

EL PAPEL DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN EL BIENESTAR SUBJETIVO DE LAS PERSONAS GAY, LESBIANAS Y BISEXUALES

David Cámara Liébana

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/669798>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESIS DOCTORAL

El papel de la orientación sexual en el bienestar subjetivo de las
personas Lesbianas, Gay y Bisexuales.

David Cámara Liebana

2019



TESIS DOCTORAL

El papel de la orientación sexual en el bienestar subjetivo de las personas
Lesbianas, Gay y Bisexuales.

Tesis doctoral realizada por: David Cámara Liebana

2019

Programa de Doctorado en Psicología, Salud y Calidad de Vida

Dirigida por: Dra. Mònica González Carrasco

Memoria presentada para optar al título de doctor por la Universidad de Girona



La Dra. Mònica González-Carrasco, de la Universitat de Girona,

DECLARO:

Que el trabajo titulado "*El papel de la orientación sexual en el bienestar subjetivo de las personas lesbianas, gays y bisexuales*", que presenta David Cámara Liebana para la obtención del título de doctor, ha sido realizado bajo mi dirección.

Y, para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmo este documento.

Dra. Mònica González-Carrasco

Girona, 26 de julio de 2019

“Dan mucha pena los niños en las cárceles, pero a nadie se le cae una lagrimita por los niños y los adolescentes metidos en el armario”.

(Llamas & Vidarte, 1999)

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimientos..... | 8 |
| Resumen | 10 |
| Resum..... | 12 |
| Abstract | 14 |
| Introducción | 16 |
| Parte I: Fundamentación Teórica | 19 |
| Capítulo 1. Identidades Lesbianas, Gay y Bisexuales. | 20 |
| 1.1. Breve recorrido histórico entorno al colectivo LGB | 20 |
| 1.2. Las identidades LGB como categoría científica | 25 |
| 1.2.1. Teorías psicológicas sobre el origen de la homosexualidad. | 27 |
| 1.2.2. Teorías biológicas sobre el origen de la homosexualidad. | 32 |
| 1.3. El desarrollo de las identidades: principales modelos de formación de las identidades LGB | 37 |
| 1.3.1 El modelo de Plummer sobre el desarrollo de la identidad homosexual masculina. | 38 |
| 1.3.2. El modelo de Cass de desarrollo de la identidad homosexual..... | 39 |
| 1.3.3. El modelo de Troiden. | 45 |
| 1.3.4. El modelo de Coleman..... | 48 |
| 1.3.5. Consideraciones sobre los modelos de formación de las identidades LGB . | 50 |
| 1.4. Las identidades LGB más allá de la atracción sexual..... | 52 |
| 1.5. La homofobia..... | 54 |
| 1.6. El <i>bullying</i> | 56 |
| 1.7. Implicaciones del desarrollo identitario LGB, el <i>bullying</i> y la homofobia para la salud y sus profesionales..... | 61 |
| Capítulo 2. El bienestar subjetivo. | 65 |
| 2.1. La Calidad de vida y el bienestar subjetivo. | 65 |
| 2.2. Breve recorrido sobre las principales teorías explicativas del bienestar | 69 |

| | |
|--|-----|
| 2.3. Estudios entorno al bienestar subjetivo y las identidades LGB..... | 74 |
| 2.4. Instrumentos de medida del bienestar subjetivo | 79 |
| Capítulo 3. Objetivos. | 83 |
| 3.1. Objetivo general..... | 83 |
| 3.1.1. Objetivos específicos del estudio I: | 83 |
| 3.1.2. Objetivos específicos del estudio II:..... | 84 |
| Capítulo 4. Metodología. | 85 |
| 4.1. Metodología del estudio I | 86 |
| 4.1.1. Participantes | 86 |
| 4.1.2. Instrumentos..... | 87 |
| 4.1.3. Procedimiento | 90 |
| 4.2. Metodología del estudio II..... | 91 |
| 4.2.1. Participantes | 91 |
| 4.2.2. Instrumento | 93 |
| 4.2.3. Procedimiento | 94 |
| Capítulo 5. Principales resultados | 97 |
| 5.1. Resultados del estudio I | 97 |
| 5.1.1. Análisis de los datos..... | 97 |
| 5.1.2. Análisis descriptivo del PWI-7, la OLS, la HOL y la satisfacción con la orientación sexual. | 99 |
| 5.1.3. Cálculo de la varianza del PWI-7 y del PWI-8..... | 101 |
| 5.2. Resultados del estudio II..... | 107 |
| 5.2.1. Análisis de los datos cualitativos. | 107 |
| 5.2.2. Principales resultados del estudio II. | 108 |
| 5.2.2.1 Tema 1: Bienestar actual. | 112 |
| 5.2.2.2. Tema 2: Factores influyentes en el bienestar..... | 114 |
| 5.2.2.3. Tema 3.: Mejoras del bienestar personal. | 120 |
| Parte III: Discusión y conclusiones..... | 123 |
| Capítulo 6. Discusión | 123 |

| | |
|---|-----|
| 6.1. Discusión del estudio I..... | 124 |
| 6.2. Discusión del estudio II | 131 |
| Capítulo 7. Conclusiones | 138 |
| Referencias | 146 |
| Lista de abreviaturas | 164 |
| Lista de tablas y figuras..... | 166 |
| Anexos..... | 168 |
| Anexo 1. Carta de presentación a las asociaciones LGB..... | 168 |
| Anexo 2. Guion de la entrevista <i>semiestructurada</i> | 169 |
| Anexo 3. Consentimiento informado para la participación en el estudio II..... | 172 |

Agradecimientos

Realizar una tesis doctoral no es un trabajo fácil, sino que está lleno de complejidades y piedras en el camino que en ocasiones te hace desfallecer hasta quedarte sin fuerzas y pensar incluso en abandonar.

Gracias al esfuerzo personal y profesional he podido finalmente cumplir este sueño, aportar un grano de arena a mi causa hacia la aceptación, a dar un poco luz a lo que tantos niños y adolescentes vivimos y sufrimos... viven y sufren.

Es por eso que esta tesis doctoral se gesta desde dentro, desde el recuerdo y desde la perplejidad de la intolerancia de esta sociedad a menudo cruel.

Sin embargo, el esfuerzo no ha sido solamente mío, sino que he contado con excelentes personas que me lo han puesto un poco más fácil. Es por eso que quiero agradecer el trabajo incansable y metódico de mi directora de tesis, la Dra. Mònica González Carrasco, que sin ella esto no hubiera sido posible.

Gracias por creer en el tema desde el primer momento, por iniciarme en esto de la investigación y por la ayuda incondicional prestada. Por los ánimos después de cada tutoría que hacían que siguiera adelante.

Gracias a mis padres...Os amo.

A mi hermana, mi cuñado y mi sobrino... Hugo no hagas nada de lo que te puedas arrepentir, nunca sabes como una palabra, un gesto o una burla puede afectar a la persona que tienes delante para el resto de su vida.

A mis amigos, Albert y Javi, por comprender mis ausencias estos últimos años.

A Ció, por tanto, amor y sensibilidad.

A Glória Reig, porque este camino lo iniciamos juntos, y aunque no nos vemos todo lo que quisiéramos, siempre has sido un espejo en el que reflejarme.

Gracias a las personas que participaron en este trabajo, y principalmente a los cinco hombres que tuve la oportunidad de entrevistar cara a cara. Gracias por abrir vuestras almas y volver a recordar lo complicado del camino.

Resumen

El objetivo de esta tesis doctoral es conocer el papel que tiene la orientación sexual de personas Lesbianas, Gay y Bisexuales (LGB) en su bienestar subjetivo y a la vez profundizar en cuáles son los factores que influyen en éste.

La tesis se articula en torno a dos estudios descriptivos de tipo transversal, uno realizado con metodología cuantitativa y el otro con metodología cualitativa

El primer estudio de corte cuantitativo, parte de la aplicación de un cuestionario *online* a 173 participantes con edades comprendidas entre los 23 y los 63 años de edad que se identificó tanto con la orientación sexual LGB como con la orientación sexual heterosexual.

Los resultados de este primer estudio nos han indicado que las personas LGB que han participado en él, valoran su bienestar subjetivo, su felicidad de manera global y la satisfacción con la vida por debajo de las personas que se han identificado como heterosexuales.

El segundo estudio de corte cualitativo se ha realizado a partir de entrevistas *semiestructuradas* a cinco hombres con orientación e identidad gay . Los resultados de este segundo estudio han sugerido que el hecho de ser gay, el proceso de formación de la identidad gay y la divulgación de la orientación y la identidad gay a la sociedad, son

aspectos que se deben tener en cuenta como posibles influentes en el bienestar subjetivo.

Ambas investigaciones nos han permitido estudiar el bienestar subjetivo tanto en personas LGB como heterosexuales a la vez que explorar cuáles pueden ser los factores que contribuyen a influir en el bienestar subjetivo de las personas LGB.

Los resultados de ambos nos hace pensar en la importancia de seguir indagando en el papel que tiene la orientación sexual como aspecto influyente en el bienestar subjetivo, así como en otros constructos relacionados con la sexualidad en general y en las implicaciones que esto pudiera tener para los profesionales de distintas disciplinas a la hora de acompañar, orientar y establecer relaciones de ayuda con las personas LGB.

Resum

L'objectiu d'aquesta tesi doctoral és conèixer el paper que té l'orientació sexual de persones Lesbianes, Gai i Bisexuals (LGB) en el seu benestar subjectiu i a la vegada profunditzar en quins son els factors que influeixen en aquest.

La tesi s'articula al voltant de dos estudis descriptius de tipus transversal, un realitzat amb metodologia quantitativa i l'altre amb metodologia qualitativa.

El primer estudi de tall quantitatiu, parteix de l'aplicació d'un qüestionari *online* a 173 participants amb edats compreses entre els 23 i els 63 anys d'edat que es van identificar tant amb l'orientació sexual LGB com amb l'orientació sexual heterosexual.

Els resultats del primer estudi ens han indicat que les persones LGB que han participat, valoren el seu benestar subjectiu, la seva felicitat global i la satisfacció amb la vida per sota de les persones que s'han identificat com heterosexuales.

El segon estudi de tall qualitatiu s'ha realitzat a partir d'entrevistes *semiestructurades* a cinc homes amb orientació sexual i identitat gai. Els resultats d'aquest segon estudi han suggerit que el fet de ser gai, el procés de formació de la identitat gai i la divulgació de l'orientació i la identitat gai a la societat, son aspectes que s'han de tenir en comte com a possibles influents en el benestar subjectiu.

Ambdós investigacions ens han donat l'oportunitat d'estudiar el benestar subjectiu tant de persones LGB com heterosexuales a la vegada que s'ha explorat quins poden ser els factors que contribueixen a influir en el benestar subjectiu de les persones LGB.

Això ens fa pensar en la importància de seguir indagant en el paper que té l'orientació sexual com aspecte influent en el benestar subjectiu, així com en altres constructes relacionats amb la sexualitat en general així com en les implicacions que això pogués tenir per als professionals de diferents disciplines a l'hora d'acompanyar, orientar i establir relacions d'ajuda amb les persones LGB.

Abstract

The objective of this doctoral thesis is to know the role of sexual orientation of Lesbian, Gay and Bisexual (LGB) people in their subjective well-being and at the same time deepen what are the factors that influence it.

The thesis is based on two descriptive cross-sectional studies, one conducted with quantitative methodology and the other with qualitative methodology.

The first study is based on the application of an online questionnaire to 173 participants between the ages of 23 and 63 who identified both LGB sexual orientation and heterosexual sexual orientation.

The results of the first study have indicated that LGB people who have participated in it, value their subjective well-being, their overall happiness and life satisfaction below those who have identified themselves as heterosexual.

The second study was carried out based on semi-structured interviews with five men with gay orientation and identity.

The results of this second study have suggested that the fact of being gay, the process of forming gay identity and the dissemination of orientation and gay identity to society, have been aspects that should be taken into account as possible influencers in subjective well-being. Both investigations have allowed us to study subjective well-

being in both LGB and heterosexual people while exploring what factors can contribute to influencing the subjective well-being of LGB people.

This makes us think about the importance of continuing to investigate the role of sexual orientation as an influential aspect in subjective well-being, as well as in other constructs related to sexuality in general and the implications that this could have for professionals of different disciplines when it comes to accompanying, guiding and establishing helping relationships with LGB people.

Introducción

El estigma que viven las personas con identidades Lesbiana, Gay y Bisexual (LGB) es, todavía en el siglo XXI, una realidad. Lo cierto es que aunque aparentemente la sociedad acepta la diversidad afectivo-sexual, existe una hipocresía subyacente que hace que las personas LGB tengan que continuar luchando por sus derechos, contra actitudes discriminatorias, insultos, agresiones, el *bullying* y el *heteropatriarcado*. Muestra de esta realidad es la que se vive en algunos lugares del mundo donde ser LGB no es considerado un derecho, sino un crimen. Esta situación se plasma en el último informe de Amnistía Internacional (2018), en el que se denuncia la persecución sistemática y la aplicación de la pena de muerte a las personas LGB en países como Irán, Arabia Saudita, Yemen, Sudán, Mauritania y algunas partes de Nigeria y Somalia.

La batalla hacia la aceptación se inicia desde el nacimiento con una heterosexualidad impuesta o forzada y que lleva a que las personas con identidades LGB durante su desarrollo experimenten un choque entre su realidad y la que la sociedad les impone.

Sin ánimo de generalizar, las personas LGB, a diferencia de las personas heterosexuales, se ven obligadas a vivir situaciones y experiencias específicas tales como el proceso de formación y aceptación de la orientación sexual así como la divulgación de su identidad a la sociedad, sintiendo el miedo a ciertas situaciones, reacciones y consecuencias a menudo desagradables. Algunas de estas personas, con

el tiempo, llegan a gestionar estas experiencias de manera satisfactoria. Sin embargo existe otro grupo de personas a las que todavía se les prohíben vivir con plenitud y libertad su identidad sexual.

Siguiendo este contexto, en esta tesis doctoral nos preguntamos si las personas con identidad LGB, así como las experiencias que viven hasta identificarse como tales, perciben su bienestar, particularmente su bienestar subjetivo, de forma distinta respecto a las personas que no tienen una identidad LGB, considerando éste como la dimensión subjetiva del concepto más amplio de calidad de vida.

Esta memoria se estructura en tres partes: la fundamentación teórica, la fundamentación empírica y los resultados, y por último la discusión de los resultados y las conclusiones.

La primera parte consta de dos capítulos. En el primero se realiza un recorrido por distintos aspectos relacionados con las identidades LGB. Un breve recorrido sobre la historia, la evolución y aceptación hacia las personas LGB, teorías entorno al proceso de formación de las identidades LGB, la homofobia y el *bullying* homofóbico y una revisión a algunos estudios científicos entorno a las identidades LGB, donde se incluyen distintas teorías sobre los supuestos orígenes de estas. En el segundo capítulo, definimos el constructo de bienestar subjetivo, junto con algunos de sus modelos e instrumentos de medición, para terminar relacionándolo con las identidades LGB.

La segunda parte se centra en la parte empírica, donde se presentan los objetivos, los aspectos metodológicos y los resultados de los dos estudios que se han realizado para dar cumplimiento a esta tesis doctoral.

Y, por último, en la tercera parte de la tesis es donde se presentan las discusiones de los principales resultados y las conclusiones finales.

Este trabajo, a pesar de no estar exento de limitaciones, pretende motivar a la reflexión sobre los temas que se tratan, dar a conocer algunos aspectos que algunas personas LGB experimentan y de qué manera esto afecta a su bienestar.

Al mismo tiempo se pretende estimular un cambio en el discurso sobre la sexualidad en general y dar luz a la realidad en la que se ven sumidas muchas personas LGB con la intención de promocionar su bienestar.

Parte I: Fundamentación Teórica

Capítulo 1. Identidades Lesbianas, Gay y Bisexuales.

1.1. Breve recorrido histórico entorno al colectivo LGB: de la sodomía a la liberación

“Soy un insurrecto. Me rebelo contra la situación existente por que mantengo que es injusta. Lucho por liberarme de la persecución y los insultos. Pido el reconocimiento del amor (homosexual). Se lo pido a la opinión pública y al Estado. De la misma forma que la opinión pública y el Estado reconoce el amor (heterosexual) innato, pido a ambos que reconozcan el amor (homosexual) innato.”

Karl Heinirich Ulrichs, Vindica, 1865.

La sexualidad hoy en día continúa siendo sexista, puesto que predomina una ideología machista y *heterosexista*. Divide a hombres y mujeres en función de su sexo biológico y les otorga unos papeles sociales opuestos. Es machista porque otorga a los hombres atributos que se consideran superiores y es *heterosexista* porque todo aquello que no esté dentro de una conducta heterosexual se considera antinatural, anormal y es marginada por la sociedad (Fluvià, 2013).

Desde un punto de vista histórico, en torno al siglo III d.c, los teólogos cristianos europeos empezaron a estudiar y a escribir acerca de la sexualidad humana y a desarrollar conceptos sobre lo que era moral e inmoral, correcto o pecaminoso en las conductas sexuales (Mondimore, 1998). Es a partir de aquí que las conductas sexuales privadas, que en la época griega y romana previas al cristianismo se consideraban un

asunto personal, se vieron sometida a la reglamentación eclesiástica y por consiguiente gubernamental.

Los términos sodomía y sodomítico nacen de la interpretación que hace la iglesia del episodio bíblico de Sodoma y Gomorra en la Edad Media y adopta como un hecho de carácter homosexual para castigar a las personas que tenían relaciones sexuales por vía anal, ya fueran con personas de sexo contrario, o del mismo sexo e incluso se llega a comparar este tipo de relaciones con las que se pudieran mantener con animales .

El concepto de sodomía y sodomita y las actitudes contra esta se extiende hasta el siglo XII cuando aparece en el sur de Francia la Inquisición. Durante varios siglos, siguiendo las recomendaciones y las sanciones impuestas por esta organización, las personas acusadas de homosexualidad en Inglaterra, Francia, Italia, Portugal, España y otros países europeos, fueron ahogadas, decapitadas, castradas, linchadas o quemadas en la hoguera (Mondimore, 1998).

Con el tiempo, el gran poder que ejerce la iglesia durante siglos paulatinamente va perdiendo fuerza y partidarios, y es en el siglo XVIII a partir de la Revolución Francesa cuando los científicos de la época se interesan por formular teorías sobre la homosexualidad y sus orígenes. De este modo se inicia desde las disciplinas de la psicología y la psiquiatría un empeño por demostrar que la homosexualidad es una desviación o aberración del ser humano en contra de la norma heterosexual.

En el 1869 aparece por primera vez el vocablo *homosexualidad*. Un jurista y escritor alemán llamado Karl Maria Benket es quien la acuña por primera vez para definir no ya una conducta como se consideraba en épocas anteriores, sino como una *manera de ser*. Se inicia en esta época el estudio sobre el concepto de *orientación sexual* y a introducirse la idea de que la atracción sexual de algunas personas hacia otras de su mismo sexo es un aspecto inherente e inamovible de la personalidad (Mondimore, 1998).

Con los empeños de la época por conocer los orígenes y las causas de la homosexualidad, también crece el interés por descubrir su cura, y es cuando se empieza a considerar a la homosexualidad como entidad patológica. Hubo que esperar hasta el 1990 para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) retirara de los manuales de psiquiatría la homosexualidad como trastorno mental.

Con la irrupción del movimiento nazi en el siglo XX, Hitler sube al poder defendiendo el ideario de una sociedad libre de corruptos basada en ciudadanos *normales* y sanos. Triunfaron los modelos de familia, trabajo honrado y honor con la causa, donde los homosexuales no tenían cabida en el arquetipo sociedad. El rechazo hacia los homosexuales es llevado hacia límites fatales y se les identifica, captura y asesina sistemáticamente en campos de concentración con los colectivos de gitanos y judíos.

En 1928 empiezan los primeros intentos para anular el apartado 175 del código jurídico alemán, en el que se condena a los homosexuales. En el 1998 el parlamento

alemán dictó una sentencia para anular las sentencias injustas impuestas en la época Nazi, pero en ella no se excluye ni a los desertores del régimen ni a los homosexuales sino que hubo que esperar hasta el 2002 para que esto sucediera.

En esta época en España, el régimen de Franco de entrada se centra particularmente en perseguir a las personas contrarias a sus ideas pero más tarde empieza a hostigar a las personas homosexuales modificando la conocida *ley de Vagos y maleantes*, incluyendo la homosexualidad. Esta ley se reforma en 1970 y se substituye por la *Ley de peligrosidad y rehabilitación social*, que impone medidas de seguridad y rehabilitación para los homosexuales, dirigidas a *curarlos* y a *convertirlos* en heterosexuales. A estas personas se les internó en centros de reeducación donde se les practicaba terapias *aversivas* para curar la homosexualidad. Ser homosexual y vivir en aquella en ese momento de la historia era vivir en constante miedo, mala consciencia y auto-odio, lo que desencadenó en muchas ocasiones con el suicidio de estas personas.

En Europa muchas personas empiezan a asumir su identidad y a tomar consciencia de su homosexualidad e iniciaron las primeras reacciones a las teorías científicas que intentaban explicar y curar la homosexualidad así como a las disposiciones legales impuestas en la época.

Las primeras tentativas políticas de organización de personas homosexuales se inician a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en Alemania donde se dan los primeros antecedentes al surgimiento del movimiento de “liberación gay” que se

desarrolla a lo largo de los años siguientes en tres fases. La primera fue la denominada *fase uranista*, nombrada así porque a los homosexuales se les llamaba así, *uranos*, y nace en Alemania en el 1897 con el objetivo de retirar el artículo del código penal alemán que condenaba a los homosexuales, cosa que no se consiguió. La influencia de las primeras asociaciones que se formaron en Alemania, se extendieron durante los años 20 del siglo XX a otros países como Austria, Suiza, Reino Unido, Francia y Estados Unidos (EEUU).

Acabada la segunda guerra mundial, surge una segunda fase, la *homófila*. El término *homófilo* (del latín *filos* que significa “amor por”) se acuña como alternativa al de homosexual para resaltar la atracción y el amor en lugar del *sexo* entre personas del mismo sexo. El movimiento *homófilo* se extiende con las primeras revistas y boletines divulgativos con el intento de difundir actos y reivindicaciones en defensa de los derechos de las personas LGB. Cabe decir que aunque los grupos *homófilos* no consiguieron muchos de sus objetivos, sentaron las bases esenciales para la siguiente fase del movimiento de liberación LGB (Fluvià, 2013). La tercera fase (*fase Gay*), se inicia en Nueva York, el 28 de junio de 1969 durante una batida de la policía en un bar gay llamado *Stonwall Inn* situado en el centro de Greenwich Village. Las personas que se encontraban en aquel lugar se enfrentaron a la policía durante horas y la noche siguiente, más de dos mil personas LGB llenaron las calles, volviendo a confrontarse con cuatrocientos policías y nace a partir de estos enfrentamientos lo que se conoce como movimiento de “liberación Gay”.

En la actualidad, millones de personas LGB continúan luchando por sus derechos siguiendo la batalla que se inició hace siglos atrás. Se persiste en la formación de asociaciones nacionales e internacionales y entidades que representen en la sociedad, la cultura, la política y las instituciones sus intereses comunes con el objetivo de conseguir los mismos derechos que las personas heterosexuales.

1.2. Las identidades LGB como categoría científica

“Hay una ventaja de saberse homosexual: que no se vive la zozobra de creer serlo.”

Oscar Wilde

Actualmente se considera que si bien la capacidad fisiológica y emocional de sentir placer existe desde el nacimiento, no podemos hablar de la existencia de una especificidad de sensaciones puras o exclusivamente sexuales hasta más tarde, puesto que el interés por objetos o estímulos eróticos no aparece hasta la llegada de la adolescencia. Es a partir de esta etapa cuando el individuo empieza a plantearse hipótesis, a diferenciar aquello real de aquello posible, a cuestionarse todo aquello que hasta el momento era incuestionable y a buscar más intensamente la integración con sus iguales y el mundo adulto. Y es en el desarrollo del sentido de sí mismo como ser sexual donde se incluye la toma de consciencia de la propia orientación sexual como

parte de la construcción de la identidad personal. Durante la adolescencia en un contexto de cambios rápidos y profundos, aparece el deseo sexual y la consolidación de los afectos y las emociones sexuales, como la atracción y el enamoramiento.

Cuando el y la adolescente empieza a dar significado sexual a ciertas sensaciones, significa que ha aparecido el deseo sexual, y cuando responde sexualmente a determinados objetos o estímulos eróticos, ya sean externos o internos (como las fantasías), se puede afirmar que se ha especificado la orientación del deseo sexual.

A pesar de que los científicos ya no persiguen con la misma insistencia el conocer los motivos y las causas por las que algunas personas sienten atracción por ambos sexos o por el mismo sexo si que intentan esclarecer interrogantes que aún se desconocen sobre el origen de la sexualidad humana en general, esto no siempre ha sido así, sino que históricamente, ha habido un buen número de investigaciones con el empeño de intentar descubrir cuáles son los orígenes y las causas que hacían que unas personas fueran LGB y otras no.

Hasta mediados del siglo XX, la mayoría de las explicaciones sobre los orígenes de la homosexualidad no tenían una base científica, sino que partían de la heterosexualidad como destino divino, bueno y natural. El resto de orientaciones eran consideradas desviaciones, fruto de fuerzas malignas, o bien como algo que se daba en personas pecadoras que libremente escogían ser malas y perversas.

Es el psiquiatra alemán Karl Westphal el primero en proporcionar a la homosexualidad la categoría de problema clínico y científico con la publicación en 1870 en la revista *Archiv für Psychiatrie* un artículo sobre un caso de lesbianismo donde denomina "*sentimientos sexuales contrarios*" a una nueva categoría científica que bajo su opinión es adquirida de una manera innata (Herrero, 2001).

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando aparecen las primeras teorías sobre la construcción de la sexualidad en general y sobre la homosexualidad en particular. Este interés se establece primero en la disciplina de la psicología y la psiquiatría y más tarde en la medicina y la biología generando las que se conocen como las *teorías psicológicas* y las *teorías biológicas* sobre el origen de la homosexualidad, las cuales se presentan a continuación siguiendo la secuencia temporal según aparecieron a lo largo de la historia

1.2.1. Teorías psicológicas sobre el origen de la homosexualidad.

Las *teorías psicológicas* son las primeras que surgen y es Sigmund Freud quien establece las bases de la psicología dinámica y plantea los fundamentos clásicos de la sexualidad humana.

