



## **Víctimas de la homofobia:** Consecuencias psicológicas

### **Dr. Jorge J. Osma López**

Codirector y Terapeuta

**CREOS**, centro de psicoterapia y formación  
Profesor Asociado Departamento de  
Psicología Básica, Clínica y Psicobiología  
Universitat Jaume I Castelló.

Desde los inicios de la psicoterapia hasta nuestros días, han sido muchas las corrientes filosóficas, políticas y culturales que han influido, tanto en

la forma de entender al ser humano, como en la naturaleza de la enfermedad mental y, por supuesto, los métodos y herramientas para "curar" al paciente. Es por este motivo que en el contexto de la psicoterapia se hayan generado distintas escuelas, entre las que destacan, la psicoanalítica, la conductual, la sistémica, la humanista o la cognitiva. Las **escuelas cognitivas** han sido quizá las que han adquirido un mayor protagonismo en la actualidad y su característica fundamental radica en tener como elemento fundamental de análisis al pensamiento. Citando a Enchiridion de Epícteto (siglo I d.C.) entenderemos mejor esta premisa; *"No son las cosas en sí mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas"*. De esta manera, no es un suceso lo que nos hace sufrir, sino el significado que tiene para nosotros, la interpretación del mismo, nuestra forma de entenderlo.

La homosexualidad es una más de tantas otras situaciones que están sujetas a interpretación, valoración o juicio. Desde la perspectiva cognitiva de la psicoterapia podemos afirmar que no es la homosexualidad en sí misma la que provoca sufrimiento en la persona homosexual ni en los demás, sino los pensamientos que esa persona tenga de este hecho. Siguiendo este argumento, es fácil entender que si el significado que tiene para una persona el hecho de ser lesbiana, gay, bisexual o transexual es negativo, aumentará su sufrimiento. Por ello, desde la psicología científica, se tomó la decisión de eliminar del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales el diagnóstico de homosexualidad, despatologizando así a las personas que se sienten atraídas por personas de su mismo sexo (Conger, 1975). Más recientemente, en esta misma línea de eliminar la asociación entre enfermedad mental y orientación sexual, la American Psychological Association (APA), publicó en Diciembre del 2000 una guía de psicoterapia para lesbianas, gays, bisexuales, y otras orientaciones sexuales minoritarias (División 44/ Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force, 2000).

A pesar de los esfuerzos de muchas organizaciones por ofrecer una visión más sana y realista de las personas con una orientación sexual minoritaria y los avances en derechos civiles y humanitarios, seguimos percibiendo en nuestras sociedades la asociación entre conceptos negativos (enfermedad, pecado, depravación, promiscuidad, castigo, etc.) y homosexualidad. De hecho, 2/3 de la población encuestada por el General Social Survey en USA entre los años 1970-1980 consideraba que las conductas homosexuales son "siempre equivocadas" y un 56% de los encuestados opinaba igual en el año 1997 (Yang, 1997). Más de

la mitad de los heterosexuales encuestados en 1992 expresaba disgusto hacia gays y lesbianas (Herek, 1994). Una revista Americana encontró que casi la mitad de las personas encuestadas creía que la homosexualidad era pecado (Newsweek Poll, 2000), y aproximadamente un tercio de la muestra encuestada por otra revista Americana (Americans on Values, 1999) consideraba que era una enfermedad física o mental.

Estos datos son muy relevantes por dos motivos, porque reflejan la ambivalencia social existente ante el fenómeno de la homosexualidad y porque refleja que vivimos en una sociedad marcada por la heteronormatividad. **El heterosexismo, heterosexualidad o heteronormatividad** se define como "sistema ideológico que niega, degrada y estigmatiza cualquier conducta, identidad o relación no heterosexual" (Herek, 1992).

