234-245. <https://doi.org/10.1037/a0022858>
- Mohr, J. J., Markell, H. M., King, E. B., Jones, K. P., Peddie, C. I., & Kendra, M. S. (2019). Affective antecedents and consequences of revealing and concealing a lesbian, gay, or bisexual identity. *Journal of Applied Psychology*, 104(10), 1266-1282. <https://doi.org/10.1037/apl0000399>
- Molero, F., Silván-Ferrero, P., Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Nouvilas-Pallejá, E., & Pérez-Garín, D. (2017). Subtle and blatant perceived discrimination and well-being in lesbians and gay men in Spain: The role of social support. *Psicothema*, 29(4), 475-481. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.296>
- Moncloa (2022, 27 de junio). *Referencia del Consejo de Ministros*. [https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2022/refc20220627\\_cc.aspx#derechos](https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2022/refc20220627_cc.aspx#derechos)
- Mondimore, F. M. (1998). *Una historia natural de la homosexualidad*. Paidós.
- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, 60(1), 27-50. <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>

- Montejo Díaz, M. A. (2012). *La sexualidad maya y sus diferentes manifestaciones durante el periodo clásico (250 al 900 d. C.)* [Tesis doctoral, Universidad de San Carlos de Guatemala]. DOCPLAYER. <https://docplayer.es/11324293-La-sexualidad-maya-y-sus-diferentes-manifestaciones-durante-el-periodo-clasico-250-al-900-dc.html>
- Morandini, J. S., Blaszczynski, A., Costa, D. S. J., Godwin, A., & Dar-Nimrod, I. (2017). Born this way: Sexual orientation beliefs and their correlates in lesbian and bisexual women. *Journal of Counseling Psychology, 64*(5), 560-573. <https://doi.org/10.1037/cou0000209>
- Morandini, J. S., Blaszczynski, A., Ross, M. W., Costa, D. S. J., & Dar-Nimrod, I. (2015). Essentialist beliefs, sexual identity uncertainty, internalized homonegativity and psychological wellbeing in gay men. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 413-424. <https://doi.org/10.1037/cou0000072>
- Moreno-Domínguez, S., Raposo, T., & Elipe, P. (2019). Body image and sexual dissatisfaction: Differences among heterosexual, bisexual, and lesbian women. *Frontiers in Psychology, 10*, Artículo 903. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00903>
- Morgan, E. M., & Thompson, E. M. (2011). Processes of sexual orientation questioning among heterosexual women. *The Journal of Sex Research, 48*(1), 16-28. <https://doi.org/10.1080/00224490903370594>
- Morgan, E. M., Steiner, M. G., & Thompson, E. M. (2010). Processes of sexual orientation questioning among heterosexual men. *Men and Masculinities, 12*(4), 425-443. <https://doi.org/10.1177/1097184X08322630>
- Morris, K. L., Goldenberg, J., & Boyd, P. (2018). Women as animals, women as objects: Evidence for two forms of objectification. *Personality and Social Psychology Bulletin, 44*(9), 1302-1314. <https://doi.org/10.1177/0146167218765739>
- Morrison, S., & Dinkel, S. (2012). Heterosexism and health care: A concept analysis. *Nursing Forum, 47*(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00243.x>

- Moya, M., & Moya-Garófano, A. (2020). Discrimination, work stress, and psychological well-being in LGBTI workers in Spain. *Psychosocial Intervention, 29*(2), 93-101. <https://doi.org/10.5093/pi2020a5>
- Moyano, N., & del Mar Sánchez-Fuentes, M. (2020). Homophobic bullying at schools: A systematic review of research, prevalence, school-related predictors and consequences. *Aggression and Violent Behavior, 53*, Artículo 101441. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101441>
- Mulick, P. S., & Wright Jr, L. W. (2002). Examining the existence of biphobia in the heterosexual and homosexual populations. *Journal of Bisexuality, 2*(4), 45-64. [https://doi.org/10.1300/J159v02n04\\_03](https://doi.org/10.1300/J159v02n04_03)
- Mulick, P. S., & Wright Jr, L. W. (2011). The biphobia scale a decade later: Reflections and additions. *Journal of Bisexuality, 11*(4), 453-457. <https://doi.org/10.1080/15299716.2011.620486>
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., & Garofalo, R. (2011). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youths: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 23*(2), 204-225. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.561474>
- Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *PLoS ONE, 11*(9), Artículo e0163290. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163290>
- Nebot-Garcia, J. E., Elipe-Miravet, M., García-Barba, M., Ruiz-Palomino, E., & Ballester-Arnal, R. (2021, 15-18 de junio). *Adaptación de la escala de reacciones parentales percibidas para población LGTB+ española: Datos preliminares* [Póster]. II Congreso Internacional de Sexualidad: Expresando la Diversidad, Castellón, España.
- Nebot-Garcia, J. E., Elipe-Miravet, Martínez-Gómez, N., & Ballester-Arnal, R. (2021, 21-22 de abril). *Adaptación de la escala de estrés de las minorías LGTBI en población española: Datos preliminares* [Póster]. VI Jornadas de Investigación para el Alumnado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Jaime I, Castellón, España.

- Nebot-García, J. E., Giménez-García, C., García-Barba, M., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2022). What does heterosexuality mean? Same-sex attraction, behaviors, and discomfort among self-identified heterosexual young adults from Spain. *Archives of Sexual Behavior*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02315-6>
- Neill, J. (2009). *The origins and role of same-sex relations in human societies*. McFarland & Company.
- Nemet-Nejat, K. R. (1998). *Daily life in ancient Mesopotamia*. Greenwood Publishing Group.
- Nerini, A., Matera, C., Baroni, D., & Stefanile, C. (2016). Drive for muscularity and sexual orientation: Psychometric properties of the Italian version of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in straight and gay men. *Psychology of Men & Masculinity, 17*(2), 137-146. <https://doi.org/10.1037/a0039675>
- Ngamake, S. T., Walch, S. E., & Raveepatarakul, J. (2016). Discrimination and sexual minority mental health: Mediation and moderation effects of coping. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(2), 213-226. <https://doi.org/10.1037/sqg0000163>
- Nissinen, M. (2010). Are there homosexuals in Mesopotamian literature? *The Journal of the American Oriental Society, 130*(1), 73-77. <http://www.jstor.org/stable/25766947>
- Oosterhuis, H. (2012). Sexual modernity in the works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. *Medical History, 56*(2), 133-155. <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.30>
- Organización Mundial de la Salud (2018, 30 de marzo). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2021, 17 de junio). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ott, M. Q., Corliss, H. L., Wypij, D., Rosario, M., & Austin, S. B. (2011). Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: Application of mobility metrics. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 519-532.

<https://doi.org/10.1007/s10508-010-9691-3>

Outland, P. L. (2016). *Developing the LGBT minority stress measure* (Publicación No. 10149909) [Tesis doctoral, Colorado State University]. ProQuest Dissertations Publishing.

Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin, 133*(2), 328-345.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>

Pachankis, J. E., Mahon, C. P., Jackson, S. D., Fetzner, B. K., & Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 146*(10), 831-871.

<https://doi.org/10.1037/bul0000271>

Panas, K. (2017). *Sexual identity, social support and mental health: A comparison between individuals with diverse plurisexual identities in Texas* (Publicación No. 10270609) [Tesis doctoral, The University of Texas School of Public Health]. ProQuest Dissertations Publishing.