En su obra *Tres ensayos de una teoría sexual* (1905) describe tres tipos de "*invertidos*", aquellos a los que les atrae únicamente personas de su mismo sexo: *los invertidos absolutos*; los que sienten atracción por ambos sexos, *los invertidos*

anfígenos, y los que prefieren parejas sexuales del mismo sexo en determinadas circunstancias: *los invertidos ocasionales*.

Según el autor, toda persona tiene una predisposición congénita bisexual que a través de diferentes etapas (oral, anal, fálica y genital), se va dirigiendo hacia una orientación heterosexual u homosexual. Respecto a la homosexualidad masculina, explica en sus teorías que las causas de esta vendrían dadas en un primer momento en la fase anal donde el individuo se centra en él como objeto auto erótico con el que se siente atraído a través de su cuerpo, fijándose en sí mismo como fuente de deseo y satisfacción. De esta manera, la fijación o la detención en esta etapa del proceso, llevaría a una elección narcisista del objeto sexual en la pubertad, dando como resultado la atracción por personas que tengan los genitales idénticos a los propios.

En segundo lugar, en la fase fálica el niño cambia la zona anal por la genital como centro de atención, toma conciencia de su propio pene y de que las niñas no lo tienen. Aparece lo que él denomina el "*complejo de castración*" o el miedo a perder este órgano. La no superación de este complejo podría llevar a al niño a tener miedo de los genitales femeninos y desear a otro hombre como compañero sexual.

Pero la explicación más conocida de Freud, es que la causa de la homosexualidad se sustenta en la teoría de los complejos no superados o invertidos de *Edipo* (en los niños) y de *Electra* (en las niñas) durante la etapa fálica. En esta etapa los instintos sexuales se concentran en un objeto de deseo, la madre. A la vez todos los niños

sienten sentimientos hostiles hacia el padre, al que se percibe como rival para conseguir el objeto deseado, lo que lleva a que aparezca una relación triangular, y en consecuencia el complejo de *Edipo o Electra*.

Puede que el niño esté fijado en su madre más intensamente y más tiempo de lo que sería habitual, y puede que no quiera renunciar a ella, sino que se identifica con ella y toma a esta como modelo sexual y buscará objetos eróticos semejantes a él mismo. Otra posibilidad se da cuando el niño adopta una actitud femenina y dirige los deseos hacia el padre y no hacia la madre (complejo de *Edipo o Electra* invertido).

En 1951 se publica en el *American Journal of Psychiatry* la *Letter to an American Mother* que Freud había escrito años antes de morir:

"La homosexualidad, desde luego, no es ninguna ventaja, pero no es nada de lo que avergonzarse, no es un vicio, no es una degradación, no puede ser clasificada como una enfermedad; nosotros consideramos que es una variación de las funciones sexuales que se da como una consecuencia de un cierto obstáculo en el desarrollo"(p. 787).

De este modo, después de todas sus investigaciones el autor reconocía que no se podía concluir que la homosexualidad estuviera dentro de las categorías de enfermedad, inversión ni perversión.

También es importante destacar los trabajos de Carl Jung, uno de los padres de la psicología analítica, contemporáneo de Freud, quién intentó rebatir las teorías

encaminadas a *patologizar* la homosexualidad y una visión unilateral al evaluar los problemas sexuales que no tenga en cuenta el alma y los problemas psicológicos y culturales de las personas.

En contraste con la interpretación de la homosexualidad como anormal, Jung considera que la homosexualidad de un individuo tiene su particular significado para éste, consistiendo su crecimiento psicológico en tomar consciencia de ese significado (Hopcke, 1991).

Jung defiende la existencia de una serie de actitudes para no considerar la homosexualidad como una patología. Dispone que la homosexualidad no debe ser una preocupación para la ley ni las autoridades y que las personas homosexuales, por su condición, no pierden su valor como individuos. Añade, además, que quién cometa alguna ofensa contra éstas, debe ser catalogado como inhumano. Es por eso que para Jung, la homosexualidad nada tiene que ver con la enfermedad siendo necesario encuadrarla en un contexto histórico y cultural para comprenderla.

Más tarde se elaboraron las *teorías conductuales*. Éstas conciben la sexualidad como un impulso que se tiene al nacer y que se modula a partir de diversas experiencias de aprendizaje.

Según estas teorías, la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, son el producto de experiencias mediatizadas específicas del aprendizaje que tienen su origen en la imitación y en el refuerzo de determinadas conductas. Es

decir, las teorías conductuales pretenden averiguar en qué momento y a través de qué experiencias concretas se produce el aprendizaje de la orientación sexual (Bandura, 1969; Kolberg, 1966). Algunas de las investigaciones basadas en estas teorías concluyen que la homosexualidad puede estar causada por una errónea identificación con los modelos del mismo sexo durante la infancia, es decir, en cómo se identifica el individuo con las personas de su mismo sexo y edad, así como con el progenitor de su mismo sexo, el padre o la madre.

En este sentido algunos estudios de la época defendieron que los hombres y las mujeres homosexuales durante su infancia mostraban conductas atípicas del género correspondiente. Los homosexuales masculinos eran afeminados cuando eran niños y las mujeres homosexuales tenían rasgos conductuales masculinos (Shaghir & Robins, 1973). Entre otros indicadores, sí se daban con cierta intensidad y asiduidad, se consideraba que la posibilidad de que la persona desarrollara la homosexualidad aumentaba si esta practicaba el juego con juguetes y la ropa propias del otro sexo y si era considerado afeminado o masculina por los individuos de su misma edad.

Investigaciones posteriores indicaron que la mayoría de los homosexuales no mostraban características propias del otro género durante la infancia (Baley & Pillard, 1995). En este contexto, es importante mencionar que la relación entre sexo y género se puede entender de formas distintas. Desde un punto de vista reduccionista se podría sostener que las características sexuales (genitales, cromosomas, hormonas, etc.) del individuo determinan la identidad de género. Pero el sexo y el género se pueden

entender bien como dos elementos separados donde se distinguiría la parte biológica (sexo) del comportamiento y los rasgos de la personalidad construidos socialmente (género), o bien considerar el género como producto social que construye a los individuos en hombres y mujeres, no sólo en lo referente a su comportamiento y personalidad sino también en la dimensión física (Coll-Planes, 2011). Partiendo de este último postulado, en la actualidad no se puede afirmar que una persona que muestra características del sexo contrario es en consecuencia homosexual, sino que se considera que identidad sexual e identidad de género son aspectos distintos que forman parte del individuo.

Una segunda línea de investigación en el seno de la aproximación cognitiva-conductual relaciona las primeras experiencias sexuales en la adolescencia con la homosexualidad defendiendo que la homosexualidad podría ser la consecuencia de relaciones desagradables con el sexo contrario (Masters & Johnson, 1979), sin llegar a ninguna conclusión fehaciente.

1.2.2. Teorías biológicas sobre el origen de la homosexualidad.

A las *teorías psicológicas* se sumaron en los años 50 las *teorías biológicas* que pretenden explicar el origen de la homosexualidad a partir de factores etiológicos de naturaleza orgánica. Éstas se basaban en buscar principalmente tres causas a la homosexualidad: la genética, la hormonal y la *neuroanatómica*.

La teoría genética postula que la homosexualidad es innata. Sus orígenes estarían en los genes, siendo el factor responsable principalmente, la presencia de determinadas características asociadas al cromosoma X transmitido por la madre.

Kalman (1959) llevó a cabo un estudio sobre la orientación sexual con 44 parejas de gemelos masculinos *monocigóticos* y 51 *dicigóticos*, encontrando una coincidencia del 100% para la orientación homosexual en el caso de los gemelos *monocigóticos*. Estos resultados le llevaron a afirmar que el comportamiento homosexual predominante o exclusivo tenía un alto componente genético. Otros estudios con la misma metodología que usó Kalman (Heston & Shields, 1968; Klintworth, 1962; Parker, 1964) no encontraron la misma concordancia y más tarde el autor afirmó que las conclusiones se debían tomar con prudencia, ya que otros factores tales como los sociales y del entorno no se habían tenido en cuenta en sus investigaciones.

A principios de los años 90, Hammer, Hu, Magnuson y Pattatucci (1993), inician un estudio para determinar la existencia de algún marcador en el cromosoma X que las personas homosexuales heredaran en proporciones superiores. Los resultados concluyeron que en las líneas maternas existía una secuencia en el cromosoma X común entre hermanos homosexuales conocido como Xq28.

Los resultados de estudios posteriores (Rice, Anderson, Risch, & Ebers, 1999) no apoyaron la teoría de que existiera un marcador Xq28 en el cromosoma X que determinara la homosexualidad con lo que no se podía dar ningún apoyo experimental

a que ésta estuviera ligada a ningún gen. De nuevo, no se pudo confirmar ni afirmar que el origen de la homosexualidad sea genético ni que exista lo que se dio a conocer en su momento como el “*gen Gay*”.

Otra explicación de naturaleza biológica con respecto a los orígenes de la homosexualidad, se basa en afirmar que la que la homosexualidad está ligada a las hormonas (teoría hormonal). Dado que tanto los hombres como las mujeres disponemos de hormonas sexuales masculinas y femeninas (andrógenos y estrógenos), la premisa básica de la que parten estos estudios es que una descompensación de estas hormonas es la causa de la homosexualidad, tanto en hombres como en mujeres. Partiendo de este supuesto, si se compararan a hombres o mujeres de diferentes orientaciones sexuales, los hombres homosexuales deberían tener más niveles de estrógenos y las mujeres homosexuales más niveles de andrógenos.

Con el fin de validar esta hipótesis se realizaron varios estudios con muestras de personas homosexuales y heterosexuales para poder comparar los resultados. En algunos casos (Pillard & Weirich, 1986; Starka, 1975) se pudo confirmar la hipótesis que relacionaba las hormonas con la homosexualidad, pero en otros (Meyer, 1981; Sanders, Bain, & Langevin, 1984) no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Por lo tanto los resultados tampoco pudieron dar como válida la relación causal entre las hormonas y la homosexualidad.

Otra teoría con aproximación biológica sobre los orígenes de la homosexualidad es la teoría *neuroanatómica* la cual afirma que la homosexualidad viene determinada por algunas características en áreas específicas del cerebro, concretamente en el hipotálamo anterior, en una zona llamada INAH- 3.

El trabajo más representativo que defiende esta teoría es el realizado por LeVay (1991) y que en sus investigaciones analiza los cerebros de mujeres y hombres heterosexuales junto con los de hombres homosexuales que habían fallecido por SIDA. LeVay encontró que el núcleo intersticial del hipotálamo anterior 3 (INAH-3) era más pequeño en aquellas personas que sentían atracción por los hombres (mujeres heterosexuales y hombres homosexuales). A pesar de los hallazgos, problemas metodológicos como una muestra pequeña, el hecho que el estudio se realizó con homosexuales que habían muerto por causa del SIDA (lo que podía haber afectado a los núcleos del hipotálamo) y que no se pudiera demostrar que los heterosexuales estudiados lo fueran realmente, son factores que llevaron tomar los resultados con cautela.

Como conclusión de este apartado, en función a las teorías descritas, no podemos afirmar que el origen de la homosexualidad pueda determinarse exclusivamente por la genética, las hormonas o por causas *neuroanatómicas*, por el aprendizaje o la conducta y por otra parte es cuestionable si es necesario saber cuál es el origen o las causas de la homosexualidad y la bisexualidad, ya que eso tampoco determinaría como la persona vive su identidad.

De hecho, en algunas épocas, al sostener alguna de las teorías que hemos explicado, se incentivó y promovió que las identidades LGB se consideraran como una entidad patológica, intentando curarla con terapias que iban en contra de la dignidad de las personas como las terapias electro-convulsivas o los vomitivos que se aplicaban a las personas LGB cuando éstas visualizaban imágenes eróticas de personas del mismo sexo.

Igualmente, si se sostuvieran las bases de las teorías biológicas, se puede llegar a pensar que la homosexualidad y la bisexualidad constituyen un defecto orgánico o una patología física, suscitando la búsqueda de nuevas terapias o tratamientos curativos. No obstante, el empeño por seguir buscando una hipotética causa o causas de la homosexualidad y la bisexualidad, aún persiste en algunos núcleos políticos, científicos, sociales y religiosos.

En el 1973 la American Psychiatric Association (APA), deja de considerar la homosexualidad y la bisexualidad como una enfermedad psiquiátrica, que así constaba desde 1952, y pasa a denominarse *trastorno de la orientación sexual*. En 1978 se suprime esta categoría y sólo se considera trastorno la homosexualidad/bisexualidad *egodistónica*, como referencia a aquellos comportamientos o fantasías homosexuales que provocaban angustia al individuo.

Pero no es hasta 1987 cuando la APA en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- III R (DSM-III-R) suprime la expresión *egodistónica* y se empieza

a considerar que la homosexualidad y la bisexualidad no son alteraciones mentales sino que si existe algún trastorno psicológico o psiquiátrico en el individuo no se puede asociar a su orientación sexual sino a otros aspectos de su personalidad. En 1994, la APA publica el DSM-IV y suprime cualquier referencia a la homosexualidad/bisexualidad y se deja por completo de considerarla como enfermedad mental, trastorno de personalidad o sexual.

1.3. El desarrollo de las identidades: principales modelos de formación de las identidades LGB

En la década de los 70 y principios de los 80 el interés por las identidades LGB ya no se centra tanto en buscar y encontrar las causas por las que una persona se siente atraída por personas de su mismo sexo o por ambos sexos a la vez, sino en cómo el individuo llega a reconocerse y identificarse como LGB. Estos estudios se centraron en historias de vida donde las personas LGB narran el proceso de descubrimiento y algunas circunstancias que marcan el desarrollo de su orientación e identidad sexual.

Cass (1984a) al analizar varios estudios (Fisher, 1972; Jay & Young, 1975; Martin & Lyons, 1972; Miller, 1971) que recogían historias de vida de personas LGB descubrió que mostraban similitudes significativas, lo que sirvió de base para las primeras propuestas de modelos de construcción de las identidades LGB. A continuación se presentan algunos de los modelos *identitarios* LGB que se elaboraron a partir de una base científica y metodológica sólida.

1.3.1 El modelo de Plummer sobre el desarrollo de la identidad homosexual masculina.

El modelo de Plummer (1975) es uno de los primeros que se elaboran y que se utiliza como base de otros modelos posteriores (Cass, 1979; Ponce, 1978; Troiden, 1979). Plummer afirma en su modelo que la identidad homosexual masculina se elabora mediante el contacto y la interacción del individuo con la subcultura homosexual y propone cuatro etapas de desarrollo.

En la primera etapa, denominada de *sensibilización*, la persona toma conciencia de que puede ser homosexual a partir de experiencias como son las primeras relaciones sexuales con otros hombres, el enamoramiento o la sensación de sentirse diferente. La reinterpretación posterior de las situaciones que el individuo ha vivido durante este periodo como indicativas de una homosexualidad potencial, son condición necesaria para la adopción de una identidad homosexual. En la segunda etapa, de *significación y desorientación*, la persona empieza a reconocer que existe la posibilidad de que tenga una identidad homosexual y va adquiriendo conciencia sobre ésta, lo que le genera ansiedad y confusión. El *coming-out* (la divulgación y la apertura pública de la identidad homosexual), es lo que caracteriza la tercera etapa del modelo de Plummer. La persona ya se reconoce a sí misma como homosexual y gestiona de manera satisfactoria las contradicciones que han podido aparecer en las etapas anteriores. En la etapa final, de *estabilización*, el individuo asume un compromiso permanente con su identidad homosexual y la integra como un aspecto más de sí mismo.

1.3.2. El modelo de Cass de desarrollo de la identidad homosexual

En el modelo de desarrollo de la identidad homosexual elaborado por Vivianne Cass (1979,1984a, 1984b), también se definen etapas pero es la primera autora en describir una secuencia de éstas que podían ser comunes tanto en hombres como en mujeres homosexuales.

Según Cass, la orientación y la identidad homosexual se adquieren a partir de un proceso de desarrollo por etapas, a través de las cuales el individuo asume su identidad LGB mediante la estabilidad y la aceptación con el entorno en el que vive y la *autoaceptación* de uno mismo como LGB.

Con este modelo, Cass reconoce la influencia de los factores psicosociales y considera que el entorno tiene un rol activo en la adquisición de la identidad LGB y también hace una distinción importante entre los aspectos privados y públicos. Es decir, el desarrollo de la identidad se formaría de forma separada entre lo público y lo privado pero relacionados entre sí, ya que existiría la posibilidad de que el individuo tenga una identidad LGB en el ámbito privado pero heterosexual a nivel público.

Según este modelo, la persona se enfrenta a un sistema de congruencias/incongruencias entre lo que siente, desea y piensa, todo esto influenciado por el entorno social y político en el que vive. Finalizar una etapa para entrar en otra depende del esfuerzo que el propio individuo hace para superar este sistema de congruencias/incongruencias.

- Primera etapa: *Confusión de la identidad*.

En esta etapa lo que se destaca es la discordancia entre la identidad heterosexual impuesta que tiene el individuo y la toma de conciencia de la atracción por el mismo sexo. Éste se empieza a plantear a partir de incongruencias, que sus pensamientos emociones y acciones se pueden definir como homosexuales e inicia una toma de conciencia con la posibilidad de ser homosexual.

En este punto, el individuo ya no se percibe como *no homosexual* ni como heterosexual sino como *potencialmente homosexual* y se inician las primeras dudas que cuestionan su sexualidad.

Ante estas dudas la persona puede adoptar tres líneas de desarrollo distintas según valore su percepción de la homosexualidad: (1) como *correcta y aceptable*, donde se cuestiona la identidad heterosexual y desarrolla estrategias para encontrar información que le lleve a la siguiente etapa, (2) como *correcta pero indeseable*, que le llevaría a manifestar comportamientos que hicieran pensar a su entorno que es homosexual así como controlar, restringir y rechazar cualquier información sobre la homosexualidad y negar que esta información tiene cualquier influencia sobre él, y finalmente (3) cuando el individuo percibe que sus pensamientos y comportamientos de su posible homosexualidad son *incorrectos e indeseables*.

Algunas personas en esta tercera línea adoptan un alto grado de pensamientos anti-homosexuales, otros una posición de *asexualidad* para no confrontarse con lo que

realmente sienten, o bien intentan reafirmar su heterosexualidad rodeándose de personas del sexo contrario.

Las incongruencias que se dan en esta etapa dan lugar a tensiones emocionales, ansiedad, angustia y confusión, y es muy poco probable que compartan con nadie de su entorno nada de lo que les está pasando.

- Segunda etapa: *comparación de la identidad*.

En esta segunda etapa la persona cuestiona su *autoconcepto* como heterosexual y se empieza a plantear y aceptar la posibilidad de ser homosexual.

Se inicia así una incongruencia entre la *autopercepción* y como los demás perciben su comportamiento. Esta situación puede provocar que no se sienta integrado en la sociedad en la que vive ni en los subgrupos de la familia y los compañeros, sintiéndose alienado. La alienación que siente provoca una pérdida de contacto con la estructura familiar i se inician relaciones con otras personas.

Hay tres tipos de reacciones para actuar cuando el individuo se siente diferente y afrontar la incongruencia de esta etapa: (1) Considerar que el ser diferente es la consecuencia de sentimientos, pensamientos y comportamientos homosexuales. Tener esta percepción de manera temprana en el desarrollo de la identidad es un factor que se articula de manera positiva y que facilita sentirse realizado y tener la sensación de pertenecer al grupo homosexual. (2) Sentirse diferente e inconformista con las bases del rol heterosexual (casarse, tener hijos, etc.). En este punto las opiniones de los

demás dejan de tener importancia disminuyendo la incongruencia que no había desaparecido. Al mismo tiempo el individuo se presenta ante la sociedad como heterosexual y aprende estrategias pasivas para adoptar nuevos roles sociales que oculten su identidad. (3) Aceptar que el comportamiento y los pensamientos son homosexuales, pero percibir la autoimagen como indeseable adoptando nuevas estrategias para reducir la incongruencia en esta etapa, principalmente cuatro:

- *Estrategia de caso especial*: La persona reestructura sus pensamientos y comportamientos y se percibe homosexual sólo con algunas personas en particular que ella considera especiales, considerando que este comportamiento es un caso aislado.

- *Estrategia ambisexual*: La persona percibe atracción por personas de ambos sexos, lo que posibilita hacer frente a lo que realmente siente, la alienación. También le permite sentirse como homosexual y minimiza la percepción de diferencia entre los demás. Generalmente en estos casos utiliza el planteamiento teórico freudiano de que todo el mundo es Bisexual.

- *Estrategia de la identidad temporal*: El individuo acepta su imagen como homosexual, pero sólo temporalmente. Esto supone que entiende que en cualquier momento en el futuro puede cambiar y actuar como heterosexual.

- *Estrategia de la inocencia personal*: Es una estrategia que utilizan mayoritariamente aquellas personas que viven su homosexualidad muy negativamente. Acepta su autoimagen, pero atribuye la culpa a aspectos que están fuera de su control, como

causas biológicas, experiencias traumáticas o en comportamientos del padre o la madre entre otros. Cuando estas estrategias tienen éxito, la identidad homosexual queda oculta y la persona puede adoptar conductas de evitación como trasladarse a vivir a otro pueblo o ciudad y dejan de tener contacto con los miembros de su entorno interpersonal, llegando incluso a odiarse dando paso a actos como el suicidio.

- Tercera etapa: *Tolerancia de la identidad.*

La persona empieza a tener una autoimagen más próxima a reconocerse como homosexual pero todavía no con una aceptación completa. Se inicia un primer contacto con otras personas homosexuales para disminuir la alienación que está viviendo y percibe que estos aceptan su autoimagen y sus comportamientos, al mismo tiempo que se acentúan los sentimientos de no pertenencia como heterosexual.

Los contactos positivos con otras personas homosexuales hacen que el individuo tenga más compromiso con la identidad homosexual. Si por el contrario esos contactos son negativos volverá a percibir su autoimagen también como negativa.

- Cuarta etapa: *Aceptación de la identidad.*

La persona acepta su identidad como LGB con connotaciones positivas. Aumenta los contactos con personas homosexuales y crea una red de amistades en este ámbito.

Se inician en esta etapa los primeros pasos para dar a conocer públicamente su homosexualidad a algunas personas heterosexuales de su entorno más cercano pero de manera selectiva.

- Quinta etapa: *Orgullo de la identidad*.

Las personas LGB toman conciencia de la gran incongruencia que existe entre su valoración positiva de ser LGB y el rechazo social a su orientación, generándose rabia, frustración y alienación. Se genera un compromiso más fuerte con el grupo de personas homosexuales, con sensación de pertenencia *identitaria*. A la vez se devalúan los valores *identitarios* de las personas heterosexuales porque consideran que lo contrario sería promover que las personas homosexuales son inferiores.

En esta etapa el individuo se plantea comunicar su orientación sexual a la familia, amigos y trabajo. La percepción de la reacción de las personas a las que se comunica la orientación sexual determina la continuidad del proceso *identitario*. Si son negativas es posible que se paralice el desarrollo de la identidad, mientras que si son positivas, a pesar de tener expectativas negativas, se dan disonancias cognitivas que permite pasar a la última etapa.

- Sexta etapa: *Síntesis de la identidad*.

La dicotomía entre lo heterosexual en contra de lo homosexual se va degradando progresivamente y el individuo es capaz de ver similitudes entre las dos orientaciones sexuales.

La identidad sexual pública y la privada entran en consonancia en esta etapa donde hay más apoyo del entorno personal más cercano. El individuo adquiere más seguridad por lo que es capaz de darse a conocer como Gay o Lesbiana abiertamente. Surgen sentimientos de tranquilidad y seguridad e integra su orientación como un aspecto de sí mismo.

La importancia del modelo de Cass reside en la integración en el desarrollo de la identidad tanto de aspectos cognitivos como de aspectos sociales. Da importancia al grado en que la persona percibe como la sociedad lo acepta como homosexual, a la divulgación de la orientación sexual en el entorno más cercano y a los sentimientos, emociones y relaciones positivas que son necesarios para la consolidación de las etapas.

No superar alguna de las incongruencias que aparecen en cada una de las etapas, conllevaría a no superar el desarrollo *identitario* de una manera satisfactoria, provocando que el individuo no consolidara su orientación sexual, viviendo en un continuo rechazo a sí mismo.

1.3.3. El modelo de Troiden.

Los trabajos de Troiden (1979, 1984, 1989) sobre la identidad LGB parten de los estudios realizados por Plummer (1975).

A partir de la perspectiva del *interaccionismo* simbólico Troiden elabora un modelo de formación de la identidad LGB vinculado con el ciclo vital del individuo (Troiden,

1988) y lo describe a partir de cuatro etapas que no tienen que ser necesariamente lineales, ya que se pueden sobreponer o repetirse a lo largo del proceso de formación.

- Primera etapa: *Sensibilización*.

Se inicia antes de la pubertad y el individuo no se percibe todavía como homosexual, pero vivirá experiencias en la etapa escolar que modularán su reconocimiento como *potencialmente homosexual*. La persona se *autopercibe* como diferente al resto de compañeros del mismo sexo, tanto a nivel social como en relación con los intereses ligados habitualmente a su género. Es una etapa en la que pueden existir sentimientos de marginación y aislamiento por la diferencia percibida con los compañeros y compañeras, y según la interpretación que la persona haga de esta diferencia, pueden ser críticas para el desarrollo de su identidad.

- Segunda etapa: *Confusión de la identidad*.

Esta etapa es similar a la que describe Cass en su modelo y que ella denomina *comparación de la identidad* (Cass, 1979).

