



Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

**EFFECTOS DE LA HOMONEGATIVIDAD EN LA
SALUD MENTAL DE MUJERES LESBIANAS**

THE EFFECTS OF HOMONEGATIVITY IN THE
MENTAL HEALTH OF LESBIAN WOMEN

Revista arbitrada: Psicología, Conocimiento y Sociedad

Autora: Camila Carro Segundo

Tutora: Prof. Agda. Dra. Alejandra López Gómez

Montevideo, Uruguay

Julio 2015

Resumen

En este artículo se presenta una revisión de la literatura científica publicada en revistas arbitradas, en español, inglés y portugués, en el período 2010-2015. El objetivo principal fue analizar el conocimiento disponible sobre los efectos producidos en la salud mental de las mujeres lesbianas por los distintos tipos de homonegatividad ejercidos hacia ellas. Se revisaron artículos indexados en las bases de datos: Ebsco, Redalyc, Scielo, Psycodoc y Google Académico. Se encontró que los distintos tipos de homonegatividad pueden producir efectos en la salud mental de mujeres lesbianas, tales como consumo problemático de sustancias psicoactivas, angustia, depresión, ansiedad, estrés postraumático, desórdenes alimenticios, e ideación e intentos de suicidio. Se discute sobre la importancia de estudiar específicamente las poblaciones de la diversidad sexual y hacer mayor hincapié en el estudio de las mujeres lesbianas, dada la escasez de literatura encontrada específicamente sobre ellas. Esta revisión considera necesario trabajar en la formación de los y las profesionales de la salud en particular, y de la población en general, desde un enfoque transversal de derechos, género y diversidad, con el fin de prevenir y erradicar la homonegatividad.

Palabras clave: lesbianas, homonegatividad, salud mental.

Abstract

This article presents a review of the scientific literature published in peer-reviewed journals in Spanish, English and Portuguese, covering the period 2010-2015. The main objective was to analyze the available knowledge of the effects on the mental health of lesbian women caused by different types of homonegativity exercised toward them. Indexed articles were revised in the following databases: Ebsco, Redalyc, Scielo, Psycodoc, and Google Scholar. It was found that different types of homonegativity can produce effects on the mental health of lesbian women, such as problematic substance use, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, eating disorders, and ideation and suicide attempts. It discusses the importance of studying specific populations of sexual diversity and placing greater emphasis on the study of lesbian women, given the paucity of literature found specifically on them. This review considers it necessary to work on the training of health professionals in particular and the public in general, from a transversal approach to rights, gender and diversity, in order to prevent and eradicate homonegativity.

Keywords: lesbians, homonegativity, mental health.

Introducción

En la cultura occidental existe una histórica desigualdad de género, que beneficia a los varones heterosexuales. Estas inequidades se mantienen aún con los cambios sociales y legales, y son sostenidas por sistemas de roles de género: el marianismo y el machismo. Barrientos (2010, en Barrientos & Cárdenas, 2013) plantea que el marianismo supone la dominación del hombre a la mujer, y que el machismo aparte de contribuir a la discriminación de las mujeres, también genera comportamientos de discriminación hacia minorías sexuales (entendiendo por minoría a un grupo con menor poder social).

En relación a lo anterior, una característica de la cultura occidental es la heteronormatividad, que le otorga a la heterosexualidad un status superior y hegemónico. Apartarse de esa norma y transgredir los roles esperados socialmente, es valorado de manera negativa. Por lo tanto, las personas homosexuales son víctimas de distintos tipos de prejuicios sociales, rechazo y discriminación (Barrientos & Cárdenas, 2013; Borrero, Jiménez & Nazario, 2011; Espada, Morales & Ballester, 2012; Martxueta & Etxeberria, 2014; Perucchi, Coelho & dos Santos, 2014); fundamentados por argumentos de naturalidad, orden y necesidad social (Moral de la Rubia & Valle de la O, 2014). Esto genera efectos sobre la vida de las personas no heterosexuales, tanto en el plano íntimo como en el público, ya que son parte de un grupo social devaluado, y están en una posición social desventajosa (Barrientos & Gómez, 2012).

Con el paso de los años, se están generando cambios legales y sociales en varios países occidentales, con respecto al cumplimiento de los derechos de las minorías sexuales. Si bien esto es un gran avance, sigue existiendo el rechazo hacia personas no heterosexuales, desplazado hacia formas sutiles de expresión (Moral de la Rubia & Valle de la O, 2014).

Siguiendo con esta lógica, las mujeres lesbianas sufren una doble opresión dentro de la cultura occidental: por ser mujeres y por ser parte de una minoría sexual; lo cual podría atentar contra su salud mental y física (Barrientos & Cárdenas, 2013).

Según Beatriz Gimeno (2007), las lesbianas son más discriminadas por ser mujeres que por ser una minoría sexual, incluso dentro del movimiento LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y trans); y expresa que la sociedad gay es más valorada social y políticamente que la lesbiana, ya que dentro del movimiento y de la sociedad gay, lo masculino es siempre mejor valorado y más visible (en Guerra, 2011). En un estudio realizado por Barrientos & Cárdenas (2012) los resultados muestran que cuando se demanda igualdad de derechos de lesbianas y gays, las mujeres lesbianas son aún menos valoradas que los varones gays. Esto podría explicarse debido a que la demanda de hombres gays se considera de orden descendente (varones que renuncian a derechos por su orientación sexual devaluada), mientras que la demanda de las lesbianas sería ascendente (mujeres que exigen derechos dentro de una sociedad machista) (en Barrientos & Cárdenas, 2013).