Paquette, G., Martin-Storey, A., Bergeron, M., Dion, J., Daigneault, I., Hébert, M., Ricci, S., & Castonguay-Khounsombath, S. (2019). Trauma symptoms resulting from sexual violence among undergraduate students: Differences across gender and sexual minority status. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(17-18), 9226-9251.

<https://doi.org/10.1177/0886260519853398>

Parkinson, R. B. (1995). 'Homosexual' desire and Middle Kingdom literature. *The Journal of Egyptian Archaeology, 81*(1), 57-76.

<https://doi.org/10.1177/030751339508100111>

Paul, R., Smith, N. G., Mohr, J. J., & Ross, L. E. (2014). Measuring dimensions of bisexual identity: Initial development of the Bisexual Identity Inventory. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(4), 452-460.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000069>

- Peled, I. (2014). *assinnu* and *kurgarrû* Revisited. *Journal of Near Eastern Studies*, 73(2), 283-297. <https://doi.org/10.1086/677312>
- Pennasilico, A., & Amodeo, A. L. (2019). The invisibles: Biphobia, bisexual erasure and their impact on mental health. *PuntOorg International Journal*, 4(1), 21-28. <https://doi.org/10.19245/25.05.pij.4.1.4>
- Perales, F. (2016). The costs of being "different": Sexual identity and subjective wellbeing over the life course. *Social Indicators Research*, 127(2), 827-849. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0974-x>
- Persson, T. J., & Pfaus, J. G. (2015). Bisexuality and mental health: Future research directions. *Journal of Bisexuality*, 15(1), 82-98. <https://doi.org/10.1080/15299716.2014.994694>
- Persson, T. J., Pfaus, J. G., & Ryder, A. G. (2015). Explaining mental health disparities for non-monosexual women: Abuse history and risky sex, or the burdens of non-disclosure? *Social Science & Medicine*, 128, 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.038>
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21-38. <https://doi.org/10.1037/a0017504>
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2011). Gender differences in sexual attitudes and behaviors: A review of meta-analytic results and large datasets. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 149-165. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.551851>
- Petruzzella, A., Feinstein, B. A., Davila, J., & Lavner, J. A. (2019). Moderators of the association between community connectedness and internalizing symptoms among gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1519-1528. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1355-8>
- Pew Research Center (2020, 25 de junio). *The global divide on homosexuality persists*. <https://www.pewresearch.org/global/2020/06/25/global-divide-on-homosexuality-persists/>
- Pickett, B. L. (2009). *Historical Dictionary of Homosexuality*. Scarecrow Press.

- Pistella, J., Salvati, M., Ioverno, S., Laghi, F., & Baiocco, R. (2016). Coming-out to family members and internalized sexual stigma in bisexual, lesbian and gay people. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3694-3701.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0528-0>
- Pitman, A., Marston, L., Lewis, G., Semlyen, J., McManus, S., & King, M. (2021). The mental health of lesbian, gay, and bisexual adults compared with heterosexual adults: Results of two nationally representative English household probability samples. *Psychological Medicine*. Publicación anticipada en línea.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291721000052>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367-385.  
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., Amore, M., & Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903-1913.  
<https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- PowDThavee, N., & Wooden, M. (2015). Life satisfaction and sexual minorities: Evidence from Australia and the United Kingdom. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 116, 107-126. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2015.04.012>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. H. (2021). Suicidality among youth who are questioning, unsure of, or exploring their sexual identity. *The Journal of Sex Research*, 58(5), 581-588. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1832184>
- Puckett, J. A., Levitt, H. M., Horne, S. G., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Internalized heterosexism and psychological distress: The mediating roles of self-criticism and community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 426-435. <https://doi.org/10.1037/sgd0000123>
- Puckett, J. A., Woodward, E. N., Mereish, E. H., & Pantalone, D. W. (2015). Parental rejection following sexual orientation disclosure: Impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT Health*, 2(3), 265-269.  
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0024>

- Quidley-Rodriguez, N., & De Santis, J. P. (2017). A literature review of health risks in the bear community, a gay subculture. *American Journal of Men's Health*, 11(6), 1673-1679. <https://doi.org/10.1177/1557988315624507>
- Ratcliff, J. J., Tombari, J. M., Miller, A. K., Brand, P. F., & Witnauer, J. E. (2022). Factors promoting posttraumatic growth in sexual minority adults following adolescent bullying experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(7-8), NP5419-NP5441. <https://doi.org/10.1177/0886260520961867>
- Reding, A. (1997). *Mexico, Treatment of Homosexuals*. Resource Center of the Immigration and Naturalization Service, US Department of Justice.
- Reeder, G. (2000). Same-sex desire, conjugal constructs, and the tomb of Niankhkhnum and Khnumhotep. *World Archaeology*, 32(2), 193-208. <https://doi.org/10.1080/00438240050131180>
- Rice, C. E., Fish, J. N., Russell, S. T., & Lanza, S. T. (2021). Sexual minority-related discrimination across the life course: Findings from a national sample of adults in the United States. *Journal of Homosexuality*, 68(2), 252-268. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1648083>
- Richardson, H. B., Armstrong, J. L., Hines, D. A., & Reed, K. M. P. (2015). Sexual violence and help-seeking among LGBTQ and heterosexual college students. *Partner Abuse*, 6(1), 29-46. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.6.1.29>
- Rieger, G., & Savin-Williams, R. C. (2012). Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 611-621. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9738-0>
- Rieger, G., Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2005). Sexual arousal patterns of bisexual men. *Psychological Science*, 16(8), 579-584. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01578.x>
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., & Danner, F. (2009). LGB identity and eudaimonic well-being in midlife. *Journal of Homosexuality*, 56(6), 786-798. <https://doi.org/10.1080/00918360903054277>
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., Black, W. W., & Rosenkrantz, D. E. (2017). Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological

- distress and well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 54-62. <https://doi.org/10.1037/sgd0000202>
- Riggle, E. D., Whitman, J. S., Olson, A., Rostosky, S. S., & Strong, S. (2008). The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 210-217. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.210>
- Ritter, L. J., Morris, H. R., & Knox, D. (2018). Who's getting the best sex? A comparison by sexual orientation. *Sexuality & Culture*, 22(4), 1466-1489. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9538-y>
- Rogers, M. L., Hom, M. A., Janakiraman, R., & Joiner, T. E. (2021). Examination of minority stress pathways to suicidal ideation among sexual minority adults: The moderating role of LGBT community connectedness. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(1), 38-47. <https://doi.org/10.1037/sgd0000409>
- Roggemans, L., Spruyt, B., Droogenbroeck, F. V., & Keppens, G. (2015). Religion and negative attitudes towards homosexuals: An analysis of urban young people and their attitudes towards homosexuality. *YOUNG*, 23(3), 254-276. <https://doi.org/10.1177/1103308815586903>
- Röndahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31(4), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.neDT.2010.07.003>
- Rosel, J., Jara, P., & Herrero, F. (2014). *Pronóstico con interacción de variables categóricas*. Publicacions de la Universitat Jaume I. <http://doi.org/10.6035/Sapientia82>
- Rosenthal, A. M., Sylva, D., Safron, A., & Bailey, J. M. (2011). Sexual arousal patterns of bisexual men revisited. *Biological Psychology*, 88(1), 112-115. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.06.015>
- Ross, L. E., Dobinson, C., & Eady, A. (2010). Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496-502. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156307>

- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research, 55*(4-5), 435-456.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Rostosky, S. S., Cardom, R. D., Hammer, J. H., & Riggle, E. D. B. (2018). LGB positive identity and psychological well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(4), 482-489. <https://doi.org/10.1037/sgd0000298>
- Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. L. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(2), 55-66.  
<https://doi.org/10.1177/1524838010390707>
- Ruan, F. F., & Tsai, Y. M. (1987). Male homosexuality in traditional Chinese literature. *Journal of Homosexuality, 14*(3-4), 21-34.  
[https://doi.org/10.1300/J082v14n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J082v14n03_02)
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., & Nebot-García, J. E. (2020). Orientación sexual y salud mental en jóvenes universitarios españoles. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(1), 199-206.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1776>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4), 205-213.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, W. S., Legate, N., & Weinstein, N. (2015). Coming out as lesbian, gay, or bisexual: The lasting impact of initial disclosure experiences. *Self and Identity, 14*(5), 549-569. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029516>
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development, 12*(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>

- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. En A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 77-98). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-005>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2013). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. En A. Delle Fave (Ed.), *The exploration of happiness: Present and future perspectives* (pp. 97-116). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-5702-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5702-8_6)
- Salfas, B., Rendina, H. J., & Parsons, J. T. (2019). What is the role of the community? Examining minority stress processes among gay and bisexual men. *Stigma and Health*, *4*(3), 300-309. <https://doi.org/10.1037/sah0000143>
- Salim, S., Robinson, M., & Flanders, C. E. (2019). Bisexual women's experiences of microaggressions and microaffirmations and their relation to mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *6*(3), 336-346. <https://doi.org/10.1037/sgd0000329>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, *143*(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Sanchez, D. T., Fetterolf, J. C., & Rudman, L. A. (2012). Eroticizing inequality in the United States: The consequences and determinants of traditional gender role adherence in intimate relationships. *The Journal of Sex Research*, *49*(2-3), 168-183. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.653699>
- Sánchez-Fuentes, M. M., & Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: The role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(2), 226-242. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.978275>

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, *20*(2), 290-296.
- Santaularia, J., Johnson, M., Hart, L., Haskett, L., Welsh, E., & Faseru, B. (2014). Relationships between sexual violence and chronic disease: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *14*, Artículo 1286. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1286>
- Sanyal, S., English, M. A., & Maiti, A. (2018). A discordant harmony: A critical evaluation of the queer theory from an Indian perspective. *International Journal of Linguistics, Literature and Culture*, *5*(1), 50-71.
- Savin-Williams, R. C. (2011). Identity development among sexual-minority youth. En S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 671-689). Springer Science + Business Media. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_28](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_28)
- Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(1), 103-110. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9913-y>
- Schaefer, J. D., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Danese, A., Fisher, H. L., Houts, R., Sheridan, M. A., Wertz, J., & Caspi, A. (2018). Adolescent victimization and early-adult psychopathology: Approaching causal inference using a longitudinal twin study to rule out noncausal explanations. *Clinical Psychological Science*, *6*(3), 352-371. <https://doi.org/10.1177/2167702617741381>
- Scheid, T. L., & Brown, T. N. (2010). Approaches to mental health and illness: Conflicting definitions and emphasis. En T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, (pp. 1-5). Cambridge University Press.
- Schilt, K., & Westbrook, L. (2009). Doing gender, doing heteronormativity: "Gender normals," transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender & Society*, *23*(4), 440-464. <https://doi.org/10.1177/0891243209340034>

- Schmidtke, S. (1999). Homoeroticism and homosexuality in Islam: A review article. *Bulletin of the School of Oriental and African Studies*, 62(2), 260-266. <http://doi.org/10.1017/S0041977X00016700>
- Schrimshaw, E. W., Downing, M. J., Jr., & Cohn, D. J. (2018). Reasons for non-disclosure of sexual orientation among behaviorally bisexual men: Non-disclosure as stigma management. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 219-233. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0762-y>
- Schrimshaw, E. W., Siegel, K., Downing Jr, M. J., & Parsons, J. T. (2013). Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 141-153. <https://doi.org/10.1037/a0031272>
- Semlyen, J., King, M., Varney, J., & Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: Combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry*, 16, Artículo 67. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z>
- Shearer, A., Herres, J., Kodish, T., Squitieri, H., James, K., Russon, J., Atte, T., & Diamond, G. S. (2016). Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. *Journal of Adolescent Health*, 59(1), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.005>
- Shepler, D. K., Smendik, J. M., Cusick, K. M., & Tucker, D. R. (2018). Predictors of sexual satisfaction for partnered lesbian, gay, and bisexual adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 25-35. <https://doi.org/10.1037/sgd0000252>
- Shilo, G., & Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 60(3), 318-330. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00648.x>
- Shokeir, A. A., & Hussein, M. I. (2004). Sexual life in Pharaonic Egypt: Towards a urological view. *International Journal of Impotence Research*, 16, 385-388. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901195>

- Sigal, P. (2002). Gender, male homosexuality, and power in colonial Yucatan. *Latin American Perspectives*, 29(2), 24-40.  
<https://doi.org/10.1177/0094582X0202900202>
- Sigusch, V. (2012). The sexologist Albert Moll – between Sigmund Freud and Magnus Hirschfeld. *Medical History*, 56(2), 184-200.  
<https://doi.org/10.1017/mdh.2011.32>
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: A systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>
- Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., & Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: A critical review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 409-421. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0>
- Silverstein, C. (2009). The implications of removing homosexuality from the DSM as a mental disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 161-163.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-008-9442-x>
- Skerrett, D. M., Kõlves, K., & De Leo, D. (2016). Factors related to suicide in LGBT populations: A psychological autopsy case-control study in Australia. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(5), 361-369.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000423>
- Slimowicz, J., Siev, J., & Brochu, P. M. (2020). Impact of status-based rejection sensitivity on depression and anxiety symptoms in gay men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), Artículo 1546.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051546>
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 255-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190124>
- Soler, L., Forns, M., Kirchner, T., & Segura, A. (2015). Relationship between particular areas of victimization and mental health in the context of multiple victimizations

- in Spanish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(4), 417-425. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0591-2>
- Spivey, L. A., Huebner, D. M., & Diamond, L. M. (2018). Parent responses to childhood gender nonconformity: Effects of parent and child characteristics. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(3), 360-370. <https://doi.org/10.1037/sgd0000279>
- Stein, D. J., Lim, C., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), Artículo 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Stok, F. (2010). The life of Vergil before Donatus. En J. Farrell & M. C. Putnam (Eds.), *A companion to Vergil's Aeneid and its tradition* (pp. 107-120). Wiley-Blackwell.
- Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783-792. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.5.783>
- Sullivan, M. K. (2004). Homophobia, history, and homosexuality: Trends for sexual minorities. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(2-3), 1-13. [https://doi.org/10.1300/J137v08n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J137v08n02_01)
- Svärd, S. S., & Garcia-Ventura, A. (2018). *Studying gender in the ancient Near East*. Eisenbrauns.
- Talley, A. E., Brown, S. L., Cukrowicz, K., & Bagge, C. L. (2016). Sexual self-concept ambiguity and the interpersonal theory of suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 127-140. <https://doi.org/10.1111/sltb.12176>
- Tamagne, F. (2006). *A History of Homosexuality in Europe, Vol. I & II: Berlin, London, Paris; 1919-1939*. Algora Publishing.
- Taylor, J. (2018). Bisexual mental health: A call to action. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 83-92. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1391904>