Durante la adolescencia, la persona identifica la atracción por personas de su mismo sexo y se empieza a plantear la posibilidad de que pueda ser homosexual. Esto provoca un choque con la imagen que el individuo tiene hasta ahora de él/ella mismo/a que desencadena en una confusión interna de ambigüedad sexual. Según Troiden (1979, 1984, 1989) el individuo ante esta confusión elabora alguna o varias de las siguientes estrategias:

- ❖ Negación: se rechazan los sentimientos, las emociones y los impulsos relacionados con la homosexualidad.
 - ❖ Reparación: El individuo intenta solucionar su homosexualidad para evitar comportamientos o fantasías homosexuales.
 - ❖ Evitación: reconoce los deseos y los sentimientos homosexuales, pero los vive negativamente y puede intentar evitarlos dejando de tener relaciones sociales con personas de su mismo sexo y adoptando ideas anti-homosexuales.
- Redefinición: Aplicando las estrategias ya descritas por Cass (1979) correspondientes al *caso especial*, *ambisexual*, *identidad temporal* y *inocencia personal* (ver apartado 1.3.2 pág. 31).

- Tercera etapa: *asunción de la identidad*.

En el caso de los hombres, esta etapa se da a partir de las primeras experiencias sexuales con otros hombres lo que sucedería aproximadamente entre los 19-21 años. En cambio, las mujeres lo hacen a partir de las primeras experiencias románticas con otras mujeres en torno a los 21-23 años. También en esta etapa se inicia el proceso de *Coming-Out* (revelación de la identidad), y el individuo se empieza a presentar ante los demás como homosexual con otros homosexuales.

- Cuarta etapa: *compromiso*.
- La homosexualidad se percibe no sólo como un comportamiento sexual, sino como una característica más de uno/a mismo/a. Se abandona en esta etapa el

ocultamiento de la identidad y la doble vida. Aumenta la autoestima y la satisfacción.

1.3.4. El modelo de Coleman

Coleman (1982) desarrolla un modelo de cinco etapas aplicable a aquellas personas en las que predomina la atracción por las personas de su mismo sexo. Las cinco etapas, *pre-Coming-Out*, *Coming-Out*, *exploración*, *primeras relaciones* e *integración*, según el autor, no tiene por que producirse necesariamente de forma secuencial o lineal ya que no todas las personas las siguen de igual manera. Lo que sí destaca es la necesidad de que el individuo experimente todas las etapas, independientemente del orden, ya que si no lo hiciera, este no integraría de forma satisfactoria su identidad homosexual.

Las etapas definidas por Coleman son:

- *Pre-Coming-Out.*

La influencia e interiorización de las normas culturales y sociales durante la infancia hacen que la persona valore de forma negativa la homosexualidad y aunque no se tiene aún en esta etapa la consciencia de atracción por personas del mismo sexo ya pueden existir sentimientos de diferencia. Se inicia así un conflicto interno sobre aquello que *está bien* y lo que *está mal*. Tener la sensación de que la atracción por personas del mismo sexo no es algo bueno puede dar lugar a sentimientos de depresión, aislamiento, enfermedades psicosomáticas o intentos de suicidio.

- *Coming-Out.*

El primer objetivo de esta etapa es la *autoaceptación* y el segundo es descubrir la identidad LGB a personas del entorno más cercano, como los amigos y la familia. La aceptación por parte del entorno de la identidad del individuo mejora el *autoconcepto* y la autoestima, en cambio el rechazo puede suponer una regresión a la etapa *pre-Coming-Out* y volver a la ocultación.

- *Exploración.*

Es en esta etapa es donde se explora y experimenta con la identidad LGB y se tiene contacto con otras personas a través de la comunidad LGB. Es una etapa en la que es importante el desarrollo de habilidades sociales para interactuar con otras personas. También se experimentan relaciones sexuales, lo que permite que la persona se sienta atractiva y competente sexualmente.

- *Primeras relaciones.*

El individuo entiende que es capaz de amar y ser amado por personas de su mismo sexo y después de la etapa de *exploración* y experimentación surge un periodo de necesidad en entablar y establecer relaciones basadas en el compromiso. Los escasos modelos sociales en las relaciones de personas LGB, la falta de reconocimiento por parte de la sociedad, basar la relación en la posesión y la falta de libertad, puede hacer que estas relaciones se acaben y que la persona vuelva a la etapa de *exploración*.

- *Integración.*

La identidad pública y la privada se unen en una única identidad. Las relaciones estables en esta etapa son más comunes ya que el individuo está más preparado psicológicamente para el compromiso, se *autoacepta* y por tanto puede encaminar sus esfuerzos a que la relación sea satisfactoria y duradera.

1.3.5. Consideraciones sobre los modelos de formación de las identidades LGB

Los modelos del desarrollo *identitarios* cambiaron la concepción de las investigaciones dirigidas a las personas LGB. Se dejaban atrás los estudios que estaban dirigidos exclusivamente a buscar las causas y el tratamiento de la homosexualidad y se desvanecía poco a poco la idea de la homosexualidad y la bisexualidad como entidades patológicas rompiendo con el modelo médico psiquiátrico anterior.

A través de estos estudios, los investigadores descubrieron que la identidad LGB iba más allá del plano sexual y que ser homosexual o bisexual incluía también aspectos personales, sociales, psicológicos y culturales. Y es sólo de esta manera que creemos que se puede entender la complejidad y los matices que implican las identidades LGB.

Aunque los modelos *identitarios* siguen siendo la base de muchas investigaciones, cabe decir que también existen otras teorías que intentan dar una explicación a la

construcción de las identidades y los géneros y que creemos que también es importante mencionarlas.

Es el caso de la *teoría Queer* (Butler, 1990; Foucault, 1987), basada en el construccionismo social y utilizada como crítica de los discursos sobre todos los aspectos de la sexualidad y del género que intentan etiquetar a las personas mediante estereotipos.

Toma como hecho que la sexualidad, las orientaciones, las identidades y los géneros se relacionan entre sí con las construcciones y los contextos sociales, geográficos e históricos particulares del individuo. Esta teoría postula que las identidades son fruto de una construcción social y no existen papeles sexuales esenciales en la naturaleza humana, sino formas o variaciones de llevar a cabo papeles sexuales. Así la *teoría Queer* descarta cualquier clasificación binaria (heterosexual/homosexual, hombre/mujer) donde ninguna de ellas sería más o menos indispensable que la otra.

Para Bulter (1990) cualquier categoría *identitaria*, controla, describe, autoriza y en menor medida, da libertad. La autora desarrolla también el concepto de la *heterosexualidad forzada*, que se presenta en nuestra sociedad como aquello único, auténtico, verdadero y original. Así identificarse como LGB no sería más que una imitación del modelo heterosexual normalizador.

1.4. Las identidades LGB más allá de la atracción sexual

“Odio la palabra homofobia. No es una fobia. Usted no tiene miedo. Usted es un imbécil.”

Morgan Freeman

Reconocerse como LGB tiene que ver con factores que van más allá de la atracción sexual y de las relaciones románticas con personas del mismo o ambos sexos. Nacer con una orientación sexual no normativa implica experimentar un proceso de desarrollo *identitario*. Supone para el individuo llegar a definirse como tal y tratar de aceptar esta identidad. En algunos casos sucede que la identidad LGB puede afirmarse muy pronto o ser el resultado de un lento y difícil proceso, siendo este prácticamente imperceptible para las personas heterosexuales (Cass, 1990; Troiden, 1989).

A esto debemos sumar el vivir en una sociedad *heterosexista* como sistema que denigra, rechaza y estigmatiza cualquier comunidad, identidad y relación que no sea heterosexual (VandenBos, 2007). Muchas de estas personas se enfrentan al estigma social, al aislamiento, la violencia y la discriminación (Mays & Cochran, 2001; Meyer, 2003), a situaciones de *LGBfobia*, victimización, ocultamiento de la identidad y *bullying*, aspectos que se van a desarrollar de forma más extensa a lo largo de este capítulo.

No podemos negar que las sociedades van avanzando hacia el reconocimiento y la aceptación de la homosexualidad y la bisexualidad, pero el panorama mundial respecto al trato a las personas LGB y sus derechos continúa siendo poco alentador. Según el último informe de la ILGA (Asociación Internacional de Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales y Intersex) (2019) existen 70 estados en el mundo que criminalizan las relaciones sexuales consensuadas entre personas del mismo sexo y en 6 de ellos se aplica la pena de muerte.

Los observatorios contra la homofobia (OCH) españoles alertan que los actos por odio están aumentando en estos últimos años con un incremento de 17, 8% respecto al año 2016. Entre éstos el 28% son por delitos de odio por *LGTBfobia* (Lesbiana, Gay, Bisexual y Transexual), siendo la segunda causa de odio en España por detrás del racismo y la xenofobia (OCH de Madrid, 2018). En cuanto al OCH de Cataluña en el 2017 se registraron 111 casos de *LGTBfobia* que presupone un aumento del 32,2% respecto al 2016. De estos casos el 51,4% fueron denuncias por parte de hombres Gay o Bisexuales.

La homofobia, el heterosexismo y el *bullying* por orientación sexual o *bullying homofóbico*, son situaciones con las que las personas LGB tienen que convivir a menudo. Adversidades a las que se ven obligadas a enfrentarse influyéndoles en su esfera personal, así como en las relaciones con otras personas y esto les precipita a experimentar grados significativos de estrés que dificulta que puedan vivir en libertad su identidad (Di Placido, 1998).

1.5. La homofobia

La homofobia hace referencia a la actitud negativa, aversión y rechazo hacia las personas LGB por ir en contra de un modelo social culturalmente *heterosexista* y patriarcal, por el cual se ejerce violencia por miedo a poner en peligro el modelo heterosexual (Crip, 2005; Herek, 2007).

Puede manifestarse de diferentes maneras como la exclusión, el desprecio, el silencio, la omisión y la burla, violación de los derechos fundamentales legales y civiles y/o con agresiones físicas (De la Rubia & Valle de la O, 2012; Herek, 2000). Así mismo, dependiendo del grupo *identitario* al que va dirigida la exclusión, el desprecio y los prejuicios, la homofobia adquiere diferentes términos. *Lesbofobia* para denominar la homofobia que se dirige de manera específica a las mujeres lesbianas (Kitzinjer, 1987), *Bifobia* cuando los actos homofóbicos tienen como objetivo a las personas bisexuales (Ochs & Dehil, 1992) y *Gayfobia* para denominar la homofobia ejercida a los hombres Gay (Borrillo, 2001). Pero más allá de aspectos terminológicos, la homofobia es un fenómeno complejo que se gesta a través del sistema de valores, la moral y las normas de la sociedad desarrollando así diferentes tipologías, que dan lugar a diferentes clases de homofobia.

Dovidio (2001) concluyó en sus estudios que la homofobia se podía clasificar a partir de un modelo tridimensional donde se correlacionan tres componentes: a) el componente cognitivo, que se relaciona con las creencias negativas sobre la

homosexualidad asumiendo que es algo antinatural, b) el componente emocional, que surge cuando las personas LGB son evaluadas negativamente y a la vez se siente incomodidad y miedo al estar con ellas y, c) el componente conductual, que se expresa con actitudes negativas hacia las personas LGB mediante agresiones o insultos.

Desde una perspectiva sociológica se identifican tres niveles de violencia hacia las personas LGB: a) la violencia individual, ejercida por grupos o individuos a nivel particular, b) la gubernamental, ejercida por los gobiernos negando o omitiendo la realidad discriminatoria que viven las personas LGB y evitando elaborar políticas sociales ante este colectivo, y c) la que se ejerce a través del modelo *heteronormativo* y patriarcal (Cruz Sierra, 2002; Mercado, 2009).

De la clasificación anterior a su vez se distinguen distintos tipos de homofobia. Así, podríamos hablar también de homofobia: a) externa, esto es la *LGBfobia*, b) extrema, nos referimos a los crímenes de odio y a la exclusión legal, c) sutil o táctica, como la heterosexualidad obligatoria y la presión ejercida por el patriarcado y d) interna, la discriminación de personas LGB hacia personas que también son LGB, lo que se conoce como homofobia internalizada. (Butler, 2001; 2001; Neman Do Nascimento, 2010).

Con respecto a la homofobia internalizada, Meyer (2003) la definió como la integración de las actitudes homofóbicas de la sociedad en el individuo no heterosexual. Esto no sólo implica tener actitudes negativas hacia la propia orientación sexual, sino mantener actitudes globales negativas hacia la homosexualidad, la

incomodidad con la divulgación de la orientación sexual a los demás (Brown & Trevethan, 2010; Dew, Myers, & Wightman, 2006), la falta de contacto con otras personas homosexuales y el malestar con las relaciones sexuales con personas del mismo sexo (Newcomb & Mustanski, 2010).

Son varios los estudios que han constatado que este tipo de homofobia afecta profundamente a las vidas de las personas homosexuales (Gencoz & Yuksel, 2006; Newcomb & Mustanski, 2010). Esta se ha asociado a baja autoestima (Blais, Gervais, & Hebert, 2014), sensación de soledad y retraso en la consolidación de la identidad LGB (Rowen & Malcolm, 2002).

Reducir la homofobia internalizada puede aumentar los sentimientos positivos de las personas homosexuales sobre su identidad sexual y su funcionamiento saludable (Dupras, 1994; Lock, 1998; Verduzco, 2014).

1.6. El *bullying*

Aunque todavía hoy en día no hay un consenso en la definición del *bullying*, la más aceptada por la mayoría de investigadores que han estudiado el fenómeno es la que desarrolla Olweus en la década de los 70 y que más tarde confirma en su obra *Bullying at the school: What we Know and what we can do (1993)*:

“El *bullying* es una acción negativa que alguien ejerce intencionadamente para provocar una lesión o incomodar al otro, que puede implicar un comportamiento agresivo. Las acciones negativas se pueden dar por contacto físico, por palabras o por

otras formas como gestos. En mi definición sobre el *bullying*, el fenómeno se caracteriza por los siguientes criterios: es un comportamiento agresivo intencionado para hacer daño a otra persona que se da en el tiempo repetidamente y que ejerce una relación interpersonal caracterizada por el desequilibrio de poderes” (Olweus, 1993, pág. 8-9).

Según define el autor, debe haber dos condiciones para que la acción de intimidación sobre otro pueda considerarse *bullying*: (1) que ocurra más de una vez y (2) que exista desigualdades de poder entre el acosador y la víctima, que dificulta que ésta se pueda defender a sí misma.

Aunque la mayoría de estudios están focalizados en el *bullying* durante la infancia y en contextos escolares, cabe decir que este fenómeno también puede darse en la etapa adulta, por ejemplo, en contextos laborales (Monks et.al., 2009).

El interés que despierta este fenómeno, por las consecuencias que implica para las personas que reciben el acoso, se demuestra a partir del número de publicaciones en los últimos 30 años. De 55 estudios realizados y publicados en la década de los 90, crecieron hasta 6.100 estudios en el periodo 2011-2015 (Smith, 2016).

A pesar de que la forma *tradicional* (gritos, insultos, desprecios, agresiones, etc.), continúa siendo la manera más común de ejercer y recibir el acoso, la aparición de las nuevas tecnologías, los Smartphone y el acceso internet ha hecho que surja el fenómeno del *Ciberbullyng*.

A diferencia del acoso tradicional, el acoso cibernético es mucho más probable que sea perpetrado más allá de un contexto o espacio en particular como la escuela o el trabajo. Este se caracteriza por un aumento de la posibilidad de que se produzca, la reiteración de la acción y la ausencia de descanso de los ataques por parte de la víctima por el anonimato de la persona que lo ejerce (Kawlaski et.al., 2014).

Los estudios hablan de edades entorno a los 7-8 años, durante la educación primaria, cuando empieza el riesgo de padecer *bullying* (Vlachou, et al., 2011) y alcanza su máximo riesgo a los 11-14 años (Elsea & Rees, 2001). La exposición disminuye en los últimos años de la educación secundaria, pero hay investigaciones que demuestran que puede haber una continuidad en la etapa universitaria (Cowie & Miyers, 2015) y en la laboral (Smith et al., 2003). Entre las principales causas de *bullying* se encuentran la raza o la étnica, el género, las actitudes sexistas, la orientación y la identidad sexual (Barlett & Coyne, 2014; Tippett Wolke, & Platt, 2013).

En el informe “*yo a eso no juego*” sobre *bullying* y *ciberbullying* en la infancia elaborado por Save The Children y dirigido por Sastre (2016) se muestran los datos de la mayor encuesta realizada sobre *bullying* en las aulas españolas donde participaron 21.500 menores de entre 12-16 años.

Los resultados evidencian la realidad que se vive dentro y fuera del ámbito escolar. Uno de cada tres jóvenes afirma haber agredido algún compañero/a, seis de cada diez

reconoce haber sido víctima de insultos alguna vez y más de una de cada tres lo ha sufrido a través del Smartphone. Uno de cada tres asegura haber agredido físicamente a otro/a joven y el 4.2% lo ha hecho por su orientación sexual.

Estos son datos a tener en cuenta para el desarrollo de este trabajo, y es por esa razón que creemos oportuno desarrollar en mayor profundidad el concepto de *bullying* homofóbico o *bullying* por identidad y orientación sexual.

1.6.1. *Bullying* homofóbico o *bullying* por orientación e identidad sexual

El *bullying* homofóbico o *bullying* por orientación e identidad sexual es el acto de intimidar y acosar, a través de distintas formas, a personas LGB o aquellas personas que por sus comportamientos, actitudes o relaciones con otros individuos se puedan creer que son LGB (Kosciw, Greytak, Palmer, & Boesen, 2014; Robinson & Espelage, 2013; Rothman, Exner, & Baughman, 2011).

En cuanto a la prevalencia de este tipo de acoso, las investigaciones en este campo nos dicen que es una de las manifestaciones más comunes de *bullying* en muchos lugares del mundo tales como Reino Unido, Canadá, Europa, Australia, Nueva Zelanda y África, donde se ha evidenciado una presencia constante, principalmente en las aulas (Kosciw & Pizmony-Levy, 2013; Kosciw & Pizmony-Levy, 2016).

En un meta análisis en el que se analizaron 18 estudios sobre *bullying* escolar realizado por Toomey y Russel (2013) concluyeron que el riesgo de victimización era significativamente superior en niños LGB en comparación con sus pares heterosexuales, teniendo un riesgo mayor a experimentarlo los niños que las niñas. En la misma línea, pero con una muestra de adolescentes, Robinson y Espelage (2013) confirmaron los resultados de Toomey y Russel (2013): los adolescentes LGB y en mayor grado los que se identificaban como Gay tenían más riesgo de ser objeto de acoso.

Las consecuencias del *bullying*, entre los que se considera también el que se ejerce por orientación sexual, pueden ser dramáticas y devastadoras.

El 65% de las víctimas sufren problemas de gravedad moderada como nerviosismo, tristeza, soledad, alteraciones del sueño y bajo rendimiento escolar (Serrano & Iborra, 2005), mayor consumo de psicofármacos, así como absentismo escolar y laboral (Autor & Méndez, 2012).

Pero las consecuencias pueden ser aún más graves. La Federación Estatal Española de personas Gay, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales (FELGTB) (2013), con una muestra de 653 personas menores de 25 años que reconocieron haber recibido acoso por su orientación e identidad sexual, realizó un estudio en el que se demostró que el 43% por ciento de los jóvenes habían llegado a tener ideas de suicidio, el 35% lo había planificado y el 17% lo había intentado en una o varias ocasiones.

Estas cifras pueden ir más allá de los contextos escolares. El estudio realizado por Hunter, Mora-Merchan y Ortega (2004), evidenció que el 28% de los adultos LGB que participaron reconocieron tener secuelas por haber sufrido *bullying* en la infancia y la adolescencia, particularmente en los niveles de depresión y ansiedad, autoestima y equilibrio afectivo.

1.7. Implicaciones del desarrollo identitario LGB, el *bullying* y la homofobia para la salud y sus profesionales

Hemos visto en apartados anteriores que el hecho de identificarse como LGB no significa solamente aceptarse como tal, sino que implica vivir una serie de circunstancias que dificultan este proceso. La homofobia, el *bullying* homofóbico tanto en la etapa escolar como en otras posteriores, el propio proceso de formación de la identidad LGB, y la percepción de sentirse diferente frente a una sociedad *heteronormativa*, son factores a tener en cuenta por la influencia que éstos pueden tener en las vidas de estas personas, su calidad de vida y su salud.

Las evidencias sugieren que las personas LGB, sin cuestionar que puedan tener cualquier tipo de problema igual que el resto de personas, parece ser que tienen más riesgo de padecer problemas de salud física y mental (Meyer, 2001; 2003; 2007). En este contexto creemos esencial destacar la relación de ayuda que los profesionales de

la salud (médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as) pueden establecer para comprender, orientar y apoyar a estas personas.

A pesar de los datos que afirman que las personas LGB pueden presentar distintas necesidades específicas, es cuestionable si los servicios de salud y sus profesionales están siendo competentes para darles una atención de calidad (Bettina, 2010). Esto viene respaldado por algunas investigaciones que alertan que los pacientes LGB infrutilizan los servicios de salud por miedo a la discriminación y la dificultad de comunicación con los profesionales (Irwin, 2007). A su vez estos estudios destacan la falta de formación, sensibilización e investigación (Lim et al., 2013) lo que hace que se esté prestando una atención y unos cuidados estereotipados y *heterosexistas*, dando lugar a desigualdades en términos de atención a la salud.

Nos referimos a las desigualdades en salud como aquellas diferencias que pueden ser evitables y que pueden estar influenciadas por las acciones de los gobiernos y las comunidades, susceptibles de ser abordadas mediante políticas públicas, que surgen, no del azar ni de la decisión del individuo, sino de diferencias evitables en materia social, económica y ambiental (Sherriff, Gugglberger, & Davies, 2014; Sherriff, Hamilton, Wigmore, & Giambrone, 2011).

En este contexto, la Comisión europea (2017) realizó un informe para identificar dichas desigualdades y las potenciales barreras de los profesionales sanitarios a la hora de proporcionar una atención adecuada a las personas LGB. Se pudo constatar que

entre las desigualdades en la atención se encuentran las normas sociales y culturales que priorizan la orientación sexual heterosexual, el estrés percibido asociado a la identidad LGB, la victimización, la discriminación y el estigma. El mismo informe alertaba de las barreras potenciales a las que deben hacer frente los profesionales sanitarios cuando prestan atención a las personas LGB. Destacaba concretamente: (1) la falta de conocimientos respecto a las vidas y las necesidades en salud de las personas LGB junto con la falta de habilidades y conocimientos sobre temas relacionados con las personas LGB, (2) la falta de concienciación sobre la orientación sexual y las identidades de género y (3) las barreras institucionales como la carencia de atención en salud mental especializada y de *counselling* para personas LGB, o falta de documentos informativos y protocolos adaptados a estas personas.

Esto hace patente que la implicación y concienciación de las políticas públicas, la sociedad y los profesionales de la salud, son esenciales para acabar con la brecha de desigualdades a la que se enfrentan las personas LGB en materia de salud. Con este argumento no se pretende considerar que las personas LGB sean diferentes al resto de personas y que no tengan las mismas necesidades, pero sí que pueden tener unas necesidades específicas en algunos ámbitos que se deben de tener cuenta.

Para conseguir identificar estas necesidades creemos importante que los profesionales de la salud adopten el modelo *salutogénico* de salud (Antonovsky, 1979) como modelo conceptual de salud en su práctica diaria.

Pensamos que es esencial desmarcarse del modelo patogénico de salud y concebir la salud como un proceso continuo hacia el bienestar y la calidad de vida, tener en cuenta los contextos socioculturales en los que se desarrolla la persona y analizar prospectivamente cómo se genera, aumenta o mejora el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de las personas para conseguir un mayor bienestar y calidad de vida tal como defiende éste modelo (Antonovsky, 1979, 1988, 1996).

Capítulo 2. El bienestar subjetivo.

2.1. La Calidad de vida y el bienestar subjetivo.

La calidad de vida como categoría de interés científico, nace en la década de los 60 a partir del movimiento de los indicadores sociales en EEUU que se extendió más tarde a Canadá y Europa. Este movimiento tenía como idea central evaluar los cambios sociales de una sociedad, o entre sociedades distintas, en un inicio a partir de indicadores sociales objetivos como el PIB, la mortalidad infantil, los niveles de ingresos económicos y la salud física a nivel individual (Cummins & Cahill, 2000).

La obra de Bauer (1966), *Indicadores sociales*, tuvo un gran impacto social y político en la época, y aunque se dice que fue el creador del concepto de indicador social, no es del todo cierto, ya que hay otros autores que hicieron referencia a este concepto antes que Bauer (Casas, 1989).

Los trabajos de Andrews y Withey (1976) y los de Campell, Converse y Rogers (1976), aportaron novedades al estudio y la medida de la calidad de vida, e incorporaron indicadores subjetivos en su medición a partir de las percepciones subjetivas de los propios individuos. Bajo esta hipótesis la calidad de vida se puede medir o valorar a partir tanto de indicadores objetivos como subjetivos. Así, Andrews y Withey (1976), consideraron que la investigación sobre la calidad de vida, debían

estar dirigidas a aportar conocimiento a través de tres líneas de estudio (Cummins & Cahill, 2000):

- 1) La exploración de los componentes del bienestar.
- 2) La identificación de los factores que influyen en el bienestar.
- 3) Los efectos psicológicos y sociales de las diferencias en el bienestar percibido.

Para Casas (1996) la calidad de vida estaría formada por aspectos de la vida observables objetivamente pero también por aspectos psicosociales subjetivos, tales como las percepciones, aspiraciones, satisfacciones, evaluaciones y representaciones sociales que las personas experimentan interaccionando con su entorno. Siguiendo este mismo enfoque, Cummins (1996,1998) defiende que la calidad de vida es multidimensional por contener componentes tanto objetivos como subjetivos además de contener un cierto número de ámbitos de la vida, a los que el individuo les otorga más importancia a unos que a otros y a la vez la calidad de vida debe reflejar las normas culturales que resulta del análisis del componente objetivo aplicables a cualquier persona.

Del interés de definir la calidad de vida de manera global, surge el interés también de definir su componente subjetivo. Este es conocido como bienestar subjetivo o bienestar psicológico.

Diener (1994) definió el bienestar subjetivo como la dimensión psicológica y psicosocial del concepto más amplio de la calidad de vida que nace a partir de la

valoración subjetiva que hace el individuo basada en su propia experiencia, en sus percepciones y evaluaciones sobre sí mismo y sobre su vida.