Según Guerra (2013), una característica del lesbianismo dentro de la cultura occidental es la invisibilidad. Las prácticas sexuales lesbianas son silenciadas y ocultas, ya que el deseo es planteado como “una carencia del sujeto masculino que busca su complemento generalmente en ‘lo femenino’ dentro de una estructura heterosexual y binarizada, concepto que se exagera en la teoría de Freud, quien define el deseo como inherentemente masculino” (Grosz, 1994, en Guerra, 2013, p. 159). Por lo tanto, la mujer es considerada un objeto pasivo del deseo de un varón, y resulta impensable verla como un sujeto deseante fuera de la dicotomía de género (Guerra, 2013).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el objetivo del presente artículo es indagar, dentro de la literatura científica, qué efectos producen en la salud mental de las mujeres lesbianas los distintos tipos de homonegatividad ejercidos hacia ellas.

Keyes (2005, en Barrientos & Gómez, 2012), plantea que la salud mental es un estado compuesto por dos dimensiones relacionadas entre sí: la enfermedad mental, medida por los síntomas, y la salud mental, medida por indicadores de bienestar subjetivo. La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que también implica la presencia de emociones positivas, relaciones saludables con otros, tener metas claras (Barrientos & Gómez, 2012), es decir, disfrutar de un bienestar en nuestra vida personal e interpersonal (Cáceres, Talavera & Mazín, 2013). Cáceres et al. (2013) dicen que:

Garantizar el derecho a la salud significa proteger el derecho inalienable a la vida del que gozan todos los seres humanos. El derecho a la salud va más allá de garantizar prevención y curación de enfermedades: debe asegurar estándares de vida que garanticen el bienestar en todas sus dimensiones (p. 699).

Los derechos de las personas integrantes de las minorías sexuales, son muchas veces vulnerados; ya que estas personas suelen ser discriminadas, estigmatizadas, violentadas, por tener una orientación del deseo erótico-afectivo diferente a la que la cultura occidental considera parte de 'lo normal'. Pineda Roa (2013), afirma que de esta manera se niegan u ocultan sus derechos sexuales, lo que afecta a su salud mental, pudiendo producir por ejemplo ansiedad, baja autoestima, angustia, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, y por esa vía a ideaciones e intentos de suicidio. El ser homosexual no tiene que ver con traumas infantiles o disfunción familiar. No es la orientación sexual en sí, sino la discriminación y estigmatización lo que puede generar estrés y malestar a lo largo de la vida, con sus consecuentes efectos en la salud mental.

Metodología

La búsqueda de artículos científicos fue realizada durante el mes de abril de 2015, en los buscadores Ebsco, Redalyc, Scielo, Psycodoc y Google Académico. Las palabras clave utilizadas fueron: lesbianas, lesbianismo, lesbian, lesbianism, salud mental, mental health, discriminación, discrimination, homofobia, homophobia, diversidad sexual, sexual diversity, LGBT, en distintas combinaciones. El período delimitado comprendió los últimos cinco años (2010-2015). Se encontró un total de 63 artículos, de los cuales fueron seleccionados 31 para esta revisión, debido al recorte del tema. Fueron utilizados artículos en los idiomas español, inglés y portugués.

Resultados

Historia de la homosexualidad

Ardila (2008) describió cuatro etapas dadas a lo largo de la historia, sobre las actitudes sociales respecto de la homosexualidad. La primera etapa, en la Grecia Antigua, se caracteriza por la aceptación de las prácticas homosexuales. La segunda etapa concibe a las prácticas homosexuales como delito y pecado, en los siglos correspondientes a la Edad Media y gran parte de la Edad Moderna. En un tercer momento, la homosexualidad es vista como una enfermedad mental, en el siglo XIX y las primeras tres cuartas partes del siglo XX. Por último, la cuarta etapa toma a la homosexualidad como una orientación sexual en nuestros días, pero no en todas las culturas (Ardila 2008, en Pineda Roa, 2013).

Teniendo en cuenta la categorización propuesta por Ardila, las prácticas homosexuales comienzan a ser mal vistas por la sociedad desde la Edad Media (en la segunda categoría). Esto surge por la influencia de la Iglesia Católica, que ha condenado las prácticas sexuales sin fines reproductivos, como las prácticas autoeróticas y la homosexualidad (Barrón, Salín & Guadarrama, 2014).

La tercera etapa, surge en la primera mitad del siglo XIX, cuando nace la medicina moderna. Ésta definía a la sexualidad normal como una práctica heterosexual, conyugal, coitocéntrica, enfocada en la reproducción. Otras prácticas heterosexuales, las homosexuales y las autoeróticas, fueron vistas como expresiones de alguna enfermedad mental y se plantearon tratamientos para ellas (Cáceres et al., 2013). En 1953, Kinsey et al. realizaron un estudio en Estados Unidos que concluyó en que las orientaciones sexuales son dinámicas y no una unidad discreta (Kinsey, 1953, en Marques, Nogueira & Oliveira, 2013); es decir, que las personas pueden no ser exclusiva y totalmente heterosexuales: existe la heterosexualidad, la bisexualidad en distintos grados y la homosexualidad. En esta misma década comienzan a surgir los movimientos sociales por los derechos de las personas homosexuales (Marques et al., 2013). Esto dará paso al surgimiento de la cuarta y última etapa.

La homosexualidad dejó de ser considerada como patología en 1973 por la Asociación Psiquiátrica Americana y en 1990 por la Organización Mundial de la Salud. Es decir, en la actualidad se considera que las prácticas homosexuales son variantes normales de la sexualidad humana (Cáceres et al., 2013). Sin embargo, siguen existiendo distintos tipos de discriminación hacia personas no heterosexuales.

Tipos de homonegatividad y sus efectos en la salud mental

El concepto de homofobia comenzó a utilizarse en la década de los 60 para describir las actitudes negativas hacia personas homosexuales (Borillo, 2001, en Barrientos & Cárdenas, 2013). Hoy en día muchos autores no están de acuerdo con la utilización de este concepto, pues la homofobia no es una fobia (Barrientos & Cárdenas, 2013; Barrientos & Gómez, 2012; Moral de la Rubia & Valle de la O, 2014); ya que los componentes emocionales de la homofobia son la ira y el enojo, y el de una fobia es la ansiedad (Herek, 2004, en Barrientos & Cárdenas, 2013).