- Taylor, J., Power, J., Smith, E., & Rathbone, M. (2019). Bisexual mental health: Findings from the 'Who I Am' study. *Australian Journal of General Practice*, 48(3), 138-144. <https://doi.org/10.31128/ajgp-06-18-4615>
- Terradillos, J. M. (2020). Homofobia y ley penal: La homosexualidad como paradigma de peligrosidad social en el Derecho penal español (1933-1995). *Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos*, 1, 63-102. <https://doi.org/10.25267/REJUCRIM.2020.i1.4>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2013). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 71-80. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.71>
- Turell, S. C., Brown, M., & Herrmann, M. (2018). Disproportionately high: An exploration of intimate partner violence prevalence rates for bisexual people. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(1-2), 113-131. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1347614>
- Vale, M. T., & Bisconti, T. L. (2021). Minority stress and relationship well-being in sexual minorities: The varying role of outness on relationship and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 33(3), 297-311. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1909684>
- van Beusekom, G., Baams, L., Bos, H. M. W., Overbeek, G., & Sandfort, T. G. M. (2016). Gender nonconformity, homophobic peer victimization, and mental health: How same-sex attraction and biological sex matter. *The Journal of Sex Research*, 53(1), 98-108. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.993462>
- Vanita, R. (2000a). Introduction: Ancient Indian materials. En R. Vanita & S. Kidwai (Eds.), *Same-sex love in India: Readings from literature and history* (pp. 1-30). Palgrave.
- Vanita, R. (2000b). Vatsyayana's Kamasutra. En R. Vanita & S. Kidwai (Eds.), *Same-sex love in India: Readings from literature and history* (pp. 46-53). Palgrave.

- Vaughan, M. D., & Waehler, C. A. (2010). Coming out growth: Conceptualizing and measuring stress-related growth associated with coming out to others as a sexual minority. *Journal of Adult Development, 17*(2), 94-109.  
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9084-9>
- Vencill, J. A., Carlson, S., Iantaffi, A., & Miner, M. (2018). Mental health, relationships, and sex: Exploring patterns among bisexual individuals in mixed orientation relationships. *Sexual and Relationship Therapy, 33*(1-2), 14-33.  
<https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1419570>
- Verstraete, B. C. (1980). Slavery and the social dynamics of male homosexual relations in ancient Rome. *Journal of Homosexuality, 5*(3), 227-236.  
[https://doi.org/10.1300/J082v05n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v05n03_06)
- Villena, R. (2020). 50 años de orgullo. Un repaso escrito y visual por la historia del movimiento LGTBIQ+ en España. *Vínculos de Historia, (9)*, 475-497.  
[https://doi.org/10.18239/vdh\\_2020.09.23](https://doi.org/10.18239/vdh_2020.09.23)
- Walch, S. E., Ngamake, S. T., Bovornusvakool, W., & Walker, S. V. (2016). Discrimination, internalized homophobia, and concealment in sexual minority physical and mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(1), 37-48. <https://doi.org/10.1037/sgd0000146>
- Walker, M. D., Hernandez, A. M., & Davey, M. (2012). Childhood sexual abuse and adult sexual identity formation: Intersection of gender, race, and sexual orientation. *The American Journal of Family Therapy, 40*(5), 385-398.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2011.627318>
- Walters, M. L., Chen, J., & Breiding, M. J. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Wandrey, R. L., Mosack, K. E., & Moore, E. M. (2015). Coming out to family and friends as bisexually identified young adult women: A discussion of homophobia, biphobia, and heteronormativity. *Journal of Bisexuality, 15*(2), 204-229.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2015.1018657>

- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry, 29*(8), 514-522.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.001>
- Waters, S. (1995). "The most famous fairy in history": Antinous and homosexual fantasy. *Journal of the History of Sexuality, 6*(2), 194-230.
- Watson, L. B., Morgan, S. K., & Craney, R. (2018). Bisexual women's discrimination and mental health outcomes: The roles of resilience and collective action. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(2), 182-193.  
<https://doi.org/10.1037/sqd0000272>
- Watson, R. J., Barnett, M. A., & Russell, S. T. (2016). Parent support matters for the educational success of sexual minorities. *Journal of GLBT Family Studies, 12*(2), 188-202. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2015.1028694>
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(5), 358-363.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Wei, C., & Liu, W. (2019). Coming out in Mainland China: A national survey of LGBTQ students. *Journal of LGBT Youth, 16*(2), 192-219.  
<https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1565795>
- Weinberg, M. S., Williams, C. J., & Pryor, D. W. (1995). *Dual attraction: Understanding bisexuality*. Oxford University Press.
- Wheeler, H. (2013). *Sexuality & religion: How devoutly religious lesbian, gay and bisexual individuals manage the relationship between their sexuality and their religion* (Publicación No. 1536923) [Tesis doctoral, Arizona State University]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Wikimedia Commons (2020, 15 de junio). *File: Hällristningar Tanum 1.1 brudpar.jpg*.  
[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:H%C3%A4llristningar\\_Tanum\\_1.1\\_b\\_rudpar.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:H%C3%A4llristningar_Tanum_1.1_b_rudpar.jpg)

- Wilhelm, A. D. (2004). *Tritiya-Prakriti: People of the third sex. Understanding homosexuality, transgender identity and intersex conditions through Hinduism*. Xlibris Corporation.
- Williams, C. A. (2010). *Roman homosexuality*. Oxford University Press.
- Willoughby, B. J., & Vitas, J. (2012). Sexual desire discrepancy: The effect of individual differences in desired and actual sexual frequency on dating couples. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 477-486.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-011-9766-9>
- Willoughby, B. J., Farero, A. M., & Busby, D. M. (2014). Exploring the effects of sexual desire discrepancy among married couples. *Archives of Sexual Behavior*, 43(3), 551-562. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0181-2>
- Willoughby, B. L. B., Doty, N. D., Braaten, E. B., & Malik, N. M. (2010). Perceived parental reactions scale. En T. Fischer, C. Davis, W. Yarber & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 432-434). Routledge. Taylor & Francis Group.
- Willoughby, B. L. B., Malik, N. M., & Lindahl, K. M. (2006). Parental reactions to their sons' sexual orientation disclosures: The roles of family cohesion, adaptability, and parenting style. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(1), 14-26.  
<https://doi.org/10.1037/1524-9220.7.1.14>
- Wilson, B. D., Krueger, E. A., Pollitt, A. M., & Bostwick, W. B. (2021). Partnership status and mental health in a nationally representative sample of sexual minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1037/sgd0000475>
- Wilson, L. C., & Newins, A. R. (2019). Rape acknowledgment and sexual minority identity: The indirect effect of rape myth acceptance. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 113-119. <https://doi.org/10.1037/sgd0000304>
- Woodford, M. R., Kulick, A., Sinco, B. R., & Hong, J. S. (2014). Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBQ students: The mediating role of self-acceptance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 519-529. <https://doi.org/10.1037/ort0000015>