En la actualidad se sigue considerando que el bienestar subjetivo se compone de dos dimensiones. La dimensión cognitiva (juicios de satisfacción e insatisfacción) y por la dimensión afectiva (afecto positivo y afecto negativo) (Cummins & Cahill, 2000), incluyendo medidas positivas y no solo ausencia de aspectos negativos (Argyle, 1993; Diener, 1994).

Autores como Abbey y Andrews (1985), evidenciaron que factores tales como el apoyo social, la percepción de éxito y el control interno aumentaban la calidad de vida mediante afectos positivos (alegría, emociones y sentimientos positivos y agradables). Mientras que el afecto negativo como sentimientos desagradables y de depresión se relacionaba con una disminución de la calidad de vida.

Se presenta como resumen los componentes del bienestar en la figura 1 de una forma esquemática:

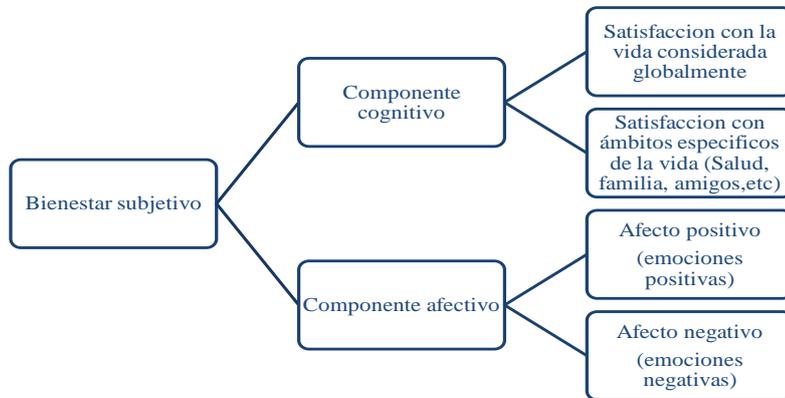


Figura 1. Componentes del bienestar subjetivo.

Fuente: elaboración propia.

A estos componentes se unen, en el constructo de bienestar subjetivo, evaluaciones de satisfacción con ámbitos específicos de la vida del individuo junto con una evaluación global de la vida, que se ha venido a denominar satisfacción con la vida considerada globalmente (Overall Life Satisfaction: OLS) (Diener, 1994; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Veenhoven, 1994).

Nos referimos a la satisfacción con la vida como la percepción subjetiva que el individuo tiene a partir de múltiples ámbitos específicos de su vida (salud, familia, amigos, relaciones interpersonales, etc.), así como la satisfacción de todos estos ámbitos en conjunto (Diener, 1994; Henrich & Herschbach, 2000).

Los distintos ámbitos de satisfacción recogen experiencias cercanas e inmediatas de la vida de los individuos y que, a la vez, son las que más influyen en su bienestar (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976).

En cuanto a los ámbitos de satisfacción, actualmente sigue sin existir un número consensuado (Casas, 1996) y se continúa explorando el rol que estos ámbitos tienen en el bienestar subjetivo. Algunos de los que se han explorado son la personalidad del individuo (Cummins & Cahill, 2000; Lucas, 2008), los acontecimientos vitales o *life events* (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), las diferencias culturales (Casas, 2010), el optimismo y la autoestima (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), los valores y los objetivos vitales (Oishi, Diener, Lucas & Suh, 1999) e incluso el papel de la alimentación (Vaqué, González, & Casas, 2015), entre otros.

2.2. Breve recorrido sobre las principales teorías explicativas del bienestar

Aunque la definición de los constructos de calidad de vida y bienestar subjetivo que hemos expuesto en el apartado anterior es la más aceptada por los expertos en el tema, no hay una única teoría que intente explicarlos. Diferentes autores han elaborado modelos y teorías que intentan dar luz a distintos aspectos de la calidad de vida y el bienestar subjetivo. Algunas se presentan a continuación basándose en el resumen que hace de ellas Diener (1994).

Las primeras teorías que destacamos son *las teorías finalista* o *final point* (Wilsen, 1976), que postulan que el bienestar se consigue cuando se alcanza un objetivo o se cubre una necesidad. De aquí derivan dos perspectivas de esta teoría, (1) las *teorías de placer-dolor* que parte de la idea que el placer y el dolor están conectados (Tatarkiewicz, 1976). Esto tiene que ver con la inversión psicológica, si la persona ha trabajado mucho para conseguir un objetivo y fracasa, este producirá una disminución del bienestar y si lo consigue lo aumentará. (2) *Teorías de la actividad* que defienden que el bienestar es un producto de la especie humana que se obtiene a través de algunas actividades que hace el propio individuo y de su interacción con la sociedad.

Las teorías asociacionistas consideran que las personas pueden asociar situaciones o emociones a sensaciones positivas o negativas, cosa que predispondría a que el individuo percibiera y viviera los acontecimientos que van sucediendo en su vida como positivos o negativos, de tal manera que potenciar experiencias positivas podría aumentar el bienestar del individuo.

Las teorías de juicio postulan que el bienestar es el resultado de comparar una situación estándar con la situación real que vive una persona. Dentro de las *teorías de juicio* se proponen tres perspectivas diferentes: (1) las *teorías de la adaptación*, según las cuales el individuo obtiene el bienestar según su adaptación con los cambios de su vida. Su estándar de bienestar son sus experiencias vividas y si los acontecimientos actuales son mejores que los vividos, la persona se sentirá satisfecha, (2) las *teorías de aspiración* que se fundamentan en la relación entre los deseos cumplidos y los deseos

a los que aspira la persona. Si estas aspiraciones son muy elevadas y no se consiguen, el individuo puede sentirse insatisfecho e infeliz y (3) las *teorías de la comparación social*, en la que las personas se comparan con otras para emitir un juicio sobre su bienestar. Así, si la percepción de su estándar de bienestar es mayor que el de las personas con las que se comparan, la persona se sentirá satisfecha.

Dentro de *las teorías de juicio* cabe destacar la *Teoría de las Discrepancias Múltiples* (TDM) (Michalos, 1995). La hipótesis principal de la TDM es que las personas para evaluar los niveles de satisfacción con la vida, utilizan una serie de estándares a través de los cuales comparan su vida actual con la vida de las otras personas. Al plantearse comparaciones, surge lo que el autor denomina discrepancias. Éstas se originan al comparar su situación actual a través de la influencia directa o indirecta de la edad, el sexo así como la situación social y cultural en la que vive. Estas comparaciones tienen que ver con los deseos del individuo, con lo que se percibe que los demás tienen, con lo mejor que se ha tenido en el pasado, con lo que se esperaba tener en un pasado (3 años), con lo que se espera conseguir en un futuro (5 años), y con lo que cada persona cree que necesita y se merece.

Para acabar este breve recorrido entorno a las teorías sobre el bienestar destacamos las *teorías bottom up* que sostienen que el bienestar se construye a partir de la suma de pequeños momentos de placer. Esto se refiere a que la suma de la satisfacción con distintos ámbitos de la vida daría como resultado la satisfacción con la vida

globalmente. En cambio las teorías *bottom down* se centran en los factores internos del individuo, principalmente en el optimismo vital y consideran que el bienestar está relacionado con la actitud positiva y la manera que el individuo afronta de forma positiva las circunstancias de la vida independientemente de cómo sean éstas desde un punto de vista objetivo.

También nos parece importante destacar en este punto, la *teoría homeostática* (Cummins, 2000) por estar ésta estrechamente relacionada con los objetivos de esta tesis.

Cummins sostiene que el bienestar subjetivo opera en el nivel más abstracto y que puede ser medido con la pregunta “¿Cómo está de satisfecho considerando su vida como un todo?”.

Las personas que tienen un nivel de funcionamiento de su sistema homeostático normal pueden compensar variaciones que se puedan dar en su bienestar, producidas tanto por causas negativas como positivas, de tal manera, que, con el tiempo, la persona recupera los niveles de bienestar previos a la exposición de la causa.

Esta teoría propone dos tipos de determinantes que influyen en el bienestar individual. Unos serían los *determinantes de primer orden* que alude a dos características de personalidad propias del individuo: el *neuroticismo* y la extroversión. Otros serían los *determinantes de segundo orden* que se relacionan con la percepción de control, la autoestima y el optimismo vital como factores que pueden ser influyentes en el bienestar.

Los *determinantes de primer orden* son difícilmente modificables por tratarse de rasgos de personalidad con una cierta predisposición genética mientras que los *determinantes de segundo orden* tienen una alta vulnerabilidad a ser cambiados por el entorno. Las circunstancias, las experiencias y las influencias del entorno, constituirían los *determinantes de tercer orden*.

Si la exposición a los *determinantes de tercer orden* es suficientemente importante y perdurable en el tiempo, los *determinantes de segundo orden* pueden verse gravemente alterados, y por lo tanto modificar la función protectora que ejercen sobre el individuo, y de esta manera el bienestar se situará en un nivel inferior al inicial.

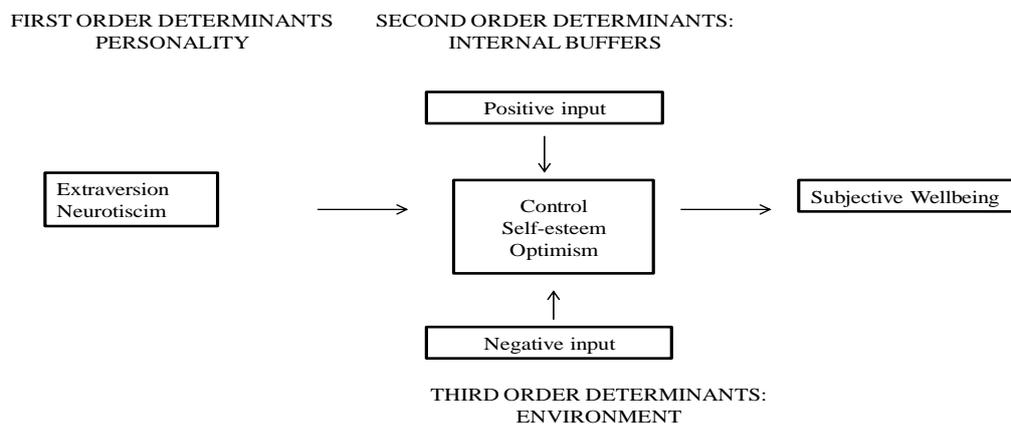


Figura 2. Teoría homeostática del bienestar (Cummins, 2000).

2.3. Estudios entorno al bienestar subjetivo y las identidades LGB

Consideramos que la sexualidad es un aspecto fundamental del ser humano que está presente a lo largo de toda su vida y que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, estrechamente relacionados con la salud y la calidad de vida (McCabe & Cummins, 1998). Se trata de un constructo multidimensional que engloba aspectos tales como el sexo, las identidades, el papel del género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, todos ellos derivados de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, socioculturales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales (World Association for Sexual Health, 2009).

En la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (World Sexual Association [WAS], 2014) se reconoce que la sexualidad es una fuente de bienestar que contribuye a la realización personal y la satisfacción en general, teniendo ésta implicaciones importantes para la intimidad personal, el bienestar subjetivo (Dundon & Rellini, 2010; McCabe & Cummins, 1998; Sánchez, Santos, & Sierra, 2014), la calidad de vida (Davison , Bell , Lachina , Holden, & Davis, 2009) y las relaciones sociales (Domínguez , Hombrados & García, 2012; McCabe & Cummins, 1998).

Pero a pesar de que la sexualidad tiene gran importancia para muchas esferas en la vida de las personas, éste ha sido un ámbito que no se ha sido tenido demasiado en cuenta en las investigaciones sobre bienestar subjetivo. Las posibles razones que lo explican, podrían estar relacionadas por una parte con el hecho que actualmente la sexualidad continúa siendo un aspecto que forma parte de la privacidad e intimidad de las personas y que, juntamente con los tabús sexuales que coexisten en la sociedad actual, hace más difícil indagar sobre esta cuestión. Por otro lado, podría ser también que la sexualidad se ha venido abordando mayoritariamente desde un punto de vista negativo. Es decir, que la sexualidad se ha vinculado con determinadas conductas negativas que darían como resultado enfermedades y disfunciones físicas o psicológicas (Diamant & Wold, 2003; Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Russel & Joyner, 2001).

Como se ha comentado en el capítulo 1, durante la década de los 70 el interés de los investigadores estaba centrada en recopilar evidencia sobre cómo se construían las identidades LGB y cuál era el proceso de formación hasta que las personas se identificaban y aceptaban como LGB (Cass, 1979; Plummer, 1975; Troiden, 1979).

Más tarde, los estudios se dirigieron a identificar aquellos aspectos que las personas LGB daban importancia y que aparecían durante y/o después del proceso de identificación y aceptación de la orientación LGB y la evidencia ha constatado que las

personas LGB experimentan estrés social y angustia (Vincke, De Rycke, & Bolton, 1990), percepción de falta de apoyo social (Nesmith, Burton, & Cosgrove, 1999) y experiencias homofóbicas (Otis & Skinner, 1996) durante el proceso de formación de su identidad.

Pero a pesar de estos datos, son escasas las investigaciones sobre bienestar y el proceso de formación de las identidades LGB. Una de las más destacadas fue la elaborada por Halpin y Allen (2004) en la que estudiaron 425 hombres Gay para determinar el bienestar de estas personas durante el proceso de formación de su identidad, partiendo del modelo de construcción de la identidad de Cass (1979) utilizando instrumentos de medición del bienestar como la *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (Diener, 1994) junto con otras escalas para valorar el *autoconcepto* y la autoestima (ver el apartado 2.4 de este capítulo sobre instrumentos de medida del bienestar).

Los resultados mostraron que había relaciones significativas entre las etapas de formación de la identidad Gay y la soledad, la autoestima, la satisfacción con la vida, la felicidad y la tristeza. Se observaron correlaciones negativas de las variables felicidad, autoestima y satisfacción con la vida, principalmente en las etapas de *confusión, comparación y aceptación de la identidad*.

Los mayores niveles de angustia se asociaron con las etapas medias del proceso de formación en las que, según Cass (1979), se desarrolla verdaderamente la identidad

LGB, mientras que estos disminuían en las etapas finales de *orgullo* y *síntesis*, que se asocia con un sentido estable de la identidad.

En resumen, los autores concluyeron que el bienestar era estable durante las etapas de *confusión* y *comparación de la identidad*, se reducía en las etapas medias del proceso (*tolerancia* y *aceptación*) y aumentaba en las últimas etapas (*orgullo* y *síntesis*).

En esta misma línea Kranz y Pierrard (2018), utilizaron una muestra de 511 personas LG con edades comprendidas entre los 18 y 50 años, para explorar el proceso de formación de la identidad Gay con el bienestar psicosocial. Corroboraron su hipótesis al considerar que las personas que habían llevado a cabo el proceso de formación de la identidad aceptándose a ellos mismos valoraban positivamente su bienestar psicosocial mientras que los que no lo habían hecho lo relacionaban negativamente.

Otros estudios han estudiado la influencia de aspectos como la homofobia internalizada, la percepción de discriminación y el heterosexismo de las personas LGB en el bienestar subjetivo (Conlin, Douglass, & Ouch, 2017; Mohr, 2016). Estos autores concluyeron que estos factores guardaban una relación elevada y positiva con el afecto negativo y una relación elevada y negativa con la satisfacción con la vida de manera global, y en ningún caso se vincularon con el afecto positivo.

En comparación con las personas heterosexuales, algunas investigaciones han indicado que las personas LGB muestran niveles más bajos de bienestar (Jager &

Davis-Kean, 2011; Riggle, Rostosky, & Danner, 2009). Entre los motivos que lo explicarían se encuentran nuevamente la homofobia internalizada (Meyer, 2003), que ha sido asociada a una disminución de la autoestima y a una menor satisfacción con la vida (Shidlo, 1994; Stein & Cabaj, 1996), los prejuicios y la discriminación percibida (Meyer, 2003; Conlin, Douglass, & Ouch, 2017) y el estigma de pertenecer una minoría (Berghe 2010; Lewis, Delerga, Griffin, & Krowsinki (2003); Lewis, Derlega, Clarke, & Kuang, 2006) los que también se asocian a niveles bajos de bienestar subjetivo (Riggle, Rostosky, & Danner, 2009), con el afecto negativo (Conlin, Douglass, & Ouch, 2017), y la ocultación y no divulgación de la orientación sexual que puede actuar como un factor estresante que causa sufrimiento psicológico (Di Placido, 1998; Hu, Wang, & Wu, 2013).

En definitiva, las investigaciones que han explorado el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida en personas LGB coinciden en que la aceptación de uno mismo como no heterosexual es el mejor *predictor* positivo del bienestar subjetivo y de la satisfacción con la vida (Domínguez, Hombrados & García, 2012; Leserman, DiSantostefano, Perkins, & Evan, 1994; Luhtanen, 1996). Consolidar la orientación sexual, el rechazo de los estereotipos sociales negativos, el activismo en defensa de los derechos sexuales y el grado en que se hace pública la orientación sexual (Jordan & Deluty, 1998; Luhtanen, 1996), así como recibir apoyo social y sentirse integrado

entre iguales (Halpin & Allen, 2004; Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009; Meyer, 2003), se ha correlacionado con un mayor bienestar subjetivo en población LGB.

2.4. Instrumentos de medida del bienestar subjetivo

A continuación, se presentan brevemente los instrumentos de medida del bienestar subjetivo que creemos importantes en relación a la elaboración de esta tesis doctoral. En el apartado 4.1.2 del capítulo 4 se presentan de manera más amplia los instrumentos que se han utilizado para obtener los resultados de esta tesis doctoral.

Podemos decir que entre los instrumentos que miden el bienestar subjetivo se encuentran las escalas denominadas *context-free* que parten de un modelo global de bienestar y que contienen uno o más ítems genéricos que no se refieren a ámbitos específicos de satisfacción, sino que tienen un carácter unidimensional y descontextualizado (Gilman & Huebner, 2000).

En este grupo se incluirían escalas *multi-ítem* como la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) (Diener, 1994) u otras de ítem único como la *Overall Life Satisfaction* (OLS) y la *Happiness Taking into Account Overall Life* (HOL) (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976).

En otro grupo se incluirían aquellos instrumentos que conceptualizan la satisfacción con la vida partir de las satisfacciones con ámbitos específicos de la vida. Se encuadran en este grupo el *Personal Wellbeing Index* (PWI) (Cummins, Van Vugt, &

Misajon, 2003), constituido por distintos ítems de satisfacción en diferentes ámbitos de la vida que proporcionan un índice de bienestar global.

Según Cummins y colaboradores (International Wellbeing Group [IWG], 2013) para probar la validez del constructo es importante calcular una regresión de los ámbitos del PWI tomando la OLS como variable dependiente para determinar qué varianza única tiene cada uno de ellos para explicar la OLS. Así mismo proponen que es interesante añadir ítems nuevos al PWI como ya se ha hecho en otras investigaciones (Casas et al., 2011; Tilioune, 2009; Tomy & Cummins, 2011; Vaqué, González & Casas, 2015; Wills, 2009; Yiengsprugsawan, Subman, Kahmman, & Lym, 2010) para comprobar la contribución que este nuevo ítem tiene sobre la OLS, donde lo sustancial es que el nuevo ítem no debe reducir la contribución de la varianza única que aportan los otros ítems que componen el PWI original.

Parte II: Fundamentación empírica

En esta parte de la tesis exponemos la fundamentación empírica de la investigación que se ha llevado a cabo.

Este trabajo se articula en torno a la realización de dos estudios, ambos estudios transversales descriptivos. El primero (Estudio I) se ha llevado a cabo con metodología cuantitativa y el segundo (Estudio II) con metodología cualitativa.

Se describen asimismo los objetivos marcados a priori a la obtención de los resultados y más adelante las consideraciones metodológicas oportunas, así como los principales resultados de las dos investigaciones, todo ello clasificado en función de si nos referimos al estudio I o II respectivamente.

Capítulo 3. Objetivos.

3.1. Objetivo general.

El *objetivo general* de esta tesis es conocer la relación entre la orientación sexual y el bienestar subjetivo de las personas LGB en comparación con personas heterosexuales utilizando diferentes instrumentos de medida.

3.1.1. Objetivos específicos del estudio I:

- i. Analizar el bienestar subjetivo de manera global a partir del PWI (Personal Wellbeing Index) en personas LGB y personas heterosexuales.
- ii. Analizar los distintos ámbitos de satisfacción que conforman el PWI según los participantes se identifiquen como LGB o heterosexuales. .
- iii. Analizar la consistencia interna de los ítems del PWI y al añadir un ítem complementario de *satisfacción con la orientación sexual*.
- iv. Analizar en qué medida los ámbitos de satisfacción del PWI contribuyen a explicar la OLS (Overall Life Satisfaction) y la HOL (Happiness Taking into Account Overall Life) tanto en personas LGB como en personas heterosexuales. Analizar en qué medida contribuye la satisfacción de la orientación sexual a explicar la OLS y la HOL tanto en personas LGB como en personas heterosexuales.

3.1.2. Objetivos específicos del estudio II:

- i. Examinar la influencia del proceso de identificación y aceptación de la orientación sexual Gay en el bienestar subjetivo según la perspectiva de los propios participantes.
- ii. Profundizar en los sentimientos y las emociones de las personas Gay durante el proceso de identificación y aceptación de la orientación sexual.
- iii. Identificar necesidades específicas de los hombres Gay durante y después del proceso de identificación y aceptación de la orientación sexual.
- iv. Identificar qué implicaciones tiene el proceso de aceptación e identificación de la orientación sexual para los profesionales de enfermería.

Capítulo 4. Metodología.

Como hemos comentado anteriormente, estas tesis se han realizado en base a dos estudios. El primero a partir de metodología cuantitativa (Estudio I) y el segundo a partir metodología cualitativa (Estudio II).

Pensamos que la utilización de una Metodología Mixta (MM) aprovecha las ventajas de las dos metodologías y compensa las limitaciones que supone utilizar cada metodología de forma independiente (Brannen & Halcomb, 2009; Jhonson & Onwuegbuzie, 2004). En este sentido la investigación cuantitativa nos permite relacionar los problemas y cuantificarlos, mientras que la investigación cualitativa nos proporciona las bases para darle contenido y profundizar en las causas (Olanbuénaga, 2007). A su vez, la utilización de MM aumenta la posibilidad de profundizar y de comprender en toda su complejidad el fenómeno de estudio.

Con la utilización de la MM los datos cualitativos y los datos cuantitativos pueden responder a diferentes preguntas de investigación, lo que permite abordar un número mayor de objetivos de lo que sería posible utilizando sólo una metodología (Morgan, 2014; Schwand & Lichty, 2015)

El fenómeno de investigación en el que se basa esta tesis es un fenómeno complejo ya que partimos del objetivo de relacionar el bienestar subjetivo con la orientación

sexual. Ambos son constructos multidimensionales cuyo estudio creemos que puede enriquecerse a partir de la utilización de la MM.

Por una parte los datos obtenidos del análisis cuantitativo nos permiten saber en qué medida aspectos como la satisfacción con la orientación sexual se pueden relacionar y comparar con otros ámbitos satisfacción del bienestar subjetivo. En cambio, la riqueza de los datos cualitativos pensamos que nos ayudará a comprender el bienestar subjetivo a partir de la vivencia y la experiencia de los participantes en la construcción de sus identidades, explorando e indagando en sus emociones y sus sentimientos.

4.1. Metodología del estudio I

4.1.1. Participantes

Para este primer estudio se obtuvieron respuestas de un total de 175 participantes, de los que se excluyeron dos, en un caso por ser el único participante que informó de una orientación sexual asexual y en el otro porque había muchos valores perdidos en sus respuestas al cuestionario. De los 173 participantes que fueron finalmente seleccionados, el 42,2% fueron del sexo masculino ($n = 73$) y el 57,8% del sexo femenino ($n = 100$). Las edades estaban comprendidas entre los 23 y los 64 años, con una media de 35,37 años ($SD = 9.33$).

El 93.6% de los participantes residía en Cataluña en el momento de responder el cuestionario y el 6,4% tenían su lugar de residencia en otras comunidades autónomas de España. Respecto a la situación sentimental, el 34,1% vivía en pareja en el momento de responder el cuestionario, el 30,1% estaba casado/a, un 27,7% soltero/a, el 4,6% en pareja de hecho y el 3,5% estaban divorciados.

El 61,9% de los encuestados se identificaron con una orientación del deseo heterosexual ($n = 107$) y el 38,1% se identificaron con una orientación del deseo no heterosexual ($n = 66$), de los cuales el 21.9% correspondieron a Gay ($n = 38$), el 10.9% a Lesbiana ($n = 19$) y el 5,2% a Bisexual ($n = 9$).

Para facilitar el análisis de los datos se agruparon los participantes en dos grupos según se identificaron con una orientación sexual heterosexual o con una orientación sexual LGB, excluyendo el único caso que se autodefinió como asexual.

4.1.2. Instrumentos

- Personal Wellbeing Index (PWI).

El PWI (Cummins et al., 2003) se obtiene mediante la suma de 7 ítems referidos a diferentes ámbitos de satisfacción con la vida: *la satisfacción con la salud, con el nivel de vida, con los logros en la vida, con la propia seguridad, con el grupo de gente de que formas parte, con la seguridad por el futuro y con las relaciones con los demás.*

El resultado se divide por el número de ítems y se multiplica por 100. Cada una de estas variables se evalúa en una escala de 10 puntos donde el valor 0 significa “*Totalmente insatisfecho*” y 10 “*Totalmente satisfecho*”.

Se ha utilizado la versión española del PWI que fue creada a partir de la versión catalana que llevaron a cabo Casas, González, Figuer y Malo (2009) que supuso substituir el ítem original “*Satisfaction with feeling part of your community*” por “*Satisfacción con los grupos de gente de los que formas parte*”. Esto se debe a que el concepto de “comunidad” en el contexto español es entendido como “el grupo de propietarios de un mismo edificio” y no de la manera en que se entiende en su formulación original. Se aseguró la equivalencia conceptual y semántica de ambas versiones mediante un proceso de traducción/retro-traducción.

