

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Programa de mejora de la
calidad de vida autopercebida
en personas bisexuales**

Elena Zamora Gracia.

Directora: Helena Garrido Hernansaiz.

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá

Año 2020

1. ÍNDICE

1.	ÍNDICE.....	1
2.	RESUMEN, PALABRAS CLAVE.....	3
3.	ABSTRACT, KEY WORDS.....	3
4.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
5.	OBJETIVOS.....	6
6.	MARCO TEÓRICO.	6
6.1	Metodología de la investigación.	6
6.2	Diversidad afectivo sexual y de género.	7
6.3	Estrés de las minorías.	11
6.4	Impacto de la LGBTIfobia.....	14
6.5	Psicología Afirmativa.	18
6.6	Bisexualidad.....	20
6.6.1	Bifobia.....	21
6.6.2	Calidad de vida y bifobia. Consecuencias específicas de la bifobia en la calidad de vida.	24
6.6.3	Psicología afirmativa bisexual.	26
6.6.4	¿Por qué es necesario un programa para mejorar la calidad de vida autopercebida de las personas bisexuales?.....	27
7	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	27
7.1	Presentación de la propuesta.....	27
7.2	Objetivos concretos que persigue la propuesta.....	28
7.3	Contexto de aplicación.....	29
7.4	Metodología, recursos.....	30
7.5	Actividades.	31
7.6	Cronograma de aplicación.	38

7.7	Evaluación de la propuesta.	38
8	CONCLUSIONES	39
9	REFERENCIAS	41
10.	ANEXOS	60
10.1	Anexo I: Directrices para la práctica psicológica con clientes lesbianas, gais y bisexuales.....	60
10.2	Anexo II: Mitos bifóbicos	61
10.3	Anexo III: Cuestionarios de evaluación.	64
10.3.1	Indicadores de calidad de vida.	64
10.3.2	Indicadores de resiliencia.....	64
10.3.3	Indicadores de bifobia interiorizada.....	65
10.4	Anexo IV: Ejemplo de posible autorregistro utilizado.....	67
10.5	Anexo V: Bifobia interiorizada.....	67
10.6	Anexo VI: Autoestima sin bifobia interiorizada.....	67
10.7	Anexo VII: Asertividad.....	68
10.8	Anexo VIII: Revelación de una identidad no heteronormativa.....	68
10.9	Anexo IX: Resiliencia.....	68
11.	DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	70

2. RESUMEN, PALABRAS CLAVE.

El desarrollo y aceptación de una identidad bisexual es un proceso difícil. La evidencia apoya que asumir una identidad bisexual implica mayores dificultades que aceptar una identidad homosexual debido, entre otras cosas, a la invisibilización que existe a todos los niveles de la bisexualidad, lo cual deriva de unos prejuicios bifóbicos, que a su vez tienen sus raíces en el monosexismo que se entronca dentro del modelo binario tradicional. Esta invisibilidad supone una falta de referentes positivos que retroalimenta la invisibilidad y, por ende, la bifobia. Esta bifobia es diferente a la homofobia debido a que implica una serie de mitos y prejuicios propios.

La Psicología Afirmativa nació para dar soporte a todas aquellas personas del colectivo LGBTI, pero en algunas áreas ha tenido un desarrollo mayor que en otras, siendo una de las mayores olvidadas la psicología afirmativa bisexual, ya que hay una sangrante falta de estudios con respecto a vivencias bisexuales específicas que no sean compartidas por homosexuales. Pero la realidad de las personas bisexuales es única y merece ser tomada en consideración, ya que la bifobia no es igual que la homofobia y genera unos niveles de sufrimiento muy altos, en todos los ámbitos.

Por lo tanto, en este trabajo se desarrolla una propuesta de intervención desde un marco de referencia afirmativo, la cual tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida autopercebida en personas bisexuales a través del trabajo de diferentes indicadores que han demostrado ser cruciales en su bienestar.

Palabras clave: bisexualidad, psicología afirmativa, identidad bisexual, bifobia, bifobia interiorizada.

3. ABSTRACT, KEY WORDS.

The development and acceptance of a bisexual identity is a difficult process. The evidence supports that assuming a bisexual identity implies greater difficulties than accepting a homosexual identity due, among other things, to the invisibility that exists at all levels of bisexuality, which derives from biphobic prejudices, which in turn have their roots in the monosexism which is embedded in the traditional binary model. This invisibility supposes a lack of positive references that feeds back invisibility and, therefore, biphobia. This biphobia is different from homophobia because it implies a series of myths and prejudices of its own.

Affirmative Psychology was born to support all those within the LGBTI community but in some areas it has developed more than in others, one of the most neglected being bisexual affirmative psychology as there is a glaring lack of studies regarding specific bisexual experiences that are not shared by homosexuals. But the reality of bisexual people is unique and deserves to be taken into consideration, since biphobia is not the same as homophobia and generates very high levels of suffering, in all areas.

Therefore, in this paper we develop a proposal for intervention from an affirmative reference framework, which has as its main objective to improve the self-perceived quality of life in bisexual people through the work of different indicators that have proven to be crucial in their well-being.

Key words: bisexuality, affirmative psychology, bisexual identity, biphobia, internalized biphobia

4. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El desarrollo y aceptación de una identidad diferente a la heterosexual suele ser un proceso plagado de dificultades e incertidumbre. Concretamente, la evidencia apoya que asumir una identidad bisexual es, en ocasiones, más complicado o implica mayores dificultades que asumir una identidad homosexual debido a la bifobia imperante en la sociedad, que implica una mayor invisibilización de la realidad bisexual (en comparación con la homosexual), la cual se traduce en una falta clara de referentes positivos (Schick, Rosenberger, Herbenick, Calabrese y Reece, 2012). Esta falta de referentes retroalimenta la invisibilidad bisexual y, por ende, la bifobia. Esta bifobia es diferente a la homofobia debido a que implica una serie de particularidades y mitos asociados que no se comparten con la homofobia (Barker et al., 2012).

La psicología afirmativa nació para dar soporte a todas aquellas personas del colectivo LGBTI, pero en algunas áreas ha tenido un desarrollo mayor que en otras, como la Psicología Afirmativa Gay (nombre con el que nació originalmente) y, una de las mayores olvidadas, la Psicología Afirmativa Bisexual. Es flagrante la falta de estudios con respecto a vivencias bisexuales específicas que no sean compartidas por homosexuales, ya sean hombres o mujeres (Dobinson, MacDonnell, Hampson, Clipsham y Chow, 2005).

Las vivencias de las personas bisexuales son únicas. La bifobia no es lo mismo que la homofobia, ya que “salir del armario” como bisexual no es lo mismo que hacerlo como homosexual; aunque haya prejuicios compartidos, cada sigla del colectivo LGBTI tiene unas vivencias propias y la bisexualidad es una de las grandes invisibilizadas. Todo esto genera un sufrimiento que se traduce en mayores niveles de depresión o intentos de suicidio que sus pares homosexuales (Pompili et al., 2014).

Por ello, se hace necesario abordar el bienestar de las personas bisexuales desde la Psicología Afirmativa y, con ese propósito, se ha creado un programa en el marco de este trabajo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida autopercebida en personas bisexuales.

5. OBJETIVOS.

El objetivo principal del presente trabajo es el desarrollo de un programa que, a su vez, tiene como objetivo principal la mejora en la calidad de vida autopercebida en población bisexual.