- Woodward, E. N., Pantalone, D. W., & Bradford, J. (2013). Differential reports of suicidal ideation and attempts of questioning adults compared to heterosexual, lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 17*(3), 278-293. <https://doi.org/10.1080/19359705.2012.763081>
- Worthen, M. G. F., Lingiardi, V., & Caristo, C. (2017). The roles of politics, feminism, and religion in attitudes toward LGBT individuals: A cross-cultural study of college students in the USA, Italy, and Spain. *Sexuality Research & Social Policy, 14*(3), 241-258. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0244-y>
- Wu, J. (2003). From “long yang” and “dui shi” to tongzhi: Homosexuality in China. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 7*(1-2), 117-143. [https://doi.org/10.1300/J236v07n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J236v07n01_08)
- Xu, Y., & Zheng, Y. (2015). Prevalence of childhood sexual abuse among lesbian, gay, and bisexual people: A meta-analysis. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(3), 315-331. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006746>
- Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Does sexual orientation precede childhood sexual abuse? Childhood gender nonconformity as a risk factor and instrumental variable analysis. *Sexual Abuse, 29*(8), 786-802. <https://doi.org/10.1177/1079063215618378>
- Yates, T. (2000). Archaeology through the looking glass. En J. Thomas (Ed.), *Interpretive archaeology: A reader* (pp. 158-196). Leicester University Press.
- Yost, M. R., & McCarthy, L. (2012). Girls gone wild? Heterosexual women’s same-sex encounters at college parties. *Psychology of Women Quarterly, 36*(1), 7-24. <https://doi.org/10.1177/0361684311414818>
- Zavala, C., & Waters, L. (2021). Coming out as LGBTQ+: The role strength-based parenting on posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Happiness Studies, 22*(3), 1359-1383. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00276-y>
- Zietsch, B. P., Verweij, K. J. H., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Martin, N. G., Nelson, E. C., & Lynskey, M. T. (2012). Do shared etiological factors contribute to the

relationship between sexual orientation and depression? *Psychological Medicine*, 42(3), 521-532. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001577>

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>

Zinik, G. (1985). Identity conflict or adaptive flexibility? Bisexuality reconsidered. *Journal of Homosexuality*, 11(1-2), 7-19. [https://doi.org/10.1300/J082v11n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J082v11n01_02)

Zivony, A., & Lobel, T. (2014). The invisible stereotypes of bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(6), 1165-1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0263-9>

Zsolnay, I. (2013). The misconstrued role of the assinnu in ancient near eastern prophecy. En J. Stökl & C. L. Carvalho (Eds.), *Prophets male and female: Gender and prophecy in the Hebrew Bible, the Eastern Mediterranean, and the ancient Near East* (pp. 81-99). Society of Biblical Literature.



**BLOQUE VI**

**ANEXOS**

## Anexo 1. Cuestionario



Desde la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida (Salusex) de la Universitat Jaume I (Castellón), estamos llevando a cabo el **PROYECTO SAFO**, un estudio sobre la vivencia que tiene cada persona de su orientación afectivo-sexual y su identidad de género. **Contesta, solamente, si eres mayor de edad.**

A continuación, te presentamos una batería de preguntas que no tienen respuestas correctas o incorrectas. Te animamos a que la rellenes hasta el final para que tus datos sean verdaderamente útiles. Léelas con atención y responde con total sinceridad, la información que aportas es confidencial y completamente anónima. La participación es totalmente voluntaria, puedes abandonarla en cualquier momento y también parar y continuarla más adelante. La duración variará en función de tus respuestas, pero puede oscilar entre 20 y 40 minutos.

Al clicar la pestaña «siguiente» declaras ser mayor de edad, así como haber recibido información sobre el objetivo de la presente investigación y das tu permiso para que se utilicen estos datos con fines meramente científicos, preservando siempre tu identidad.

Muchas gracias por tu tiempo y tu generosidad.

Si necesitaras más información, puedes consultar nuestra web: [www.salusex.es](http://www.salusex.es)

O mandarnos un correo a: [salusex@uji.es](mailto:salusex@uji.es)

Responsable del tratamiento	Universitat Jaume I Psicología de la Salud: Prevención y Tratamiento
Finalidad del tratamiento	Gestión de los datos científicos recogidos por el Grupo de Investigación en Psicología de la Salud: Prevención y Tratamiento.
Legitimación	Investigación científica.
Destinatarios	No se cederán datos a terceras partes salvo que sea obligación legal.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y a la limitación o la oposición al tratamiento ante la Secretaría General de la Universitat Jaume I mediante el Registro Electrónico ( <a href="https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica">https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica</a> ) o, presencialmente, en la Oficina de Información y Registro (InfoCampus), situada en el Ágora Universitaria - Locales 14-15.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre este tratamiento de datos a Información <a href="https://www.uji.es/protecciondades/clausules/?t=I016">https://www.uji.es/protecciondades/clausules/?t=I016</a>

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Lugar de residencia:** \_\_\_\_\_

**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Creencias religiosas:**

- Creyente practicante
- Creyente no practicante
- Ateo o agnóstico

**¿Con qué ideología política te identificas?**

- Derecha
- Centro
- Izquierda
- Indiferente

**Máximo grado académico alcanzado:**

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Formación profesional
- Diplomatura/Licenciatura/Grado
- Máster o doctorado

**Tipo de la localidad en la que te criaste:**

- Urbana de costa
- Urbana de interior
- Rural de costa
- Rural de interior

## HISTORIA SEXUAL

**Situación actual de pareja:**

- No tengo pareja
- Pareja monógama (dos personas que son fieles)
- Pareja monógama, pero con infidelidades
- Pareja abierta (relaciones sexuales consentidas, por ambos, fuera de la pareja)
- Poliamor (tener varias relaciones sentimentales consentidas a la vez)
- Pareja esporádica

**¿En qué medida consideras que tu vida sexual es satisfactoria?:**

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

**¿Alguna vez has sufrido abuso sexual o te han obligado a mantener una relación sexual en contra de tu voluntad?**

- Sí
- No

## DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

### Sexo asignado al nacer:

- Hombre
- Mujer
- Intersexual/con genitales intersexuales

### ¿Cómo te identificas en la actualidad?:

- Hombre cis
- Mujer cis
- Hombre trans
- Mujer trans
- Persona transgénero/no binaria (no me identifico ni como hombre ni como mujer)

### Orientación sexual con la que más te identificas:

- Heterosexual
- Homosexual (lesbiana/gay)
- Bisexual
- Pansexual
- Asexual
- Ninguna de estas, me identifico mejor como: \_\_\_\_\_

### Edad en la que definiste tu actual orientación sexual: \_\_\_\_

### A lo largo de los años, ¿has dudado sobre tu orientación sexual?

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

### ¿Esas dudas se mantienen en la actualidad?

- Sí
- No

### A lo largo de los años, ¿has experimentado cambios en tu orientación sexual?

- Sí
- No

## SATISFACCIÓN CORPORAL

### ¿En qué medida sientes satisfacción con tu cuerpo?:

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

## VIVENCIAS DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO

**De las personas de tu familia que saben que eres LGTBI+, ¿quién es la persona más importante o más significativa para ti? (elegir solo una):**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nadie de mi familia cercana sabe que soy LGTBI+           | <input type="checkbox"/> Mi padre   | <input type="checkbox"/> Mi abuela            |
| <input type="checkbox"/> Nadie de mi familia es importante o significativo para mí | <input type="checkbox"/> Mi hermano | <input type="checkbox"/> Un primo             |
| <input type="checkbox"/> Mi pareja   | <input type="checkbox"/> Mi hermana | <input type="checkbox"/> Una prima            |
| <input type="checkbox"/> Mi madre  | <input type="checkbox"/> Mi tío     | <input type="checkbox"/> Otro familiar: _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Mi tía     |   |
|  | <input type="checkbox"/> Mi abuelo  |   |