Uno de los términos que se utiliza para sustituir el de homofobia, es el de homonegatividad, que “hace referencia a las creencias prejuiciosas, reacciones emocionales negativas, actitud de rechazo y conductas de estigmatización y discriminación hacia las personas no heterosexuales” (Currie, Cunningham & Findlay, 2004, en Moral de la Rubia & Valle de la O, 2014, p. 105). Gato, Fontaine & Carneiro, (2012) mencionan que hoy en día coexisten expresiones de homonegatividad tradicionales y modernas. Las tradicionales van desde la concepción de la homosexualidad como patología, hasta el evitar interacción con personas homosexuales, manifestando emociones negativas hacia esa población. Morrison & Morrison (2002) hablan de homonegatividad moderna para referirse a un tipo de discriminación sutil o indirecta, que tiene creencias como: los homosexuales exigen un cambio social innecesario; el prejuicio y la discriminación a homosexuales ya no existe, sino que es una cosa del pasado; los homosexuales ponen demasiado énfasis en su sexualidad, y al hacerlo, son responsables de su marginación (Gato et al., 2012).

Mercado Mondragón (2009, en Toro Alfonso, 2012) menciona distintos tipos de homofobia: personal, interpersonal e institucional, pero siguiendo la lógica anterior, es más pertinente hablar de distintos tipos de homonegatividad. La homonegatividad personal surge de la creencia de que los homosexuales son merecedores de odio o lástima por no poder controlar sus deseos, y que son personas anormales. La homonegatividad interpersonal surge si el prejuicio personal se manifiesta en acciones discriminatorias (burlas, agresión verbal o física, y otras formas de violencia). La homonegatividad institucional existe cuando las instituciones educativas, religiosas, de investigación, empresariales, judiciales y profesionales, ejercen presión sobre las personas no heterosexuales (Toro Alfonso, 2012; Barrón et al., 2014).

Muchas actitudes violentas y discriminatorias hacia personas homosexuales, varias veces son naturalizadas y no se perciben como tales, ya que son parte de un discurso

normalizado y aceptado socialmente, justificado por una 'moral' no explicitada (Toro Alfonso, 2012).

Otro tipo de homonegatividad es la internalizada. Algunos autores la llaman también homofobia internalizada, o estigma sexual internalizado (Baiocco et al., 2014). Se habla de homonegatividad internalizada cuando la propia persona homosexual interioriza en su auto-concepto sentimientos negativos, prejuicios y discriminación por no ser heterosexual, llevándola a conflictos internos, baja autoestima y malestar con la revelación de su orientación sexual a los demás (Baiocco et al., 2014; Perucchi et al., 2014; Pineda Roa, 2013; Ortiz & Valencia, 2015).

Por otra parte, en la revisión bibliográfica, varios autores utilizan el modelo de estrés de las minorías propuesto por Meyer (1995, 2003), para explicar los efectos del prejuicio hacia los grupos minoritarios. Dicho modelo hace referencia a que las personas que forman parte de minorías sociales, están expuestas a estresores sociales como el prejuicio, expectativas de rechazo, discriminación, estigmatización, huida y ocultamiento, lo que las puede llevar a problemas en la salud mental (Baiocco et al., 2014; Barrientos & Cárdenas, 2013; Barrientos & Gómez, 2012; Blosnich, Foyne & Shipherd, 2013; Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Balsam & Mincer, 2010; Kerr, Santurri & Peters, 2013; Martxueta & Etxeberria, 2014). Este estrés generado es único, ya que se agrega al estrés vivido por las personas en general, y es crónico pues las posiciones sociales tienden a ser permanentes. También tiene una base social, dado que surge de procesos sociales, más allá de los acontecimientos individuales (Barrientos & Gómez, 2012).

La heteronormatividad y la homonegatividad generan en personas homosexuales un estrés particular, por el simple hecho de pertenecer a una minoría sexual. Estrés al que las personas heterosexuales no tienen que hacer frente (Marchueta Pérez, 2014). Diferentes estudios demuestran que en general las personas pertenecientes a

minorías sexuales presentan menores niveles de bienestar en comparación con la población general (Riggle, Rostosky & Danner, 2009, en Barrientos & Cárdenas, 2013). En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Kerr et al. (2013), se concluyó que la discriminación por ser una minoría sexual, puede generar en los homosexuales mayores niveles de estrés, depresión, ansiedad, autolesiones e ideaciones e intentos de suicidio. Un estudio realizado en Chile por Barrientos & Gómez (2012), afirma que los homosexuales presentan mayor sintomatología depresiva a medida que aumenta la percepción de la discriminación por orientación sexual. En un estudio realizado con adolescentes españoles heterosexuales y no heterosexuales, se afirma que los últimos tienen mayor miedo a la evaluación negativa, mayor ansiedad social y peor autoestima que sus contrapartes heterosexuales (Espada, 2012).

Dentro de la cultura occidental es de gran complejidad no ser heterosexual, debido a estos tipos de homonegatividad y sus efectos en la salud de estas personas. Por lo que también resulta difícil el proceso de coming out, salida del closet o salida del armario. Se le denomina así al momento en el que una persona no heterosexual revela a otras personas su orientación sexual (Pineda Roa, 2013). Este autor afirma que la salida del armario, cuando se tiene apoyo y adecuados niveles de soporte social por parte de las otras personas, significa un alivio para el individuo y esto contribuye a la salud mental y al bienestar subjetivo. El apoyo y la aceptación de la orientación sexual, por parte de la familia y amigos, son componentes fundamentales para el bienestar psicológico de las personas homosexuales y para su desarrollo saludable (Marchueta Pérez, 2014; Shilo & Savaya, 2012). Según los estudios de Meyer (2007), el apoyo social puede ayudar contra el estrés, la depresión y la ansiedad (en Marchueta Pérez, 2014). No obstante, si no se tienen buenos niveles de soporte social, la salida del armario puede llevar a estrés emocional, baja autoestima, consumo abusivo de sustancias psicoactivas, desórdenes del estado de ánimo, y junto con esto ideaciones

e intentos de suicidio (Barrientos & Cárdenas, 2013; Borrero et al., 2011; Ortiz & Valencia, 2015). Perucchi et al. (2014), plantean que el armario es un dispositivo que regula la vida de personas no heterosexuales; en cada encuentro con una nueva persona, nuevos armarios se construyen.

