

Estatus de la mujer en los colectivos homosexual y bisexual

Primera aproximación a las conductas lésbicas

Alumna: Carla Carrera Matoso

Tutora: Adelia de Miguel Negrodo

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología.
Universidad de La Laguna, curso académico 2013-2014**

Resumen

En este trabajo se hace una revisión de los posibles orígenes de la homosexualidad. Se han propuesto diferentes teorías biológicas y psicosociales, sin que ninguna de ellas sea capaz de explicar toda la etiología de las conductas sexuales minoritarias. También se analiza la delimitación conceptual y la relación existente entre orientación sexual, identidad de género e identidad sexual. La segunda parte del trabajo, hace especial énfasis en la descripción de las diferencias entre género y comportamiento sexual y la salud dentro del colectivo homosexual lésbico en comparación con el colectivo heterosexual femenino. Por último, se abordan también, la homofilia y homonegatividad, proponiendo la necesidad de intervención social que facilite la aceptación de las condiciones sexuales minoritarias con el mismo estatus de normalidad psicológica que las condiciones heterosexuales.

Palabras clave: orientación sexual, identidad de género, identidad sexual, salud, homofilia, homonegatividad.

Abstract

This paper reviews the possible origins of homosexuality. Several biological and psychosocial theories have been proposed, but none of them are able to explain all the etiology of minority-sexual behaviors. Also, the conceptual definition and the relationship among sexual orientation, gender identity and sexual identity are analyzed. The second part places particular emphasis on the description of the differences between heterosexual and homosexual women in health and sexual behavior. Finally, homophilia and homonegativity are studied, and the need for social intervention to facilitate the acceptance of sexual minorities as normal psychological behaviors just as heterosexual behaviors is suggested.

Key words: sexual orientation, gender identity, sexual identity, health, homophily and homonegativity.

INTRODUCCIÓN

“Estatus de la mujer en los colectivos homosexual y bisexual”, es el trabajo que culmina una revisión teórica sobre la homosexualidad, así como los diferentes agentes que pueden estar relacionados, ya sea como causa o consecuencia de la misma. Por ello este trabajo, empieza con un primer apartado donde se recoge la definición de identidad de género, orientación sexual e identidad sexual y el grado de relación entre estos conceptos. Un segundo apartado, con las diferentes teorías que se proponen y que tratan de dar una explicación acerca del origen de la homosexualidad, ya sean de tipo, biologicista o psicosocial. Un tercer apartado, en el que se intenta situar al lector de la manera más objetiva posible, ante la diversidad existente en el comportamiento afectivo-sexual según el género en el que cabe también, hacer un inciso sobre las diferencias en salud entre mujeres heterosexuales y homosexuales. Y un último apartado crucial, en el que se habla sobre la sociedad y la homosexualidad, es decir, sobre cómo se ha visto y abordado la homosexualidad a lo largo de la historia hasta la época actual, y donde por lo tanto, aparecen los conceptos de homofilia y homofobia.

La importancia de un trabajo como este radica en el tema sobre el que se centra, la homosexualidad. Es una orientación sexual más y cada día parece ser que está cobrando más importancia debido al gran colectivo de personas homosexuales presentes en la sociedad. Por ello, es fundamental tener conocimiento de las mismas, para así poder romper barreras, que son muchas veces fruto del mal uso de los estereotipos y la falta de información.

Con este análisis, se espera mejorar el conocimiento que hay acerca de la homosexualidad desde diferentes ámbitos, concienciando así a las personas, con el fin de facilitar el conocimiento mutuo, la tolerancia y el respeto, lo que de forma indirecta ayudará a disminuir el estigma social.

1. IDENTIDAD DE GÉNERO-ORIENTACIÓN SEXUAL-IDENTIDAD SEXUAL

Si se toman como referencia las definiciones para ambos conceptos de Martínez Benlloch y Baniller (citado en Carvallo López y Moreno Hernández, 2008) se entendería por *identidad sexual* “juicio sobre la propia figura corporal

(mujer-hombre) basado en características biológicas (genitales, figura). Y por *identidad de género* “juicio de auto-clasificación como mujer/hombre en relación con aspectos, que a lo largo de la historia han ido conformando culturalmente a la mujer y al hombre”. Esta identidad sería el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al diformismo sexual, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos” (Bem, 1974)

Al hablar de identidad, hay que contemplar las diferentes fases evolutivas, pues la infancia será fundamental para el aprendizaje sobre ambas identidades, y que al mismo tiempo, incorporen los estereotipos sobre los roles de género femenino y masculino. Ya en la adolescencia tendrá lugar una reestructuración de la definición en base al género ligada al desarrollo de la identidad personal (Carvallo López y Moreno Hernández, 2008).

Tajfel (1984) profundiza sobre los estereotipos aportando que son clichés, ideas preconcebidas sobre un determinado grupo social que operan en nuestra mente imponiéndose durante mucho tiempo. Juicio que se fundamenta en una idea preconcebida, vulgarmente se entiende como un molde, una caricatura sobre algo o alguien (Luengo y Gutiérrez , 2008)

Por lo tanto ¿cuánto peso tendrían los estereotipos sobre la identidad?, ahondando aún más, ¿cuánto habría de social y cuánto de personal en la construcción de la identidad? Luengo y Gutiérrez (2008) afirman que la configuración de la identidad personal es claramente un fenómeno complejo sujeto a vaivenes de las influencias integradas por múltiples factores como la predisposición individual, las capacidades moldeadas en los procesos educativos y socializadores en los que la persona se va desarrollando. Intervienen además condicionantes psicosociales y culturales que en ocasiones se concretan en estrategias de poder. Por ello entienden que la masculinidad y la feminidad se construyen tras un largo proceso que se teje a lo largo de la vida y que depende de la interacción con el medio familiar y social.