Las versiones que se utilizaron del PWI fueron:

- PWI-7: formado por los siete ítems de la escala original con la adaptación de uno de los ítems ya comentada.
- PWI-8: formado por los siete ítems de la escala anterior más un ítem de *satisfacción con la orientación sexual*, evaluado a través de la misma escala de 11 puntos.

En cuanto a las propiedades psicométricas del PWI, la alfa de Cronbach de la escala original se encuentra entre 0.7 y 0.8 (Lau, Cummins, & McPherson, 2005; International Wellbeing Group, 2013).

- Ítem único de satisfacción con la vida en general (Single Item on Overall Life Satisfaction: OLS)

La importancia de incluir una escala de ítem único de *satisfacción con la vida en general* al estudiar el bienestar subjetivo, fue descrita por primera vez por Campbell et al. (1976). Siguiendo esta recomendación hemos incluido una pregunta sobre la satisfacción con la vida en general (En la actualidad, *¿hasta qué punto está satisfecho con tu vida como un todo?*), utilizando una escala de 0 a 10, que va desde *completamente insatisfecho/a* hasta *totalmente satisfecho/a*.

- Ítem único de felicidad teniendo en cuenta la vida como un todo (Single Item on Happiness Taking into Account Overall Life: HOL).

Campbell et al. (1976) también señaló la importancia de incluir una escala de ítem único sobre la felicidad para estudiar el bienestar subjetivo.

En este estudio, hemos incluido la siguiente pregunta: "*¿Teniendo en cuenta tu vida en general, dirías que es...?*" que se valora a partir de una escala de 0 a 10, donde 0 se refiere a *extremadamente infeliz* y 10 *extremadamente feliz*.

4.1.3. Procedimiento

El reclutamiento de los participantes se realizó mediante la publicitación en diferentes redes sociales de una encuesta *online*, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad, facilitando un número de teléfono y una cuenta de correo electrónico para cualquier duda que pudiera surgir, animando a participar en el estudio tanto a personas que se definen como LGB como a heterosexuales. Al igual que en el estudio de Halpin y Allen (2004) y en otros estudios con población LGB, se optó por este recurso porque creímos que sería un medio más sencillo para contestar la encuesta para aquellas personas que estuvieran asumiendo su identidad y su orientación LGB en ese momento, ya que sería más cómodo para el/la participante contestar la encuesta por internet que estar en contacto directo con los investigadores.

También se contactó con distintas asociaciones para la defensa de los derechos de las personas LGB en diferentes puntos de Cataluña a través de una carta de presentación donde se explicaba el objetivo de la investigación y donde se pedía su cooperación y la de sus militantes, haciendo una breve explicación sobre la importancia de realizar estudios relacionados con el bienestar de las personas LGB (ver Anexo 1).

Puesto que la dificultad estaba en obtener muestra de personas LGB se optó paralelamente por realizar un muestreo no intencionado utilizando la técnica de bola de nieve. Esta consiste en que el investigador escoge un primer participante por

conveniencia y relevancia para el estudio, utilizando un criterio subjetivo. Este primer participante transmite la información sobre la investigación a través de su red de contactos a otros posibles participantes (Sierra, 1998).

Este tipo de muestreo se ha venido utilizando habitualmente en investigaciones con población LGB por la tendencia que aún existe a ocultar la orientación sexual especialmente cuando se trata de una orientación minoritaria (Baile, 2008).

4.2. Metodología del estudio II

4.2.1. Participantes

Participaron en el estudio cinco hombres *cisgénero* que habían experimentado el proceso de formación de la identidad Gay las características de los cuales se presentan en la tabla 1 de forma más resumida.

La media de edad fue de 28.4 años ($DT=3.28$). Dos de los participantes vivían en un contexto rural y tres en el urbano. En cuanto al estado civil cuatro estaban solteros y sin pareja estable y uno de ellos casado legalmente. Respecto al nivel de formación, dos habían realizado estudios secundarios, dos universitarios y uno estaba realizando la tesis doctoral.

En el momento del estudio, tres de los entrevistados habían comunicado su identidad Gay a su familia de origen y círculo más cercano, como amigos y otros familiares de segundo grado y dos lo habían hecho a sus amigos pero no a la familia de origen.

Respecto al nivel de formación, dos habían realizado estudios secundarios, dos universitarios y uno estaba realizando la tesis doctoral.

| Código de participante | Género | Edad | Profesión | Lugar de residencia (pueblo/ciudad) | Nivel de estudio | Habían comunicado su orientación sexual? | |
|------------------------|--------|------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--------|
| | | | | | | Padres | Amigos |
| 1 | Hombre | 26 | Mensajero /camarero en bar Gay | Pueblo | Secundarios Formación Profesional | Sí | Sí |
| 2 | Hombre | 28 | Técnico de comunicación | Ciudad | Universitarios | No | Sí |
| 3 | Hombre | 35 | Sanitario | Pueblo | Secundarios Formación Profesional | Sí | Sí |
| 4 | Hombre | 27 | Sanitario | Ciudad | Universitarios | Sí | Sí |
| 5 | Hombre | 26 | Profesor universitario | Pueblo | Universitarios predoctorales | No | Sí |

Tabla 1. *Características de los participantes del estudio I.*

En el momento del estudio, tres de los entrevistados habían comunicado su identidad Gay a su familia de origen y círculo más cercano, como amigos y otros familiares de segundo grado y dos lo habían hecho a sus amigos pero no a la familia de origen.

4.2.2. Instrumento

Diseñamos un guión de entrevista *semiestructurada* después de hacer una revisión de la literatura sobre el proceso de aceptación de la orientación sexual y el bienestar. El paso siguiente fue realizar una lectura crítica de la bibliografía encontrada, y mediante un proceso de reflexión y exploración se construyó el guión definitivo (ver Anexo 2). En la entrevista se trataron diversas cuestiones con el fin de obtener toda la información que nos interesaba para la consecución de los objetivos planteados a priori.

El instrumento se estructuró en cuatro bloques:

1. Datos generales de los participantes (edad, profesión, estado civil, lugar de residencia, etc.).
2. Inclusión y aceptación social, donde se trataron temas como las relaciones con los amigos (*¿Qué apoyo crees que te dan tus amigos?*), la familia (*¿Qué es para ti la familia?*) y la divulgación de la orientación sexual (*¿Has comunicado tu orientación sexual a tu familia? ¿Y a tus amigos?*).
3. Cómo se vive la homosexualidad en la actualidad y cómo la viven los participantes (*En general, ¿crees que las personas homosexuales tienen unas*

necesidades diferentes que el resto de personas?, ¿En qué momento de aceptación respecto a tu sexualidad estás actualmente?, ¿Qué factores crees que pueden ser favorecedores o no para la aceptación de tu homosexualidad?).

4. Bienestar (*¿Cómo definirías un buen estado de bienestar?, Si tuvieras algún problema relacionado con tu sexualidad, tu orientación sexual o algún aspecto relacionado, qué tipo de profesional crees que te podría ayudar más adecuadamente, ¿Crees que los profesionales de enfermería podrían mejorar aspectos relacionados con el bienestar?).*

Se fueron realizando entrevistas hasta que la información fue repetitiva y ya no aportaron nuevos datos atendiendo al criterio de saturación de la información (Morse, 1995).

4.2.3. Procedimiento

En el segundo estudio, el reclutamiento de los participantes se hizo mediante muestreo *opinático* o intencional no probabilístico de bola de nieve. En este tipo de muestreo el investigador selecciona a los informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal para que estos sean los participantes más idóneos y representativos de la población a estudiar (Ruiz, 2012). Así se inicia una cadena a partir de un informante cualquiera de la cultura o subcultura que se pretende estudiar y que nos lleva a un segundo que nos aporta una información más rica y este último a un tercero y así sucesivamente. De este modo la información va creciendo en cantidad y

calidad, en riqueza y profundidad (Tójar, 2006). Al igual que otras investigaciones con población LGB (Di Marco, Arena, Munduate, & Hoel, 2015; Riggle, Withman, Olson, & Rotosky, 2008) se optó por utilizar el muestreo en bola de nieve (*Snowballing Approach*) (Miles & Huberman, 1994) porque resulta efectivo cuando la población que se quiere estudiar es difícil de encontrar i captar por algún o algunos motivos y este tipo de muestreo facilita el acceso a participantes considerados diana para el estudio en cuestión.

Si bien se planteó en un inicio reclutar informantes que estuvieran experimentando en ese momento el proceso de formación de la identidad sexual, posteriormente se descartó por la dificultad de captación. Así, se propuso explorar el proceso de aceptación e identificación de una forma retrospectiva. La dificultad de reclutamiento también queda manifestada en la falta de representación de participantes Lesbianas y Bisexuales en este estudio. Esto sucedió principalmente por tres motivos: 1) que el informante principal nos llevara únicamente a hombres con identidad Gay, 2) la negativa de participantes Lesbianas a colaborar con las entrevistas y 3) el hecho de no poder captar ninguna persona Bisexual durante el muestreo.

Una vez obtenida la muestra, se llevó a cabo un estudio descriptivo con aproximación cualitativa. Se eligió este método porque opta por obtener evidencia a partir de la observación y la declaración, el testimonio y la afirmación de los propios actores del fenómeno en estudio (Baéz, 2007), para captar el significado particular de cada hecho

(Olanbuénaga, 2007) y así poder dar respuestas a detalles complejos, como sentimientos, procesos de pensamiento o emociones, difíciles de investigar con otros métodos de investigación (Rosell, Carreño, & Maldonado, 2002).

A todos los participantes se les informó minuciosamente sobre los objetivos y el procedimiento, obteniendo su conformidad verbal para participar en el estudio así como el consentimiento informado (ver Anexo 3) por escrito del registro en audio de las entrevistas y en el que se garantizaba la confidencialidad de los datos obtenidos. Si surgieron nombres de personas, direcciones, lugares de trabajo u otros aspectos que dieran motivo a la identificación de los implicados, se codificaron durante la transcripción de las entrevistas.

Procedimos a transcribir el material obtenido a partir de las entrevistas realizadas y se sometieron a varias lecturas cíclicas y circulares, iniciándose así la primera fase del análisis del contenido siguiendo los pasos descritos por Bardin (2002). En una segunda fase de la exploración del material optamos por hacer el análisis del contenido de forma categórica, lo que nos llevó a utilizar datos textuales para fragmentar el texto y agruparlo en ejes temáticos, temas y categorías. Finalmente se realizó la interpretación de los datos teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

Capítulo 5. Principales resultados

En este capítulo se exponen los principales resultados de la investigación, de nuevo separados según los datos obtenidos del análisis fueran del estudio I o II respectivamente.

5.1. Resultados del estudio I

5.1.1. Análisis de los datos.

Se han calculado las medias y desviaciones típicas del PWI-7 de forma global y de los ítems que componen la escala, así como del ítem añadido sobre *satisfacción con la orientación sexual* para el total de la muestra y para cada uno de los grupos según los participantes se identificaron como heterosexuales o LGB.

También se han calcularon las medias y desviaciones típicas de la OLS y la HOL, tanto para la muestra total como para los dos grupos.

Se ha realizado una comparación de medias entre los dos grupos en el PWI-7 de forma global, de los ítems que la componen, del ítem complementario de *satisfacción con la orientación sexual* y de la OLS y la HOL mediante la prueba estadística *t-Student* para muestras independientes.

Después se han llevado a cabo regresiones lineales múltiples con el PWI-7 tomando la OLS y la HOL como variables dependientes y calculando la varianza única explicada por cada uno de los ítems, así como la varianza compartida.

También se han calculado las correlaciones *semiparciales* de cada uno de los ámbitos de satisfacción que forman el PWI-7 para determinar su contribución a explicar cada una de las variables dependientes.

A continuación, se han hecho las mismas regresiones añadiendo el ítem de *satisfacción con la orientación sexual* al PWI (PWI-8) y de nuevo se han calculado las correlaciones *semiparciales* para cada uno de los ámbitos de satisfacción así como la del nuevo ítem de *satisfacción con la orientación sexual*.

Las regresiones han sido calculadas para el total de la muestra y para los dos grupos según su orientación sexual.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.19.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del PWI-7, el ítem de satisfacción con la orientación sexual, la OLS y la HOL.

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos del PWI-7, incluyendo los ítems que componen la escala por separado, del ítem de *satisfacción con la orientación sexual* y de las escalas OLS y HOL de ítem único, para el total de la muestra y para los dos grupos considerados en función de su orientación sexual. También se muestran los resultados de la comparación de medias entre estos dos grupos para todos los indicadores antes mencionados.

La media del PWI para el total de la muestra fue de 73.4 en una escala de 0 a 100. El grupo con orientación sexual heterosexual ha mostrado una media más elevada y estadísticamente significativa respecto del que informó de una orientación sexual LGB.

Los ámbitos de satisfacción evaluados con esta escala con medias más elevadas para el grupo heterosexual han sido, en este orden, la satisfacción *con la salud y con las relaciones interpersonales*, mientras que para el grupo LGB han sido los *grupos de pertenencia y la salud*.

La media del ítem añadido de satisfacción *con la orientación sexual* es más elevada en comparación con los siete ítems que constituyen el PWI en ambos grupos y para el total de la muestra. Es el grupo heterosexual el que puntúa más alto para este ítem,

resultando una diferencia de medias estadísticamente significativa entre los dos grupos.

La media de la OLS para el conjunto de la muestra es de 77.6 en una escala de 100 puntos. La diferencia de medias entre los dos grupos de comparación es estadísticamente significativa, siendo más elevada en el grupo heterosexual. En cuanto a la HOL, los participantes del estudio muestran una puntuación media de 76.2 en una escala de 100 puntos. De nuevo, la media de la HOL resulta más elevada para el grupo heterosexual, pero sin alcanzar significación estadística.

El alfa de *Cronbach* del PWI-7 es de 0.849 y del PWI-8 de 0.838, lo que nos indica que el instrumento, en ambas versiones, tiene una buena consistencia interna para la muestra estudiada.

5.1.3. Cálculo de la varianza del PWI-7 y del PWI-8.

Al realizar la regresión lineal múltiple del PWI-7 considerando la OLS y la HOL como variables dependientes, la satisfacción *con lo seguro que te sientes* y *con lo que has conseguido en la vida* son los ámbitos que muestran más capacidad explicativa tanto para el total de la muestra como para los dos grupos de análisis (Tabla 3 y 4).

Tabla 3

Regresión lineal múltiple del PWI-7 para ambos grupos de la muestra tomando la OLS como variable dependiente.

| Variable dependiente | OLS | | | | | |
|----------------------|---------------|-----------|--------------|-----------|-------|-----------|
| | Muestra total | | Heterosexual | | LGB | |
| PWI (7 ítems) | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} |

| <i>Satisfacción con...</i> | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Tu nivel de vida | 0.202* | 0.024 | 0.231* | 0.030 | 0.180 | 0.018 |
| Tu salud | 0.084 | 0.004 | 0.129 | 0.010 | 0.083 | 0.004 |
| Tus logros en la vida | 0.268* | 0.032 | 0.257* | 0.022 | 0.248* | 0.034 |
| Los grupos de los que formas parte | -0.012 | -0.000 | -0.044 | -0.000 | 0.082 | 0.003 |
| Las relaciones con otras personas | 0.120 | 0.006 | 0.153 | 0.010 | -0.004 | -0.000 |
| Tu seguridad personal | 0.345* | 0.049 | 0.353* | 0.048 | 0.400* | 0.067 |
| La seguridad por el futuro | -0.056 | -0.001 | -0.187 | -0.016 | 0.052 | 0.001 |
| Total | | 0.114 | | 0.104 | | 0.127 |
| R ² corregida | 0.574 | | 0.537 | | 0.593 | |
| Varianza total % | 57.4 | | 53.7 | | 59.3 | |
| Varianza única % | 11.4 | | 10.4 | | 12.7 | |
| Varianza compartida % | 46 | | 43.3 | | 46.6 | |
| * $p < 0.05$ | | | | | | |
| ^a Coficiente estándar de regresión | | | | | | |
| ^b Correlaciones semiparciales | | | | | | |

En el caso de la satisfacción *con tu nivel de vida* sólo lo es para el total de la muestra con ambas variables dependientes y para el grupo heterosexual en el caso en que la variable dependiente es la OLS.

La varianza total con un valor más elevado en la regresión del PWI-7 sobre la OLS corresponde al grupo LGB mientras que en el caso de la regresión sobre la HOL lo es en el grupo heterosexual.

El segundo paso ha sido realizar nuevas regresiones añadiendo al PWI el ítem complementario de satisfacción *con la orientación sexual* (PWI-8), contemplando de nuevo la OLS (ver tabla 5) y la HOL (ver tabla 6) como variables dependientes.

La varianza total aumenta respecto a la varianza total de la regresión con el PWI-7, en el total de la muestra y en el grupo heterosexual y disminuye en el LGB cuando se consideran tanto la OLS como la HOL como variables dependientes.

Los ámbitos de satisfacción con betas estadísticamente significativas en la regresión del PWI-8 en relación a la OLS son la satisfacción *con lo que has conseguido en la vida* para la muestra total y los dos grupos de estudio, la satisfacción *con el nivel de vida* para el grupo heterosexual y el total de la muestra, y la satisfacción *con lo seguro que te sientes* en ambos grupos, pero no en el conjunto de la muestra. Los resultados de la regresión del PWI-8 en relación a la HOL indican que la satisfacción *con lo que has conseguido en la vida*, *con las relaciones con otras personas* y *con lo seguro que te sientes* adquirieren significación estadística en el total de la muestra y el grupo heterosexual. En el grupo no heterosexual únicamente la satisfacción *con lo que has conseguido en la vida* contribuye de manera significativa.

Tabla 4

Regresión lineal múltiple del PWI-7 para ambos grupos de la muestra tomando la HOL como variable dependiente.

| Variable dependiente | HOL | | | | | |
|------------------------------------|---------------|-----------|--------------|-----------|--------|-----------|
| | Muestra total | | Heterosexual | | LGB | |
| PWI (7 ítems) | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} |
| <i>Satisfacción con...</i> | | | | | | |
| Tu nivel de vida | 0.096 | 0.005 | 0.111 | 0.007 | 0.097 | 0.005 |
| Tu salud | 0.061 | 0.025 | 0.150 | 0.013 | -0.028 | -0.000 |
| Tus logros en la vida | 0.313* | 0.044 | 0.368* | 0.046 | 0.236* | 0.031 |
| Los grupos de los que formas parte | -0.055 | -0.000 | -0.216 | -0.019 | 0.125 | 0.007 |
| Las relaciones con otras personas | 0.156 | 0.010 | 0.251 | 0.027 | 0.062 | 0.001 |
| Tu seguridad personal | 0.379* | 0.059 | 0.336* | 0.043 | 0.432* | 0.078 |
| La seguridad por el futuro | -0.036 | -0.000 | -0.092 | -0.004 | 0.013 | 0.000 |
| Total | | 0.143 | | 0.113 | | 0.122 |
| R ² corregida | 0.562 | | 0.598 | | 0.504 | |
| Varianza total % | 56.2 | | 59.8 | | 50.4 | |
| Varianza única % | 14.3 | | 11.3 | | 12.2 | |
| Varianza compartida % | 41.9 | | 48.5 | | 38.2 | |

* $p < 0.05$

^aCoeficiente estándar de regresión
^bCorrelaciones semiparciales

Al estudiar el ítem complementario de satisfacción *con la orientación sexual* cuando se considera la OLS como variable dependiente, el grupo en el que se observa una contribución más elevada ha sido el heterosexual por encima de los ítems de satisfacción *con tu salud, con el grupo del que formas parte y la seguridad por tu futuro*, estos dos últimos con valores negativos.

En cambio, en el grupo LGB la satisfacción *con tu orientación sexual* es uno de los ítems con varianza única más baja por encima de la satisfacción *con las relaciones con otras personas*. En ninguno de los dos casos la contribución del ítem complementario es significativa.

En cuanto a la regresión con la HOL, la contribución del ítem complementario, aunque de nuevo sin alcanzar significación estadística, es mucho más elevada en el grupo no heterosexual en comparación con el heterosexual, superada únicamente por los ámbitos de satisfacción *con lo seguros que se sienten y con lo que has conseguido en la vida*.

De los resultados se desprende que la satisfacción *con la orientación sexual* contribuye a explicar en mayor grado la OLS (0.123) en el grupo de personas heterosexuales, mientras que en el caso de las personas LGB contribuye a hacerlo en mayor medida sobre la HOL (0.146).

Tabla 5

Regresión lineal múltiple del PWI-8 para ambos grupos de la muestra tomando la OLS como variable dependiente.

| Variable dependiente | OLS | | | | | |
|---|---------------|-----------|--------------|-----------|--------|-----------|
| | Muestra total | | Heterosexual | | LGB | |
| | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} |
| PWI (8 ítems) | | | | | | |
| <i>Satisfacción con...</i> | | | | | | |
| Tu nivel de vida | 0.204* | 0.025 | 0.210* | 0.024 | 0.189 | 0.019 |
| Tu salud | 0.087 | 0.005 | 0.098 | 0.005 | 0.094 | 0.005 |
| Tus logros en la vida | 0.284* | 0.036 | 0.286* | 0.026 | 0.249* | 0.035 |
| Los grupos de los que formas parte | -0.036 | -0.000 | -0.057 | -0.001 | 0.066 | 0.001 |
| Las relaciones con otras personas | 0.128 | 0.007 | 0.138 | 0.008 | 0.013 | 0.000 |
| Tu seguridad personal | 0.310* | 0.037 | 0.351* | 0.047 | 0.367* | 0.040 |
| La seguridad por el futuro | -0.059 | -0.002 | -0.194 | -0.018 | 0.058 | 0.002 |
| Tu orientación sexual | 0.099 | 0.008 | 0.123 | 0.012 | 0.041 | 0.001 |
| Total | | 0.116 | | 0.103 | | 0.103 |
| R ² corregida | 0.580 | | 0.546 | | 0.588 | |
| Varianza total % | 58 | | 54.6 | | 58.8 | |
| Varianza única % | 11.6 | | 10.3 | | 10.3 | |
| Varianza compartida % | 46.4 | | 44.3 | | 48.5 | |
| ΔR^2 | 0.006 | | 0.009 | | -0.005 | |
| * $p < 0,05$ | | | | | | |
| ^a Coficiente estándar de regresión | | | | | | |
| ^b Correlaciones semiparciales | | | | | | |

Tabla 6

Regresión lineal múltiple del PWI-8 para ambos grupos de la muestra tomando la OLS como variable dependiente.

| Variable dependiente | Muestra total | | HOL | | LGB | |
|---|---------------|-----------|-----------------------|-----------|--------|-----------|
| | B^a | Sr^{2b} | Heterosexual B^a | Sr^{2b} | B^a | Sr^{2b} |
| PWI (8 ítems) | | | | | | |
| Satisfacción con... | | | | | | |
| Tu nivel de vida | 0.098 | 0.005 | 0.100 | 0.005 | 0.128 | 0.009 |
| Tu salud | 0.064 | 0.003 | 0.134 | 0.010 | 0.010 | 0.000 |
| Tus logros en la vida | 0.328* | 0.048 | 0.383* | 0.048 | 0.243* | 0.033 |
| Los grupos de los que formas parte | -0.078 | -0.002 | -0.222 | -0.020 | 0.068 | 0.002 |
| Las relaciones con otras personas | 0.164* | 0.011 | 0.243* | 0.025 | 0.122 | 0.005 |
| Tu seguridad personal | 0.345* | 0.046 | 0.335* | 0.043 | 0.316 | 0.029 |
| La seguridad por el futuro | -0.038 | -0.000 | -0.095 | -0.004 | 0.034 | 0.000 |
| Tu orientación sexual | 0.094 | 0.007 | 0.063 | 0.003 | 0.146 | 0.014 |
| Total | | 0.118 | | 0.110 | | 0.092 |
| R^2 corregida | 0.568 | | 0.597 | | 0.511 | |
| Varianza total % | 56.8 | | 59.7 | | 51.1 | |
| Varianza única % | 11.8 | | 11 | | 9.2 | |
| Varianza compartida % | 45.0 | | 48.7 | | 41.9 | |
| ΔR^2 | 0.006 | | -0.001 | | 0.007 | |
| * $p < 0,05$ | | | | | | |
| ^a Coficiente estándar de regresión | | | | | | |
| ^b Correlaciones semiparciales | | | | | | |

5.2. Resultados del estudio II

5.2.1. Análisis de los datos cualitativos.

Las entrevistas se grabaron con un magnetófono y posteriormente se llevó a cabo la transcripción de las mismas. Una vez elaborado el texto, se procedió al análisis del contenido como técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos. Éste análisis se basa en la lectura como instrumento de recolección de la información y debe hacerse de manera sistemática, objetiva, replicable y válida (Olanbuénaga, 2007).

El primer paso del análisis fue leer el texto obtenido de las transcripciones de las entrevistas, sometiéndolo a varias lecturas de manera cíclica. Es decir, no de forma lineal, si no que se realizó varias veces para obtener una información más rica y completa. Durante éste proceso ya se inició una primera aproximación al sistema de categorización. Éste sistema simplifica las unidades de registro, en nuestro estudio las frases o expresiones de los participantes, incluidas en una

categoría a partir de un criterio determinado. Se siguió el criterio temático, donde las unidades de registro estaban contenidas en una categoría o en otra, cuando tenían en común un tema en concreto. A la vez, las categorías estaban contenidas en temas y estos en ejes temáticos, que corresponden al objeto principal de estudio (ver figura 3).

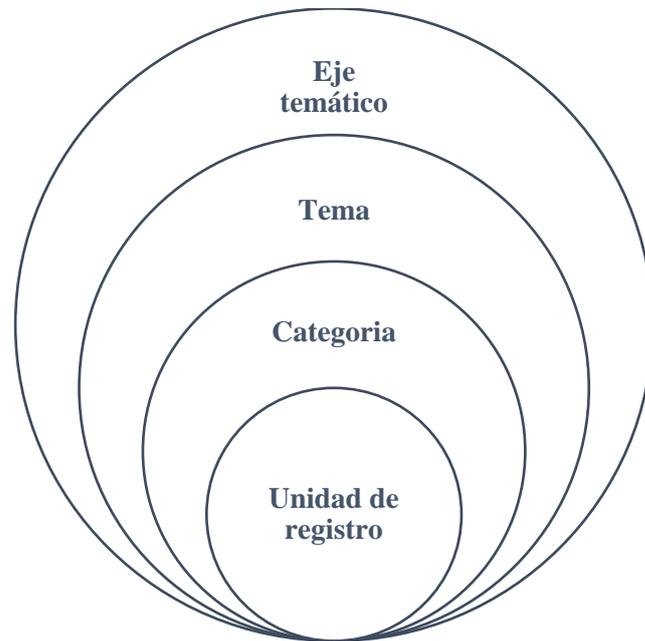


Figura 3. Criterio temático para la categorización del contenido.