Un estudio realizado en Israel con jóvenes no heterosexuales, afirma que con el paso del tiempo se va saliendo del armario a edades más tempranas que generaciones anteriores, lo cual puede deberse a la mayor visibilidad que tienen hoy en día las minorías sexuales. Este mismo estudio plantea que el promedio de edad en el que actualmente las personas no heterosexuales, de Israel y Estados Unidos, se identifican como tales y lo cuentan a otras personas, es a los dieciséis años (Shilo & Savaya, 2012). Otro estudio afirma que las adolescentes lesbianas salen del armario más tarde que los adolescentes gays (Groves et al., 2006, en Borrero et al., 2011).

Según Borrero et al. (2011), en Puerto Rico, las lesbianas salen del armario en la adolescencia o mucho más tarde en la vida; y algunos de los sentimientos que experimentan son negación, culpa y trauma. Según un estudio en Cuba, las mujeres lesbianas suelen identificarse como tales antes de los veinte años de edad; sin embargo, la mayoría sale del armario luego de cinco años de haberse identificado como lesbianas, por miedo, inseguridad, incertidumbre por la falta de aceptación social y temor a ser discriminadas (Frómeta & Ponce, 2013).

Diversidad sexual y salud mental

Si bien en los últimos años la homosexualidad ha tenido mayor aceptación social y visibilidad, y ya no se la considera patológica sino una orientación del deseo erótico afectivo viable y saludable, aún siguen existiendo prejuicios, desinformación, discriminación y rechazo; con sus consecuentes efectos en la salud mental de las personas involucradas (Canadian Psychiatric Association, 2014; Gato et al., 2012; Ortiz & Valencia, 2015). La mayor parte de personas homosexuales llevan estilos de

vida saludables sin reportar depresión, ansiedad, ideación o intento de suicidio, o desadaptación social, debido a su orientación sexual (Pineda Roa, 2013). Sin embargo, en comparación con la población heterosexual, las personas homosexuales y bisexuales tienen mayor riesgo de padecer sufrimiento psíquico, estrés, ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, ideación e intento de suicidio (Espada et al., 2012; Marques et al., 2013; Pineda Roa, 2013). Estos problemas de salud mental se explican fundamentalmente por la discriminación, violencia y agresión por parte del entorno (Cáceres et al., 2013).

Según un estudio realizado en España, se afirma que un 22% de jóvenes homosexuales ha sido víctima de violencia debido a su orientación sexual en el contexto familiar, 56% en su centro educativo y 70% en lugares públicos. Estudios en otros países dicen que un 85% de estudiantes homosexuales han sufrido violencia psicológica y un 44% física, por el mismo motivo. Muchas veces una estrategia utilizada para afrontar el posible rechazo social por ser homosexual, es el ocultamiento de la orientación sexual, lo cual puede incrementar los niveles de ansiedad, contribuir al aislamiento y a conductas de riesgo (Espada et al., 2012). De acuerdo con la Encuesta Mundial de Valores (World Values Survey, 2012), la homonegatividad es más frecuente en poblaciones de países con ingresos medios o bajos, por lo cual las disparidades en salud asociadas con la orientación sexual son mayores en las sociedades menos industrializadas (en Ortiz & Valencia, 2015). Sin embargo, Pineda Roa (2013) afirma que diversos estudios demuestran que en el 'primer mundo', como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, también las personas no heterosexuales presentan mayor riesgo de trastornos mentales que sus pares heterosexuales.

Un estudio realizado en Portugal, afirma que a pesar de reformas legales que se han ejecutado en dicho país, para el reconocimiento de los derechos de personas homosexuales y bisexuales, Portugal en comparación con otros países europeos tiene

mayores niveles de actitudes negativas hacia personas homosexuales (Gato et al., 2012).

Con respecto a los problemas de salud mental, un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con una muestra de personas LGBT, afirma que un tercio de los participantes no presenta ningún trastorno mental, un 17% presenta trastornos de conducta, 15% depresión y 9% síntomas de estrés postraumático. Con respecto a los intentos de suicidio, 31% de la muestra lo ha intentado en algún momento de su vida. Este estudio afirma que jóvenes LGBT tienen mayor prevalencia que jóvenes heterosexuales de poseer trastornos mentales (Mustanski, Garofalo & Emerson, 2010). En diversos estudios realizados en Europa, Estados Unidos y Australia, se estimó que las personas homosexuales y bisexuales tienen 2,04 veces mayor riesgo de ideaciones suicidas, 2,47 de intento de suicidio, 2,03 de depresión, 2,22 de dependencia al alcohol y 2,73 de dependencia a otras sustancias psicoactivas (Ortiz & Valencia, 2015).