Para ello se perseguirán los siguientes objetivos, que conformarán los diferentes módulos del programa de intervención:

- Mejora y gestión del proceso de aceptación de una identidad no heteronormativa.
- Reducción de la bifobia interiorizada.
- Aumento de la autoestima.
- Aumento de la asertividad.
- Aumento de la resiliencia.
- Reducción de conductas problemáticas (si las hubiera).

6. MARCO TEÓRICO.

6.1 Metodología de la investigación.

El presente marco teórico está basado en una búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos de la Universidad de Alcalá mediante el buscador único que proporciona su servicio online de biblioteca y en el buscador de Google Académico.

Algunos de los términos utilizados para dicha búsqueda bibliográfica han sido, en español: “bisexual”, “bienestar”, “psicología afirmativa”, “afrontamiento”, “resiliencia”, “homofobia”, “bifobia”, “LGBT”, “salud”, “salud mental”, “asertividad”, “estrés de minorías”, “suicidio”, “depresión” o “estrés”; y en inglés: “bisexual”, “wellness”, “affirmative psychology”, “coping”, “resilience”, “homophobia”, “biphobia”, “health”, “mental health”, “assertiveness”, “minority stress”, “suicide”, “depression” o “stress”.

Todos ellos han sido buscados en solitario o combinados a través de los siguientes operadores booleanos: AND, OR, NOT, SAME y WITH.

Dentro de los resultados bibliográficos obtenidos, el criterio de inclusión seguido para seleccionar material ha sido, principalmente, que se tratara específicamente la

temática bisexual. Dentro de los criterios de exclusión se han descartado aquellos trabajos en los que no se especificaban temáticas bisexuales.

6.2 Diversidad afectivo sexual y de género.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, en sus siglas en inglés) define la sexualidad humana como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales a lo largo de su vida (WHO, 2006, p. 10).

Como se puede extraer a partir de la definición anterior, la sexualidad es un elemento que abarca y se incluye diametralmente en la vida de las personas. La forma de entender la sexualidad ha cambiado a lo largo de la historia y de las sociedades; actualmente, hay de dos formas, enfrentadas, de entenderla: el modelo sexual binario tradicional, frente al considerado como modelo de diversidad sexual y de género.

Tal y como describe Peris (2018) el primero, también llamado sistema sexo-género o binarismo de género (Basterretxea, 2016; Villar et al., 2013), supondría un acercamiento reduccionista a la sexualidad, cuyo único y último fin sería la procreación y reproducción. Este modelo asume como normal un rango muy restringido de personas, identidades y comportamientos. Así, la normalidad solo sería aplicable a aquellas personas que se construyen, identifican y comportan según lo establecido para las categorías de hombre o mujer y, de esta forma, todas aquellas personas que no se encuadren dentro de estos márgenes serán calificadas como raras, pecadoras, enfermas, invertidas, viciosas, anormales... y apartadas de la sociedad, o en su defecto invisibilizadas dentro de esta. Por tanto, este modelo niega la diversidad generada en el

proceso de sexuación, ya que solo habría un trayecto considerado “normal” o “natural” y se forzaría a las personas a encajar dentro de estos márgenes únicos y estrechos.

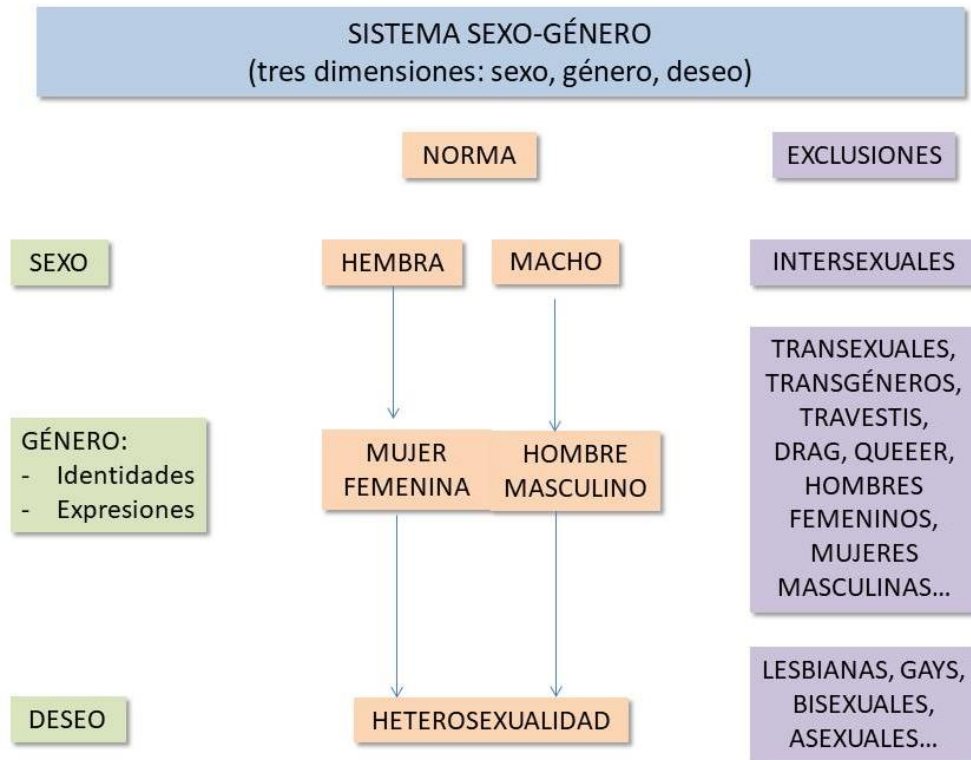
Este sería el modelo históricamente dominante, cuyo resumen se puede consultar en el Cuadro 1. Tal y como describe Basterretxea (2016, p. 10), este sistema regula “las prácticas sexuales, los deseos, los imaginarios, las formas de relacionarse, los cuerpos, las formas de vestir, de comportarse, de moverse o el vestuario a utilizar. Dictamina aquello que está bien o mal, que determina lo que queda fuera (extramuros) o dentro (intramuros) del sistema”.

De esta manera, a todas aquellas personas que nazcan con pene, se les asignará el sexo varón y se pondrá en marcha un arsenal de pautas educativas y de crianza encaminadas hacia el objetivo de que esta persona cumpla con los patrones normativos de la masculinidad y del comportamiento masculino, entre los que se encuentra la obligatoriedad de sentirse atraído únicamente por personas del sexo opuesto, en este caso mujeres (Peris, 2018); es decir, de ser heterosexual.

Por el contrario, todas aquellas personas que en el momento de su nacimiento tengan vulva se le asignará un sexo: mujer y, de la misma manera, se desplegará el sistema de educación y crianza que determinará como deben de comportarse y hacia quien deben sentirse atraídas, en este caso, únicamente hacia las personas del sexo asignado como varón (Peris, 2018); es decir, que también han de ser heterosexuales.

Esto sería lo que se denomina heteronormatividad (COGAM, 2005; Guasch, 2007), la cual establecería las relaciones heterosexuales como norma y patrón a seguir. Al anular la diversidad sexual y de género, la heteronormatividad es responsable de muchas de las problemáticas que desarrollan aquellas personas que no encajan en este itinerario y que serán desarrolladas más extensamente en los siguientes puntos.