Consecuencia directa de la sociedad heterosexista es, *en primer lugar*, la **Homofobia**. El término "Homofobia" fue utilizado por primera vez por G. Weinberg (1972) para referirse a "la condena irracional a los individuos homosexuales cuya consecuencia es la violencia, privación y separación". Para muchos autores el término Homofobia no recoge la totalidad del fenómeno psicosocial que implica, ya que, la Homofobia es más que un miedo irracional, más que una emoción, es un principio ideológico, una actitud, un sistema de creencias y valores que causa dolor a millones de personas por el hecho de tener una orientación sexual distinta a la de la mayoría y querer manifestarla en su entorno en busca del bienestar personal, familiar y social. Debido a esta falta de significado global del término Homofobia, se han planteado otros alternativos como; odio gay o lésbico, orientacionalismo sexual, heterosexualidad o heterosexismo (comentado anteriormente), prejuicio sexual o también no conformidad con la orientación sexual. Blumenfeld (1992) explica cómo la Homofobia opera a cuatro niveles de pensamiento interrelacionados:

1) *Homofobia Personal*: refleja un sistema de pensamientos (prejuicios) que entiende que las minorías sexuales no pueden hacer nada para cambiar su desafortunada situación, incluye el odio hacia ellos porque están trastornados psicológicamente o son genéticamente defectuosos ya que sus conductas y deseos no son naturales sino inmorales, reflejo del pecado o simplemente desagradables.

2) *Homofobia Interpersonal*: cuando las relaciones entre las personas están determinadas por los prejuicios. El resultado es la discriminación (insultos, burlas o aislamiento por parte de compañeros, amigos, familiares, etc.).

3) *Homofobia Institucional*: manifestaciones discriminatorias por parte de gobiernos, empresas, instituciones educativas o religiosas, etc.

4) *Homofobia Cultural*: expresada en las normas sociales y códigos de comportamiento que perpetúan la discriminación y la opresión. Como podemos observar, los pensamientos y actitudes negativas hacia las minorías sexuales se presentan en una gran variedad de formas. Posteriormente hablaremos de las consecuencias de la Homofobia a nivel social y cultural, ahora nos centraremos con mayor detalle en las consecuencias personales del heterosexismo.

Si el heterosexismo tiene como primera consecuencia el desarrollo de la Homofobia, *en segundo lugar*, tiene implicaciones psicológicas que se comienzan a gestar en el proceso de **desarrollo de la identidad sexual** del individuo.

Diríamos que, el individuo que va creciendo y desarrollándose en una sociedad heterosexista, irá adquiriendo ideas y conceptos negativos hacia el resto de orientaciones sexuales de manera natural y por varios frentes, algunos de ellos, significativos para él (familia, contexto escolar, T.V., iglesia, etc.). Las fases para conseguir un bienestar emocional y psicológico relacionado con la identidad sexual serían (Reynolds & Hanjorgiris, 2000): ser consciente de mi orientación sexual, aceptarla e integrarla en mi identidad personal y, por último, manifestarla a mi entorno. Es fácil adivinar que, resulta mucho más complejo para una persona que ha interiorizado mensajes negativos y catastrofistas hacia las orientaciones sexuales minoritarias, la elaboración satisfactoria de las distintas fases sin sentir emociones como el temor o la repulsión hacia su orientación cuando descubre que es lesbiana, gay, bisexual o transexual. A este fenómeno debemos añadir otros que se dan de manera simultánea en todas las personas durante su desarrollo integral. La persona que se definirá como homosexual, bisexual o transexual, desarrolla también durante su crecimiento sus rasgos de personalidad, la estima hacia sí mismo, el control en la búsqueda de apoyo social, la predictibilidad de los acontecimientos en su contexto, el sentimiento de seguridad, sus metas vitales, etc. Si comentáramos anteriormente que una Sociedad heterosexista puede influir negativamente en el desarrollo de la identidad sexual, este hecho, afectará negativamente con mayor probabilidad al resto de variables como; la autoestima, el control del entorno, la seguridad y confianza personal, la percepción de apoyo social, las expectativas de futuro, etc. La influencia negativa del heterosexismo en el desarrollo de la identidad sexual y en el resto de variables biológicas y psicológicas del crecimiento como persona, se manifiesta, en ocasiones, como un sentimiento negativo hacia la propia orientación sexual (causante hasta el momento de un elevado estrés psicosocial y personal).