Varios estudios indican que las personas pertenecientes a minorías sexuales tienen mayor riesgo de suicidio, lo cual en parte se relaciona con las experiencias de discriminación y victimización que viven. Baiocco et al. (2014) plantean que un 28% de las personas LGBT tienen una historia de riesgo suicida, mientras que en su contraparte heterosexual un 12% lo tienen. Jóvenes no heterosexuales con familias que los rechazan por su orientación sexual, son tres veces más propensos a tener intentos de suicidio que aquellos jóvenes no heterosexuales que tienen familias que no los discriminan (Canadian Psychiatric Association, 2014). También hay hallazgos de que homosexuales con mayores niveles de homonegatividad internalizada tienen mayor riesgo de ideación e intento de suicidio. Pineda Roa (2013) dice que en varias investigaciones internacionales se afirma que la edad de mayor riesgo de suicidio en la población gay y lesbiana es próxima al momento en que se reconoce y revela su orientación sexual, lo cual suele suceder antes de los 25 años en el 70% de las

mujeres lesbianas que han intentado suicidarse. Algunos factores protectores contra la ideación y el intento de suicidio son la familia con buena comunicación interpersonal, estabilidad en la relación de pareja, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, permanencia formal en el sistema educativo y sentido de vida elaborado (Pineda Roa, 2013).

En cuanto a la religión, se sabe que puede desempeñar un papel importante para las personas gays y lesbianas en términos de actitudes hacia la vida, sin embargo estudios afirman que la religiosidad se asocia con mayores niveles de homonegatividad internalizada. Los participantes católicos con una alta participación religiosa, pueden internalizar los mensajes que condenan su orientación del deseo erótico afectivo, creando un mayor riesgo de actitudes negativas hacia la vida (Baiocco et al., 2014).

Por otro lado, según Shilo & Savaya (2012), el género no constituye una carga adicional para la salud mental entre personas homosexuales; es decir, a excepción de la depresión, las mujeres lesbianas no tendrían peor salud mental que los varones gays. Sin embargo, otros estudios muestran que al comparar por sexo, varones gays padecen más depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio, mientras que mujeres lesbianas tienen mayores niveles de dependencia al alcohol y otras sustancias (Barrientos & Cárdenas, 2013; Marques et al., 2013; Pineda Roa, 2013).

Por otro lado, es sabido que la discriminación vivida en la infancia y/o adolescencia, puede generar efectos en la salud mental de las personas (Marchueta Perez, 2014; Martxueta Perez & Etxeberria, 2014). Se llevó a cabo un estudio en España, en el cual se afirma que el bullying sufrido en tiempos pasados por ser homosexual, puede afectar los niveles de ansiedad, depresión, peor equilibrio afectivo, baja autoestima, aislamiento, abuso de sustancias, ideas e intentos de suicidio (Martxueta & Etxeberria, 2014). El estudio realizado por Marchueta Pérez (2014) confirmó otros estudios

anteriores donde se encontraron síntomas de estrés postraumático en un 17% de personas no heterosexuales que sufrieron discriminación por su orientación sexual. Este estudio también afirma que los participantes que sufrieron experiencias de victimización en el contexto educativo, indicaron una mayor aceptación de su orientación sexual, lo cual puede deberse a las constantes experiencias de acoso sufridas. Algunas personas que fueron víctimas de discriminación y acoso por ser parte de una minoría sexual, continúan teniendo síntomas de estrés postraumático al recordar esas experiencias vividas (Marchueta Pérez, 2014).

Experiencias pasadas de victimización en contextos educativos también pueden influir en la homonegatividad internalizada. Según un estudio realizado por Baiocco et al. (2014) con adultos jóvenes lesbianas y gays de España e Italia, las experiencias pasadas de victimización aumentaron el grado de homonegatividad internalizada en los participantes españoles pero no en los italianos, lo cual puede deberse a la diferencia en las campañas educativas de cada país.

Según Baiocco et al. (2014), la homonegatividad institucional, refiere a la discriminación que está incorporada en las leyes y las políticas públicas. Según un estudio realizado en Estados Unidos, las personas que pertenecen a minorías sexuales y viven en estados con leyes discriminatorias (como por ejemplo, fallos para prohibir la discriminación laboral basada en la orientación sexual), tienen peor salud mental que sus contrapartes heterosexuales, y también peor salud mental que personas pertenecientes a minorías sexuales que viven en estados donde no hay tal discriminación (Hatzenbuehler et al., 2010). También la privación de derechos (como el matrimonio homosexual) puede crear estrés que daña la salud mental. Los efectos en la salud mental que se encontraron en este estudio, en personas no heterosexuales, debido a este tipo de homonegatividad institucional, fueron trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (Hatzenbuehler et al., 2010).

Uno de los contextos donde mayor discriminación y violencia sufren las personas no heterosexuales, es en los centros educativos. Los adolescentes no heterosexuales, en contextos educativos pueden estar más expuestos a ser víctimas de acoso por parte de sus compañeros heterosexuales (Borrero et al., 2011); lo que puede convertirlos en una población más vulnerable que la adulta debido a la etapa evolutiva en la que se encuentran. Investigaciones afirman que de los estudiantes jóvenes LGBT, en un contexto educativo, 84% reportaron haber sido atacados verbalmente y 40% dijeron haber sido víctimas de ataques físicos, por causa de su orientación sexual (GLSEN, 2009, en Pineda Roa, 2013). Otro estudio realizado con adolescentes gays y lesbianas, afirma que 65% fueron víctimas de ataques verbales y físicos en el contexto educativo y 22% manifestaron sentirse inseguros dentro de la escuela (Gay, Lesbian, and Straight Educators Network, 2009, en Borrero et al., 2011). En varios estudios revisados por Marchueta Pérez (2014), se descubrió que la victimización que sufren las personas homosexuales por su orientación sexual en estos contextos, se relaciona con depresión, baja autoestima, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, abuso de sustancias, aislamiento, ideas de suicidio, intentos de suicidio y suicidio.

La discriminación hacia personas no heterosexuales se da también en los servicios de salud. Muchos profesionales de la salud no tienen una formación adecuada en asuntos relacionados con la diversidad sexual, lo que los lleva a usar muchas veces un lenguaje inapropiado (Canadian Psychiatric Association, 2014). La heteronormatividad influye negativamente en la calidad de la atención prestada por parte del profesional a las personas no heterosexuales (Marques et al., 2013). En un estudio realizado con estudiantes universitarios de México, se observó que la homonegatividad está presente en el 5% de los estudiantes de psicología, en el 15% de los de psiquiatría, en el 70% de los de medicina y en el 85% de los de derecho. También se observó que cuanto más conocimiento e información se tiene sobre las personas homosexuales, los niveles de homonegatividad disminuyen (Barrón et al., 2014).