Cuadro 1. Sexo-género-deseo. (Elaborado a partir de Missé, 2014)



Por otro lado, frente al modelo binarista se encuentran autores ya citados como Villar et al. (2013), Basterretxea (2016) o Peris (2018), otros como Martín (2018), Missé (2014), Gómez (2018a) y Platero (2018), y también la Asociación Americana de Psicología (APA en sus siglas en inglés) (2008, 2009), que tratan de rebatir este sistema imperante mediante la demostración empírica de que lo verdaderamente natural es la diversidad sexual y de género (DSG), modelo que enfatiza que la diversidad es la norma en la naturaleza, en base a trabajos como los de Hutchinson (1959) o Bagemihl (1999). Esa diversidad se daría tanto en el sexo biológico como en la identidad con el sexo, en la orientación sexoafectiva y la identidad con la orientación, y en el género y la identidad con el mismo. Sería, por tanto, una alternativa al modelo binario que amplía considerablemente los márgenes y hace posible que, potencialmente, muchas más personas puedan ser incluidas dentro de la “normalidad” y así no sufrir el rechazo y las secuelas asociadas a este.

La sexualidad, según este marco, no sería una sexualidad “predeterminada” ya que se va construyendo durante toda la vida en distintas fases, produciéndose

determinados acontecimientos por los que los individuos se irían definiendo como macho/hembra, hombre/mujer, o de manera diferente a estas categorías; pero no siempre en todas las etapas la definición se produciría en el mismo sentido, lo que explicaría la diversidad que se observa, ya que cada persona es el resultado de una combinación única de acontecimientos que se van explicitando a lo largo de dicho proceso (Peris, 2018).

Al ser un modelo mucho más rico y complejo, se hace necesario señalar las diferentes definiciones que se enmarcan en él. Para ello, nos serviremos de algunas de las definiciones elaboradas por el Grupo de investigación familia y sexualidad de la Universidad de los Andes (2015), de las elaboradas por la APA (2008, 2009a, 2009b, 2011) y la Just the Facts Coalition (2008). Para englobarlas, se utilizarán tres grandes categorías generales: sexo e identidad con el sexo; género e identidad con el género y, por último, orientación del deseo.

Cuando se habla de sexo se hace referencia a aquellos componentes biológicos, anatómicos, fisiológicos, etc, que se desarrollan en el cuerpo a lo largo del proceso de sexuación y terminan configurando a las personas como mujeres, hombres o intersexuales. Todas estas categorías corresponden el sexo de asignación, que sería aquel que se otorga en el nacimiento en base a las características genitales externas (Gómez, 2018b).

En cuanto a la identidad con el sexo, sería la percepción de afinidad y conformidad con las características biológicas de alguno de los sexos y da lugar a personas transexuales, personas cisgénero y queer.

Con respecto al género, sería conjunto de contenidos socioculturales que se asignan a las características biológicas de las distintas categorías sexuales descritas anteriormente (FELGTB, 2005). Estos contenidos socioculturales pueden ser femeninos, masculinos o andróginos.

En relación a la identidad con el género, es la conciencia que la persona tiene o experiencia personal de ser hombre, mujer o diferente. En base a esta identidad, las personas tendrán una expresión de género u otra, que sería la forma de comunicar esa identidad de género a otras personas. Aquí se incluyen las personas transgénero, agénero, género fluido y tercer género.

Por último, la orientación sexual es un patrón constante de atracción hacia otra persona o personas en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo (APA, 2008). También se refiere al sentido de identidad de cada persona basada en dichas atracciones o a las conductas asociadas a la misma. Algunas de las orientaciones que se incluyen dentro del modelo de la Diversidad Sexual y de Género son: lesbiana, para aquellas mujeres que reconocen y aceptan que se sienten atraídas por mujeres. Gay: hombre que reconoce y acepta que se siente atraído por hombres. Bisexual: persona que reconoce y acepta que se siente atraída por más de un género y/o sexo (esta definición la ampliaremos posteriormente). Heterosexual: persona que reconoce y acepta que se siente atraída por personas del otro sexo. Asexual: persona que reconoce y acepta que no siente deseo o atracción erótica.

6.3 Estrés de las minorías.

Esta variedad de identidades choca con el binarismo del sistema tradicional, el cual se divide en dos grandes grupos en cuanto al sexo-género (hombre/mujer y masculino/femenino) y en uno solo cuando se refiere a la orientación sexual (heterosexual). Frente a esto, el marco de la DSG, al ampliar sus límites y dar cabida a un mayor número de realidades, conforma grupos más reducidos de individuos, llamados minorías.

Así, los prejuicios y discriminaciones relacionadas con pertenecer a un grupo minoritario, como puede ser tener un bajo nivel socioeconómico, sufrir racismo, sexismo o LGBTIfobia, pueden inducir cambios que requieren adaptación y, por lo tanto, pueden conceptualizarse como estresantes (Carter, 2007; Link y Phelan, 2001; Major y O'Brien, 2005; Meyer, 1995; Paradies, 2006; Pascoe y Smart Richman, 2009; Sellers y Shelton, 2003). Es probable que la persona de la minoría esté sujeta a tales conflictos porque la cultura dominante, las estructuras sociales y las normas generalmente no reflejan ni tienen en cuenta al grupo minoritario, es decir, estas personas estarían expuestas a eventos negativos relacionados con su estigmatización y discriminación (Brooks, 1981), lo cual, sumado a los cambios vitales precipitados por eventos comunes a todas las personas, daría como resultado que los miembros de las minorías estarían expuestos a un exceso de fuentes de estrés.

Para distinguir este exceso de estrés al que están sometidos los miembros de los grupos minoritarios se hizo una elaboración de la teoría del estrés social, llamada

“Estrés de minorías”, que se caracterizaría por (a) ser único, es decir, ser aditivo a los estresores generales que experimentan todas las personas y, por lo tanto, se requiere un esfuerzo de adaptación mayor que aquellos que no están estigmatizados; (b) ser crónico, es decir, estaría relacionado con estructuras sociales y culturales subyacentes relativamente estables; y, por último, (c) ser de base social, es decir, se deriva de procesos sociales, instituciones y estructuras que van más allá del individuo (Meyer, 2003).

Por tanto, este estrés de minorías sería la presión social derivada del sexismo, xenofobia, racismo y LGBTIfobia que provoca un impacto psicoemocional en la persona (Gómez, 2018b). Aplicado a las distintas minorías que conforman la DSG, este modelo plantea que los prejuicios sexuales (Herek, 2000) son estresantes y pueden conducir a resultados negativos para la salud (Cochran, 2001; Cochran, Sullivan y Mays, 2003; Fingerhut, Peplau y Gable, 2010; Harper y Schneider, 2003; Lewis, Derlega, Berndt, Morris y Rose, 2002; Lewis, Derlega, Griffin y Krowinski, 2003; Mays y Cochran, 2001; Meyer, 1995).

Meyer (1995) planteó en un influyente trabajo que algunas de las características del estrés de minorías relevantes para las personas LGB serían: (a) eventos y condiciones de discriminación y violencia; (b) expectativa de ocurrencia de dichos eventos y de rechazo resultante; y (c) la internalización de actitudes sociales negativas u homofobia interiorizada. En 2003 (Meyer, 2003) sugirió un cuarto proceso, que sería el ocultamiento de la orientación sexual.