La "**Homofobia interiorizada**" se define como: "odio hacia sí mismo que ocurre como resultado de formar parte de una sociedad que estigmatiza a las personas" (Locke, 1998). Herek (1996), explica que "cuando los homosexuales comienzan a ser conscientes de su orientación, experimentan hacia ellos mismos las actitudes que han interiorizado". Por su parte, Allport (1954) describe en su "Teoría de los rasgos debidos a la victimización" las consecuencias en los individuos que sufren la victimización y explica que, los individuos estigmatizados manifiestan reacciones defensivas como resultado de los prejuicios que experimentan. Los mecanismos que utilizan pueden ser; *rasgos de extroversión*: incluye una preocupación exagerada y obsesiva por la estigmatización y/ o, *rasgos de introversión*: incluye auto descalificaciones personales y la identificación con el agresor. Este segundo rasgo es el que más se asociaría con la Homofobia interiorizada. Los estudios de Nicholson & Long (1990) y Ross & Roser (1996) con hombres gais relacionó la baja autoestima y la percepción de no disponibilidad de apoyo social con la Homofobia interiorizada. Y más recientemente, McGregor et al. (2001), obtuvieron resultados similares en población lésbica. Según su estudio, existe correlación positiva entre Homofobia interiorizada y estrés psicológico, así como menores niveles de autoestima y percepción de no disponibilidad de apoyo social.

Son muchos los investigadores que han demostrado que la interiorización de la Homofobia causa niveles elevados de estrés (Hammersmith & Wienberg, 1973;

Leserman, DiSantostefano, Perkins, & Evans, 1994; Lewis, 1984; Meyer & Dean, 1995; Nicholson & Long, 1990; Weinberg & Williams, 1974). De hecho, existe un término específico que hace referencia al estrés que sufren las personas cuya orientación sexual es minoritaria, el llamado "**estrés de la minoría**". Meyer (2003) conceptualiza el estrés de la minoría como una dimensión que incluye aspectos internos y externos de la persona, el estrés se produce por acontecimientos y condiciones externas y objetivas, la expectativa y estado de alerta que provocan esos acontecimientos, la interiorización de actitudes sociales negativas, y la ocultación de la propia orientación sexual.

Algunas personas homosexuales y bisexuales han sufrido un desarrollo de la orientación sexual difícil, han experimentado la discriminación y estigmatización desde edades muy tempranas y todo ello, junto con las situaciones difíciles que se producen en la vida de todos los seres humanos (presiones por estudios, desengaños afectivos, pérdida de empleo, enfermedad, etc.) hace que el número de estresores psicosociales sea mayor y que aumente la probabilidad de desarrollar algún trastorno psicológico.

Los estudios sobre **salud mental en población lésbica, gay y bisexual** refieren que existe una elevada prevalencia de trastornos mentales en esta población comparada con población heterosexual (Cohran, S.D. & Mays, V. M., 2000a; Cohran, S.D. & Mays, V. M., 2000b; Cohran, S.D., Keenan, C., Schober, C. & Mays, V. M., 2000; Gilman, S.E., Cohran, S.D., Mays, V.M., Hughes, M., Ostrow, D. & Kessler, R.C., 2001; Sandfort T.G.M., De Graaf, R., Bijl, R.V. & Schnabel, P., 2001).

Las razones para que exista esta elevada tasa de prevalencia no se conocen con exactitud pero parece ser que, los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y el abuso de drogas se relacionan en muchos casos con factores sociales (Dohrenwend, B.P., 2000; Kendler, K.S., Kessler, R.C., Walters, e.e. et al., 1995; Mazure C.M., 1995; Kessler R.C., Mickelson, F.D. & Williams, D.R., 1999). Experiencias con **discriminación y estigmatización** han mostrado el aumento de la vulnerabilidad para desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y quizá mayores proporciones de trastornos psicológicos (Mickelson, F.D. & Williams, D.R., 1999; Fife, B.L. & Wright, E.R., 2000; Wright, E.R., Gronfein W.P., & Owens T.J., 2000; Markowitz, F.E., 1998).