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2. Principales resultados del estudio II.

Han emergido cuatro ejes temáticos con distintos temas para cada uno de ellos (ver Tabla 7). Los tres primeros ejes temáticos que han surgido, *aceptación e inclusión social, divulgación de la orientación Gay y asunción*

la orientación sexual Gay. La información contendía en los tres primeros ejes temáticos ha sido redundante al relacionarla con el bienestar. Esto ha llevado a la aparición de un cuarto eje temático, denominado *bienestar*, que engloba los resultados del resto de ejes temáticos y que es el que describe a continuación.

En este eje temático, *Bienestar*, afloran tres temas: el primer tema hace referencia a la definición que los participantes hacen del bienestar subjetivo y a la percepción del bienestar que estos tienen en el momento de la entrevista. Sus comentarios se han estructurado en tres categorías: bienestar emocional, bienestar físico y bienestar social.

En el segundo tema se incluyen los factores influyentes en el bienestar en el que han emergido tres categorías: (1) la influencia de la orientación sexual, (2) la influencia de la divulgación de la orientación sexual y (3) la influencia del proceso de aceptación de la identidad Gay.

El último tema que se ha identificado contiene las sugerencias que hacen los participantes para mejorar su bienestar. De este tema emergen tres categorías: (1) los profesionales y la relación de ayuda, (2) los profesionales de enfermería y la promoción del bienestar, y finalmente (3) las estrategias de mejora para aumentar el bienestar de las personas Gay (ver Tabla 8).

En cada categoría se incluyen ejemplos, con citas literales de los participantes, que presentamos mediante códigos para identificar a cada uno de ellos (por ejemplo P₁. 26 años hace referencia al participante uno y a su edad).

Tabla 7.

Ejes temáticos y temas que surgieron a partir del análisis del contenido temático de las entrevistas.

| Ejes temáticos | Temas |
|---|--|
| Eje 1: Aceptación e inclusión social | 1. El papel de la familia 2. El papel de los amigos |
| Eje 2: Divulgación de la orientación sexual Gay | 1. El momento de la divulgación 2. Los motivos de la divulgación |
| Eje 3: Asunción de la identidad Gay | 1. El proceso de aceptación de la identidad Gay 2. Necesidades relacionadas con la orientación sexual |
| Eje 4: Bienestar | 1. Definición de bienestar y bienestar actual 2. Factores influyentes en el bienestar 3. Mejoras en el bienestar |

Tabla 8

Temas y categorías del eje temático Bienestar.

| Eje temático | Tema | Categoría |
|--------------|--|--|
| Bienestar | 1. Bienestar actual | 1. Bienestar emocional |
| | | 2. Bienestar físico |
| | | 3. Bienestar social |
| | 2. Factores influyentes en el bienestar | 1. Orientación sexual |
| | | 2. Divulgación de la orientación sexual homosexual |
| | | 3. Proceso de aceptación de la orientación sexual homosexual |
| | 3. Sugerencias de mejora en el bienestar | 1. El profesional y la relación de ayuda |
| | | 2. Los profesionales y la promoción del bienestar |
| | | 3. Sugerencias para mejorar el bienestar de las personas Gay |

5.2.2.1 Tema 1: Bienestar actual.

En este tema se ha tratado aspectos como la percepción y la valoración subjetiva del bienestar en el momento de la entrevista. Todos los participantes dan gran importancia al hecho de que para tener un bienestar subjetivo elevado es necesario tener un equilibrio emocional, físico y psíquico, cosa que se consigue a través de la aceptación de uno mismo.

P₃. 35 años “(...) *para tener un buen bienestar lo primero que uno necesita es aceptarse a sí mismo, sea en el sentido que sea ¿eh? Ya sea hablando de homosexualidad o de otras cosas (...) y de tener la conciencia tranquila, y siempre actuar con consecuencia y ser sincero con uno mismo (...)*”.

A partir de aquí se han definido tres categorías para cada una de las tres esferas relacionadas con el bienestar, la emocional, la física y la social, ya que para todos los participantes son aspectos importantes a tener en cuenta en su bienestar.

- *Categoría 1: Bienestar emocional.*

En esta categoría los participantes hacen referencia a la estabilidad de sus sentimientos y emociones. En general han hecho una valoración buena o muy buena de su bienestar emocional actual.

P4. 27 años “(...) *Muy bueno*”.

P5. 26 años “*En este momento creo que estoy bien...sí, estoy en un buen momento*”.

- *Categoría 2: Bienestar físico.*

En cuanto a esta categoría, se ha definido el bienestar físico como la sensación el sentirse lleno de energía y sin dolor físico. Los participantes lo valoran como bueno o correcto.

P2. 28 años “*Bueno (...)*”.

P1.26 años “*De momento correcto*”.

- *Categoría 3: Bienestar social.*

El bienestar social, los participantes lo han relacionado con tener apoyos y sentirse aceptados e integrado en algún círculo, ya fuera en el de los amigos o la familia. Pero si en las anteriores categorías la valoración de los participantes ha sido buena o muy buena, en relación al bienestar social, los participantes que no han comunicado su orientación sexual a su círculo cercano lo valoran como regular.

P₃. 35 años *“Regular, por que no es natural.”*

P₅. 26 años *“De aquella manera (...) siempre vas como con pies de plomo con la gente”*

5.2.2.2. Tema 2: Factores influyentes en el bienestar.

En este punto se han analizado distintos factores que susceptibles de influir en el bienestar de los participantes así como en el de las personas LGB en general. A partir de aquí se construyeron tres categorías: la orientación sexual, la divulgación de la orientación sexual al círculo cercano y el proceso de aceptación de la orientación sexual.

- *Categoría 1: Influencia de la orientación sexual.*

En esta categoría se ha indagado en cómo una orientación sexual no heterosexual puede ser un posible influyente en el bienestar. Es decir, si los participantes creen que el hecho de tener una orientación LGB puede determinar diferencias en el bienestar respecto a las otras orientaciones sexuales. Ha habido diversidad de opiniones entre los participantes, la mayoría (cuatro de ellos) está de acuerdo en considerar que la orientación sexual es un aspecto que influye en su bienestar, tanto a nivel físico,

P₁. 26 años *“Sí que existen diferencias si.”*

social,

P_{2.28} años “(...) lo veía en la universidad (...) después entró uno que era Gay y siempre estaba apartado, o sea que no le hablaban ¿sabes? (...)”

P_{1.26} años “Bueno, no sé, ser Gay tampoco te tiene por que influir en eso (...) lo que hace que te sientas mal es la gente o lo que la gente pueda pensar de ti”

como emocional,

P_{5.26} años “A veces psicológicamente te vuelves loco, y dices ostras...ya está bien ¿no?”

- *Categoría 2: Divulgación de la orientación sexual.*

Se ha indagado hasta qué punto el comunicar o no la orientación sexual al círculo cercano (familia y amigos) puede ser un factor influyente en el bienestar personal y todos los participantes han reconocido que ocultar su orientación sexual es un factor negativo para su bienestar y que comunicarla ejerce un papel positivo.

P_{2.28} años “(...) cuando hablas con la gente te dicen que se han quitado un peso de encima y que es lo mejor que han podido hacer o que puedes hacer. (...) y yo creo que si se lo dijera, creo que volvería a una relación con mi madre mucho más fluida, porque ahora...”

P_{4.27} años “ (...) yo creo que tanto en mi casa como con mis amigos, yo creo que ha sido mejor, al menos he confiado más libremente y a ellos les ha hecho sentirse bien el hecho de que yo se lo haya explicado.”

P_{5.26} años “ (...) puede que la reacción sea buena o mala, pero al final te lo quitas de encima tú. Tú has dejado la mochila allí (...). Es por sentirme más libre.”

En relación a si comunicar o no la orientación sexual influye de alguna manera a la esfera emocional, social y física y en consecuencia al bienestar de los participantes, todos ellos consideran que a nivel social sí que afecta a su bienestar,

P_{1.26} años “ (...) los que no han salido del armario sinceramente yo considero que tienen un problema muy grande a la hora de sentirse identificados con un grupo, y no sólo el simple hecho de encubrirlo o esconderlo, es que no te dejas llevar... no te dejas.”

A nivel físico tres de los participantes están de acuerdo en que divulgar la orientación sexual sí es determinante para su bienestar y dos que piensan que no lo es,

P_{3. 35} años “Yo creo que si psicológicamente te afecta, te acaba repercutiendo físicamente”.

P₁. 26 años *“Yo considero que lo físico no repercute para nada en el tema este”.*

Y finalmente es en el plano emocional donde todos los participantes piensan que comunicar o no a su círculo social cercano su orientación sexual puede ser un determinante en su bienestar:

P_{5.26} años *“(…) y a veces te obsesionas (…) lo tengo que decir, lo tengo que decir y lo tengo que decir… y al final es una cruz que llevas encima”.*

Entre los motivos por los cuales las personas LGB, entre ellos algunos participantes, no comunican a su familia y/o amigos su orientación sexual surgieron algunos como el miedo al rechazo de la familia y las posibles críticas sociales.

P_{5.26} años *“(…) por la reacción sobre todo por la parte masculina de mi familia, o sea mi padre (…) básicamente este es el miedo. (…) y por que no quiero ser señalado como el profesor marica.”*

P₄. 27 años *“Por miedo al rechazo, al rechazo de la sociedad y que me señalen.”*

P₂. 28 años *“Lo que me sabría mal por ejemplo, yo que sé, que mi abuela estuviera paseando por el mercado y le dijeran algún comentario (…)”*

▪ *Categoría 3: Proceso de aceptación de la orientación sexual homosexual*

En cuanto a cómo el proceso de formación de la identidad Gay y su aceptación ha influenciado en su bienestar, el análisis ha puesto de manifiesto que para los participantes del estudio ha sido un proceso que ha marcado sus vidas y en algunos casos actuando negativamente en contra de su bienestar personal, principalmente en el área emocional.

P2. 28 años *“(...) sí sí que me ha afectado negativamente bastantes años, todo el tema de la negación también, es una cosa que no te esperas (...) es uno de los principales factores que influyen en una etapa de la vida de las personas homosexuales (...) que si, te deprimen, y eso seguro que no es bueno.”*

P4. 27 años *“(...) si entiendes que la aceptación es vivir en libertad tu sexualidad sin pensar que estas cometiendo un error o que estás haciendo alguna cosa que te perjudica, obviamente influye en tu bienestar.”*

P1. 26 años *“(...) fue muy difícil, porque fue complicado, tuve ansiedad, problemas psicológicos, se me giró el mundo.”*

Durante las entrevistas han aflorado sentimientos y emociones que vivieron en el proceso de aceptación de su homosexualidad durante la etapa adolescente, en la que reconocen sentimientos de soledad, momentos

emocionalmente complicados sintiéndose perdidos y sin saber a dónde ni a quién acudir, en algunos casos utilizando estrategias de evitación y huida.

P₅. 26 años *“Cuando tienes 15 años es una putada”*, *“(…) un día de estos se me pasa, como todo, es una tontería ahora de momento”*.

P₃. 35 años *“(…) partiendo de la base de que es una gran putada, por que es algo que pasas tu solo y para lo que uno no está preparado y menos cuando eres un adolescente (…)*

P₂. 28 años *“(…) ya me fui en plan, necesito desconectar, es que no sé cómo enfocararlo y necesito irme.”*

Se ha preguntado a los participantes cuál es su opinión acerca de la posibilidad de que las personas LGB tengan unas necesidades distintas a las personas que no lo son. En general los participantes no creen que existan necesidades diferentes en función de que las personas tengan una orientación sexual u otra.

P₁. 26 años *“Yo creo que tenemos las mismas necesidades (…)”*.

Al profundizar y trasladar la cuestión al pasado cuando ellos eran adolescentes y contextualizar el momento en el que ellos estaban experimentando el proceso de aceptación de la orientación sexual LGB

cuatro de ellos consideran que las necesidades durante este periodo sí que son diferentes entre los adolescentes LGB a los adolescentes heterosexuales,

P3. 35 años “(...) yo por lo que he vivido, las necesidades de un adolescente homosexual no son las mismas que las de un heterosexual, por ejemplo.”

5.2.2.3.. Tema 3.: Mejoras del bienestar personal.

En este último tema se incluyen las opiniones de los entrevistados sobre qué aspectos y actitudes podría mejorar el bienestar de las personas LGB, así como el papel que los profesionales de enfermería podrían tener en aspectos relacionados con la sexualidad en general y con la identidad LGB en particular.

- *Categoría 1: Propuestas para mejorar el bienestar de las personas homosexuales.*

Cuando se les ha preguntado por cuáles son los aspectos que pueden mejorar el bienestar personal de las personas Gay han surgido principalmente dos. El primero hace referencia a la manera de llevar cabo la educación sexual y el segundo a la necesidad de profesionales especializados y formados sobre temas LGB:

P4. 27años “(...) cambiar un poco el discurso o intentar también la forma de hacerlo llegar (...)”

P5. 26 años “(...) *hacen falta medios específicos o medios especializados sobre el tema. Lo encuentro totalmente necesario.*”

- *Categoría 2: Los profesionales y la relación de ayuda.*

Con respecto a si acudirían o han acudido a algún profesional en momentos conflictivos de su proceso de formación *identitario*, dos de los participantes admiten que pedirían ayuda a un psicólogo.

P2. 28 años “*Yo creo que a un psicólogo*”.

El resto de participantes no está de acuerdo en recibir ayuda de un psicólogo, sino que buscarían otros apoyos alternativos como los amigos.

P4. 27 años “(...) *a profesionales, posiblemente a ninguno, a las amistades*”.

P3. 35 años “*Yo creo que nadie que no haya pasado por eso, puede entenderlo*”.

- *Categoría 3: El papel de los profesionales en la promoción del bienestar.*

En relación a cuál sería el papel que los profesionales de enfermería pueden tener para promover el bienestar de las personas LGB, todos los participantes están de acuerdo que podrían hacer una buena función creando relaciones de ayuda y a la vez lo contemplan como parte de sus competencias profesionales.

P4. 27 años *“De hecho forma parte de su trabajo. (...) es posible que puedan hacer...a ver...empezando por educación sexual, pues sí, pueden hacer muchas cosas”.*

P5. 26 años *“(...) estoy totalmente de acuerdo, o sea si hubiera alguna figura en la sanidad pública especializada en este tema, creo que debería ser el enfermero (...)”*

Parte III: Discusión y conclusiones

Capítulo 6. Discusión

6.1. Discusión del estudio I

Las puntuaciones medias del PWI-7 para el total de la muestra están algo por debajo de la media para muestras occidentales ($M=75$ $SD= 12.3$) tal como se describe en Cummins (2006), Cummins et al. (2003) y Cummins y Cahill (2000) y que corroboran otros estudios (Lau, Cummins, & McPherson, 2005; Renn et al., 2009) pero dentro del rango normativo para esta escala (Cummins, 2010).

El grupo de personas LGB expresa medias más bajas tanto en el PWI-7 como en la HOL y la OLS respecto al grupo de personas heterosexuales siendo las diferencias de medias estadísticamente significativas para el PWI-7 y la OLS. Estos datos coinciden con otras investigaciones que exploraron el bienestar en población LGB, en los que también se constataron puntuaciones bajas en el bienestar (Riggle, Rostosky, & Danner, 2009; Jager & Davis-Kean, 2011; Perales, 2016), aunque utilizando instrumentos distintos al PWI y sin comparar estos datos con población heterosexual.

Estos resultados podrían ser explicados por el hecho de que la percepción de diferencia, el estigma, los prejuicios, la falta de libertad para expresar su identidad sexual frente a la sociedad y la ocultación de la propia orientación sexual (Hu, Wang, & Wu, 2013) así como el propio proceso de identificación y aceptación de la orientación sexual (Sean, Halpin, Hons, &

Allen, 2004) como factores que contribuyen a disminuir el bienestar de las personas LGB.

En esta línea, si adoptamos como modelo teórico la teoría homeostática del bienestar (Cummins & Cahill, 2000) para explicar la relación entre el bienestar subjetivo y la orientación sexual podríamos plantear como hipótesis que, en el caso de las personas LGB, experiencias tales como el proceso de aceptación de la orientación LGB, la percepción de diferencia frente a la sociedad, las experiencias de *bullying* y de discriminación por motivo de orientación sexual, serían experiencias vitales que podrían constituir lo que los autores llaman determinantes de tercer orden. Éstos impactarían negativamente en los rasgos de personalidad de las personas (determinantes de primer orden) afectando a reguladores como la autoestima, el optimismo vital y el autocontrol, afectando a su control homeostático dando lugar a una disminución de su bienestar subjetivo (McCabe, Cummins, & Deeks, 2000) (ver Figura 4).

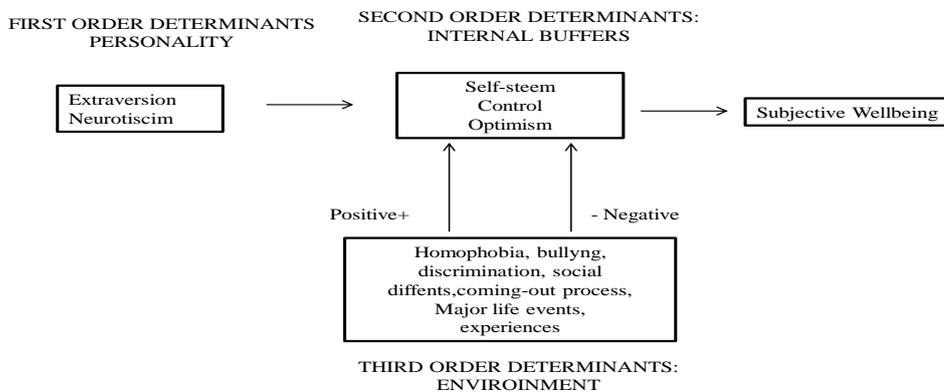


Figura 4. Adaptación de la teoría homeostática del bienestar a las personas LGB. Fuente: elaboración propia.

Aunque no mostraron significación estadística, las medias para el grupo de personas LGB son más bajas en todos los ítems que conforman el PWI-7 en comparación con el grupo de personas heterosexuales, exceptuando el ítem de *satisfacción con los grupos de gente de los que forman parte*. Según Venhoveen (2008) el apoyo social guarda una relación causal positiva en la protección de los estereotipos negativos sociales. Éste ítem está formulado para englobar cualquier grupo de personas, ya sean amigos, familia u otros, y es por eso que no podemos saber si los participantes de este estudio, al valorarlo, lo hacían pensando en la familia, en los amigos u en otros grupos de personas. Pero hay algunas investigaciones que apuntan que las personas LGB reciben más apoyo social de los amigos que de la familia mientras que

en las personas heterosexuales se produce más bien lo contrario (Berger & Mallon , 1993; Dominguez , Hombrados, & Garcia, 2012).

Destacan las bajas puntuaciones en las dos dimensiones relacionadas con la seguridad del PWI-7, tanto en la *satisfacción con la seguridad por el futuro* como en la *satisfacción con la seguridad personal*, para el total de la muestra estudiada, también observadas en estudios previos (ver Lau, Cummins, & McPherson, 2005; Yiengprugsawan et al., 2010). Las explicaciones de estas puntuaciones bajas que se constatan también en nuestro estudio podrían estar sustentadas por el contexto socioeconómico de crisis y desempleo que el país estaba viviendo en el momento en el que se ha realizado la investigación, lo que coincidiría con los estudios de Venhoveen (2005) y Böhkne (2008).

En concreto, la media del ítem de satisfacción *con la seguridad personal* es muy baja en el grupo LGB. Una posible explicación podría ser que las personas no heterosexuales se puedan sentir inseguras en relación a las leyes que sustentan sus derechos. Si bien es cierto que ha habido una evolución importante en la última década, principalmente en algunos países pertenecientes a la Comunidad Europea, la legalidad no impide que las personas LGB puedan ser sometidas a victimización por parte de la sociedad (Itaborahy & Zhu, 2013), enfrentándose a situaciones de violencia y agresiones por su orientación sexual.

Un buen número de investigaciones coinciden en que el proceso de reconocimiento de la orientación sexual se produce durante la segunda infancia y la adolescencia (Harrison, 2003; Soriano, 1994; Spurlock, 2002). En nuestro estudio la media de edad de los participantes fue de 35.37 años ($SD = 9.33$). Esto nos hace pensar que muy probablemente los participantes LGB tienen ya aceptada su orientación e identidad sexual. Esto explicaría las puntuaciones elevadas en el ítem de satisfacción *con su orientación sexual* expresadas por los dos grupos. Pero aunque las puntuaciones en éste ítem han sido altas, hay que destacar que las personas LGB puntuaron la satisfacción *con su orientación sexual* de forma más baja que el grupo heterosexual, siendo la diferencia de medias estadísticamente significativa. Esto nos lleva a pensar que la orientación sexual puede ser un factor influyente en el bienestar subjetivo que merece la pena considerar. Lo que no podemos afirmar es si esta influencia se debe a la orientación sexual en sí misma o a las vivencias y acontecimientos que las personas LGB han experimentado en el transcurso del proceso de aceptación hasta llegar a identificarse como no heterosexuales.

Los análisis de regresión han indicado una capacidad predictiva del PWI-7 y PWI-8 de más del 50% tanto para la OLS como para la HOL. En cuanto a los ítems de satisfacción con mayores varianzas explicadas, los resultados coinciden con anteriores investigaciones (Yiengprugsawan et al., 2010; Lau,

Cummins, & McPherson, 2005), en los que *la satisfacción con lo seguro que te sientes, la satisfacción con lo que has conseguido en la vida y la satisfacción con tu nivel de vida* son los ámbitos del PWI-7 que más explican la OLS.

En la regresión del PWI-7 para medir la capacidad predictiva de la HOL, no se han observado grandes diferencias respecto de la OLS en el sentido de que los ámbitos de satisfacción con mayor capacidad explicativa han sido los mismos, exceptuando la *satisfacción con el nivel de vida*, que únicamente tuvo una buena aportación en la regresión del PWI-7 sobre la OLS.

En cuanto a la regresión del PWI-8, se observa que las varianzas totales han aumentado en el grupo de personas heterosexuales tanto en el caso de la OLS como de la HOL. En cambio, la varianza total disminuye en la regresión del PWI-8 con la OLS para las personas LGB.

La aportación del ítem complementario es mayor al explicar la OLS en el grupo de personas heterosexuales, mientras que en el grupo de personas LGB, el ítem de *satisfacción con la orientación sexual* muestra mayor capacidad explicativa para la HOL. Así mientras que para el grupo de personas LGB, en las dos versiones del PWI, muestran mayor capacidad predictiva de la OLS, en el caso de las heterosexuales lo es para la HOL.

En relación con estos resultados creemos que, aunque algunos autores se han referido a la satisfacción y la felicidad como conceptos similares, para nosotros serían conceptos distintos lo que ha suscitado nuestro interés en realizar modelos de regresión considerando tanto la HOL como la OLS. De acuerdo con Veenhoven (2009) la felicidad se utilizaría para una valoración afectiva de la vida que juzgaría la calidad de vida global. Esta valoración afectiva se relaciona con el estado de ánimo y las emociones que son consecuencia de los acontecimientos vitales de cada individuo y la evaluación esta dimensión del bienestar subjetivo se hace valorando el grado en que la persona se siente triste, contenta, alegre, etc. (Cummins & Nistico, 2002). En cambio, la satisfacción incluiría a esta valoración global de la vida el componente cognitivo (Cummins & Cahill, 2000; Diener, 1994) y juzgaría el grado en que la persona ha cumplido sus aspiraciones en la vida de una forma general comparándose con las demás personas.

Así, podríamos decir que las personas LGB que han participado en nuestro estudio al contestar el PWI para valorar su bienestar subjetivo, lo podrían haber hecho a partir de su componente más afectivo, mientras que las personas heterosexuales lo habrían hecho a partir de un proceso más cognitivo. Por ello, creemos que nuestros resultados apoyan la hipótesis de que la valoración del bienestar subjetivo ofrece características distintas

dependiendo de la orientación sexual de las personas que participan (Jager & Davis-Kean, 2011).

6.2. Discusión del estudio II

Los resultados de esta investigación nos han permitido identificar algunos de los factores que pueden ser influyentes en el bienestar subjetivo de las personas LGB, en concreto de los hombres Gay, y a la vez aproximarnos a las emociones y sentimientos que estas personas vivieron en su proceso de aceptación e identificación de la orientación sexual.

Los participantes del estudio han valorado su bienestar subjetivo de manera positiva en el momento que se ha realizado la entrevista y la mayoría han relacionado el tener un buen bienestar con aceptarse a sí mismos, vivir en libertad y acorde con sus sentimientos.

El hecho que todos los entrevistados aseguraron haber aceptado su identidad LGB puede estar relacionado con la valoración positiva de su bienestar subjetivo coincidiendo con algunos estudios que aseguran que el aceptarse como LGB y vivirlo de manera positiva (Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009) y tener mayor satisfacción con su identidad sexual (Cramer et al., 2016; Domínguez, Hombrados, & García, 2012) son aspectos importantes a tener en cuenta en el bienestar subjetivo de la población LGB.

Al analizar el contenido de las conversaciones han surgido tres factores principales que parecen influir en el bienestar subjetivo de los entrevistados. El primer factor influyente que se ha identificado ha sido cómo la condición de gay, en algún momento de sus vidas ha tenido un peso importante en su bienestar subjetivo. En este punto, cuatro de los participantes han estado de acuerdo en que el sólo el hecho de ser gay ha hecho que vivieran experiencias que han podido contribuir a afectar su bienestar. Entre algunas de las experiencias se nombraron hechos de estigmatización (Riggle, Rostosky, & Danner, 2009; Wright & Perry, 2006) discriminación y aislamiento social (Graber & Archibald, 2001; Martxueta & Etxeberria, 2014) al mismo tiempo que han hecho referencia al sufrimiento psicológico que han vivido en algunos momentos (Graber & Archibald, 2001).