En cuanto a las *experiencias heterosexistas* que conforman las *situaciones de discriminación y violencia* podemos decir que, a medida que la visibilidad de la DSG aumenta, aumentan también los ataques en contra de ella, lo cual de ahora en adelante llamaremos LGBTIfobia. Las fuentes más explícitas de rechazo serían la violencia o la discriminación, las cuales tienen un impacto muy fuerte en el individuo (dicho impacto será analizado en mayor profundidad en el siguiente punto del marco teórico).

Por otro lado, la *homofobia interiorizada* es la “interiorización, en un homosexual, de la violencia simbólica contra los homosexuales” (Martín, 2018). En palabras de Herek, Cogan, Gillis y Glunt (1997), es la “aversión hacia los propios sentimientos y comportamientos homosexuales” e incluiría un rechazo hacia otros homosexuales, la degradación de la homosexualidad como estilo de vida aceptable, la

falta de iniciativa e interés por revelar la propia orientación sexual, el miedo al estigma asociado con ser homosexual y una aceptación de los prejuicios sociales sobre la homosexualidad. Debido a la importancia de las primeras experiencias de socialización y la exposición continua a actitudes homófobas, los prejuicios heterosexistas son internalizados mucho antes de que las personas comiencen a ser conscientes de su orientación y, una vez se dan cuenta y se identifica la atracción no heteronormativa, la autoidentificación como DSG provoca que se apliquen a sí mismos los prejuicios asociados a dicha etiqueta (Meyer, 1995). Este proceso también se puede aplicar a la lesbofobia interiorizada o a la bifobia interiorizada, cada uno con sus matices, por lo que se profundizará más adelante en la bifobia interiorizada. La homofobia interiorizada tiene muchas consecuencias negativas para las personas, por ejemplo, en el ya clásico estudio de Herek et al. (1997), la homofobia interiorizada se relaciona con depresión y una peor red social. En investigaciones más recientes, Shilo y Savaya (2012) relacionan la homofobia interiorizada con mayor malestar, angustia psicológica (Wright y Perry, 2006), patrones de afrontamiento desadaptativos (Kaysen et al., 2014) o mayor ideación suicida (Pereira y Rodríguez, 2014); afortunadamente, estudios como el de Herrick et al. (2013) plantean que a menor homofobia interiorizada, mejores indicadores de salud.

En relación a las dos características anteriores, Meyer (1995, 2003) plantea la *expectativa de sufrir rechazo y/o discriminación*. Como se ha visto, la interiorización temprana de prejuicios heterosexistas adquiridos durante la socialización da lugar a un rechazo de la propia orientación sexual; por lo que una vez se adquiere conciencia de no pertenecer al grupo mayoritario (heterosexual), las personas DSG aprenden a anticipar una consideración negativa por parte de miembros del grupo dominante, debido a que esos prejuicios que antes se aplicaban solo a otros, ahora se adscriben a uno mismo. Además, las expectativas de discriminación y el rechazo de la propia orientación sexual se ven reforzadas por experiencias heterosexistas, que pueden ser implícitas y/o encubiertas (insultos, comentarios despectivos o bromas sobre otras personas DSG) o explícitas y/o manifiestas (ataques, discriminaciones). Los individuos anticiparán que no serán tratados al igual que el resto y, por tanto, abordarán las interacciones sociales con mayor ansiedad (Goffman, 1963), lo cual aumentará las posibilidades de sufrir rechazo, estableciendo así un círculo que se retroalimenta a sí mismo (Meyer, 2003). Esto tendría como principal consecuencia una hipervigilancia crónica a las reacciones del entorno en multitud de interacciones, que se pondría en marcha automáticamente y

de forma repetida en un gran número y variedad de situaciones. Para defenderse de la posible consideración negativa, discriminación y violencia, las personas DSG creen que deben mantener una hipervigilancia constante, la cual será mayor cuanto mayor sea la expectativa de rechazo o la homofobia interiorizada (Meyer, 2003). Otras investigaciones muestran como a mayor expectativa de rechazo, es más probable que la persona informe de mayores síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida (Kelleher, 2009; Lewis et al., 2003).

Por último y basándose en el trabajo de Allport (1954), Meyer (1995, 2003) conceptualiza esta hipervigilancia como una habilidad de afrontamiento que la persona pone en marcha para lidiar con el estigma; pero plantea otras, como *aprender a pasar desapercibido*, estrategia común entre adolescentes, en la que la persona aprende a monitorizar constantemente el propio comportamiento: cómo se viste, cómo se habla, cómo se camina... en un esfuerzo por protegerse de daños reales, como ser atacados o despedidos en el trabajo, o por vergüenza y culpa (D'Augelli y Grossman, 2001). Pero dicha monitorización, inconsciente y automática, supone un refuerzo de la creencia de la diferencia e inferioridad de uno mismo, por lo que la ocultación de la orientación sexual supone una fuente importante de estrés para las personas DSG (Beals, Peplau y Gable, 2009; Hetrick y Martín, 1987; Meyer, 2003; Ullrich y Stapleton, 2003). En este sentido, numerosas investigaciones apoyan que, mientras que la supresión de emociones se relaciona con una peor salud (Beals, Peplau y Gable, 2009; Iwamitsu et al., 2005; Pachankis, 2007), la expresión de las mismas y compartir aspectos importantes de uno mismo (como la orientación sexual) contribuyen a la salud física y mental (Beals, Peplau y Gable, 2009; Kennedy-Moore y Watson, 2001; Lepore y Smyth, 2002; Pachankis, 2007). Además, la ocultación evita que las personas DSG se identifiquen y afilien con otras personas DSG, perdiendo así el impacto positivo que supone la interacción con el grupo de iguales (Postmes y Branscombe, 2002), contribuyendo a un mayor aislamiento y soledad (Harley, Gassaway y Dunkley, 2016; Johnson y Amella, 2013).

6.4 Impacto de la LGBTIfobia.

Este punto se encuentra estrechamente relacionado con el anterior y a veces los límites se difuminan. Mientras que en el anterior se explicaba el modelo de estrés de minorías aplicado a la población DSG; ahora se detallarán en mayor profundidad las consecuencias y el impacto que este estrés de minorías tiene en estos individuos.

Ante la falta de una Ley Estatal de Igualdad LGBTI en el Estado Español, nos serviremos de la definición de LGBTIfobia dada por el Observatorio Andaluz contra la Homofobia, Bifobia y Transfobia (2017): “hechos de intolerancia, discriminación, violencia o rechazo a Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales por razones de orientación sexual o identidad de género”, definición también compartida por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017).

Durante gran parte del s. XX se creía que los niveles elevados de angustia psicológica y suicidio eran consecuencia directa de una identidad DSG, sin embargo, trabajos clásicos como los de Kinsey (1948, 1953) y Hooker (1957) provocaron un cambio de paradigma que se materializó cuando la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association) dejó de considerar la homosexualidad como una enfermedad en 1987 (American Psychiatric Association, 1987), debido a que los estudios habían encontrado que tales dificultades estaban asociadas con las condiciones sociales adversas que la comunidad DSG experimentaba en base al prejuicio y estigma que la sociedad atribuía a sus identidades, no debidas a la identidad *per se* (Kelleher, 2009).