Parecen existir evidencias de que los homosexuales sufren altos niveles de impredecibilidad y niveles elevados de estrés en la vida cotidiana debido a la estigmatización de la homosexualidad. Cuando estas experiencias ocurren se asocian con estrés afectivo o emocional (Meyer, I.H., 1995; Otis, M.D. & Skinner, W.F., 1996; Herek, G.M., Gillis, J.R. & Cogan, J.C., 1999; Hershberger, S.L. & D'Augelli A.R., 1995; Lock, J. & Steiner, H., 1999). El estudio de Mays, V.M. & Cochran, S.D. (2001) sobre la correlación entre salud mental en lesbianas, gais y bisexuales adultos y percepción de discriminación arroja resultados clarificadores al respecto. Según las autoras, el 76% de la muestra de homosexuales manifiestan haber experimentado alguna situación discriminatoria en su vida, de estos, el 25% relaciona la discriminación con su orientación sexual únicamente. El 98% de la muestra heterosexual que ha experimentado discriminación la atribuye a otros factores no relacionados con su orientación sexual. El grupo homosexual y bisexual manifiesta haber tenido una vida más dura y consideran

que la discriminación ha interferido en tener una vida más plena y productiva. En el estudio aparece un porcentaje mayor de personas diagnosticadas con un trastorno psicológico entre aquellos que han manifestado haber sufrido algún acontecimiento discriminatorio o que lo sufren en su vida cotidiana con frecuencia.

También se ha demostrado que los problemas de salud correlacionan con **relaciones sociales desadaptativas** (insoportables o negativas), no solo en personas homosexuales y bisexuales sino en otras poblaciones como: estudiantes (Ingram, Betz et al., 2001; Lakey et al., 1994; Lepore, 1992), supervivientes de una violación (Davis, Brickman, & Baker, 1991), enfermos crónicos (Ingram et al., 1999; Manne & Glassman, 2000; Revenson, Schiaffino, Majerovitz, & Gibofsky, 1991; Siegel, Raveis, & Karus, 1994, 1997), mujeres estériles (Mindes, Ingram, Kliwer, & James, 2003) y personas que han perdido a un familiar (Ingram, Jones & Smith, 2001); Lovell, Hemmings, & Hill, 1993). Un estudio de meta-análisis con 48 trabajos sobre las interacciones sociales negativas refleja una relación significativa entre las interacciones sociales negativas y la depresión (Finch, Okun, Pool, & Rulemán, 1999). Betz, et al. (2001), encontró que las relaciones sociales negativas son un predictor significativo para la depresión y el estrés psicológico. Waldo (1999), refiere en su investigación que el heterosexismo en el puesto de trabajo se relaciona positivamente con síntomas psicológicos y problemas físicos de salud.

Parecen existir pues cada vez más evidencias de que las experiencias discriminatorias y las relaciones sociales negativas pueden tener efectos psicológicos y fisiológicos perjudiciales, lo cual, es un factor de riesgo para padecer un trastorno mental (Kessler R.C., Mickelson, F.D. & Williams, D.R., 1999; Krieger, N. Sydney & S., 1996; Clark, R., Anderson, N.B., Clark, V.R. & Williams, D.R., 1999). Una vez desarrollado un trastorno mental, ¿Existen diferencias entre personas con distintas orientaciones sexuales con respecto a los síntomas, la edad de inicio o los precipitantes del trastorno?. Las investigaciones a este respecto reflejan que las **diferencias en la morbilidad de los trastornos** en personas homosexuales y bisexuales radican en:

a) *Comorbilidad*. Existencia de más de un diagnóstico. Existen evidencias que muestran que las lesbianas tienen un riesgo mayor de desarrollar dependencia al alcohol que otras mujeres (Bradford et al., 1994; Cochran, Bybee, Gage, & Mays, 1996; Cochran et al., 2000; Hughes & Wilsnack, 1994; McKirnan & Peterson, 1989). Por su parte, los varones gays tienen más prevalencia de trastornos de ansiedad que los heterosexuales (Cochran & Mays, 2000b; Cochran, Sullivan, & Mays, 2001; Sandfort et al., 2001).

b) *Edad de inicio del trastorno*. Adolescentes lesbianas y gays manifiestan con mayor frecuencia haber experimentado abuso familiar y sufrimiento al comunicar su orientación sexual (D'Augelli, 1998; Savin-Williams, 1994) y tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato por sus padres (Corliss, Cochran, & Mays, 2001; Tjaden, Thoennes, & Allison, 1999).