### Perceived Parental Reactions Scale

(Willoughby, Malik & Lindahl, 2006; adaptado por Nebot-Garcia, Elipe-Miravet, García-Barba, Ruiz-Palomino & Ballester-Arnal, 2021)

**INSTRUCCIONES: Piensa solo en esa persona más significativa para ti cuando contestes a este cuestionario.**

Piensa en la semana en que esa persona supo por primera vez sobre tu orientación o identidad de género. Lee las siguientes declaraciones e indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo. Recuerda, no hay respuestas correctas o incorrectas. Estas son tus opiniones.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

**La semana en que esa persona supo que yo era LGTBI+, él/ella:**

1. Me apoyó.
2. Estaba preocupado/a por lo que sus amistades o conocidos/as pensarían de él/ella.
3. Tenía la actitud de que las personas LGTBI+ no deberían trabajar con niños.
4. Estaba preocupado/a por lo que la familia podía pensar de él/ella.
5. Estaba orgulloso/a de mí.
6. Estaba preocupado/a sobre el hecho de que yo no podría tener descendencia.
7. Se dio cuenta de que seguía siendo «yo», incluso siendo LGTBI+.
8. Creía que ser LGTBI+ era inmoral.
9. Pensó que estaba bien.
10. Estaba preocupado/a por tener que responder preguntas de otras personas sobre mi sexualidad.
11. Me echó de casa.
12. No me creyó.
13. Me gritó.
14. Rezó a Dios, pidiéndole que me volviera normal.
15. Se culpó a él/ella mismo/a.

16. Me llamó de formas denigrantes, como «maricón», «bollera» o «travelo».
17. Pretendió que yo no fuera LGTBI+.
18. Estaba enfadado/a por el hecho de que fuera LGTBI+.
19. Quería que no se lo contase a nadie más.
20. Lloró de tristeza.
21. Dijo que ya no iba a seguir siendo su familia.
22. Me dijo que eso solo era una fase.
23. Estaba enfadado/a con la persona que él/ella creía que «me había vuelto LGTBI+».
24. Quería que yo fuera a un psicólogo para que «me volviera normal».
25. Tenía miedo de ser juzgado/a por sus parientes y amistades.
26. Me cortó el apoyo financiero.
27. Me dio evidencias para demostrarme que yo no podía ser LGTBI+, tales como «tuviste un novio/a, no puedes ser LGTBI+».
28. Estaba enfadado/a conmigo por hacerle esto a él/ella.
29. Quería que yo no fuera LGTBI+.
30. Estaba avergonzado/a de mi condición LGTBI+.

**En el momento en que tomaste conciencia de que eras LGTBI+, ¿conocías a alguna persona del colectivo en alguno de estos ámbitos? (puedes marcar varias):**

	Lesbianas	Gais	Bisexuales	Transexuales	Intersexuales
Personas en tu familia					
Amistades					
Personas cercanas					
Personajes famosos					

**¿En qué medida consideras que tienes una buena aceptación de tu orientación sexual?**

- Nada
  Un poco
  Bastante
  Mucho

#### ACOSO

**¿Has sufrido acoso en algún momento de tu vida?**

- Sí  
 No

**¿Debido a qué motivo crees que has sufrido acoso?**

- Ser (o parecer) LGTBI+  
 Mi físico  
 Mi país de procedencia  
 Por ser una persona con discapacidad  
 Mis creencias religiosas  
 Mis creencias culturales/etnia  
 Otra: \_\_\_\_\_

## ESTRÉS DE LAS MINORÍAS LGTBI+

The LGBT Minority Stress Measure  
(Outland, 2016; adaptado por Nebot-Garcia, Elipe-Miravet, Martínez-Gómez & Ballester-Arnal, 2021)

Por favor, lee detenidamente cada una de las afirmaciones e indica con qué frecuencia te sientes identificado/a con ellas.

### Ocultación de la identidad

(1 – nunca me ocurre; 2 – me ocurre pocas veces; 3 – a veces me ocurre; 4 – me ocurre a menudo; 5 – me ocurre siempre)

1. Evito contar a la gente ciertos aspectos de mi vida que podrían significar que soy LGTBI+.
2. Evito hablar sobre mi vida romántica porque no quiero que otras personas sepan que soy LGTBI+.
3. Cambio mis gestos o forma de hablar porque no quiero que otras personas piensen que soy LGTBI+.
4. No llevo citas a eventos sociales porque no quiero que otras personas sepan que soy LGTBI+.
5. No muestro mi desacuerdo cuando escucho discursos anti-LGTBI+ porque no quiero que otras personas asuman que soy LGTBI+.
6. Limito lo que comparto en redes sociales, o lo que puede verse, porque no quiero que otras personas sepan que soy LGTBI+.

### Microagresiones

(1 – nunca me ocurre; 2 – me ocurre pocas veces; 3 – a veces me ocurre; 4 – me ocurre a menudo; 5 – me ocurre siempre)

7. Tengo dificultades para encontrar gente con la que identificarme en TV, películas, libros, música, etc.
8. Me han acusado de «alardear» de mi identidad LGTBI+.
9. Se espera que eduque (forme) a las personas que no son LGTBI+ sobre temas LGTBI+.
10. Me han dicho que realmente no soy LGTBI+, sino que estoy confundido/a o quiero llamar la atención.
11. En la escuela, no me enseñaron las importantes contribuciones de la gente LGTBI+ en la historia.
12. Otras personas me presentan como «mi amigo/a LGTBI+» o «el/la LGTBI+».
13. La gente asume que mi orientación sexual o mi género es algo diferente de lo que realmente es.
14. La gente ha reetiquetado mi identidad, o se ha referido a mí con nombres o pronombres que son diferentes a como yo me identifico.
15. Me han presentado a una potencial cita/amistad esperando que nos gustásemos solo porque la otra persona también era LGTBI+.

16. He escuchado a gente hacer comentarios anti-LGTBI+.
17. Me siento incómodo/a usando aseos o vestuarios públicos por ser LGTBI+.
18. Cuando en una organización o actividad se distribuye por género, me siento fuera de lugar por ser LGTBI+.
19. Me han acusado de estar muy a la defensiva o ser demasiado políticamente correcto/a cuando hablo sobre temas LGTBI+ con gente que no es LGTBI+.

#### **Rechazo anticipatorio**

(1 – nunca me ocurre; 2 – me ocurre pocas veces; 3 – a veces me ocurre;  
4 – me ocurre a menudo; 5 – me ocurre siempre)

20. Cuando conozco a alguien nuevo, me preocupa que en el fondo no le guste por ser LGTBI+.
21. Cuando salgo en público con mi pareja, tengo miedo de que la gente nos trate mal por ser LGTBI+.
22. Estoy en guardia y alerta porque algo malo puede ocurrirme por ser LGTBI+.
23. Me preparo para recibir un trato irrespetuoso por ser LGTBI+.
24. Anticipo que otras personas no me aceptarán por ser LGTBI+.
25. Me preocupa qué ocurrirá si la gente descubre que soy LGTBI+.