Así, estas experiencias relacionadas con el estigma a menudo caracterizan las vidas de personas DSG, provocando un mayor malestar en comparación con sus homólogos heterosexuales (Baams, Beek, Hille, Zevebergen y Bos, 2013; Balsam, Beauchaine y Rothblum, 2005; Huebner, Rebchook y Kegeles, 2004; Johns, Zimmerman y Bauermeister, 2013; Shilo y Savaya, 2012; Spencer y Patrick, 2009; Træen, Martinussen, Vittersø y Saini, 2009; Woodford, Howell, Silverschanz, y Yu, 2012). Dichas experiencias se han relacionado con una variedad de consecuencias negativas, tanto psicológicas, físicas como sociales.

Consecuencias psicológicas

Entre las consecuencias psicológicas, la evidencia arroja que las personas DSG presentan mayores problemas de salud relacionados con el estigma social derivado de pertenecer a una minoría a la que le son negados sus derechos (Dean et al., 2000) y, por tanto, sufren una peor salud mental en general, con mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, abuso de sustancias; y más probabilidades de autolesión e ideación

suicida (Hottes, Bogaert, Rhodes, Brennan y Gesink, 2016; King et al., 2008; Lewis, 2009; Plöderl y Tremblay, 2015).

Es decir, se han encontrado mayores tasas de suicidio e ideación suicida entre las poblaciones LGBT (McNamee, 2006; Stone et al., 2014), de hecho, una reciente revisión sistemática entre los años 2004 y 2014 muestra como en personas DSG la ideación e intentos suicidas son más prevalentes que en sus pares heterosexuales (Tomicic et al., 2016) y esto se ha relacionado con las experiencias negativas derivadas de la LGBTIfobia (Johnson, Faulkner, Jones y Welsh, 2007).

También hay evidencia de un mayor abuso de sustancias nocivas, como tabaco (Blosnich, Lee, y Horn, 2013; Lee, Griffin, y Melvin, 2009), o alcohol y otras drogas (Barbara, 2002; Hughes, Eliason, 2002; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012), como por ejemplo metanfetamina (Li, Okafor, Gorbach, y Shoptaw, 2018). En definitiva, las personas DSG llevan a cabo mayores conductas de riesgo (Rosario et al., 2014). Además, los terapeutas encargados de los tratamientos para el abuso de sustancias han demostrado tener sesgos negativos para la población DSG, lo cual dificulta su recuperación (Cochran, Peavy y Cauce, 2007).

Por tanto, podemos afirmar que las personas DSG sufren, debido a la LGBTIfobia, una mayor angustia psicológica (Smith e Ingram, 2004; Szymanski, 2005; Woodford, Howell, Silverschanz y Yu, 2012).

Consecuencias sociales

Algunas de las consecuencias sociales derivadas del estigma DSG son, por ejemplo, que al revelar una identidad DSG es más probable que los jóvenes sean expulsados del hogar familiar (Tierney y Ward, 2017). De hecho, los adolescentes DSG también tienen mayor riesgo de consumo de sustancias altamente adictivas, tasas más altas de psicopatología y más parejas sexuales que los adolescentes heterosexuales (Cochran, Stewart, Ginzler y Cauce, 2002). Estos jóvenes DSG son especialmente vulnerables ya que muchos sufren acoso y victimización en la escuela (el conocido como *bullying*, en este caso *bullying* LGBTIfóbico) (COGAM, 2005; Rivers, 2001), lo cual provoca altas tasas de angustia psicológica, depresión, ansiedad o abandono escolar (COGAM, 2012, 2016; D 'Augelli, 2002), además de tasas más altas de ideación

suicida, intentos autolíticos y suicidios consumados, comparados con adolescentes heterosexuales (FELGTB, 2013a; Russell y Joyner, 2001).

Pero no solo los jóvenes DSG enfrentan mayores dificultades, adultos DSG tienen mayores probabilidades de ser personas sin techo (Li, Okafor, Gorbach y Shoptaw, 2018), mientras que los ancianos DSG muestran un mayor aislamiento social y mayores tasas de maltrato, además de lidiar con una falta de servicios sociales y de salud especializados (Gimeno, 2004; Gracia, 2011).

Por otro lado, una revisión sistemática muestra como las personas LGBT sufren más agresiones sexuales en comparación con los heterosexuales (Rotchman, Exner y Baughman, 2011). Además, pertenecer a una minoría sexual en la adultez es un indicador de riesgo para haber sufrido maltrato físico y/o emocional en la infancia (Corliss, Cochran y Mays, 2002). Por ejemplo, mujeres lesbianas y bisexuales reportan más abuso físico, emocional y sexual en la infancia que sus pares heterosexuales (Austin et al., 2008). Se cree que el alto porcentaje de abusos sufridos por personas DSG podría estar detrás de los elevados ratios de morbilidad que sufren estas poblaciones (Friedman et al., 2011).

Por otro lado en España, múltiples informes muestran la existencia de numerosos incidentes de violencia y discriminación hacia población DSG (Gabinete de Coordinación y Estudios, Secretaria de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior, 2015), los cuales, según el Observatorio Madrileño contra la homofobia, transfobia y bifobia, aumentan año tras año (2017, 2018).

Además se ha encontrado evidencia científica que demuestra que para las personas DSG es más difícil obtener ayuda psicológica especializada ante los problemas derivados de estas situaciones, ya que consejeros y terapeutas no están especializados ni preparados para proveer atención específica a población DSG (Cochran, Peavy y Robohm, 2007; Eliason, 2000), con sus particularidades y necesidades específicas, tal y como detalla la APA que es necesario (2009b, 2012).

Por último y en un plano menos negativo, se ha reportado que el bienestar de las personas DSG aumenta con la aceptación y apoyo de amigos heterosexuales y la familia (Baiocco et al., 2014; Diamond y Lucas, 2004; Morales-Knight y Hope, 2012; Shilo y Savaya, 2011).

Consecuencias físicas

En tercer lugar, en cuanto a consecuencias físicas derivadas de la LGBTIfobia se encuentra que, en general, las personas LGB también sufren disparidades de salud física en relación con los heterosexuales, que van desde un mal estado de salud general hasta un mayor riesgo de cáncer y diagnósticos elevados de enfermedades cardiovasculares, asma, diabetes y otras afecciones crónicas (Lick, Durso y Johnson, 2013). Además, el acceso a los servicios de salud en personas DSG es más deficitario que en personas heterosexuales (Ash y Lee, 2006; Buchmueller y Carpenter, 2010; Gonzales y Blewett, 2014; Heck, Sell y Gorin, 2006; Ponce, Cochran, Pizer y Mays, 2010).

Específicamente en mujeres lesbianas y bisexuales hay una mayor prevalencia de osteoporosis, sobrepeso y obesidad (Laska et al., 2015), cáncer de mama y cáncer de cérvix y un mayor riesgo de no acceder a servicios de detección de cáncer (Buchmueller y Carpenter, 2010). Además, pacientes DSG con cáncer de mama sufren una atención más deficitaria que pacientes heterosexuales, lo que se traduce en una mayor discriminación, falta de reconocimiento familiar o de la orientación sexual (Cahill, 2018).

En cuanto a los hombres gays y bisexuales, hay un robusto cuerpo de evidencia científica en España que detalla cómo en esta población existen las mayores tasas de prevalencia y contagio de VIH, hepatitis víricas y otras ETS (Cano et al., 2009; Cornejo, Díaz, Díez y Valín, 2015; Menéndez, Ballesteros, Clavo y del Romero, 2005; Postigo, 2007; Vall-Mayans, Sanz, Loureiro y Armengol, 2004; Vall-Mayans et al., 2006; Wijers, Sánchez y Taveira, 2017); además de mayor prevalencia de cáncer anal, de próstata, testículos y colon (Quinn et al., 2015).