Otros estudios ponen de manifiesto que experiencias de victimización, insultos y miedo a la violencia física son frecuentes en grupos de jóvenes lesbianas y gays, sobre todo en los más jóvenes del grupo (Garofalo et al., 1998; Herek, Gillis, Cogan, & Glunt, 1997). Harry (1983) encontró en una muestra de gays varones que, no estar conforme con tu orientación o ser afeminado durante la

adolescencia y juventud se asociaba con una menor autoestima. Strong, Singh, & Randall (2000) encontraron que adolescentes gais manifestaban un mayor grado de insatisfacción corporal comparados con heterosexuales. Ser "afeminado" durante la adolescencia es un factor de riesgo para tener trastornos de la conducta alimentaria en los hombres gais (Meyer, Blissett, & Oldfield, 2001). Savin-Williams & Ream (2003) encontraron que los jóvenes gais varones que han tenido intentos de suicidio manifiestan haber tenido más estresores relacionados con su orientación sexual, especialmente los relacionados a su aspecto y apariencia visiblemente femenina. D'Augelli, Grossman, & Starks (2005) encontraron que los jóvenes homosexuales con historia de no aceptación de su orientación sexual, se sienten diferentes a sus compañeros, son valorados por los demás como diferente y sienten que los demás piensan que su género es atípico, comparados con homosexuales sin historia de no aceptación con su orientación sexual. Por último, Young & Sweeting (2004) encontraron en una amplia muestra de jóvenes de 15 años que, considerando su orientación sexual, especialmente los varones, la no aceptación de la orientación sexual se relacionó con: mayor victimización, soledad y estrés.

Todos estos datos indican que lesbianas y gais son más vulnerables que los hombres y mujeres heterosexuales a desarrollar, a más temprana edad, un trastorno mental debido al estrés psicológico derivado de la estigmatización.

c) *Gais y lesbianas viven vidas diferentes (en algunos aspectos) comparados con personas heterosexuales.* La estructura de las familias gais y lesbianas son diferentes (Matthews & Lease, 2000); en algunos países no tienen la misma protección legal ni los mismos beneficios económicos o sociales de las familias heterosexuales (Purcell & Hicks, 1996); reciben menos apoyo por parte de las familias biológicas (Kurdek & Schmitt, 1987; Mays, Chatters, Cochran, & Mackness, 1998). Recordamos que en la mayoría de países sigue siendo imposible legalizar la relación de pareja. Todas estas situaciones aumentan la vulnerabilidad a los eventos negativos vitales.

Hasta el momento hemos analizado la relación existente entre el heterosexismo de la sociedad y el desencadenamiento de la Homofobia, tanto internalizada (actitudes negativas hacia el hecho de ser homosexual, bisexual o transexual) como interpersonal, institucional o cultural (intolerancia, discriminación, estigmatización, relaciones sociales desadaptativas). Además, hemos visto como la respuesta a todos estos elementos es, niveles elevados de estrés (estrés de la minoría) aumentando la vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicológicos. El siguiente eslabón sobre la victimización de la Homofobia es, **la búsqueda de ayuda profesional.**

Desgraciadamente existen todavía pseudoprofesionales de las ciencias de la salud (psicología, psiquiatría, médicos de familia, enfermeras, etc.) que, no atendiendo a las recomendaciones realizadas por la American Psychological Association (APA), y al sentido común y ético de una profesión cuyo objetivo es fomentar y mantener la salud física, mental y social de las personas, deciden continuar psicopatologizando y estigmatizando a personas con una orientación sexual distinta a la mayoritaria. Sus argumentaciones no tienen en cuenta datos empíricos de estudios controlados y, sobretodo, no tienen en cuenta las variables de respeto a la voluntad e integridad de la persona. Solo así podemos entender que durante muchos años se haya utilizado la **terapia de conversión o**