De acuerdo con esto ¿qué sucedería con los transexuales? En este caso parece darse una confrontación entre la identidad sexual y la de género pues el sufrimiento de estas personas está determinado por la dificultad o imposibilidad de cumplir con el rol de género esperado de acuerdo al sexo biológicamente. Como consecuencia puede producirse una búsqueda de cumplir estereotipos, cambio de sexo y feminidad/masculinidad extrema. Se produce una búsqueda de modelos ajenos a la experiencia cercana, convirtiéndose así en una búsqueda de estereotipos. En las personas transexuales se dificulta la aceptación social, se ve alterado el proceso de construcción de la identidad sexual, favoreciendo en ocasiones identidades estereotipadas. Se trataría de mostrar la identidad de hombre o mujer estereotipo. La conformación de la identidad de las personas como hombres o mujeres forma parte de un proceso de reafirmación, negación o discusión de una identidad en la que el cuerpo constituye un aspecto fundamental y en el que influyen de gran manera los modelos representados como ideales en un momento histórico determinado a través de la publicidad, medios de comunicación, deporte, cultura y música (Miguel, Vierge, Schaffer, Ansio, Montenegro, de Antonio, y Banovio, 2008)

También se aprecian diferencias entre ambos sexos a nivel cultural, puesto que la construcción de la identidad no se realiza de la misma manera entre niños y niñas dado que las normas diferentes elaboradas en cada sociedad para cada sexo no tienen la misma connotación social y existe una clara desigualdad de forma que las personas se adaptan y acomodan a las expectativas que la sociedad tiene para cada una de ellas (Valls, 2008)

Así, según la teoría del desarrollo moral del niño de Kohlberg (1966), las personas necesitan mantener una consistencia entre la conducta y el estándar, de tal forma que al asumir un determinado rol sexual, se deben inhibir aquellas conductas estereotipadas del rol contrario (De Miguel y Santos, 2008).

Desde una perspectiva más feminista, Bem (1974) concebía que las personas que no hubieran internalizado los estándares de rol sexual, no necesitarían mantener un repertorio conductual acorde con dichos estándares, lo cual facilitaría una mayor adaptación y una mejor salud psicológica. Además,

Bem, propuso que feminidad y masculinidad, debían tratarse como dimensiones distintas y relativamente independientes, pues para ella, no se trataba de dos polos opuestos de un mismo continuo.

Siguiendo con este tipo de perspectiva, Valls (2008) afirma que en la civilización occidental, se da una clara supremacía de los varones sobre las mujeres, en la que la construcción de la identidad sexual de la misma está supeditada a las tareas de reproducción y cuidado de los hijos y familia con algunos progresos como el derecho a voto, acceso al trabajo etc, pero aún así, bajo la influencia del orden masculino. Es más, una prueba clara de ello, sería la invisibilidad de la mujer como ser diferente porque sólo se la ve como un no hombre, así un primer grado de invisibilidad sería la exclusión sistemática de las mujeres como sujetos clínicos y como componentes de la muestra a estudiar .

Por otra parte, una definición para la *orientación sexual* es la que propone la American Psychological Association (APA), que la considera una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina).

Además proponen que la orientación sexual se da a lo largo de un continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva, pero también incluye diversas formas de bisexualidad (más orientado hacia la homosexualidad o heterosexualidad). Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia ambos sexos (APA, 2012)

También consideran la distinción entre orientación sexual y conducta sexual puesto que en la primera, hay que tener en cuenta los sentimientos y concepción de uno mismo, y sin embargo, las personas pueden o no expresar dicha orientación en sus conductas (APA, 2012).

Una escala que permite medir la autoidentificación de la identidad afectivo-sexual es la KSOG (*Klein Sexual Orientation Grid*, Klein, Sepekoff y Wolf, 1985): tiene siete ítems para ayudar a la persona a entender su

orientación sexual de una forma detallada. Cada ítem se contesta en una rejilla con tres columnas (pasado, presente e ideal de la persona). Los siete ítems hacen referencia a la atracción sexual, la conducta sexual, las fantasías sexuales, la preferencia emocional, las preferencias sociales, el estilo de vida (homo, bi o heterosexual) preferido y la identidad sexual (De Miguel, Fumero, Marrero y Carballeira, 2012).

2. TEORÍAS SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD

Existen diferentes teorías sobre el origen de la orientación sexual. Según el enfoque que tengan, se puede hablar de teorías de tipo biológico y de tipo socio-psicológico.

A. Biológicas

Las investigaciones de corte biológico han florecido en los últimos años y suelen centrarse en la genética. Lippa (2005) centró su trabajo, en el grado de existencia de los vínculos entre factores biológicamente activos y el entorno (hormonas prenatales, estrés materno, reacciones inmunológicas maternas, ambiente uterino y de drogas y exposición química individual) y la distinción sexual, dando como resultado la orientación sexual.