Por último y en contraposición a todo lo anterior, se ha demostrado que “vivir fuera del armario” puede proteger contra las variaciones diurnas de cortisol, dando lugar a menos síntomas de ansiedad y estrés (Juster, Smith, Ouellet, Sindi y Lupien, 2013).

6.5 Psicología Afirmativa.

Como hemos ido exponiendo, la presión, el prejuicio y el estigma asociado a identidades DSG generan malestar y psicopatología en aquellas personas que no se ajustan al modelo binario tradicional. Ante este malestar persistente con la orientación sexual o la identidad de género, la psicología ha seguido dos líneas principalmente: por

un lado, los intentos de reorientar hacia la cisheteronormatividad serían las llamadas “terapias de conversión o reparativas”. Por otro, la línea de trabajo que propone la Psicoterapia Afirmativa, que pretende reforzar y acompañar en los procesos de aceptación de identidades DSG diversas (Peris, 2018).

En cuanto a las primeras y según las distintas revisiones efectuadas, las terapias de conversión no presentan evidencia científica de la eficacia de sus resultados, ni en niños o adolescentes, ni en adultos. Incluso en el caso de producirse un cambio, este no se mantiene en el tiempo ni se generaliza a la vida cotidiana. Frecuentemente son realizadas por instituciones de fuerte componente ideológico/religioso y, en muchos casos, producen mayor daño psicológico del que intentan eliminar. Además, aquellos niños y adolescentes sometidos a estos tratamientos incrementan su vulnerabilidad a interiorizar el estigma social asociado a identidades DSG (APA, 2008 y 2009b; IpsyNet, 2018).

Pero en 1987, en base a los trabajos ya clásicos de Kinsey (1948, 1953) y Hooker (1957), la homosexualidad dejó de considerarse un trastorno mental (American Psychiatric Association, 1987) y, en este contexto histórico surgió la Terapia Afirmativa Gay (entendiendo Gay como representativo de toda la DSG) como marco de trabajo inclusivo con la diversidad. Desde entonces, la Psicología Afirmativa ha ido evolucionando hacia el reconocimiento del impacto y las consecuencias negativas que provoca la LGBTIfobia y el modelo binario tradicional sobre las personas DSG. Por ello, el marco de trabajo afirmativo está considerado en la actualidad como el abordaje psicoterapéutico con mayor evidencia empírica para superar las dificultades psicológicas y sociales que sufren muchas personas DSG, tanto adultos como niños y adolescentes (APA, 2009b, 2012).

La Psicología Afirmativa es, por tanto, una perspectiva integradora de la Psicología, donde todos los modelos teóricos pueden funcionar desde sus principios, y que tiene como principal objetivo reconocer, acompañar y reafirmar a la persona DSG, promoviendo su capacidad de superación (Gómez, 2018a). La APA (2009b) establece una serie de fases terapéuticas recomendadas: (1) Aceptar y apoyar, (2) evaluar, (3) desarrollar un afrontamiento activo y efectivo para combatir el estigma social y los conflictos derivados, (4) promover, desarrollar y fortalecer la red social de las personas, y (5) explorar la identidad sexual y desarrollar su aceptación. Además, declaran la

importancia de aumentar la autoestima en niños y adolescentes, promoviendo la aceptación con los miembros de la familia y trabajando con las escuelas y las comunidades para prevenir el estigma social, la exclusión y la discriminación.

Por otro lado, la Psicología Afirmativa también se puede considerar una especialización de la Psicología que trata de sensibilizar a los profesionales de la salud mental con las problemáticas específicas de las personas DSG y dotarles de las herramientas necesarias para la adecuación del tratamiento (Martín, 2018). Para ello, la APA (2012) elaboró una serie de directrices (algunas de las cuales se pueden consultar en el [Anexo I](#)) que proporcionasen un marco de referencia desde el que poder trabajar, ya que la formación en Psicología Afirmativa ha demostrado ser fundamental para mejorar los resultados terapéuticos en personas DSG, independientemente del motivo de consulta (Ardila, 2007; Johnson, 2012; Pixton, 2003).

En definitiva, la Psicología Afirmativa mantiene que aceptar la identidad DSG es un componente clave para la recuperación de la alta prevalencia de morbilidad descrita (APA, 2009b). El papel del profesional sería el de formarse primero, para poder escuchar después lo que la persona describe y ayudarle a vivir en congruencia con ello, sin cuestionarlo ni confrontarlo, acompañándolo sin juzgar para poder así facilitar y aliviar el riesgo de estrés, opresión y discriminación, ya sea esta social, familiar o de cualquier otro tipo.

6.6 Bisexualidad.

Definir a las personas bisexuales no es fácil debido a que existe en la literatura una gran diversidad en cuanto a la definición de la bisexualidad. Esto se debe a que, por un lado, existe la tendencia a asignar una orientación sexual u otra (homosexual/heterosexual) en función del sexo de la pareja (Stokes, McKirnan y Burzatte, 1993; Riesenfeld, 2006; Volpp, 2010), y, por otro, existe una falta de estabilidad en la autoidentificación, ya que numerosas personas se definen como bisexuales antes de revelar una orientación homosexual definitiva, si bien se ha demostrado que aquellas personas autoidentificadas como bisexuales mantienen dicha orientación durante toda su vida (Barker et al., 2012; Copen, Chandra y Febo-Vazquez, 2016; Volpp, 2010).

Esto tiene como principal consecuencia una confusión y dificultad a la hora de estimar la prevalencia de la bisexualidad dentro de la población, yendo esta desde el

7,5% sobre el total de la población general hasta un 52% dentro de la comunidad LGBTI (Movement Advancement Project, 2016). Asimismo, a raíz de los clásicos trabajos de Kinsey (1948, 1953), el 15-25% de las mujeres y el 33-46% de los hombres pueden ser bisexuales, en base a sus comportamientos y atracciones.

A pesar de estos problemas conceptuales, la bisexualidad se entiende como “la orientación sexual de quienes sienten atracción sexual, emocional y/o romántica hacia personas de más de un género y/o sexo, no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera, al mismo nivel o con la misma intensidad” (FELGTB, 2013b, p. 3; ver también COGAM, 2017).

Sin embargo, la clave de las personas consideradas a sí mismas como bisexuales está, precisamente, en lo que apunta la definición de Hoang, Holloway y Mendoza (2011), quienes definen la bisexualidad en función de la identificación que hacen las personas de sí mismas como bisexuales. Es decir, la autoidentificación es la clave para la identidad bisexual. Personas que han mantenido relaciones con más de un sexo o género pueden no considerarse a sí mismas como bisexuales, mientras que personas que solo han mantenido relaciones con personas de un solo sexo o género se pueden considerar bisexuales.

Por ello, es importante diferenciar entre orientación sexual y práctica sexual (FELGTB, 2013b). La orientación sexual es la capacidad de sentir afecto, deseo, atracción física o sexual por una persona, independientemente de las prácticas sexuales que se realicen con esa persona (IpsyNet, 2018). Las prácticas sexuales sería el contacto físico entre personas, más estrictamente, las preferencias de cada persona dentro de un intercambio sexual, independientemente del sexo o género de la persona que las profese (Riesenfeld, 2006). Las prácticas sexuales no definen la orientación sexual, por ejemplo, hombres confinados en cárceles mantienen relaciones sexuales con otros hombres, pero siguen autoidentificándose como heterosexuales y, al ser liberados, retoman relaciones heterosexuales.