**reparadora** para conseguir devolver al individuo su "naturaleza sana" como heterosexual (Tozer & McClanahan, 1999). El APA (1997) volvió a ratificar su condena a todas aquellas prácticas psicoterapéuticas cuyo objetivo sea reorientar el deseo y la conducta de gays, lesbianas o bisexuales. Otra alternativa terapéutica es el **modelo de terapia afirmativa** (Brown, 1992; Browning et al., 1991; Malyon, 1982). Este modelo asume que lesbianas y gays, al igual que hombres y mujeres heterosexuales, incorporan actitudes y creencias negativas aprendidas sobre la homosexualidad en su proceso de crecimiento. El resultado de este proceso, denominado Homofobia interiorizada es, *por una parte*, el desarrollo de características de personalidad autoritarias, rigidez de pensamiento, acciones violentas y discriminativas. La Homofobia en estos casos correlaciona con: mantenimiento de roles de género tradicionales, género, grado de religiosidad, afiliación religiosa, haber tenido relación con una persona homosexual, estilos de afrontamiento y grado de empatía (Cullen, Wright, & Alessandri, 2002). Otro estudio relaciona los prejuicios sexuales con variables psicológicas como: autoritarismo (Altemeyer, 1996; Haddock & Zanna, 1998), fundamentalismo religioso (Herek & Capitanio, 1996) e ideologías políticas conservadoras (Yang, 1998). *Por otra parte*, otro efecto de la Homofobia interiorizada es el aumento de situaciones estresantes en la vida cotidiana y, con ello, el aumento de la vulnerabilidad a desarrollar problemas psicológicos en la adolescencia y juventud.

Las terapias de afirmación consideran la Homofobia interiorizada un objetivo prioritario en el proceso de intervención terapéutica. El futuro se orienta hacia las intervenciones multicomponente, por medio de las cuales, se incluyen programas de tratamiento que han demostrado su eficacia en trastornos concretos además de incluir aspectos de la terapia afirmativa. Estudios recientes sobre salud mental en lesbianas, gays y bisexuales adultos ponen de manifiesto que, algunos de los evaluados no tienen trastornos psicológicos a pesar de haber experimentado situaciones discriminatorias.

La capacidad de algunas personas de generar resiliencia en situaciones traumáticas o estresantes no es desconocida. **La resiliencia** término que proviene de la física y de la ingeniería civil y que fue adaptado posteriormente a las ciencias sociales se definiría como, "capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora". Esta habilidad para afrontar con éxito el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como (Kumpfer et al., 1998): el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno; la familia y el ambiente de la comunidad en la que vive y, el número, intensidad y duración de circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad.

Como conclusión, me gustaría remarcar que, a pesar de todo lo anteriormente expuesto **es posible el cambio**. Es posible conseguir que las creencias y actitudes negativas hacia lesbianas, gays y bisexuales que existen en nuestra sociedad, en nuestras instituciones y nuestra cultura y que impregnan las normas, códigos de conducta y vocabulario de todos nosotros, cambien. Considero que el cambio deberá comenzar por el individuo, por la lucha personal contra pensamientos negativos, actitudes perjudiciales y relaciones sociales

desadaptativas. Por una actitud de lucha por los derechos en su entorno próximo. Quizá este cambio, además de aumentar la calidad de vida y la salud de la persona pueda impactar y promover la reflexión y el cambio en el resto de la sociedad, comenzando por el grupo social próximo, la familia, el trabajo, etc. Para ello también será importante el trabajo en centros educativos donde se promuevan valores de tolerancia, respeto y humanidad hacia los grupos minoritarios, sean estos homosexuales, inmigrantes o discapacitados. Todas las intervenciones a nivel político y social son necesarias para que se oiga la voz del oprimido, evitando la victimización como única herramienta de presión, más bien, utilizando los derechos humanos como objetivo deseable por todas las sociedades democráticas. La asistencia psicológica profesional es determinante para ayudar a las personas con dificultades en el desarrollo de su orientación sexual a quererse y aceptarse como son, en una sociedad que puede llegar a ser muy hostil. El entrenamiento en técnicas de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de sus procesos de pensamiento, el aumento y protección de la autoestima, el entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y asertivas, la solución de problemas o la toma de decisiones, etc., son herramientas necesarias para conseguir el objetivo de la salud integral de la persona. Los grupos de apoyo en asociaciones de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales se han mostrado muy útiles en ofrecer apoyo emocional, convirtiéndose en grupo de referencia y pertenencia de muchas personas que no han podido desarrollar relaciones sociales satisfactorias y estables en su vida. Esperamos que actividades como la que hoy nos reúne aquí sean el comienzo de una reflexión personal, grupal y social hacia el cambio. Me gustaría finalizar con un proverbio danés que dice así **"El firmamento no es menos azul aunque las nubes nos lo tapen o los ciegos no lo vean"**.