En relación a las mujeres lesbianas en los servicios de salud, la presunción de la heterosexualidad por parte del profesional, genera efectos de exclusión, ya que las prácticas sexuales de las mujeres no heterosexuales son invisibilizadas; y muchas veces hasta ellas mismas silencian su orientación sexual (Brown et al., 2014; Barnes, 2012) para protegerse de cualquier daño físico o mental (Canadian Psychiatric Association, 2014). En una investigación llevada a cabo en Perú, la mayoría de mujeres lesbianas mencionaron que no concurren a servicios de ginecología, ya que se sienten discriminadas y estigmatizadas (Galarreta, 2005, en Brown et al., 2014). Otros estudios afirman que la información que reciben por parte de los profesionales no es adecuada ni corresponde a sus necesidades (Marques et al., 2013), ya que existe desinformación y prejuicios por parte de los profesionales de la salud, con respecto al funcionamiento sexual lésbico (Frómata & Ponce, 2013). Según Brown et al. (2014), esto ocurre porque la consulta ginecológica se centra en la sexualidad coitocéntrica, heterosexista y reproductiva, en el marco de parejas monogámicas:

(...) la salud sexual es pensada en términos de planificación familiar. Se enfatiza el aspecto reproductivo y los cuidados necesarios del cuerpo femenino y su aparato génito mamario; y, en esa línea la ginecología apunta a proveer anticoncepción para que la maternidad llegue en el momento que el saber experto considera más apropiado así como para permitir los espaciamientos adecuados de los embarazos (Brown et al., 2014, p. 677).

Mujeres lesbianas y salud mental

Las mujeres no heterosexuales tienen mayor riesgo de tener peor salud relacionada con la calidad de vida, en comparación con las mujeres heterosexuales (Fredriksen-Goldsen et al., 2010). Con respecto al efecto de la discriminación en la salud mental de mujeres lesbianas, no se encontraron muchos estudios específicos sobre la temática, pero sí hay hallazgos de que las mujeres lesbianas son más propensas que

las mujeres heterosexuales al consumo de sustancias psicoactivas, angustia, depresión, ansiedad, estrés postraumático, desórdenes alimenticios, e ideación e intentos de suicidio.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, varios estudios de revisión empírica concluyeron que las mujeres lesbianas tienen mayor riesgo de abuso de alcohol y otras drogas, incluyendo las intravenosas, que las mujeres heterosexuales (Barnes, 2012; Blosnich et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2010, Pineda Roa, 2013; Reisner, 2010). Otro estudio realizado en Estados Unidos afirma que si se estudia por nivel educativo, las mujeres lesbianas de más bajo nivel educativo son más propensas a la dependencia de alcohol (Pineda Roa, 2013). En otro estudio se afirma que mujeres lesbianas y bisexuales de entre 18 a 35 años de edad, estadounidenses, hijas de padres asiáticos, son dos a tres veces más propensas a consumir sustancias psicoactivas, que su contraparte heterosexual, y que esto es consistente con estudios anteriormente realizados (Lee & Hahm, 2012). Las mujeres lesbianas mayores consumen excesivamente más alcohol que las mujeres mayores heterosexuales y bisexuales (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). En un estudio comparativo, las mujeres lesbianas y bisexuales fueron más propensas al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, mientras que en varones gays y bisexuales se halló mayor prevalencia de intento de suicidio (Pineda Roa, 2013).

Con respecto a la angustia frecuente: 19% de las lesbianas que tienen entre 18 a 29 años reportan una frecuente angustia, 20% de aquellas entre 30 a 49 años, y 16% de quienes tienen 50 años o más (Fredriksen-Goldsen et al., 2010). Por el contrario, un estudio llevado a cabo por Blosnich et al. (2013) dice que las lesbianas mayores de 50 años sufren de frecuente angustia, en mayores niveles que las de menor edad y que mujeres heterosexuales mayores de 50 años.

Por otro lado, varios estudios afirman que las mujeres lesbianas son más propensas que las heterosexuales a experimentar depresión (Barnes, 2012; Blosnich et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2010; Kerr et al., 2013; Pineda Roa, 2013; Reisner, 2010). Esto se relaciona con el estrés provocado por la discriminación y estigmatización por ser lesbianas. Kerr et al. (2013) afirman que las personas que sienten que el estrés está asociado al ser parte de una minoría sexual, tienen más síntomas depresivos. En este mismo estudio se plantea que las jóvenes estudiantes lesbianas manifestaron tener mayores sentimientos de desesperanza, soledad, tristeza y depresión que su contraparte heterosexual. Las lesbianas que informaron un diagnóstico de depresión eran 2.4 veces más alto que sus contrapartes heterosexuales. En comparación con varones gays y bisexuales, las mujeres lesbianas y bisexuales tienen más síntomas depresivos; esta diferencia se refleja en edad adulta, pero no en la adolescencia (Shilo & Savaya, 2012).

Diversos autores afirman que las mujeres lesbianas son más propensas que las heterosexuales a experimentar ansiedad (Barnes, 2012; Blosnich et al., 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2010; Kerr et al., 2013; Reisner, 2010). Kerr et al. (2013), dicen que en un estudio realizado en Estados Unidos con mujeres jóvenes estudiantes, las lesbianas eran más propensas a sentir ansiedad e ira que las jóvenes heterosexuales.