#### **Eventos discriminatorios**

(1 – nunca me ocurre; 2 – me ocurre pocas veces; 3 – a veces me ocurre;  
4 – me ocurre a menudo; 5 – me ocurre siempre)

26. Me han excluido de una organización (p.e. un grupo religioso, un equipo deportivo, etc.) por ser LGTBI+.
27. Personal sanitario me ha presionado para recibir servicios innecesarios o me ha denegado servicios por ser LGTBI+.
28. Me han negado la vivienda o me han discriminado en mi lugar de residencia (por ejemplo, residencia universitaria, comunidad de vecinos, albergues para personas sin hogar, etc.) por ser LGTBI+.
29. He recibido una mala atención en un establecimiento por ser LGTBI+.
30. Siento la obligación de tener en cuenta mi identidad LGTBI+ cuando pienso en política.
31. Los/as supervisores/as o los/las maestros/as me han tratado injustamente por ser LGTBI+.

#### **Estigma internalizado**

(1 – muy en desacuerdo; 2 – en desacuerdo; 3 – ni de acuerdo ni en desacuerdo;  
4 – de acuerdo; 5 – muy de acuerdo)

32. Si me ofrecieran la oportunidad de ser alguien que no es LGTBI+, aceptaría la oportunidad.
33. Desearía no ser LGTBI+.

34. Siento que ser LGTBI+ es un defecto personal mío.
35. Que yo sea LGTBI+ debe haber sido un error del destino/de la naturaleza/de Dios/etc.
36. Me pregunto por qué no soy «normal» como todos los demás.
37. Envidio a la gente que no es LGTBI+.
38. He intentado dejar de ser LGTBI+.

#### **Eventos de victimización**

(1 – nunca me ocurre; 2 – me ocurre pocas veces; 3 – a veces me ocurre;  
4 – me ocurre a menudo; 5 – me ocurre siempre)

39. Me han acosado verbalmente o me han puesto motes por ser LGTBI+.
40. He recibido atención sexual no deseada o me han hecho preguntas inapropiadas sobre mi vida sexual por ser LGTBI+.
41. Me han agredido físicamente por ser LGTBI+.
42. Han dañado mis propiedades personales por ser LGTBI+.
43. He soportado contactos sexuales no deseados por ser LGTBI+.
44. Me han amenazado con dañarme por ser LGTBI+.
45. He sufrido bullying por ser LGTBI+.

#### **Conexión comunitaria**

(1 – muy en desacuerdo; 2 – en desacuerdo; 3 – ni de acuerdo ni en desacuerdo;  
4 – de acuerdo; 5 – muy de acuerdo)

46. Siento conexión con otra gente LGTBI+.
47. Siento que soy parte de la comunidad LGTBI+.
48. Siento que podría encontrar información y folletos sobre temas LGTBI+.
49. Siento que podría encontrar servicios para temas LGTBI+ si lo necesitara.
50. Siento que podría encontrar un espacio público que apoyara actividades LGTBI+.

## SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Symptom Assessment-45 Questionnaire  
(SA-45, Davison et al., 1997; adaptado por Sandín et al., 2008)

Lee atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indica cuánto has experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy).**

0=Nada en absoluto; 1=Un poco presente; 2=Moderadamente; 3=Bastante;  
4=Mucho o extremadamente

01. La idea de que otra persona pueda controlar tus pensamientos	0	1	2	3	4
02. Creer que la mayoría de tus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
03. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
04. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
05. La idea de que no te puedes fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
06. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
07. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logras controlar	0	1	2	3	4
08. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
09. Sentirte solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirte triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirte nervioso/a o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de tus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que no les gustas	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las haces bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas te miran o hablan de ti	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que haces	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque te dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se te quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirte desesperanzado/a con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarte	0	1	2	3	4

29. Sentir debilidad en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirte preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirte incómodo/a cuando la gente te mira o habla acerca de ti	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son tuyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirte muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otras personas no te reconozcan adecuadamente tus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirte inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ti si los dejaras	0	1	2	3	4
45. La idea de que deberías ser castigado/a por tus pecados	0	1	2	3	4

IDEACIÓN Y OTROS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS	
<p><b>¿Alguna vez has pensado en la muerte como una liberación?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p>	<p><b>¿Alguna vez has planificado cómo hacerlo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p>
<p><b>¿Alguna vez has pensado en quitarte la vida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p>	<p><b>¿Alguna vez has intentado suicidarte?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> alguna vez</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces</p>

## BIENESTAR PSICOLÓGICO

### Escala de Bienestar de Ryff (Ryff, 1989; adaptado por Díaz et al., 2006)

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones sobre ti. Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con ellas:

1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo)

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento/a con cómo han resultado las cosas.
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocas amistades íntimas con quienes compartir mis preocupaciones.
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.
7. En general, me siento seguro/a y positivo/a conmigo mismo.
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí.
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.
13. Tiendo a ser influenciado por la gente con fuertes convicciones.
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a.
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.
24. En su mayor parte, siento orgullo de quien soy y la vida que llevo.
25. Sé que puedo confiar en mis amistades, y ellas saben que pueden confiar en mí.
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

## Anexo 2. Anuncios en redes sociales: Facebook

### ADULTOS

SaluSex - Unisexida  
4 de diciembre de 2019 · 🌐

¿Cómo vives tu sexualidad? Participa en la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Estudio SAFO**  
Ayúdanos a difundirlo

👍❤️ 27

8 comentarios 5 veces compartida

SaluSex - Unisexida  
4 de diciembre de 2019 · 🌐

¿Cómo vives tu sexualidad? Participa en la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Estudio SAFO**  
Ayúdanos a difundirlo si te ha resultado interesante

👍❤️👍 52

23 comentarios 9 veces compartida

### POBLACIÓN

SaluSex - Unisexida  
17 de febrero de 2020 · 🌐

¿Cuántas maneras hay de vivir la sexualidad? Entra y cumplimenta la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Proyecto SAFO**  
Si te ha resultado interesante, ayúdanos a difundirlo.

👍❤️ 149

96 comentarios 35 veces compartida

SaluSex - Unisexida  
17 de febrero de 2020 · 🌐

¿Cuántas maneras hay de vivir la sexualidad? Entra y cumplimenta la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Proyecto SAFO**  
Si te ha resultado interesante, ayúdanos a difundirlo.

👍❤️ 16

15 comentarios 8 veces compartida

### NEUTROS

SaluSex - Unisexida  
21 de abril de 2020 · 🌐

¿Conoces todas las formas de vivir la sexualidad? Entra y cumplimenta la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Proyecto SAFO**  
Si te ha resultado interesante, ayúdanos a difundirlo.

👍❤️ 248

16 comentarios 40 veces compartida

SaluSex - Unisexida  
12 de febrero de 2020 · 🌐

¿Cuántas maneras hay de vivir la sexualidad? Entra y cumplimenta la encuesta.



JALMEI.EU.QUALTRICS.COM  
**Proyecto SAFO**  
Si te ha resultado interesante, ayúdanos a difundirlo.

👍❤️ 74

3 comentarios 12 veces compartida

## Anexo 3. Anuncios difusión SaluSex

### FACEBOOK



SaluSex - Unisexsida

15 de diciembre de 2019 · 🌐

Desde Salusex, de la [Universitat Jaume I](#), estamos realizando una investigación nacional sobre cómo viven las personas su sexualidad. Nos sería de gran ayuda si pudierais contestar a la encuesta y compartirla. La participación es voluntaria, anónima y confidencial.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9JSv0VJqTeoEcd](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9JSv0VJqTeoEcd)

Gracias de antemano por vuestra colaboración.