Lippa (2005) considera que hay factores genéticos y ambientales activos biológicamente que pueden influir en el desarrollo de estructuras cerebrales responsables de conductas sexuales. Este tipo de estudios suelen centrarse en el segundo trimestre de la gestación debido a que es un período crucial dado los efectos que tienen las hormonas sobre la diferenciación sexual del sistema nervioso.

Ponseti et al (2007), mediante una investigación de estudios post mortem, revelan que existe relación entre la cantidad de materia gris presente en el cerebro y la homosexualidad. Los resultados muestran que las mujeres tanto homosexuales como heterosexuales, poseen una mayor concentración de materia gris en comparación con los hombres. La mayor parte, se hallaría en los hemisferios, desde la cuña y cíngulo posterior hasta el giro prefrontal superior y cíngulo anterior, así como, bilateralmente en el lóbulo parietal

superior. No se encuentran diferencias entre los hombres heterosexuales y homosexuales. Sin embargo, sí se aprecian mayores concentraciones de materia gris en las mujeres heterosexuales en comparación con las homosexuales en determinadas áreas como el temporo-basal, córtex bilateral, cerebelo ventral y córtex premotor ventral izquierdo.

La mayor concentración de materia gris se encuentra en el córtex perineal izquierdo, encargado de la formación de neuronas para la identidad, pudiendo estar relacionado con los comportamientos sexuales y vínculos sociales. También hallan áreas comunes de menor concentración de materia gris en hombres heterosexuales y mujeres homosexuales.

Por otra parte, las teorías de inestabilidad en el desarrollo de la orientación sexual exponen que el desarrollo prenatal de la especie humana precisa complejas aleaciones de eventos genéticos, fisiológicos y ambientales. Se propone que desviaciones extremas o críticas pueden dar lugar a una mayor inestabilidad en el desarrollo, lo cual parece estar relacionado con la homosexualidad y por lo tanto explicaría una mayor variabilidad en ciertos rasgos en homosexuales en comparación con heterosexuales (Lippa, 2005)

Hines (2004), distingue entre efectos organizativos y activadores de las hormonas sexuales. Se habla de efectos de organización cuando las hormonas, antes del nacimiento, influyen en el desarrollo y estructura del sistema nervioso, y en cambio, se habla de efectos de activación cuando después del nacimiento se producen las variaciones en los niveles hormonales sexuales que se encargan de “energizar” diferencialmente los comportamientos.

Más específicamente los andrógenos, parecen jugar un papel relevante durante las etapas críticas de influencia en el desarrollo de comportamientos sexuales. Ponseti et al (2007) también observaron que la concentración de materia gris equivalente en mujeres homosexuales y hombres heterosexuales, no era una consecuencia de “androgenizaciones tempranas atípicas del género”.

Fernández-Guasti (2009), recuerda que las hormonas sexuales son secretadas por las gónadas y que participan en el establecimiento y

mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios. Estas hormonas (estrógenos, andrógenos y progestinas), inicialmente se consideraban propias para cada sexo dada su elevada concentración, creyendo que los estrógenos serían hormonas exclusivamente femeninas y que los andrógenos serían exclusivamente masculinas.

En la actualidad se sabe que esta diferenciación no es objetiva, puesto que se ha comprobado que los estrógenos ejercen su papel en la psiconeuroendocrinología masculina, y que los andrógenos influyen de manera muy importante en las conductas femeninas. En cuanto a la creencia de que las hormonas o su inexistencia tendrían que ver con la conducta homosexual, hay estudios que muestran que no hay diferencias sobre la cantidad de andrógenos entre hombres heterosexuales y homosexuales. Tampoco se encuentran diferencias de tipo hipofisiario o hipotalámico entre éstos (Fernández-Guasti, 2009).

Sin embargo, según el endocrinólogo Günther Dörner (citado por Fernández-Guasti, 2009), el hecho de que los hombres homosexuales respondan de manera similar a las mujeres ante inyecciones de estrógenos (mediante una liberación de la hormona luteinizante de la hipófisis anterior), sugiere que éstos estuvieron expuestos a una baja concentración de andrógenos durante un período crítico de diferenciación sexual. Sin embargo, no todos los autores corroboran ésta hipótesis (Fernández-Guasti, 2009)

En cuanto al posible origen de dichos niveles de andrógenos, sería según Dörner, debido al estrés maternal ya que algunos informes, indican una mayor incidencia de homosexualidad en épocas particularmente estresantes, como períodos de guerra y post-guerra. También hay informes de mayor estrés durante embarazos de niños que posteriormente fueron homosexuales. Aparecen nuevamente controversias, puesto que hay autores que lo corroboran, mientras que otros no (como se vio en la investigación de Ponseti et al, 2007). Un último factor que explicaría la reducción de andrógenos sería el abuso de drogas o fármacos durante el embarazo (Fernández- Guasti, 2009).

Con todo lo mencionado anteriormente sobre la etiología de las conductas sexuales minoritarias, parece que no hay un origen biológico claro. Sin

embargo hay sectores científicos y legos que abogan en la actualidad por una causación genética biológica (Owen, 2008). Por lo tanto parece ser que aún es necesario seguir investigando al respecto.

B. Psicosociales y Conductuales

Para Freud (1920) la homosexualidad era una inversión del objeto sexual, en la que otorgaba muy poco peso a factores constitucionales, y se centraba en las influencias ambientales, en concreto, en las relaciones materno y paternofiliales durante la infancia.