El segundo factor influyente que ha emergido es la contribución de la divulgación de la orientación sexual a su bienestar subjetivo. El análisis de los resultados parece mostrar que podría existir una relación entre el bienestar subjetivo y el hecho de haber comunicado o no su identidad Gay a su círculo más cercano como son la familia y los amigos. En esta línea, todos los entrevistados han asegurado estar de acuerdo en que no comunicar su identidad contribuyó negativamente a su bienestar y que comunicarla lo hizo de manera positiva. De hecho, los participantes que no habían divulgado su

orientación sexual, han valorado su bienestar social de una forma más negativa que los que si lo habían hecho.

De acuerdo con esto, investigaciones previas han demostrado que el ocultamiento de la identidad LGB puede asociarse a depresión y estrés psicológico (Lewis, Derlega, Berndt, Morris, & Rose, 2002), afecta a los recursos cognitivos (Cricher & Ferguson, 2014), afecta a las relaciones interpersonales (Patchankis, 2007) y se ha correlacionado también con una menor salud mental y física (Greene, Derlega, & Matthews, 2006; Morris, Waldo, & Rothblum, 2001; Smart & Wegner, 2000; Ullrich, Lutgendorf, & Stapleton, 2003) así como a una disminución del bienestar (Durso & Meyer, 2013). En cambio revelar la identidad sexual tiene beneficios para el bienestar de las personas LGB, protege del estrés psicológico y promueve la salud mental positiva (Legate, Ryan, & Weinstein, 2012),

De los cinco hombres que participaron en el estudio, tres sí habían comunicado su orientación sexual a su entorno cercano y dos no lo habían hecho hasta el momento.

Entre los motivos de no haberlo hecho, afloraron cuestiones como el miedo al rechazo de la familia, provocar relaciones negativas y verse sometidos a juicios sociales (Savin-Williams, 2005).

Los hallazgos sobre este tema aseguran que las personas LGB comunican su orientación sexual antes a los amigos que a sus familias (Groves, Bimbi,

Nanín, & Parsons, 2006; Savin-Williams & Ream, 2005), por miedo a que estas últimas queden en estado de shock psicológico, reaccionen con ira o con negación frente a la noticia de que su hijo es gay (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005; Savin-Williams & Ream, 2005).

El último factor que ha surgido como influente en el bienestar subjetivo de los participantes ha sido la experiencia de vivir un proceso hasta reconocerse y aceptar su identidad como gay.

Basándose en recuerdos de aquella realidad han explicado haberse sentido solos y en algún momento aislados socialmente, haber vivido situaciones de angustia y sufrimiento psicológico (Badgett, Nezhad, Waaldijk, & Meulen, 2014; COGAM, 2013; Eisenberg, 2006; Glover, Galliher, & Lamere, 2009; Ilga, 2016) gestionándolo en algún caso con estrategias de huida lo que ha implicado separarse temporalmente de sus familias y amigos (Cramer et al., 2016). Estos hechos han llevado a reconocer a todos los entrevistados que las situaciones que vivieron en su día han podido influir en su bienestar subjetivo (Sean, Halpin, & Michael, 2004).

En cuanto a la ayuda que han necesitado en los momentos conflictivos hacia la aceptación y el reconocimiento de su identidad, algunos de los participantes optaban por contar con los amigos o con ninguna ayuda, aludiendo a que nadie que no haya pasado por esas circunstancias puede

entender qué tipo de ayuda se necesita, aunque alguno de ellos ha reconocido que seguramente hubiera necesitado una atención especializada (D'Augelli, Grossman, & Starks, 2005) como la de un psicólogo.

En lo que todos han estado de acuerdo es en la necesidad de un cambio hacia un discurso en positivo de un aspecto tan fundamental para las personas como es la sexualidad por la implicación que tiene para la salud y la calidad de vida (McCabe & Cummins, 1998) y al mismo tiempo también hablan de la necesidad que existan profesionales formados en sexualidad para llegar a establecer una relación de ayuda con las personas que puedan necesitar algún recurso en situaciones conflictivas hacia el reconocimiento y aceptación de su identidad gay.

También ha surgido en las entrevistas el papel del profesional de enfermería como agente importante de cambio en el papel de la educación sexual, la identificación de las necesidades y los cuidados que se deben proporcionar a la población LGB para mejorar su bienestar subjetivo.

De acuerdo con Walsh, Barnesteiner, De Leon, Cotter, y Everett (2012), este cambio de paradigma se debe iniciar desde la formación de grado y postgrado en las universidades, donde existen pocos planes de estudios que incluyan en sus currículos contenidos sobre diversidad sexual y cuidados hacia personas LGB. Es importante promover la enfermería hacia la equidad,

la educación y la investigación en salud que integre experiencias y necesidades de la población LGB y por otro lado se debe ampliar el concepto de diversidad más allá de las interpretaciones étnicas o culturales.

Impera la necesidad de que el profesional de enfermería esté formado y preparado para asesorar y orientar a las minorías sexuales en los momentos en que necesiten ayuda para evitar que las personas LGB se sientan excluidas en un sistema de salud que no cuenta con un plan de cuidados destinado a ellas. Pero si bien los profesionales de enfermería se han ido formando y adaptando a las distintas realidades sociales y culturales, también es importante que lo estén en temas relacionados con la orientación sexual y la sexualidad en general.

Según el estudio realizado por Carabez et al. (2015) el 80% de los profesionales de enfermería manifiestan niveles bajos de conocimientos en las problemáticas y las necesidades de las personas LGB y el 30% se sentía incomodo al tratar temas relacionados con el colectivo LGB por falta de conocimientos lo que les llevaba a tener creencias estereotipadas.

Esto plantea en primer lugar si las personas LGB verían como referentes a los profesionales de enfermería para pedir ayuda y en segundo lugar si éstos están preparados para dar una atención de calidad, asesorando y promoviendo una relación de ayuda con estas personas.

Los profesionales de enfermería tienen un papel crucial en la promoción la diversidad sexual a través de la educación y la identificación de necesidades que pueden ser exclusivas de las personas LGB.

Esto se consigue con la presencia de asignaturas en el grado y el postgrado que traten la sexualidad más allá de una mirada puramente reproductiva, centradas en la prevención y los cuidados de enfermería de las personas con enfermedades de transmisión sexual, dando un enfoque más plural de la sexualidad en todas sus dimensiones y adaptándose a la realidad social. Por otra parte, igual de importante que la formación de los profesionales de enfermería, es continuar con investigaciones con el máximo rigor científico, centradas en la población LGB, en la búsqueda de necesidades de salud de estas personas.

Capítulo 7. Conclusiones

En relación con el objetivo general de esta tesis los resultados de los dos estudios realizados nos sugieren que tener una orientación sexual LGB o heterosexual puede tener un papel importante en el bienestar subjetivo.

Lo que no podemos afirmar es que sea la orientación o la identidad LGB en sí misma la que influya en el bienestar si no que creemos que esto puede ser debido, como se ha expuesto a lo largo de la tesis, a las particularidades que las personas LGB experimentan a lo largo de sus vidas hasta reconocerse como no heterosexuales.

Respecto a los objetivos específicos del estudio I, se ha puesto de relieve que las personas LGB aportan una valoración global de su bienestar subjetivo dentro de los valores que están considerados como normales pero significativamente inferiores si los comparamos con las personas heterosexuales. Asimismo, todos los ámbitos de satisfacción que conforman el PWI, la satisfacción con la vida considerada globalmente (OLS) y la valoración de la felicidad de forma global (HOL) que también se han analizado, han sido peor valorados por los participantes LGB respecto a los que se identificaban como heterosexuales.

El instrumento que se ha utilizado para expresar el bienestar subjetivo (PWI), nos indica una buena consistencia interna tanto en su versión original

como en la que hemos adaptado añadiendo un nuevo ítem de *satisfacción con la orientación sexual*, lo que apunta a que es una buena herramienta para valorar el bienestar subjetivo en la muestra estudiada, aunque somos conscientes de que existen limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de extrapolar los resultados.

Es por ello, que sería conveniente aplicar el instrumento en muestras más amplias y diversificadas, así como añadir otros ítems de satisfacción relacionados con la sexualidad como hemos hecho con la orientación sexual que puedan ayudar a profundizar sobre el papel de este constructo en el bienestar subjetivo.

Los datos obtenidos en las entrevistas *semiestructuradas* nos han permitido conocer algunas emociones, sentimientos, opiniones y pensamientos de los participantes en relación a lo que significa para ellos tener una orientación y una identidad gay.

En concordancia con los objetivos específicos del estudio II los hombres entrevistados mencionaron algunos de los posibles influentes en su bienestar subjetivo. Es destacable que los participantes valoraran que el simple hecho de tener una identidad gay y la lucha por conseguir vivirla de manera plena y libre han sido dos aspectos a considerar como influentes en su bienestar. Y es que el hecho de que la construcción de la orientación y la identidad de las

personas heterosexuales pase inadvertida, no debería eximir tener en cuenta que existen otras identidades sexuales que tienen ciertas singularidades para desarrollarse y que como consecuencia estas personas tienen que lidiar con situaciones a menudo desagradables para que su identidad se construya con éxito. Este hecho podría tener concordancia con los resultados del estudio I en los que se ha constatado que las personas LGB puntúan una menor satisfacción *con su orientación sexual* respecto a las personas Heterosexuales.

El proceso de formación de la identidad gay en base a nuestros resultados, parece que también se debe tener en cuenta como un posible influente del bienestar subjetivo de las personas LGB, si bien los dos estudios llevados a cabo en esta tesis no permiten establecer relaciones causales.

El proceso de formación de la identidad LGB se considera una experiencia única que no viven las personas heterosexuales y que está repleta de sentimientos de soledad, negación y confusión, en las que se tienden a adoptar estrategias de huida y alienación con su círculo social más cercano. Enfrentarse a la realidad social *heteronormativa* y tener que finalmente comunicar su identidad LGB a la sociedad, así como divulgarla, son otros de los posibles influentes en el bienestar subjetivo que hemos podido detectar con el análisis de los datos cualitativos.

Confrontarse con la heterosexualidad impuesta por la sociedad en el momento del nacimiento y divulgar o comunicar la identidad gay como expresión de aceptación plena de su identidad está relacionada con el miedo al rechazo de la familia y los amigos. Con relación a esto, los participantes de nuestro estudio que no habían comunicado su identidad a su círculo social más cercano, aportaron peor bienestar físico y social que los participantes que si lo habían hecho. En este sentido, los resultados obtenidos en el estudio cuantitativo nos han indicado que las personas LGB puntúan la satisfacción *con su salud* por debajo de las personas Heterosexuales, lo que podría tener relación con las alusiones que algunos de los entrevistados hicieron de su bienestar físico como “regular” en el estudio II. El ítem de satisfacción *con el grupo del que formas parte* fue el único que el grupo de personas LGB no puntuó por debajo de las personas Heterosexuales en el estudio I, mientras que en el estudio II algunos de los hombres entrevistados si valoraron su bienestar social como “regular”, esto nos hace pensar que en el primer caso los participantes podrían estar pensando en su círculo social más cercano, mientras que en el segundo caso lo hacían pensando en la sociedad en general y en las actitudes que esta puede o tiene con las personas LGB.

Es importantes tener en cuenta que las entrevistas ser hicieron exclusivamente con hombres que tenían una identidad Gay cosa que implica ciertas limitaciones, y por lo tanto los resultados deben tomarse con cautela.

No podemos asegurar que las experiencias en cuanto al bienestar, la orientación sexual y la identidad de las mujeres Lesbianas y las personas Bisexuales sean iguales que las de los hombres Gay. Por eso creemos que sería interesante y enriquecedor tener en cuenta las experiencias de las personas lesbianas y bisexuales, porque es probable que aporten nuevos datos sobre como ellas viven la construcción y la consolidación de su identidad sexual y el papel que esto puede jugar en su bienestar subjetivo.

Junto con esto, pensamos que también sería importante tener en cuenta la diversificación de distintos escenarios socioculturales, económicos y geográficos. Vivir en zonas rurales o urbanas, en un círculo social conservador o pertenecer a una etnia o raza determinada son aspectos que creemos que también pueden influir en como las personas LGB puedan vivir la construcción y la consolidación de sus identidades.

Al mismo tiempo también queremos hacer mención a las limitaciones estadísticas que implica la utilización de un muestro en bola de nieve para la obtención de la muestra tal y como hemos utilizado en los dos estudios.

Al utilizar el muestreo en bola de nieve no tenemos control de cómo se constituye la muestra, no podemos garantizar representatividad ni el grado de precisión que ofrece, no podemos fijar a priori el tamaño de la muestra y por lo tanto éste es difícil de controlar. Además es importante precisar que

este tipo de técnica es sensible al sesgo de muestreo ya que puede suceder que todos los participantes compartan ciertas características o sesgos.

Durante las entrevistas a los participantes se ha podido comprobar la necesidad de profesionales referentes formados en sexualidad en general y en temas relacionados con las identidades LGB para establecer una relación de ayuda que no esté basada en procedimientos estandarizados *heteronormativos*. Creemos importante el papel que los profesionales de distintas disciplinas (salud, psicología, trabajo social, entre otros) deben ejercer a través del compromiso y la formación ante la diversidad sexual, a partir del aprendizaje y el conocimiento de las problemáticas con las que se pueden encontrar las personas LGB durante su desarrollo en la vida para así poder intervenir de una manera adecuada en mejorar su bienestar. Entre ellos, se ha identificado entre otros profesionales como el de la psicología, el papel del profesional de enfermería como posible agente de cambio, que oriente, asesore e identifique algunas de las necesidades específicas que las personas LGB puedan tener tanto en el proceso de formación de su identidad como en otros momentos conflictivos de sus vidas.

Pensamos que es importante destacar la complementación de los dos estudios que se han realizado para llegar a los resultados así como la utilización de metodologías distintas. El primero de ellos nos ha permitido

afirmar que los participantes LGB valoraban su bienestar subjetivo por debajo en comparación con los participantes heterosexuales, aunque éste hecho no nos permita establecer que tener una orientación LGB sea la causa de que esto suceda. En el segundo estudio, a partir de metodología cualitativa, nos ha ayudado a identificar y matizar cuáles podrían ser los posibles motivos de la valoración del bienestar subjetivo de los hombres Gay en el estudio anterior, no así en las mujeres Lesbianas e individuos Bisexuales.

En cuanto a las implicaciones que nuestros resultados pueden tener en la práctica, consideramos que las políticas, la educación de la sociedad y los profesionales de distintas disciplinas (salud, educación, psicología, entre otros) deben saber que, a pesar de los avances en los últimos 50 años, las personas LGB siguen enfrentándose a situaciones y circunstancias complejas, que pueden influir en su bienestar y calidad de vida.

Así creemos que tener en cuenta aspectos como las particularidades del proceso de formación de las identidades LGB, la homofobia, el *bullying* por orientación sexual y las dificultades con las que se enfrentan al divulgar su identidad sexual, son fundamentales para que entre todos podamos evitar que las personas LGB vivan situaciones que minen su bienestar.

En cuanto a las implicaciones para futuras investigaciones creemos que los estudios sobre el bienestar subjetivo de la población en general es un campo que está en permanente crecimiento y a tener en cuenta por su influencia en la calidad de vida de las personas. Aunque existen aportaciones sobre aspectos no menos importantes como la cultura, la alimentación, la religión y las relaciones con otras personas, entre otros, como influentes del bienestar subjetivo, la sexualidad no es un aspecto que se ha tenido demasiado en cuenta en estos estudios, cosa que hemos tomado como un reto para realizar esta tesis.

Es por ello que consideramos que la sexualidad en toda su complejidad es parte esencial en la vida de cualquier persona y por consiguiente puede tener una estrecha relación con su bienestar subjetivo. A la vez, en cuanto a nuestro objeto de estudio, la identidad y la orientación sexual como dimensiones indispensables de la sexualidad, creemos que son constructos a tener en cuenta en futuras investigaciones sobre el bienestar subjetivo.

Referencias

- Abbey, A. & Andrews, F. (1985). Modelling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16, 1-3.
- Amnistía Internacional. (2018). *Informe 2017/18 Amnistía Internacional: La situación de los Derechos Humanos en el Mundo*. London: Peter Benenson House.
- Andrews, F. & Withey, S. (1976). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping* (3a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* (3a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-17.
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervencion psicosocial*, 2(6), 5-15.
- Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex .(2019). de estado informe 2019. Recuperado de: https://ilga.org/downloads/ILGA_Homofobia_de_Estado_2019.pdf
- Autor y Méndez, I. (2012). Conductas de riesgo social y de salud en adolescentes. Propuesta de intervención contextualizada para un caso de *bullying*. *Anales de Psicología*, 28(3), 705-719.
- Badgett, M., Nezhad, S., Waaldijk, C., & Meulen, R. (2014). *The Relationship between LGBT Inclusion and Economic Development: An Analysis of Emerging Economies*. Los Angeles: US Agency for International Development (US AID) & The Williams Institute (UCLA).
- Baéz , J.(2007). *Investigación cualitativa*. Madrid: ESIC.
- Baile, J. (2008). *Estudiando la homosexualidad: teoría e investigación*. Madrid: Piramide.

- Bailey, J.M. & Pillard, R.C. (1991). A genetic study of males sexual orientation, *Archives General Psychiatry*, 48,1089-1096.
- Bandura, A. (1969). *Social learning theory of indentificatory process*. Handbook of socialization theory and research (pp.213-262). Chicago: Rand McNally.
- Bardin, L.(2002) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Barlett,C & Coyne,S.M.(2014). Ameta-analysis of sex differences in cyber-bullying behavior:Themoderatingroleofage. *Aggressive Behavior*, 40, 474-488.
- Bauer, R.A. (1966).*Social Indicators*. Cambridge: M.I.T press.
- Berger, R. & Mallon, D. (1993). Social support networks of gay men. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 20, 155-174.
- Berghe, W. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40, 153-166.
- Bettina, H.(2010).GLB Adolescent's "Coming out". *J Child Adolesc Psychiatric Nurses*, 23(1), 3-10.
- Blais, M., Gervais, J. & Hebert, M. (2014). Internalized homopho-bia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(3), 727-735.
- Borrillo, D.(2001). *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Brannen, J., & Halcomb, E.J. (2009). Data collection in mixed methods research. En S. Andrew & E.J. Halcomb (Eds.), *Mixed methods research for nursing and the health sciences* (pp.67-83). Oxford: Wiley- Blackwell.
- Brown, J., & Trevethan, R. (2010). Shame, internalized homophobia, identity formation, attachment style, and the connection to relationship status in gay men. *American Journal of Mens Health*, 4(3), 267-276.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the suversion of identity*. New York: Routledge.

- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Carabez et al.(2015). "Never in all my years..." Nurse's education about LGBT Health. *Prof Nurs*,31,323-329.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Rusell Sage Fundation.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: los indicadores sociales y psicosociales. Teoría y práctica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosocial*. Barcelona: PPU.
- Casas, F., González, M., Figuer, C., & Malo, S. (2009). Satisfaction with spirituality, satisfaction with religion and personal well-being among Spanish adolescents and young university students. *Applied Research in Quality of Life*, 4, 23-45.
- Casas, F. (2010). Subjective social indicators and child and adolescent well-being. *Child Indicators Research*, 4, 555-575.
- Casas, F.(2011). Testing de Personal Wellbeing Index on 12-16 years-old adolescents in 3 different countries with 2 new items. *Social Indicators Research*, 105, 461-482.
- Cass,V.C.(1979).Homosexuality identity formation: A thoretical model. *Journal of homosexuality*. 4(3), 219-235.
- Cass, V.C. (1984a).Homosexuality identity formation: Testing a thoretical model. *J Sex Res*, 20(2), 143-167.
- Cass, V.C.(1984b).Homosexual identity: In concept in need definition. *Journal of Homosexuality*, 9(2/3), 105-126.
- Cass, V.C. (1990).*The implications of homosexuality identity formation for Kinsey model and scale of sexual preference*. In D.P.McWither, S.A. Sandersy J.M.

Renish (Eds.). *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation*. New York: Oxford University Press.

Colectivo de gays, lesbianas, bisexuales, transexuales i intersex de Madrid. (2013). *Estudio sobre discriminación por orientación sexual y identidad de género*. Recuperado de: <http://www.cogam.es/secciones/derechos-humanos/documentos/i/1126287/146/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana>

Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming-out process. *American Behavioral Scientist*, 25, 469-482.

Coll-Planes, G. (2011). Generando perspectivas: Del sexo al género, En G.Coll-Planes (ed.), *La voluntad y el deseo: la construcción social del género y la sexualidad* (2a ed., p. 51-79). Madrid: EGALES.

Conlin E., Douglass, R., & Ouch,S. (2017). Discrimination, Subjective Wellbeing, and the Role of Gender: A Mediation Model of LGB Minority Stress. *Journal of Homosexuality*, 12(3), 121-136.doi: 10.1080/00918369.2017.1398023

Cowie,H. & Myers,C.A.(2015).*Bullying Among University Students: Cross-National Perspectives*. London:Routledge.

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. doi:10.1016/j.paid.2015.10.025

Critcher, C. R., & Ferguson, M. J. (2014). The cost of keeping it hidden: Decomposing concealment reveals what makes it depleting. *Journal of Experimental Psychology General*, 143, 721–735.

Crip, C. (2005). Homophobia and use of gay affirmative practice in a sample of social workers and psychologists. *Journal Gay Lesb Soc Serv*, 18, 51-70.

Cruz Sierra, S. (2002). Homofobia y masculinidad. *El Cotidiano*, 18(113), 8-14.

Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.

- Cummins, R.A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307-334.
- Cummins, R.A, & Cahill, J. (2000). Avances en la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Cummins, R. A., Van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective well-being: The Australian unity well-being index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- Cummins, R. A.(2010). Subjective well-being, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11, 1-17.
- Cummins, R.A, & Nistico, H. (2002). Mantaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- D'Augelli ,A., Grossman, A., & Starks, M.(2005). Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *J Marriage Fam* 67(2), 474–482.
- Davison, L., Bell, R., Lachina, M., Holden, S., & Davis, S. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2690-2697.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 3(8), 63-113
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol*, 54, 403-425.
- Di Marco D, Arena A , Munduate L , Hoel H. Coming out strategies of Lesbian and Gay at work. *International Journal of Social Psychology*. 2015; 30(1):122-151.
- DiPlacido, J.(1998). *Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization*. En: G. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 138–159). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Dew, B. J., Myers, J. E., & Wightman, L. F. (2006). Wellness in adult gay males: Examining the impact of internalized homophobia, self-disclosure, and self-disclosure to parents. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 1*(1), 23–40.
- Diamant, A., & Wold, C. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal womens health, 12*, 41-43.
- Domínguez, J., Hombrados, M., & García, P. (2012). Social support and life satisfaction among gay men in Spain. *Journal of Homosexuality, 59*, 241-255.
- Dovidio, J. F. (2001). On the nature of contemporary prejudice: The third wave. *Journal of Social Issues, 57*, 829-849
- Dundon, C., & Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 896-904
- Dupras, A. (1994). Internalized homophobia and psychosexual adjustment among gay men. *Psychological Report, 75*(1), 23-28. doi:10.2466/pr0.1994.75.1.23
- 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*, 35-42. doi:10.1007/s13178-012-0105-2
- Eisenberg M.E., & Resnick M.D. (2006). Suicidality among gay,lesbian, and bisexual youth: The role of protective factors. *J Adolesc Health, 39*, 662–668.
- Eslea, E. & Rees, J. (2001). At what age are children most likely to be bullied at school? *Aggressive Behavior, 27*, 419-429.
- European commission. (2017). *State of the art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people*. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en.htm%23fragment2

- Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.(2013). Acoso escolar (y riesgo de suicidio) por orientación sexual e identidad de género: Fracaso del sistema educativo.Recuperado de: <http://www.felgtb.org/rs/2157/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/671/filename/informedefensor-17m13.pdf>
- Fergusson, D., Horwood, L., & Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880.
- Fisher, R. (1972). *The gay mystique: The myth and reality of male homosexuality*. New York: Stein & Daly.
- Fluvià, A. (2013). Orígens i historia de moviment homosexual als Països Catalans. *Revista de la càtedra sobre diversitat social de la Universitat Pompeu Fabra*, 3, 39-63.
- Foucault, M. (1989). *Historia de la sexualidad: 3.La inquietud de sí*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (1951). Letter an American mother. *American Journal of Psychiatry*, 107, 787.
- Freud, S. (1976). *Tres ensayos de una teoría sexual, 1905, OC. T. VII*. Buenos aires: Amorroutu.
- Gencoz, T., & Yuksel, M. (2006). Psychometric properties of the Turkish version of the internalized homophobia scale. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 597–602. doi:10.1007/s10508-006-9063-1
- Gilman, R., & Huebner, E. (2000). Review of life satisfaction measures for adolescents. *Behaviour change*, 17(2), 178-183.
- Glover ,J., Galliher, R., & Lamere, T.(2009) Identity development and exploration among sexual minority adolescents: Examination of multidimensional model. *J Homosex*, 56 77-101.
- Graber,J.A., & Archibald ,A.B.(2001). *Lesbian, gay, and bisexual identities and youth: Psychological perspectives* .New York, NY, US: Oxford University Press.
- Greene, K., Derlega, V. J., & Matthews, A. (2006). *Self-disclosure in personal relationships*.