Barnes (2012) menciona que las mujeres no heterosexuales son más propensas que las heterosexuales a experimentar estrés postraumático y desórdenes alimenticios; aunque no se profundiza en esto, y en otros estudios no se habló de tal cosa. Otros autores señalan que son más propensas a tener ideaciones suicidas e intentos de autoeliminación (Barnes, 2012; Blosnich et al., 2013; Kerr et al., 2013; Pineda Roa, 2013). En un estudio se afirma que mujeres lesbianas y bisexuales de entre 18 a 35 años de edad, estadounidenses, hijas de padres asiáticos, son dos veces más propensas a tener ideaciones suicidas que su contraparte heterosexual: 31% versus

15% respectivamente. Con respecto a intentos de autoeliminación, las mujeres lesbianas y bisexuales de esta población lo han realizado dos veces y media más que su contraparte heterosexual: 13.2% contra 5.8% respectivamente (Lee & Hahm, 2012). Otro estudio muestra que lesbianas que no han salido del armario tienen de dos a dos veces y media más probabilidad de tener ideaciones e intentos suicidas que mujeres heterosexuales (Kerr et al., 2013). Uno de los estudios revisados por Kerr et al. (2013), dice que las lesbianas se autolesionan intencionalmente 4.7 veces más que las mujeres heterosexuales, que la ideación de suicidio es de 3.8 veces mayor, y que los intentos de suicidio son de 4.4 veces más en lesbianas. En un artículo de revisión empírica llevado a cabo por Pineda Roa (2013), se encontró que 37% de mujeres lesbianas reportaron riesgo suicida frente al 23% de mujeres heterosexuales. Por otro lado, teniendo en cuenta las edades, las lesbianas adultas mayores tienen más ideaciones suicidas que las mujeres adultas mayores heterosexuales (Blosnich et al., 2013).

Un estudio muestra que las mujeres no heterosexuales que tienen alguna infección de transmisión sexual, tienen mayor probabilidad de tener un trastorno bipolar, en comparación con las mujeres no heterosexuales que no tienen infección de transmisión sexual. Lo cual podría indicar que mujeres con una patología mental pueden tener mayores conductas de riesgo (Reisner, 2010).

También es sabido que las mujeres no heterosexuales utilizan más los servicios de salud mental que las mujeres heterosexuales, aunque algunas veces manifiestan que no siempre se reconocen sus necesidades (Barnes, 2012; Kerr et al, 2013).

Discusión

En la literatura revisada, la homonegatividad es fuertemente asociada con problemas en la salud mental de las personas LGBT. De acuerdo con Cáceres et al. (2013), gozar de buena salud es poseer un bienestar razonable en todos los aspectos de nuestra

vida personal e interpersonal. En este sentido, la homonegatividad es un factor de riesgo para la salud de las personas discriminadas, ya que son vulnerados sus derechos. La homonegatividad que las personas sufren en diversos contextos debido a su orientación del deseo erótico afectivo, la falta de apoyo del entorno, y la no aceptación de la propia orientación sexual, son fuentes de estrés que afectan directamente a la salud mental de las personas involucradas; pudiendo generar baja autoestima, angustia, depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios, abuso de sustancias, ideación e intentos de suicidio. Debido a esto, muchas personas no heterosexuales continúan dentro del armario, lo cual limita el goce de sus derechos sexuales, sin tener la posibilidad de ejercer libremente su sexualidad sin discriminación. Frómeta & Ponce (2013) afirman que "(...) a todo ser humano que se le excluya por no responder a las exigencias de una sociedad, exclusivamente heterosexista, en la que no hay lugar para la diversidad, se le estará lacerando su salud sexual" (p. 114). Todos los seres humanos tienen derechos sexuales, que forman parte de los derechos humanos; y la orientación del deseo erótico afectivo no debe ser un obstáculo para poder gozarlos.

Se han diferenciado distintos tipos de homonegatividad como: personal, interpersonal, institucional e internalizada; los cuales tienen sus raíces en la cultura occidental heteronormativa, que brinda mayor valor a varones heterosexuales, y devalúa al resto de las personas. Muchas veces la homonegatividad no es percibida como tal, ya que puede ser naturalizada. De esta manera la homonegatividad se da desde diferentes actores y en diferentes contextos como por ejemplo el hogar, lugares públicos, centros educativos, e incluso hasta en servicios de salud.

A lo largo de la revisión bibliográfica se denota que muchos profesionales de la salud no tienen formación adecuada en temas de género y diversidad, lo cual conduce a que ejerzan discriminación sexual y de género de manera directa y/o indirecta. Barrón et al. (2014) observaron que cuanto mayor conocimiento e información se tiene, disminuye

la homonegatividad. Marques et al. (2013), plantean que los profesionales de la salud deberían ser educados para utilizar un lenguaje neutro y no discriminatorio de la orientación sexual, no presuponer ni imponer la heterosexualidad, crear un clima de confianza y confidencialidad, conocer algunas prácticas sexuales y terminologías específicas, e integrar específicamente, en el caso de mujeres lesbianas, sus necesidades particulares y brindarles asesoramiento de educación y salud. El conocimiento disponible muestra que las mujeres lesbianas son socialmente invisibilizadas, debido a que sus prácticas sexuales son silenciadas y ocultas. De acuerdo con Brown et al. (2014), es imprescindible visibilizar a las mujeres no heterosexuales en el campo social en general y en particular en el sistema sanitario.

Desde la psicología es imprescindible estudiar los daños que provoca la exclusión, y deben desarrollarse guías para los profesionales y toda la comunidad sobre los elementos éticos que deben seguir los profesionales de la salud al trabajar con minorías sexuales (Toro Alfonso, 2012). Es necesario trabajar con toda la población desde un enfoque interdisciplinario para terminar con la homonegatividad, ya que ésta es una de las principales causas de que algunas personas integrantes de las minorías sexuales no tengan vidas saludables, lo cual afecta directamente su salud mental. Hay que trabajar fuertemente en hacer entender a la sociedad que la homosexualidad no es una enfermedad, ni la causa de riesgos en la salud mental, ni el efecto de abusos o traumas infantiles; sino que es una forma de ser, sentir y estar en el mundo, al igual que otras tantas. Por lo tanto, es el contexto homonegativo el que puede llegar a enfermar a una persona no heterosexual, y no su orientación del deseo erótico afectivo.