Según Freud (1920), el modelo que llevaría a la homosexualidad sería aquel en el que la madre y el hijo se encuentran muy unidos, siendo demasiado tiernos y cariñosos, alimentando así sus deseos incestuosos. En cambio, la figura del padre se caracterizaría por su frialdad y hostilidad, dificultando así la identificación del niño con él.

Para el caso de las niñas, resalta igualmente una relación complicada con la figura paterna, pero a diferencia de los varones, también presentan una relación hostil con la madre. Según Freud (1920), la niña se sentiría primero seducida por la madre pero desplazaría este primer enamoramiento hacia su padre. Si este cambio de atracción no queda resuelto, se produce la homosexualidad. Sin embargo Freud reconoció que su teoría no era del todo cierta para las mujeres, pues no hizo ninguna investigación específica, sino más bien por analogía con la masculina.

Fue Adler quien hizo una distinción más certera, separando homosexualidad femenina y masculina y reconociendo la situación de desventaja de las mujeres en su roles social y sexual. Además postulaba que la homosexualidad femenina era una protesta ante tal discriminación y que por lo tanto era un medio feminista y no la causa o la enfermedad del feminismo (Pocasangre, Yanileth, Ortiz Cardoza y Roca Bonilla, 2013).

Aardweg (2005) sobre la homosexualidad lésbica, añade que las niñas pueden llegar a menospreciarse debido a la incomprensión que sienten por parte de su madre, o incluso que muchas de ellas (las hijas mayores sobretodo) se ven obligadas a ejercer el papel de madre, debido a que ésta,

ha visto inhibidas sus funciones como mujer y por lo tanto no siente su papel femenino en el hogar.

Ardweg (2005), también habla de la hipótesis del complejo de fealdad, según la cual la niña se siente fea en comparación con sus hermanos. Otro factor clave, es la atención que reciban las chicas durante su adolescencia, pues si se sienten menospreciadas, valorarán la feminidad de otras chicas.

Para la relación con la figura paterna, el autor, habla del apego que puede sentir la niña hacia su padre debido al papel que éste le otorgue. Incluso habla sobre aquellos padres, que preferían haber tenido un hijo varón y que por lo tanto estimulan en la niña, intereses y roles más masculinos, llevándola a sentirse incomprendida y no aceptada.

También menciona la posibilidad de que el padre otorgue a su hija un rol maternal, buscando en ella el apoyo y consuelo. O en el otro extremo, casos de desprecio y crítica, en los que la niña termina viendo la figura del hombre superior e intenta alcanzarle.

Esta perspectiva teórica muy centrada en los vínculos afectivos paterno-filiales no es capaz de explicar todo el aprendizaje psicológico, siendo necesaria una segunda alternativa, como la que propone las teorías conductuales.

Aquellas investigaciones de corte cognitivo-conductual enfatizan el papel de los refuerzos paternos y las teorías de socialización. Éstas proponen una relación directa entre comportamientos relacionados con el género de los hijos y la variación en el grado de apoyo y recompensas de sus padres. De este modo, estarían moldeando los comportamientos típicos sexuales, incluyendo la orientación sexual. Sin embargo y en contraposición a esta teoría, apuntan que parece una relación no factible puesto que en tal caso, la mayoría de los padres implícita y explícitamente promoverían la heterosexualidad (Lippa, 2008).

Desde esta perspectiva más conductual se afirma que la sexualidad es al nacer un impulso neutro que va tomando forma a partir de diversas experiencias de aprendizaje. Por tanto, la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o a la bisexualidad, es una cuestión de socialización,

influenciada por experiencias específicas de aprendizaje que tienen su origen en la imitación y en las contingencias del refuerzo de la propia conducta (Pocasangre et al, 2013)

En la misma publicación de Pocasangre, se postula que la homosexualidad es el resultado de una inadecuada identificación con el grupo de pares y adultos durante la infancia (modelos del mismo sexo), o bien que las recompensas no han sido las adecuadas. En cualquiera de los casos, la homosexualidad es el resultado de una inversión de género, como consecuencia de un aprendizaje inadecuado del rol de género (Pocasangre et al, 2013).

Dentro de este tipo de teorías sobre la socialización y entorno, también hay que mencionar que aquellos niños con temperamentos sexuales atípicos suelen estar más ligados al sexo contrario que con su propio sexo que empieza a ser no familiar, exótico y excitante. Ante esta idea pueden influir factores temperamentales así como ambientales, como por ejemplo, el tipo de colegio al que se asista, es decir, colegios unisex versus mixtos (Luego y Gutiérrez 2008).

En esta misma línea, se ha visto que los niños, que cuando son adultos son heterosexuales, tienen conductas típicas de los varones: juegan con coches, balones, prefieren deportes rudos, etc. Por el contrario de los niños que cuando son adultos son homosexuales, juegan con muñecas, prefieren la compañía de niñas, etc. En el caso de las lesbianas, parecen haber tenido en la infancia interés por ser líderes, les gustaban los juegos rudos, preferían la compañía de varones, les gustaba vestirse como ellos, etc (Pocasangre et al, 2013).

De todos modos, incluso en los hombres gay sin ningún afeminamiento y en las lesbianas absolutamente femeninas existen algunos recuerdos infantiles de conductas atípicas. Ciertamente en la actualidad, una explicación de esta naturaleza es inadmisibles, ya que la orientación sexual no está directamente relacionada con el hecho de manifestar características del sexo opuesto (Pocasangre et al, 2013).