Muchas gracias

### **Bibliografía**

- Aosved, A. C. & Long, P. J. (2006). Co-ocurrence of rape myth acceptance, sexism, racism, homophobia, ageism, classism, and religious intolerance. *Sex Roles*; 55:481-492.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 11, Nº 3, pp. 125-146.
- Cochran, S. D. & Mays, V. M. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *American Journal of Public Health*; Vol 90, Nº. 4.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbian's and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 932-947.
- D'Augelli, A. R. & Patterson, C. J. (2001). *Lesbian, gay, and bisexual identities and youth. Psychological perspectives.* New York, Oxford University Press.
- Dreyer, Y. (2007). Hegemony and the internalisation of homophobia caused by heteronormativity. *HTS* 63 (1).
- Mays, V. M. & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*; Vol 91, Nº. 11.
- Gonsiorek, J. C. (1985). *Homosexuality & psychotherapy. A practitioner's handbook of affirmative models.* *Journal of Homosexuality*; Vol. 7, Nº 2/3. New York, The Haworth Press.



Hamilton, L. (2007). Trading on heterosexuality: Colleague women's gender strategies and homophobia. *Gender Society*; 21; 145.

Hereck, G. M., Cogan, J. C., Gillis, J. R., & Glunt, E. K. (1997). Correlates of internalized homophobia in a community Sample of lesbian and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 2, 17-25.

Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*; Vol. 9, Nº 1.

McGregor, B. A., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., Yount, S. E., & Ironson, G. (2001). Distress and internalized homophobia among lesbian women treated for early stage breast cancer. *Psychology of Women Quarterly*; 25 (1-9).

Omoto, A. M. & Kurtzman, H. S. (Eds.) (2006). *Sexual orientation and mental health: examining identity and development in Lesbian, gay and bisexual people* (323 pp.). Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

Powers, B. & Ellis, A. (1999). *Acéptate, acéptalo. Cómo explicar y comprender las distintas orientaciones sexuales*. Barcelona, Paidós.

Sandfort, T. G. M., Melendez, R. M. & Diaz, R. M. (2007). Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in latino gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*; Vol. 44, Nº 2, 181-189.

Smith, N. G. & Ingram, K. M. (2004). Workplace heterosexism and adjustment among lesbian, gay, and bisexual individuals: the role of unsupportive social interactions. *Journal of Counselling Psychology*; Vol 51, Nº 1, 57-67.

Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*; Vol. 15. Nº 1, 97-107.

**Jorge Osma López** es **Doctorado** en Psicología y Diplomado en Estudios Avanzados por la Universidad Jaime I de Castellón. Su carrera profesional se ha centrado en áreas como la investigación, la docencia y la intervención clínica y educativa. Actualmente es Profesor Asociado en la Universidad Jaime I de Castellón en el Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología donde imparte las asignaturas de "Psicoterapias" y "Psicopatología Infantil", en la licenciatura de Psicología, y "Madurez emocional y calidad de vida", en el 2º Ciclo de la Universidad para Mayores. Desde hace 5 años es Director del Gabinete Psicopedagógico y del Departamento de Orientación del Colegio Puértolas Pardo de Alcora (Castellón) donde realiza sus funciones como psicólogo escolar además de dirigir la escuela para padres y para profesores. Su interés por la mediación escolar y familiar le ha llevado a elaborar e impartir diversos cursos, talleres y conferencias tanto para alumnos como para padres, profesionales de la enseñanza y asociaciones con interés por la educación integral de los niños/as y adolescentes. Por último destacar su trabajo como Codirector y Terapeuta del centro "CREOS, centro de psicoterapia y formación" en la ciudad de Castellón.