6.6.1 Bifobia.

Pero esta autoidentificación como persona bisexual no es tan sencilla. Según Barker et al. (2012), habría un número amplio de personas con sentimientos bisexuales, seguidas de aquellos que llevan a cabo conductas bisexuales y, por último y en menor número, estarían las personas que se autoidentifican como bisexuales. Esta dificultad

para la autoidentificación como bisexual se debe a la invisibilización a la que se ven sometidos los bisexuales en la sociedad, con una grave ausencia de referentes bisexuales o de modelos normalizados de relaciones bisexuales; incluso, el comportamiento de personajes históricos, académicos o culturales bisexuales se interpreta en clave homosexual. Esta ausencia de modelos y referentes retroalimenta a su vez la dificultad de autoidentificarse como bisexual, generando un círculo vicioso, tal y como se puede consultar en el Cuadro 2. Como expresa la FELGTB (2010): “lo que no se visibiliza, simplemente no existe”.

Esta dificultad de autoidentificación como bisexual proviene, por tanto, de la invisibilización, la cual deriva a su vez de la bifobia que impregna la sociedad. Entendemos bifobia como aquellas acciones, creencias y actitudes que niegan, rechazan, atacan o marginan a los bisexuales por el mero hecho de serlo. Sería bifobia la negación, marginación, exclusión o la invisibilización anteriormente expuesta, incluyendo cualquier otro tipo de violencia hacia las personas bisexuales (Alcaide, 2019; Barker et al., 2012; COGAM, 2016b; FELGTB, 2010, 2013b).

La bifobia puede tomar muchas y muy variadas formas, desde mitos y prejuicios hasta exclusión y rechazo manifiesto a personas bisexuales. Una forma común de exclusión es, por ejemplo, afirmar hablar en nombre del colectivo LGB pero posteriormente dejar de lado los problemas específicos de las personas bisexuales, asumiendo que por hablar de las necesidades LG ya están cubiertas las necesidades de las personas bisexuales (Barker et al., 2012; FELGTB, 2010).

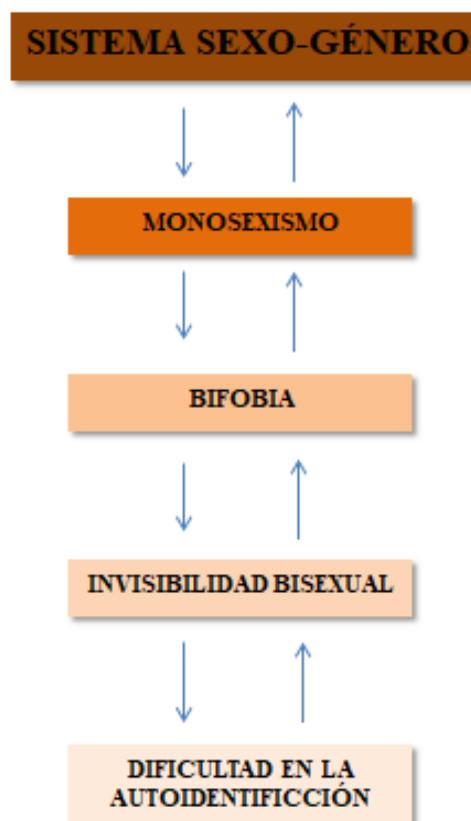
En cuanto a los mitos sobre la bisexualidad en los que se sustenta la bifobia, algunos ejemplos comunes son (Alcaide, 2019; Barker et al., 2012, COGAM, 2010; FELGTB, 2010; FELGTB, 2013b; Riesenfeld, 2006): (a) negación de la bisexualidad como orientación válida cuestionando, por ejemplo, la existencia de hombres genuinamente bisexuales o retratando a las mujeres bisexuales con un único fin, el de excitar a los hombres heterosexuales; (b) ver a las personas bisexuales “confusas” sobre su sexualidad; (c) creer que la identidad bisexual de una persona joven es una fase, antes de llegar a una identidad “real” gay o lesbiana; (d) asumir que la bisexualidad es sinónimo de promiscuidad o vicio; o (e) entender que la bisexualidad es una moda. Otros mitos, por cuestiones de espacio, se adjuntan en el [Anexo II](#). Estos mitos y prejuicios son compartidos tanto por personas heterosexuales como por los integrantes

de comunidades DSG, generando en las personas bisexuales lo que se considera una doble discriminación (Riesenfeld, 2006).

A su vez, la bifobia se sustenta en el monosexismo, estructura social de opresión que también forma parte del modelo binario tradicional y que establece que las personas solamente pueden sentir atracción/enamorarse de personas de un único sexo/género, siendo imposible que alguien pueda sentir atracción hacia más de un sexo/género. Así, solo serían posibles dos orientaciones sexuales: heterosexualidad y homosexualidad (COGAM, 2016a).

Por tanto, vemos como las personas bisexuales deben enfrentarse, por un lado y como personas que se sitúan fuera de la heterosexualidad, al heterosexismo y a la heteronorma; y por otro, como personas bisexuales, al monosexismo y la bifobia, dentro incluso del mismo colectivo LGBTI (Roberts, Horne, y Hoyt, 2015). Esta doble discriminación tanto por parte de colectivos DSG como de heterosexuales (Barker et al., 2012; FELGTB, 2010; Riesenfeld, 2006) conlleva unas implicaciones y consecuencias que se detallarán en el siguiente apartado.

Cuadro 2. Elementos que influyen en la bifobia (elaboración propia)



6.6.2 Calidad de vida y bifobia. Consecuencias específicas de la bifobia en la calidad de vida.

Siguiendo nuestro análisis y en el marco del estrés de minorías, se observa cómo las personas bisexuales deben hacer frente a un mayor número de estresores y discriminaciones en comparación con sus pares homosexuales, los cuales a su vez también contribuyen a su discriminación. Esta doble exclusión provoca niveles significativamente más altos de malestar, el cual afecta a la calidad de vida de personas bisexuales (Barker et al., 2012; FELGTB, 2010; Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017; Shilo y Savaya, 2012).

Consecuencias psicológicas

En cuanto a consecuencias psicológicas, se encuentran mayores niveles de angustia y problemas de salud mental en comparación con heterosexuales y homosexuales, y este mayor malestar es derivado de los prejuicios y el estigma bifóbico (Barker et al., 2012; Gómez, 2018a; Pachankis, 2014). Estos prejuicios se interiorizan y provocan una mayor hipervigilancia ante el entorno y fuertes reacciones emocionales asociadas a la orientación sexual, como culpa o vergüenza (Alcaide, 2019), mayores síntomas de ansiedad, depresión, autolesiones, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y tendencias suicidas (Aitken, Kealey y Adamson, 2007; Barker et al., 2012; Gómez, 2018a; Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017; Miller, André, Ebin y Bessonova 2007; Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb y Christensen, 2002; Pachankis, 2014; Pompili et al., 2014; Shearer et al., 2016), siendo los hombres bisexuales los que presentan un mayor riesgo de suicidio (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017) y un mayor número de ataques de pánico (Cochran, Sullivan y Mays, 2003).