Por último, dentro de las características paternas, se ha visto que aquellos padres más flexibles y no dogmáticos en sus propias prácticas

sociales de género, tienen hijos más flexibles en sus comportamientos incluyendo los de orientación sexual. Sin embargo, los niños criados en un entorno homosexual no difieren mucho de los criados en un entorno heterosexual en su preferencia en ser heterosexual, homosexual o bisexual Lippa (2005).

Nuevamente ninguna teoría psicosocial-conductual parece tener una explicación única y total para la conducta no heterosexual, sino que más bien, parece que dichas conductas son plurideterminadas (de causación multifactorial).

3. SEXUALIDAD Y GÉNERO

Debido a su gran importancia, es interesante abordar las diferencias que aparecen en la manifestación sexual entre ambos sexos. Las mujeres, parecen manifestar una no-exclusividad para las relaciones homosexuales, así como su comportamiento y fluidez sexual en el tiempo y en diferentes situaciones. Por lo tanto los investigadores rechazan cada vez más la idea de que la orientación sexual masculina y femenina sean las “dos caras de la misma moneda”, argumentando diferencias en los mecanismos y manifestaciones únicos para cada uno de ellos (Diamond, 2012).

Por ejemplo, en un estudio realizado a gran escala sobre el 6% de los hombres americanos y casi el 13% de mujeres estadounidenses, se sintieron atraídos por ambos sexos, mientras que el 1,5% de los hombres y el 0,8% de las mujeres se sintieron atraídos exclusivamente por el mismo sexo (Mosher et al, 2005). Se dieron resultados similares en investigaciones llevadas a cabo en Australia (Bailey, Dunne y Martin, 2000) y Nueva Zelanda (Dickson, Paul y Herbison, 2003).

De hecho, muchas mujeres de orientación sexual minoritaria han informado de que sus sentimientos hacia otras mujeres, tienen lugar o mejoran, debido a la conexión emocional. Es más, se dan casos en los que algunas mujeres informan, haberse enamorado de una única mujer y experimentar sólo deseos para esa persona. Por lo tanto no sería una cuestión de género sino más bien de persona (Blumstein y Schwartz, 1990; Cass, 1990;

Esterberg,1994; Gramick, 1984; Nichols, 1987; Weinberg, 1994, Diamond, 2000).

Algunos autores ante la homosexualidad lésbica, postulan que se dan problemas de seguridad, sumisión, necesidad de control o incluso ausencia del mismo. Es ahí donde se proponen las denominadas “terapias reparativas”, puestas en práctica con la mujer lesbiana/bisexual que acude a consulta para “reconvertirse” en heterosexual (Halmman, 2008).

Otros autores disienten sobre esta idea, expresando la escasez de evidencia empírica al respecto y sobretodo, el daño que causa esto a la autoestima y auto-respeto de la persona (Halmman, 2008).

También es interesante mencionar las datos acerca de las diferencias en salud entre mujeres heterosexuales y homosexuales. En diferentes estudios sobre diversas enfermedades encontraron diferencias entre ambos colectivos. En el *Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Study* (Conron, Mimiaga y Landers, 2010) observaron que mujeres lesbianas y bisexuales mostraron una mayor tendencia de riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres heterosexuales. En el *Washington State Study* (Dilley, Simmons, Boysun, Pizacani, Stark, 2010), apreciaron un mayor incremento de riesgo en bisexuales pero no en lesbianas. En el estudio, *Nursery Health Study II* (Case et al, 2004), encontraron un mayor incremento de riesgo en bisexuales. Sin embargo otros estudios, no encuentran diferencias o incluso encuentran que los grupos minoritarios presentan menos riesgo. En cuanto a otras enfermedades como el cáncer, parece haber contradicciones también, ya que algunos estudios postulan una mayor prevalencia en cáncer de pecho y cérvix en mujeres lesbianas y bisexuales mientras que otros, no encuentran diferencias. En el *Washington State Study*, también hallaron que las mujeres lesbianas y bisexuales tenían más tendencia al padecimiento de asma en comparación con las mujeres heterosexuales, mientras que para la enfermedad de diabetes, las mujeres bisexuales presentaron una mayor tendencia a padecerla. Una de las mayores diferencias en cuanto a salud, se aprecia en obesidad, de modo que las mujeres de orientación sexual minoritaria suelen tener mayor tendencia a la

obesidad en comparación con las heterosexuales, además estas diferencias aparecen antes de la adultez, al igual que el consumo de tabaco que también parece ser mayor en mujeres homosexuales. En cuanto a la práctica de deporte, no suele haber diferencias entre ambos grupos, a excepción de algunos estudios, que muestran una mayor tendencia a practicar ejercicio en mujeres lesbianas (Roberts, Dibble, Nussey y Casey, 2003).