4

3 veces compartida

### TWITTER



SaluSex - Unisexsida

@GrupoSaluSex

Desde Salusex, de la [@UJuniversitat](#), estamos realizando una investigación nacional sobre cómo viven las personas su sexualidad. Podéis ayudarnos contestando y compartiendo la encuesta. La participación es voluntaria, anónima y confidencial. ¡Gracias! 😊

[jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9...](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9...)



1,4 mil reproducciones

0:06 / 0:21

3:14 p. m. · 15 dic. 2019 · Twitter Web App

|| Ver actividad del Tweet

17 Retweets · 4 Tweets citados · 23 Me gusta

## Anexo 4. Correos electrónicos

De:	
Para:	
Asunto:	Ayuda Colaboración. Proyecto SAFO

Buenos días,

Os escribimos desde el grupo de investigación Salusex (<https://salusex.es/>) de la Universitat Jaume I de Castellón. Somos un grupo de investigación que lleva treinta años estudiando diferentes aspectos y facetas de la sexualidad humana. Desde nuestro equipo, en estos momentos, estamos realizando una investigación nacional sobre la vivencia que tiene cada persona de su orientación afectivo-sexual y su identidad de género.

Consideramos que aún existe mucho desconocimiento sobre algunas vivencias y situaciones de discriminación de las personas LGTBI+. Por ello, dada vuestra labor e implicación con el colectivo LGTBI+, os escribimos para pedir os vuestra colaboración. Nos sería de gran ayuda si pudierais distribuir el link del siguiente cuestionario entre vuestros contactos, en vuestras redes sociales o entre las personas asociadas a vuestra entidad, con el fin de llegar a cuanta más gente mejor. Nuestro objetivo es conocer más acerca de la vivencia de la población LGTBI+ y arrojar un poco de luz sobre aquellas realidades que aún están invisibilizadas. Todo ello con el fin de, en un futuro, poder mejorar nuestras intervenciones con el colectivo y repercutir positivamente en su bienestar.

En caso de que decidan participar, será de manera **voluntaria, anónima y confidencial** y los datos, anonimizados, serán utilizados exclusivamente para fines de investigación.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9JSv0VJqTeoEcd](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9JSv0VJqTeoEcd)

Gracias de antemano por vuestra participación.  
Saludos cordiales,  
Juan E. Nebot

De:

Para:

Asunto: Proyecto SAFO

Buenos días,

Esperamos que, en estos días tan convulsos, os encontréis bien y con ánimos. Hace unas semanas os contactamos para pedir vuestra colaboración en una **investigación nacional sobre diversidad afectivo-sexual y de género** que estamos llevando a cabo. Estamos muy contentos, porque hemos conseguido más de 2.000 respuestas de parte del colectivo LGTBI+. No obstante, nuestra alegría es comedida, ya que aún necesitamos muchas más respuestas para poder obtener datos verdaderamente concluyentes sobre las vivencias y situaciones de discriminación del colectivo y visibilizar todas las realidades existentes.

Por ello, y como parte del colectivo, os escribimos para pedir de nuevo vuestra colaboración. Posiblemente ya hayáis publicado en redes o entre vuestros contactos la presente investigación (muchas gracias por ello), pero queríamos aprovechar estas fechas, en las cuáles la gente está en casa y con más tiempo libre, para volver a difundir el proyecto. Cualquier ayuda o difusión que podáis hacer será bien recibida.

Nuestro objetivo es conocer más acerca de la vivencia de la población LGTBI+ y arrojar un poco de luz sobre aquellas realidades que aún están invisibilizadas. Todo ello con el fin de, en un futuro, poder mejorar nuestras intervenciones con el colectivo y repercutir positivamente en su bienestar.

En caso de que decidan participar, será de manera **voluntaria, anónima y confidencial** y los datos, anonimizados, serán utilizados exclusivamente para fines de investigación.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9JSv0VJqTeoEcd](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9JSv0VJqTeoEcd)

También os adjuntamos un cartel que hemos preparado para la difusión en redes sociales.

Gracias de antemano por vuestra colaboración.

Saludos cordiales,

Juan E. Nebot

Estudio nacional sobre la vivencia de la  
**ORIENTACIÓN SEXUAL E  
IDENTIDAD DE GÉNERO**

**PROYECTO SAFO**

Ayúdanos a crear un  
mundo mejor...

**¡ENTRA EN EL LINK Y  
PARTICIPA!**



[salusex@uji.es](mailto:salusex@uji.es)

## Anexo 6. Difusión de asociaciones

### FACEBOOK

**TRANSEXUALIDAD-EUSKADI**  
4 de abril de 2020 · 🌐

Os escribimos para pedirnos de nuevo vuestra colaboración.

Nuestro objetivo es conocer más acerca de la vivencia de la población #LGTBI+ y arrojar un poco de luz sobre aquellas realidades que aún están invisibilizadas. Todo ello con el fin de, en un futuro, poder mejorar nuestras intervenciones con el colectivo y repercutir positivamente en su bienestar.

En caso de que decidais participar, será de manera voluntaria, anónima y confidencial y los datos, anonimizados, serán utilizados exclusivamente para fines de investigación.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9Isv0ViqTeoEcd](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9Isv0ViqTeoEcd)



Tú y 2 personas más

2 comentarios

**Col·lectiu QueerFest**  
9 de diciembre de 2019 · 🌐

Desde el grupo de investigación Salusex (<https://salusex.es/>) de la Universitat Jaume I de Castellón, en estos momentos, están realizando una investigación nacional sobre la vivencia que tiene cada persona de su orientación afectivo-sexual y su identidad de género. Son un grupo de investigación que lleva treinta años estudiando diferentes aspectos y facetas de la sexualidad humana.

En caso de que decidais participar, será de manera voluntaria, anónima y confidencial y los datos, anonimizados, serán utilizados exclusivamente para fines de investigación.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9Isv0ViqTeoEcd](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9Isv0ViqTeoEcd)

Gracias de antemano por vuestra participación.



Tú y 8 personas más

1 comentario · 5 veces compartida

### TWITTER

**Federación Estatal LGTB** @FELGTB

Desde el @GrupoSaluSex de la @UJUniversitat, están llevando a cabo el PROYECTO SAFO, un estudio sobre la vivencia que tiene cada persona de su orientación afectivo-sexual y su identidad de género.

¿Te animas a participar? 🇪🇺👉  
[jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9...](http://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9...)



1:30 p. m. · 10 abr. 2020 · TweetDeck

13 Retweets · 2 Tweets citados · 19 Me gusta

**Kattalngorri Nafarroa** @KattalngorriN

🇪🇺 ¡Holaaa! 🇪🇺

"La Universidad de Jaume están realizando una investigación nacional sobre diversidad afectivo-sexual y de género a nombre de "Proyecto Safo". Podéis ayudar y realizar la encuesta totalmente anónima, voluntaria y confidencial en: [jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_b9...](http://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_b9...) ¡Gracias!



6:26 p. m. · 3 abr. 2020 · Twitter Web App

1 Me gusta





**“** *Nadie nace odiando a otra persona por el color de su piel, su procedencia o su religión. El odio se aprende, y si es posible aprender a odiar, es posible aprender a amar, ya que el amor surge con mayor naturalidad en el corazón del hombre que el odio* **”**

Nelson Mandela en «El largo camino hacia la libertad» (Mandela, 1994)