- En: A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Grov, Ch., Bimbi, D., Nanín, J., & Parsons, J. (2006). Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *J Sex Res*, 43(2), 115-121.
- Halpin, S., & Allen, M. (2004). Changes in psychological well-being during stages of gay identity development. *Journal of Homosexuality*, 47, 109-126.
- Hammer, D.H., Hu, S., Magnuson, V.L., Hu, N. & Pattatucci, A. (1993). The linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 26, 321-326.
- Harrison, T. (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *The Journal of School Health*, 73(3), 107-112.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM): A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 150-159. doi:[10.1027//1015-5759.16.3.150](https://doi.org/10.1027//1015-5759.16.3.150)
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Curr Dir Psychol Sci*, 9, 19-22.
- Herrero, JA. (2001). *La sociedad Gay. Una invisible minoría*. Ed.Foca. Móstoles. Madrid.
- Heston, L.L. & Shields, J. (1968). Homosexuality in twins- A family study and registry study. *Arch Gen Psychiat*. 18, 149-160.
- Hopcke, R. (1991). *Jung, Jungians, and homosexuality*. Boston, MA: Shambhala.
- Hu, X., Wang, Y., & Wu, C. (2013). Acceptance concern and life satisfaction for Chinese LGBs: The mediating role of Self-concealment. *Social Indicators Research*, 114, 687-701.
- Hunter, S. C., Mora-Merchán, J. A., & Ortega, R. (2004). The Long-Term Effects of Coping-Strategy Use in the Victims of Bullying. *Spanish Journal of Psychology*, 7, 3-12

- Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales.(2016).*Global attitudes survey on LGBTI people*. Recuperado de: <http://ilga.org/es/que-hacemos/global-attitudes-survey-on-lgbti-people/>
- International Wellbeing Group* . (2013). Recuperado de de: <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/index.php>
- Irwin, L.(2007).Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Aust J Adv Nurs*,25(1):70-76.
- Itaborahy, L., & Zhu, J. (2013).*Informe de homofobia y bifobia de estado*. Recopilado de: <http://www.felgtb.org/temas/internacional/documentacion>
- Jay, K. & Young, A. (1975). *After you're out: Personal experience of gay men and lesbian women*. New York: Link books.
- Jager, J., & Davis-Kean, P. (2011). Same-sex sexuality and adolescent psychological well-being: The influence of sexual orientation, early reports of same-sex attraction and gender. *Self Identity*, 10(4), 417-444.
- Jhonson, R.B., & Onwuegbuzic, A.J, (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Research*, 33(7), 14-26.
- Jordan, K., & Deluty, R. (1998). Coming out for Lesbian women: its relation to anxiety, positive affectivity, selfsteem and social support. *Journal of Homosexuality*, 35, 41-63.
- Kallman ,F.J.(1959) Comparative twin study on genetic aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and mental disease*, 115,238-298.
- Kertzner, R., Meyer, I., Frost, D., & Stirratt, M. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men and bisexuals: The effects of race, gender, age and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500-510.
- Kitzinger, C. (1987). Heteropatriarcal lenguaje: the case against 'homophobia'. *Journal of Lesbian Feminist Ethics*, 5, 15-20.
- Klintworth, G.K. (1962). A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality. *J New Ment Dis*, 135, 113-125.

- Kohlberg, L. (1969). *Stage and sequences: The cognitive-developmental approach to socialization*. Chicago: Rand McNally.
- Kosciw, J. G., & Pizmony-Levy, O. (2013). *Fostering a global dialogue about LGBT youth and schools: Proceedings from a meeting of the global network combating homophobic and transphobic prejudice and violence in schools sponsored*. New York: GLSEN.
- Kosciw, J.G., Greytak, E.A., Palmer, N.A., & Boesen, M.J. (2014). *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.
- Kosciw, J. G., & Pizmony-Levy, O. (2016). International perspectives on homophobic and transphobic bullying in schools. *Journal of LGBT youth, 13(1-2)*, 1-5. doi:10.1080/19361653.2015.1101730.
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin, 140*, 1073-1137.
- Kranz, D. & Pierrard, M. (2018). Beyond coming out: Relation between lesbian and gay identity formation and psychosocial well-being in young and middle adulthood. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5(3)*, 283-293.
- Lau, A., Cummins, A., & McPherson, W. (2005). An investigation into the cross-cultural equivalence of Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research, 72*, 403-430.
- Legate, N., Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2012). Is coming out always a “good thing”? Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science, 3*, 145–152. doi:10.1177/1948550611411929
- Leserman, J., DiSantoestefano, R., Perkins, D., & Evans, D. (1994). Gay identification and psychological health in HIV-positive and HIV-negative gay men. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 2193-2208.
- LeVay, S. (1991). A difference in Hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science, 253*, 1034-1037.

- Lewis, R., Derlega, V., Berndt, A., Morris, L., & Rose, S. (2002). An empirical analysis of stressors for Gay men and lesbians. *J Homosex*, 42(1), 63-68.
- Luthanen, R. (1996). Psychological well-being in lesbian and gay men. *American Psychological Association convention*. Toronto.
- Lewis, R., Delerga, V., Griffin, J., & Krowsinki, A. (2003). Stressors for gay men and lesbian stress, gay-related stress, stigma consciousness, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 716-729.
- Lewis, R., Derlega, V., Clarke, E., & Kuang, J. (2006). Stigma consciousness, social constrains and Lesbian well-being. *Journal of Conuseling Psychology*, 53, 48-56.
- Lim et al. (2013) Lesbian, gay, bisexual and transgender health: Fundamentals for nursing education. *J Nurs Educ*, 52(4), 198-203.
- Lock, J. (1998). Treatment of homophobia in a gay male adolescent. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 202–214.
- Lucas, R. (2008). *Personality and subjective well-being*. New York: Larsen.
- Llamas, R. & Vidarte, F.J. (1999). *Homografías*. Madrid: Espasa.
- Mandimore, F.M. (1998). *Sodomitas y urnigns*. En: *Una historia natural de la homosexualidad* (1ª ed. p.41-53). Barcelona: Paidós.
- Martin, D. & Lyon, P. (1972). *Lesbian women*. New York: Bantman Books.
- Martxueta ,A., & Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (LGB) víctimas de bulling homofóbico en la escuela. *Rev Psicopatol Psicol Clin*, 19(1), 23-35.
- Masters, W.H & Johnson, V.E. (1973). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little Brown.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869–1876. doi:10.2105/AJPH.91.11.1869
- McCabe, M., & Cummins, R. (1998). Sexuality and quality of life among young people. *Adolescence*, 33, 761-773

- McCabe, M., Cummins, R., & Deeks, A. (2000). Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexual and Disability, 18*(2), 115-123.
- Mercado, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociología, 24*(69), 123-156.
- Meyer, W.J. (1981). Physical and hormonal evaluation of transsexual patient during hormonal therapy. *Arch Sex Behav, 6*, 235-297.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674–697.
- Miles, M.B., & Huberman, M.A.(1994). *Qualitative data analysis:An expanded source book* .(2nd ed).Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller, M. (1971). *On being different: what it means to be homosexual*. New York: Random House.
- Neman do Nascimento, M. A. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Revista de Pensamiento e Investigación Social, 17* (1), 227-239.
- Nesmith, A.A., Burton, D.L., & Cosgrove, T.J. (1999). Gay, lesbian and bisexual youth and young adults: Social support in their own words. *Journal of Homosexuality, 37*(1), 95-108.
- Newcomb, M. & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 1019–1029.
- Michalos, A.C.(1985). Multiples discrepancies Theory. *Social Indicators Research, 16*(4), 347-413.
- Mohr, J. J. (2016). Daily heterosexism experiences and well-being among LGB young adults: The moderating role of attachment style. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 76–86. doi:10.1037/cou0000115
- Monks, C., Smith, P., Naylor, P., Barter, C., Ireland, J. & Coyne, I. (2009). Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 146-156.

- Morgan, D.L. (2014). *Integrating qualitative and quantitative methods: A pragmatic approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Morse J. (1995). The significance of saturation. *Qual Health Res*, 5(2):147-149.
- Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 61–71. doi:10.1037/0002-9432.71.1.61
- Observatorio Madrileño contra la homofobia. (2018). *Informe de incidentes de odio por LGTBfobia en la comunidad de Madrid*. Madrid: Arcopolis.
- Observatori contra l'Homofobia. (2017). *L'estat de la LGTBfobia a Catalunya:2017*. Recuperado de : <https://och.cat/estat-lgtbifobia/>.
- Ochs, R. & Dehil, M. (1992). Moving beyond binary thinking. En W.J. Blumenfeld (Ed.). *Homophobia: How we all pay the price*. Boston: Beacon Press.
- Oishi, S., Diener, E., Lucas, R., & Suh, E. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: perspective from needs and values. *Personality and social psychology bulletin*, 25, 980-990.
- Olanbuénaga, J.I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. (4ª Ed). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Olweus, D. (1993). *Bullin at the school: What we know and what we do*. New York: Wiley- Backwell.
- Otis, M.D., & Skinner, W.F. (1996). The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality*, 30 (3),93-117.
- Pachankis, J.E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328–345. doi:10.1037/0033-2909.133.2.328
- Parker, N. (1964). Homosexuality in twinks: a report of three discordant pairs. *Bris J Psychiat*, 110, 489-495.

- Perales, F. (2016). The cost of being "different": Sexual identity and subjective wellbeing over life course. *Social Indicators Research*, 127, 827-849.
- Pillard, R.C. & Weirich, J.D. (1986). Evidence of familial nature of male homosexuality. *Arch Gen Psychiat*, 43, 808-812.
- Plummer, D. (1975). *Sexual Stigma: An interactionist account*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Ponse, B. (1978). *Identities in the Lesbian World: The Social Construction of Self*. Conn: Greenwood Press.
- Renn, D., Pfaffenberg, N., Platter, M., Mitmansgruber, H., Cummins, R., & Holfer, S. (2009). Australian well-being index: The australian version. *Social Indicators Research*, 90, 243-256.
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N. & Ebers, G. (1999). Male homosexuality: Abscense of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, 284 (5414), 665-667.
- Riggle, E., Rostosky, S., & Danner, F. (2009). LGB Identity and Eudaimonic wellbeing in midlife. *Journal of Homosexuality*, 56(6), 786-798.
- Robinson, J. P., & Espelage, D. L. (2013). Peer victimization and sexual risk differences between lesbian, gay, bisexual, transgender, or questioning and nontransgender heterosexual youths in grades 7-12. *American Journal of PublicHealth*, 103, 1810–1819.
- Rosell, K., Carreño, T., & Maldonado, M.E.(2002). Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev Chil Pediatr*, 73(1).
- 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.
- Rowen, C. J., & Malcolm, J. P. (2002). Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*, 43(2), 77–92.
- Ruiz, J.I.(2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. (5a Ed). Bilbao: Universidad de Deusto.

- Russel, S., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*, 1279-1281.
- Sánchez, M., Santos, P., & Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical Health Psychology, 25*, 67-75.
- Sanders, R.M., Bain, J. & Langerin, R. (1984). *Peripheral sex hormones, homosexuality, and gender identity*. In R. Langerin (Ed.), *Erotic preference, gender identity, and aggression in men*. Hillsdale: NJ Erlbaum
- Sastre, A. (2016). Yo a eso no juego: bullying y ciberbullying en la infancia. Save the Children. Recuperado:https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
- Schwandt, T.A., & Lichty, L. (2015). *What problema are we trying to solve? : Practical and innovate uses of multimethod and mixed methods research*. En S. Hesse- Biber & R.B. Jhonson (Eds.). *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiring* (pp- 587-593). New York: Oxford University Press.
- Serrano, A. & Iborra, I. (2005). *Violencia entre compañeros en la escuela*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia: Serie Documentos.
- Savin-Williams, R., & Ream, G.(2003). Suicide Attempts Among Sexual-Minority Male Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol, 32(4)*, 509-522.
- Savin-Williams, R.C.(2005). *The new gay teenager*. Cambridge:Harvard University Press.
- Shagir, M.T. ,& Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore:USA.
- Sherriff, N.S., Gugglberger, L., & Davies, J.K. (2014). *Reducing health inequalities through health promotion and structural funds*. Murska Sabota: Institute of Public Health Murska Sobota.
- Sherriff, N.S., Hamilton, W., Wigmore, S. & Giambrone, B. (2011). ‘What do you say to them?’ Investigating and Supporting the Needs of Lesbian, Gay,

- Bisexual, Trans, and Questioning (LGBTQ) Young People. *Journal of Community Psychology*, 39(8), 939- 955.
- Shildo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. En *Lesbian and Gay psychology: Theory, research and clinical applications* (págs. 176-205). Sage: Greene and Herek.
- Sierra, F. (1998). *Técnicas de investigación*. México: Addison Wesley Longman.
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2000). *The hidden costs of stigma*. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck,
- Smith, P. (2016). Bulling: Definition, types, causes, consequences and intervention. *Social and Personality Psychology Compass*, 10 (9), 519-532.
- Smith, P. K., Singer, M., Hoel, H. & Cooper, C. L. (2003). *Victimisation in the school and the workplace: Are there any links? British Journal of Psychology*, 94, 175-188.
- Shaghir, MT & Robins, E.(1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore, USA: Williams & Wilkins Company (Trad.: Hombres y mujeres homosexuales. Barcelona: Fontanella, 1978).
- Soriano, S. (1994). Toma de conciencia de la orientación homosexual II: Un estudio empírico. En *Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo* (págs. 34-41). Madrid: Amaru.
- Spulock, J. (2002). From reassurance to irrelevance: adolescent psychology and homosexuality in America. *History of Psychology*, 5(1), 38-45.
- Starka, L. (1975). Plasma testosterone in male transsexuals and homosexuals. *J Sex Res*, 11, 134-138.
- Stein, T., & Cabaj, R. (1996). Psychoterapy with gay men. En *Textbook of homosexuality and mental health* (págs. 413-432). Washington: American Psychiatric Press.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of Happiness*. Varsóvia: Polish Scientist Publisher.

- Tiliouine, H. (2009). Measuring satisfaction with religiosity and its contribution to the PWI in a muslim sample. *Applied Research in Quality of life*, 4(1), 91-108.
- Tippett, N., Wolke, D. & Platt, L. (2013). Ethnicity and bullying involvement in a national UK youth sample. *Journal of Adolescence*, 36, 639-649.
- Tójar, J.C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- Toomey, R.B. & Russell, S.T. (2013). The role of sexual orientation in school-based victimization: A meta-analysis. *Youth & Society*, 45, 500-888.
- Troiden, R. (1979). Becoming Homosexual: A Model of Gay Identity Acquisition, *Psychiatry*, 42(4), 362-73.
- Troiden, R. (1984). Self, self-concept, identity and homosexual identity: constructs of need definition and differentiation. *Journal of Homosexuality*, 10, 97-107.
- Troiden, R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality*, 17 (1-2), 43-73.
- Ullrich, P. M., Lutgendorf, S. K., & Stapleton, J. T. (2003). Concealment of homosexual identity, social support and CD4 cell count among HIV-seropositive gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 205–212. doi:10.1016/S0022-3999(02)00481-6
- VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Vaqué, C., González, M. & Casas, F. (2015). Does Satisfaction with Food Matter? Testing the Personal Well-Being Index-School Children (PWI-SC) with an Additional Item on Satisfaction with Food on a Sample of 10 to 12-Year-Olds. *Child Indicators Research*, 8(4), 961-973
- Vlachou, M., Andreou, E., Botsoglou, K., & Didaskalou, E. (2011). Bully/victim problems among preschool children: A review of current research evidence. *Educational Psychology Review*, 23, 329-358.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio con la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-117.

- Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective well-being. En *The science of subjective well-being: A tribute to Ed Diener*. New York: Guilford Publications.
- Veenhoven, R. (2009). How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories. In *Happiness, economics and politics. Towards a multi-disciplinary approach* (pp. 45-69). Cheltenham: Amitava Krishna Dutt & Benjamin Racliff.
- Verduzco, I. L. (2014). Barriers to sexual expression and safe sex among Mexican gay men: A qualitative approach. *American Journal of Mens Health, 10*(4), 270–284.
- Vincke, J., De Rycke, L., & Bolton, R. (1999). Gay identity and the experience of gay social stress. *Journal of Applied Social Psychology, 29* (6), 1316-1331.
- Walsh, A., Barnesteiner, J., De Leon, M., Cotter, V., & Everett, J. (2012). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, or Intersex, content for nursing curricula. *Prof Nurs, 28*, 96–104
- Wills, E. (2009). Spirituality and Subjective wellbeing: Evidence for a New domain in the PWI. *Journal of Happiness Studies, 10*(1), 49-69.
- Wilson, W. (1976). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin, 67*, 294-306.
- World Association for Sexual Health. (2009). *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico*. Washington: Organización panamericana de salud.
- World Sexual Association. (2014). *Declaration of sexual rights*. Recuperado de: http://www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- Wright, E., & Perry, B. (2006). Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *J Homosex, 51*(1), 81-110.
- Yiengsprugsawan, V., Subsmann, S., Kahmman, S., & Lym, L. (2010). Personal wellbeing Index National Cohort of 87,134 Thai adults. *Social Indicators Research, 98*, 201-2

Lista de abreviaturas

| | |
|---------------|---|
| APA | American Psychiatric Association |
| d.C | después de Cristo |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EEUU | Estados Unidos. |
| LG | Lesbiana y Gay. |
| LGB | Lesbiana, Gay y Bisexual. |
| LGTB | Lesbiana, Gay, Transexual y Bisexual. |
| MM | Metodología Mixta |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| SWSL | Scale With Life Satisfaction |
| TDM | Teoría de Discrpancias Múltiples |
| ILGA | Asociación Internacional de Lesbianas , Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersex. |
| FELGTB | Federación Estatal de persona Gay, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales. |
| PIB | Producto Interior Bruto. |

| | |
|------------|---|
| PWI | Personal Wellbeing Index. |
| OLS | Overall Life Satisfaction. |
| HOL | Happiness Taking into Account Overall Life. |

Lista de tablas y figuras

| Tablas. | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla 1. Características de los participantes del estudio I. | 92 |
| Tabla 2. Estadísticos descriptivos del PWI, el ítem de satisfacción con la orientación sexual, la OLS y la HOL. | 100 |
| Tabla 3. Regresión lineal múltiple del PWI-7 para ambos grupos de la muestra tomando la OLS como variable dependiente. | 101 |
| Tabla 4. Regresión lineal múltiple del PWI-7 para ambos grupos de la muestra tomando la HOL como variable dependiente. | 103 |
| Tabla 5. Regresión lineal múltiple del PWI-8 para ambos grupos de la muestra tomando la OLS como variable dependiente. | 105 |
| Tabla 6. Regresión lineal múltiple del PWI-8 para ambos grupos de la muestra tomando la HOL como variable dependiente. | 106 |
| Tabla 7. Ejes temáticos y temas que surgieron a partir del análisis del contenido temático de las entrevistas. | 110 |
| Tabla 8. Temas y categorías del eje temático Bienestar. | 111 |

| Figuras. | Pág. |
|--|-------------|
| Figura 1 Componentes del bienestar subjetivo | 68 |
| Figura 2 Teoría homeostática del bienestar. | 73 |
| Figura 3 Criterio temático para la categorización del contenido. | 108 |
| Figura 4 Adaptación de la teoría homeostática del bienestar a las personas LGB. | 125 |

Anexos

Anexo 1. Carta de presentación a las asociaciones LGB



A la Atención del coordinador/a de la asociación _____:
Estimado/a,

Desde el programa de doctorado en Ciencias Sociales, de la Educación y la Salud de la Universitat de Girona, se está llevando a cabo un estudio para aportar conocimiento sobre el proceso de aceptación e identificación de la orientación del deseo homosexual, tanto en hombres como en mujeres y cómo éste puede influir ya sea de manera positiva o negativa en el bienestar personal en la etapa adulta. La investigación se propone establecer relaciones entre un proceso que sólo las personas homosexuales vivimos, y constructos o dimensiones que conforman el bienestar personal en su conjunto, como podrían ser la felicidad, la autoestima, el optimismo y la satisfacción por la vida. Es decir, el proceso que nosotros vivimos, la mayoría en la etapa preadolescente y adolescente, hasta identificar y aceptar nuestra orientación del deseo homosexual, ha influenciado de alguna manera en nuestro bienestar personal (y por extensión en el nuestro nivel de felicidad, optimismo, satisfacción por la vida y autoestima) en la etapa adulta? Esta experiencia ha hecho que tengamos más o menos bienestar cuando me alcanzado la madurez? ¿Es una circunstancia que tanto si la vivimos con dificultades o sin, nos ha hecho ver las cosas en la vida con otra perspectiva, con más o menos optimismo, a ser más o menos felices, a tener más o menos autoestima? Para resolver estos interrogantes y otros, hemos diseñado un cuestionario on-line (adjunto el link) por lo que pido que haga la máxima difusión.

El cuestionario puede ser contestado por cualquier persona sea cual sea su orientación sexual, y existe la opción de contestarla en lengua catalana o en lengua castellana. Hecha esta primera fase on-line, está previsto continuar una segunda fase en la investigación con entrevistas personales en profundidad a personas que hayan experimentado el proceso de aceptación de la orientación del deseo homosexual, en la que recibirá nuevas noticias por si quieren participar. Pido pues su colaboración sin la cual la realización de esta tesis doctoral no sería posible y quedo a su disposición para aclarar cualquier duda a los siguientes datos de contacto:

David Cámara Liebana

Telèfon: 680652153 / 972465860

Correu electrònic: u1025607@udg.edu

Cordialment:

Girona,

Anexo 2. Guion de la entrevista *semiestructurada*



Introducción a la entrevista:

El estudio en el que estás a punto de participar, es una investigación que quiere explorar de qué manera las personas homosexuales viven la experiencia de aceptar -se a sí mismos en la sociedad heteronormalizadora actual. Al mismo tiempo se quiere identificar si toda esta experiencia única y particular en las personas homosexuales viven usualmente en la etapa de la adolescencia, afecta de alguna manera (tanto positiva como negativamente) en la etapa adulta, y principalmente en cuanto a su bienestar. Para empezar lo que interesaría ahora es tu definición de bienestar, ¿qué es para ti el bienestar?, ¿cómo definirías tener un buen bienestar? (Mostrar cartulina si es necesario) Anotar codificación de la definición:

—

1. ¿A qué edad recuerdas haber empezado a tener atracción por las personas de tu mismo sexo?
2. ¿Qué sentiste cuando lo percibiste por primera vez?
3. ¿Me podrías describir esta experiencia y qué sentiste, desde que reconociste que sentías atracción por personas del mismo sexo hasta aceptar finalmente que eras homosexual? (Recapitular tras su explicación en fases o etapas y qué sentimientos / emociones en cada fase- etapa)
4. ¿En qué momento de esta experiencia recuerdas que tuviste sentimientos más contradictorios? ¿Recuerdas qué edad era esto?

5. ¿En algún momento pensaste que eras la única persona a la que le estaba pasando esto?
6. ¿Tuviste vivencias negativas con tu entorno? ¿Las podrías relatar brevemente?
7. ¿A qué edad llegó el momento que te dijiste a ti mismo / a "*Soy homosexual, no pasa nada y me acepto tal como soy*"?
8. ¿En qué momento creíste que todo este proceso del que hablamos se cerró y poder vivir con libertad tu sexualidad?
9. ¿Me podría enumerar algunos factores que creas que dificultaron tu aceptación e identificación del deseo homosexual?
10. ¿Y qué factores crees que te facilitaron o pueden facilitar a las personas que están viviendo este proceso en la sociedad actual?
11. ¿Crees que las personas homosexuales por el hecho de vivir el proceso de aceptación e identificación del deseo homosexual se diferencian en algún aspecto con las personas heterosexuales?
12. ¿Crees que esta experiencia que viviste ha afectado de alguna manera tanto positiva como negativamente a tu bienestar en la etapa adulta?
13. ¿Qué factores crees que fueron positivos durante esta experiencia para tu bienestar en general?
14. ¿Y cuáles crees que fueron negativos?
15. En particular, ¿cómo crees que ha podido afectar en los siguientes términos:
 - Felicidad.
 - Satisfacción por la vida.
 - Autoestima.
 - Autoimagen.
 - Apoyo social percibido.
 - Optimismo.
16. ¿Crees que puede haber diferencias en el bienestar general y psicológico / emocional entre las personas homosexuales y las que no lo son?
17. ¿Crees que las personas homosexuales por el hecho de vivir el proceso de aceptación e identificación del deseo homosexual se diferencian en algún aspecto con las personas heterosexuales?
18. ¿A qué edad comunicaste tu orientación sexual a tus padres?
19. ¿Qué o quién te hizo decidir comunicarlo precisamente en ese momento?

20. ¿Me podrías relatar brevemente como fue ese momento, tu reacción, la de tus padres, los sentimientos y emociones que sentiste, etc?
21. ¿Cómo crees que cambió tu relación después de eso?
22. Respecto tus padres, ¿cómo crees que vivieron esta situación? ¿Crees que tuvieron también algún proceso hasta aceptar o no tu orientación sexual?
23. ¿Encontraste diferencias entre las reacciones y el proceso entre tu madre y tu padre, o ambos reaccionaron y evolucionar de la misma manera?
24. ¿Crees que el saber que su hijo / a es homosexual ha podido afectar en algunos aspectos de su bienestar personal?
25. En particular, ¿cómo crees que ha podido afectar en los siguientes términos (puedes diferenciar entre padre y madre si lo crees conveniente):
- Felicidad.
 - Satisfacción por la vida.
 - Autoestima.
 - Autoimagen.
 - Apoyo social percibido.
 - Optimismo.
27. Y entre las personas que comunican su sexualidad y la hacen pública y los que no, ¿crees que puede haber diferencias en cuanto a bienestar en general y bienestar psicológico / emocional en particular?
28. En general, ¿cómo crees que se podría mejorar el bienestar de las personas homosexuales? ¿En qué aspectos?
29. ¿Quieres añadir algo sobre este tema, sobre el estudio o cualquier otra cosa?

Anexo 3. Consentimiento informado para la participación en el estudio II

Sr/a (Apellidos y nombre)

En calidad de:

- He tenido la oportunidad de leer el Consentimiento Informado que se me ha dado. • He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (nombre del investigador)
- He comprendido que mi participación en este estudio es voluntaria.
- He comprendido que los datos obtenidos con mi participación únicamente se utilizarán con fines de investigación.
- He comprendido que todos los datos obtenidos con mi participación son anónimos, y que en ningún caso podré ser identificado públicamente por mi participación en el estudio, tras la publicación de los resultados de este.
- Acepto que la entrevista pueda ser grabada conservando siempre mi anonimato.
- He comprendido que puedo retirarme del estudio: Cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en mi vida personal.

_____ / _____ / _____

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre y firma del participante

_____ / _____ / _____

Fecha (dd/mm/aa)

David Cámara Liebana

Nombre y firma del investigador