Muchas de las diferencias que se han encontrado en los diferentes estudios, parecen darse debido a las desigualdad en el grado de acceso a la información de tipo sanitario así como el grado de exposición a adversidades. Muchos de estos factores pueden tener su raíz en el estigma social percibido por las mujeres de conducta sexual minoritaria en muchos niveles (Krehely, 2009, Meyer, 2003). También aparecen diferencias en cuanto a pólizas de seguro sanitario, es decir, un menor acceso debido a la falta de recursos financieros, así como una menor cobertura, siendo las bisexuales las más afectadas (Conron et al , 2010). También se dan casos en los que perciben un menor riesgo de contraer enfermedades como la del papiloma, por el hecho de que no mantienen relaciones sexuales con hombres, lo cual hace que no perciban necesidades médicas (Matarrazzo, Koutsky, Kiviat, Kuypers y Stine, 2001). Otro factor que influye es también la falta de competencia cultural en cuanto a cuidados sanitarios para las mujeres de conducta sexual minoritaria en el sistema sanitario (O'Hanlan, 2007), por lo tanto muchas veces sufren de discriminación o un trato inadecuado. También hay evidencias de que la salud psíquica suele ser inferior en mujeres homosexuales en relación con heterosexuales, y la salud mental está relacionada con los resultados que se obtienen en salud física. Por último, parece ser que presentan un riesgo más elevado de sufrir abusos sexuales, y los abusos sexuales están asociados con la adversidad mental y la salud física (Lehavout, Walters y Simoni, 2010, Midei, Mathews, y Bromberger, 2010). Estudios sobre adolescentes sugieren que las disparidades en contacto sexual no deseado empiezan pronto (Saewyc et al, 2006), esto se ha relacionado empíricamente con la obesidad y otros resultados negativos entre las mujeres adultas de minorías sexuales (Aaron y Hugues, 2007, Midei et al, 2010).

La literatura sobre orientación sexual y diferencias en salud entre mujeres es limitada, aunque está incrementando en calidad y alcance. Comparado con otras mujeres, las lesbianas y bisexuales, parecen sufrir una mayor carga de estrés así como desventajas económicas, viéndose afectada su salud. Aún así se necesitan más resultados en algunas áreas. Lo que está claro es que ignorar la salud de estas mujeres dentro de los cuidados prioritarios de la salud nacional no puede ser aceptado y tolerado (Simoni, Smith, Lehavot, Fredriksen-Goldsen y Walters, 2012).

Las diferencias evidentes entre mujeres homosexuales y heterosexuales hace necesario seguir trabajando para ver si hay una relación causa-efecto o si es una cuestión de la persona o de género. Incluso es una cuestión de ser humano, un ejemplo , la violencia de género que produce tantas víctimas se da también en relaciones homosexuales y por lo tanto estaríamos hablando de violencia intragénero (Girshick, 2002). Así, esas cuestiones de homosexualidad y heterosexualidad afectan a todas las personas y por lo tanto no serían específicas de una orientación sexual, lo cual no impide que los patrones conductuales puedan ser diferentes en función de la orientación sexual.

4. HOMONEGATIVIDAD, HOMOFILIA Y DESCONOCIMIENTO

¿Qué se puede hacer para radicar el prejuicio y rechazo que sufren los homosexuales, lesbianas y bisexuales?

La American Psychological Association (APA) en 1975 adoptó una resolución en la que se declaraba lo siguiente: la homosexualidad no implica ningún impedimento en el juicio , la estabilidad, confiabilidad, o las capacidades sociales o vocacionales generales, instando a todos los profesionales de salud mental a eliminar el estigma de enfermedad mental que ha sido asociado con las orientaciones homosexuales. Esta postura, permitió que en años posteriores la APA promoviera la salud mental y bienestar de las personas gays, lesbianas y bisexuales, así como, poner a disposición psicólogos con herramientas positivas para la práctica, educación e investigación con estas minorías. En 2009 , la asociación afirmó que atracciones sexuales y románticas hacia el mismo sexo, sentimientos y conductas, son variaciones normales y

positivas de la sexualidad humana (APA, 2009, p . 121).

Sin embargo, esto no siempre fue así. La homosexualidad estaba considerada como una enfermedad mental y se encontraba recogida junto a otros trastornos en el DSM-II. Para que esto dejara de ser así, fue necesaria la presión de grupos a favor de la homosexualidad que alarmaron a los científicos, y por lo tanto lograron la eliminación de este tipo de orientación sexual del manual. Además fue necesario darse cuenta de la marginación que sufrían los homosexuales y por tanto los problemas que les acarrearba este estigma social y no su orientación sexual en sí misma, como se creía.

Sería interesante añadir que según la APA, las investigaciones han descubierto que se dan actitudes más positivas hacia los homosexuales, lesbianas y bisexuales, en aquellos casos en los que la persona dice conocer o tener en su entorno (amigos, compañeros de trabajo) a alguien con este tipo de orientación sexual. Por eso los psicólogos consideran que la discriminación y actitudes negativas que sufren los homosexuales, son prejuicios que no se basan en la experiencia real sino en estereotipos, y que esto es debido a la falta de información. De ahí que subrayen la importancia de la protección y prevención de la violencia como grupo minoritario que son. Por ejemplo en diez estados de Estados Unidos tienen leyes contra la discriminación por orientación sexual.

En un estudio sobre Actitudes ante la Diversidad Sexual de la Población Adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) los adolescentes, dijeron conocer alguna persona gay, lesbiana, bisexual o transexual, habiendo en la totalidad de los casos una mayor visibilidad de los hombres gays. Poniendo de manifiesto un importante desconocimiento de referentes lésbicos y, en mayor medida, de personas bisexuales o transexuales. También apreciaron que a medida que aumenta el grado de cercanía afectiva y emocional disminuyen las conductas homófobas (Galán, Puras, Medina, Martín, y López, 2007).

Por lo tanto concienciar a las personas sobre la orientación sexual y homosexualidad posibilita la reducción del prejuicio, sobre todo en los jóvenes, puesto que están descubriendo y tratando de entender su sexualidad (APA,

2009).