Conclusiones

En esta revisión bibliográfica se utilizaron aproximadamente la misma cantidad de estudios provenientes de Europa, Estados Unidos y América Latina. Sin embargo, de

los artículos encontrados, Estados Unidos es el país con mayor producción de conocimiento. América Latina es la región que ha producido menos estudios sobre la temática. Al ser reciente el enfoque de la diversidad como derecho, es necesario que se realicen más investigaciones desde las disciplinas de la salud mental en esta región, ya que tiene características que difieren de Europa y Estados Unidos.

Finalmente, la producción revisada presenta algunas limitaciones que importa consignar. La mayor parte de artículos encontrados se enfocan en diversidad sexual u homosexualidad en general. La mayoría refieren a varones gays y muy pocos tratan específicamente sobre mujeres lesbianas. Esto demuestra la invisibilización lesbiana en la sociedad en general y dentro del colectivo LGBT, por lo que resulta necesario en futuras investigaciones, estudiar las poblaciones de la diversidad sexual por separado, ya que sus dinámicas son diferentes, y hacer mayor hincapié en estudiar a mujeres lesbianas, debido a que sufren de una doble discriminación: por ser mujeres y por ser lesbianas. También se recomienda para futuras investigaciones de mujeres lesbianas, que sean estudiadas articulando las perspectivas de clase social y raza-etnia.

Referencias

- Baiocco, R., Ioverno, S., Cerutti, R., Santamaría, F., Fontanesi, L., Lingiardi, V., Baumgartner, E., y Laghi, F. (2014). Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: the role of internalized sexual stigma. *Psicothema*, 26(4), 490-496.
- Barnes, H. (July, 2012). Health needs of lesbians. *Primary Health Care*, 22(6), 28-30.
- Barrientos, J., y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. *Psykhé*, 22(1), 3-14.
- Barrientos, J., y Gómez, F. (abril, 2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 10, 100-123.
- Barrón, E., Salín, R. J., y Guadarrama, L. (2014). Encuesta para evaluar el conocimiento sobre las condiciones de diversidad sexo-genérica y homofobia en una muestra de alumnos universitarios. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 267-276.
- Blosnich, J., Foyne, M. M., & Shipherd, J. C. (2013). Health Disparities Among Sexual Minority Women Veterans. *Journal of women's health*, 22(7), 631-636.
- Borrero, N., Jiménez, M., y Nazario, J. A. (2011). Adolescentes gays y lesbianas en Puerto Rico: Procesos, efectos y estrategias. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22, 147-173.
- Brown, J. L., Pecheny, M., Tamburrino, M. C., Conde, L. L., Perrota, G. V., Capriati, A., Andia, A. M., Mario, S. & Ibarlucia, I. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 673-684.

- Cáceres, C., Talavera, V., y Mazín, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 698-704.
- Canadian Psychiatric Association. (2014). Mental Health Care for People Who Identify as Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and (or) Queer. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 1-7.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Balsam, K. F., & Mincer, S. L. (2010). Disparities in Health-Related Quality of Life: A Comparison of Lesbians and Bisexual Women. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2255–2261.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809.
- Frómeta, O., y Ponce, T. M. (2013). Salud sexual y desarrollo de la sexualidad de mujeres lesbianas, en edad adulta. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(2), 102-115.
- Gato, J., Fontaine, A. M., & Carneiro, N. S. (2012). Escala multidimensional de atitudes face a lésbicas e a gays: construção e validação preliminar. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(51), 11-20.
- Guerra, L. (2011). Subjetividades lesbianas en los espacios no inscritos de la identidad. *Aisthesis*, (50), 157-171.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and

Bisexual Populations: A Prospective Study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459.

Kerr, D. L., Santurri, L., & Peters, P. (2013). A Comparison of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual College Undergraduate Women on Selected Mental Health Issues. *Journal of American College Health*, 61(4), 185-194.

Lee, J., & Hahm, H. C. (2012). HIV risk, substance use, and suicidal behaviors among Asian American lesbian and bisexual women. *AIDS Education and Prevention*, 24(6), 549–563.

Marchueta Pérez, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 255-271.

Marques, A. M., Nogueira, C., Oliveira, J. M. (2013). A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2037-2047.

Martxueta, A., y Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gais y bisexuales (lgb) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 23-35.

Moral de la Rubia, J., y Valle de la O, A. (enero/junio, 2014). Las dos dimensiones del rechazo hacia las personas homosexuales. *Archivos de Medicina*, 14(1), 103-116.

Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426-2432.

Ortiz, L., y Valencia, R. (febrero, 2015). Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 417-430.

Perucchi, J., Coelho, B., & dos Santos, H. (2014). Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estudos de Psicologia*, 19(1), 67-76.

Pineda Roa, C. A. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Psicogente*, 16(29), 218-234.

Pineda Roa, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.

Reisner, S., Mimiaga, M., Case, P., Grasso, C., O'Brien, C. T., Harigopal, P., Skeer, M., & Mayer, K. H. (2010). Sexually transmitted disease (STD) diagnoses and mental health disparities among women who have sex with women screened at an urban community health center, Boston, Massachusetts, 2007. *Sexually transmitted diseases*, 37(1), 5-12.

Shilo, G., & Savaya, R. (2012). Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Young Adults: Differential Effects of Age, Gender, Religiosity, and Sexual Orientation. *Journal of research on adolescence*, 22(2), 310–325.

Toro-Alfonso, J. (2012). El Estado Actual de la Investigación Sobre la Discriminación Sexual. *Terapia psicológica*, 30(2), 71-76.