Tales hallazgos, unidos a la importancia que tiene la construcción de la identidad desde edades tempranas, y el papel que juega la socialización en la misma, podrían ser un indicador más de la importancia de cambiar las actitudes más desfavorables ante la diversidad sexual, así como reeducar en valores dentro de la enseñanza, pues “la educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo” como decía Nelson Mandela. Y más si se tiene en cuenta la gran cantidad de personas homosexuales que hay en la sociedad, puesto que, según la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) estimaban en el año 2012 que alrededor del 6% de los jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 15 y 29 años eran lesbianas, gays, transexuales o bisexuales, lo que representaría una cifra de 540.000 personas.

Patterson y D’Augelli (2013) hablan de un 10% de la población, en la que hay más gays que lesbianas y más mujeres bisexuales que hombres bisexuales.

Algunos estudios de la Universidad de la Laguna, hablan también de un 10% de la población, así como de una mayoría de gays y de mujeres bisexuales (Fumero y De Miguel, 2011; Miguel y Fumero, 2011, 2012; Miguel, Fumero, Bello y González-Gutiérrez, 2010; Miguel, Fumero, González-Gutiérrez y Bello, 2010; Patterson y D’Augelli, 2013).

Todo esto, son cifras aproximadas. No es factible la realización de estudios epidemiológicos sobre la orientación sexual debido a diversos factores:

- No hay un acuerdo entre los científicos acerca del origen conceptual de la orientación sexual, teniendo en cuenta que las condiciones sexuales se refieren al menos a las fantasías sexuales, deseos sexuales, afectos y las conductas sexuales propiamente dichas.
- La visibilidad de la orientación sexual de una persona está en gran medida determinada por las normas culturales, tal y como defendía la teoría de la personalidad constitucional de Benedict, en la medida en que una sociedad promueve o facilita la aparición de esos patrones comportamentales

minoritarios (Benedict, 1934).

La cultura occidental contemporánea facilita las conductas homosexuales (orientación homosexual) y un ejemplo de ello es la legalización del matrimonio de personas del mismo género en países Europeos y algunos estados Estadounidenses.

Si hay una determinación multifactorial de las conductas sexuales minoritarias, resulta casi imposible establecer el origen biológico, social y o personal de estas conductas a lo largo del ciclo vital.

5. CONCLUSIONES

A raíz de lo expuesto a lo largo de este trabajo, donde se han tenido en cuenta las diferentes teorías sobre la homosexualidad, se puede deducir que a pesar de las múltiples propuestas, no hay un origen claro sobre la misma. Lo que sí parece estar claro, es la importancia que tiene mejorar el conocimiento de la sociedad sobre este tipo de orientación sexual para poder reducir el prejuicio, y que la calidad y condiciones de vida de estos colectivos minoritarios (gays, lesbianas, bisexuales y transexuales) sean de igual calidad que para el resto de personas. Por lo tanto queda patente la gran importancia que juega la parte social en la construcción de la identidad y en la aceptación de la orientación sexual de uno mismo y sería interesante tenerlo en cuenta de cara a futuras investigaciones. Por otro lado, hay que mencionar las posibles limitaciones de este trabajo, dado que las aportaciones recogidas no han sido replicadas al tratarse de un trabajo de revisión teórica y que se centra básicamente en la orientación homosexual lésbica, sería necesario replicar los resultados anteriormente citados, extendiéndolos incluso a otras poblaciones (bisexuales, gays, transexuales) con el fin de corroborar los mismos, siempre y cuando esto sea posible.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaron, D.J., y Hughes, T.L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. *Obesity*, 15, 1023-1028.

American Psychological Association. *Orientación sexual y homosexualidad*.

- Recuperado el 24 de febrero de 2014. Disponible en:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- American Psychological Association. Practice Guidelines for LGB Clients.
Recuperado el lunes 3 de marzo de 2014. Disponible en:
<http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx?item=2>
- Bailey, J.M, Dunne, M.P., y Martin, N.G. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin simple. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 524-536)
- Benedict, R.F. (1934). *Patterns of culture*. Boston: Houghton/Mifflin Co.
- Blumstein, P., y Schwartz, P.(1990). Intimate relationships and the creation of sexuality. En D.P. McWhirter, S.A. Sanders, y J.M. Reinish (Eds). *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp.307-320). Nueva York: Oxford University Press.
- Carvalho, López, M.A. Moreno, Hernández, A. (2008). El desarrollo de la identidad de género y representaciones de la maternidad en la adolescencia. *Identidad de género versus identidad sexual. Castellón de la Plana*.
- Carballeira, M., Miguel, A.d., Fumero, A., Marrero, R. (2012). Correlatos de personalidad e identidad de género en la adaptación y bienestar de personas homosexuales y heterosexuales adultas. No publicado. Universidad de la Laguna.
- Case, P., Bryn Austin, S., Hunter, D.J., Manson, J.E., Malspeis, S., Willett, W.C., et al. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the nurses'health study II. *Journal of Women's Health*, 13, 1033-1047
- Conron, K.J, Mimiaga, M.J., y Landers, S.J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, 100, 1953- 1960.
- Diamond, L.M, y Fagundes, C.P. (2012). Emotion regulation in close relationships: Implications for social threat and its effects on immunedered functioning. En L. Cambell y T.J. Loving (Eds.) *Close relationships an interdisciplinary perspective* (pp. 83-106). Nueva York:

- Spriger.
- Dickson, N, Paul, C, y Herbison, P.(2003). Same-sex attraction in a birth cohort: prevalence and persistence in early adulthood. *Social Science y Medicine*, 56, 1607-1615).
- Dilley, J.A., Simmons, K. W., Boysun, M.J., Pizacani, B. A., y Stark, M.J. (2010). Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: Health disparities in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health*, 100, 460-467.
- Fernández-Guasti, A. (2009). Bases biológicas de la preferencia sexual. *Revista Ciencia*, 60(2), 23-36.
- Galán, J. I. P., Puras, B. M., Medina, P. O. R., Martín, N. M., & López, M. R. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*. Madrid, FELGTB.
- Girshick, L. B. (2002). *Woman-to-woman sexual violence: Does she call it rape?*. UPNE.
- Hallman, J. (2009). *The heart of female same-sex attraction: A comprehensive counseling resource*. InterVarsity Press. Ivp books.
- Hines, M. (2004). *Brain gender*. Oxford; Oxford University Press.
- Horner, E. (2007). Queer identities and bisexual identities: What's the difference? En B.A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp- 287-311). Nueva York, NY: Columbia University Press.
- Howard, J. (1991). *Out of Egypt*. Speldhurst, Kent: Monarch Publications.
- Krehely, J. (2009). How to closet the LGBT health disparities gap. *Center for American Progress*, 1-9.
- Lehavoult, K., Walters, K.L., y Simoni, J.M. (2010). Abuse, mastery, and health among lesbian, bisexual, and two-spirit American Indian and Alaska Native women. *Psychology of Violence*, 1, 53-67.
- Lippa, R. A. (2005). Sexual orientation and personality. *Annual Review of Sex Research*, 16(1), 119-153.

- Luengo, M.R, y Gutiérrez, P. (2008). Identidad sexual y coeducación. *Actas 4º congreso estatal isonomía sobre identidad de género versus identidad sexual*. P.106. Castellón de la Plana.
- Matarazzo, J.M., Koutsky, L.A., Kiviat, N.B., Kuypers, J.M., y Stine, K. (2001). Papanicolau test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91, 947-952.
- 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.
- Midei, A.J., Mathews, K. A., y Bromberger, J.T. (2010). Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: Possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosomatic Medicine*, 72, 215.
- Miguel, A.de, y Santos, R. (2008). Androginia y salud mental en estudiantes universitarios. In *IX Jornada Sociedad Española para la Investigación de las Diferencias Individuales* [Recurso electrónico]:[celebradas en La Laguna, 27 y 28 de septiembre 2007] (pp. 123-146). Servicio de Publicaciones.
- Miguel, T. B., Vierge, S. A., Schaffer, I. G., Ansio, F. G., Montenegro, J. L., de Antonio, I. E., y Banovio, M. G. (2008). Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 211-226.
- Mosher, W.D, Chandra, A, y Jones. J(2005). Sexual behaviour and selected health measures: Men and Women 15-44 years old of age, United States, 2002. *Advance data from vital and health statistics*, no. 362. Hyattsville, MD: National Center of Health Statistics.
- O'Hanlan, K.A. (2007). Health care of lesbian and bisexual women. In I. H. Meyer y M.E. Northridge. (Eds), *The health of sexual minorities: Public Health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp.506-522). Nueva York: Springer.
- Owen., J. (2008). Gay men straight women have similar brains. *National*

- Geographic News*. Recuperado el 24 de abril de 2014 en <http://news.nationalgeographic.com/news/2008/06/080616-gay-brain.html>
- Diamond, L.M. (2013). Concepts of female sexual orientation. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford University Press.
- Simoni, J.M., Smith, L., Lehavois, K., Fredriksen-Goldsen, K., y Walters, K.L. (2013). Lesbian and bisexual women's physical health. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford University Press.
- Pocasangre, M., Yanileth, C., Ortiz Cardoza, B. C., y Roca Bonilla, J. T. (2013). *Identidad sexual: la experiencia de mujeres lesbianas en el proceso de reconocimiento de su orientación sexual en un entorno familiar heterosexual. propuesta de intervención psicosocial para su desarrollo personal* (Tesis doctoral, Universidad de El Salvador).
- Ponseti, J., Siebner, H. R., Klöppel, S., Wolff, S., Granert, O., Jansen, O., y Bosinski, H. A. (2007). Homosexual women have less grey matter in perirhinal cortex than heterosexual women. *PloS one*, 2(8), e762.
- Roberts, S.A., Dibble, S.L., Nussey, B., y Casey, K. (2003). Cardiovascular disease risk in lesbian women. *Women's Health Issues*, 13, 167-174.
- Saewyc, E. M., Skay, C.L., Pettingell, S.L., Reis, E. A., Bearinger, L., Resnick, M., et al. (2006). Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Child Welfare*, 85, 19.
- Sigler-Smalz, A. L. (2004). Understanding the Lesbian Client. *National Association for Research & Therapy of Homosexuality*.
- Valls Llobet, C. (2008). Identidades sexuales en la ciencia y salud. *Actas 4º congreso estatal isonomía sobre Identidad de género versus identidad sexual*. P.99. Castellón de la Plana.
- Van den Aardweg, G. (2005). Homosexualidad y esperanza. *Congreso Origen y mecanismos del complejo homosexual en la mujer*. Navarra. Eunsa.