Por otro lado, se ha encontrado que jóvenes bisexuales tienen mayores niveles de confusión con su identidad y que los adultos bisexuales se sienten menos cómodos con su orientación sexual que sus pares homosexuales. Esto provoca que sea menos probable que las personas bisexuales revelen su orientación sexual a su entorno. Además, cuando la revelan, se reportan mayores experiencias negativas de discriminación en comparación con homosexuales (Barker et al., 2012; Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017).

Por último, una de las consecuencias más importantes que tiene la bifobia en la calidad de vida de las personas bisexuales es la bifobia interiorizada, la cual supone la internalización de todos aquellos mitos y prejuicios sobre la bisexualidad, generando un rechazo hacia la propia orientación sexual; es decir, la opresión externa y los mensajes negativos acerca de la orientación sexual acaban derivando en opresión interna (Alcaide, 2019; FELGTB, 2010; Gómez, 2018a; Hoang, Holloway y Mendoza, 2011), la cual, a su vez, acaba afectando a la calidad de vida y al bienestar de las personas bisexuales (Puckett, y Levitt, 2015), aumentando los niveles de depresión, ansiedad a través de la disminución de la autoestima y el apoyo social percibido (Beaber, 2008).

La bifobia interiorizada funciona como un esquema mental adquirido sobre prejuicios y mitos sobre la bisexualidad, que actúa filtrando la realidad mucho antes de que la persona sea consciente de su orientación sexual, provocando que solo se procese la información congruente con ese esquema mental y la no congruente (ya de por sí escasa debido a la invisibilización de la bisexualidad) es desechada. Este proceso provoca que la bifobia interiorizada actúe, al igual que la homofobia interiorizada (Martín, 2019), como un guion mental, en el que se anticiparían en todo momento consecuencias negativas (rechazo, discriminación) por el hecho de ser bisexual o autoidentificarse como tal.

Consecuencias sociales

En cuanto a consecuencias sociales, se ha encontrado evidencia de que las personas bisexuales eran más propensas que las personas homosexuales a sufrir comportamiento violento y/o abusivo por parte de su pareja (Barker et al., 2012; Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017), siendo las mujeres bisexuales las que presentaban mayor riesgo (Conron, Mimiaga y Landers, 2010).

Además, se ha encontrado una mayor precariedad económica entre las personas bisexuales (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017). Específicamente en mujeres bisexuales se ha encontrado un mayor número de cargas familiares y mayor riesgo de sufrir exclusión social y pobreza en comparación con mujeres lesbianas (Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Balsam y Mincer, 2010; Gorman, Denney, Dowdy y Medeiros, 2015; Colledge, Hickson, Reid y Weatherburn, 2015).

Por otro lado, se ha encontrado que jóvenes bisexuales tienen niveles más bajos de conexión con su entorno y, en el trabajo, es poco probable que personas bisexuales accedan a iniciativas que podrían beneficiarles debido a la doble discriminación (Barker et al., 2012; Köllen, 2013).

Por último, los solicitantes de asilo que se identifican como bisexuales pueden experimentar incluso mayores dificultades que otros para demostrar su identidad sexual, algo que con frecuencia se exige (Barker et al., 2012).

Consecuencias físicas

Se ha encontrado evidencia de que las personas bisexuales experimentan mayores problemas de salud que la población general, tienen un peor estado de salud percibido, acceden menos a servicios de salud y sufren mayor discriminación en estos servicios (Barker et al., 2012). Además, acuden con mayor frecuencia a los centros de salud por temas relacionados con problemas respiratorios, diabetes, contracepción de emergencia o hepatitis virales (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017). Específicamente, mujeres bisexuales son diagnosticadas en mayor medida de cáncer de mama (Barker et al., 2012; Quinn et al., 2015).

Se ha evidenciado un mayor riesgo de tabaquismo y alcoholismo (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017). En cuanto a ETS, hay una invisibilización e imprecisión en la investigación en la transmisión de ETS en personas bisexuales, principalmente mujeres, lo cual provoca que los datos sean confusos y demuestra la necesidad de políticas de salud pública y sexual adaptadas a la población bisexual y no solo homosexual (Barker et al., 2012).

En general, las personas bisexuales informan de un peor trato por parte de los profesionales de la salud, siendo la población bisexual de las más desconocidas y una de las más excluidas en los datos sobre salud debido a la invisibilidad (Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017).

6.6.3 Psicología afirmativa bisexual.

Una vez descrita la bisexualidad y las consecuencias que la bifobia tiene en la calidad de vida de personas autoidentificadas como bisexuales, surge el interrogante de si existe una rama de la Psicología Afirmativa que se encargue de desarrollar un

acompañamiento afirmativo en la superación de todas estas secuelas, como sí existe para sus pares homosexuales (principalmente hombres).

En base a la búsqueda bibliográfica realizada que se detalla en el apartado 6.1, podemos asegurar que no existe un programa desde la Psicología Afirmativa protocolarizado, sistematizado y manualizado para personas bisexuales. Solo se han encontrado recomendaciones o pautas para el consejo, pero nada exhaustivo ni sistematizado (Bradford, 2006; Butt, y Guldner, 1993; Fox, 2006; Goetstouwers, 2006; Pachankis, 2014; Skinta, Hoeflein, Muñoz-Martínez, y Rincón, 2018).

6.6.4 ¿Por qué es necesario un programa para mejorar la calidad de vida autopercebida de las personas bisexuales?

Por tanto, una vez planteadas las consecuencias que el estigma asociado a la bifobia tiene en la calidad de las personas bisexuales, emerge de ellas la necesidad notoria de elaborar programas sistematizados y protocolarizados desde un marco de referencia afirmativo, adaptando técnicas y siendo sensible con los objetivos (Balsam, Martell, y Safren, 2006), en los cuales se persiga la mejora de la calidad de vida y el bienestar en personas autoidentificadas como bisexuales y solo bisexuales, respetando sus necesidades como únicas y no asumiendo que por trabajar necesidades de personas homosexuales en conjunto se alcanzan a cubrir las necesidades específicas de las personas bisexuales, los cuales se ha demostrado que tienen experiencias y necesidades específicas que deben ser abordadas (Dobinson et al., 2005), con ese propósito, se ha creado el programa que se detalla en el siguiente apartado.

7 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

7.1 Presentación de la propuesta.

Esta propuesta de mejora de la calidad de vida autopercebida en personas bisexuales se ha realizado debido a la importancia demostrada de intervenir en esta población, con el objetivo de mejorar su bienestar a través del trabajo en áreas que generan malestar, angustia psicológica y/o conflicto.

La propuesta se realiza desde un marco de referencia afirmativo debido al robusto cuerpo de evidencia que respalda su efectividad en población DSG. La población diana serán aquellas personas autoidentificadas como bisexuales o con dudas sobre su bisexualidad.

El programa se estructura en módulos o bloques, siguiendo las directrices de la APA (2009b) sobre las fases terapéuticas recomendadas para el trabajo con personas DSG. En cada uno de los módulos, las habilidades obtenidas a través de la consecución de los objetivos se relacionarán con el trabajo del bloque siguiente.

7.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta.

El objetivo general de este programa es mejorar la calidad de vida autopercibida en personas bisexuales. Para ello, se trabajarán una serie de objetivos específicos:

- Mejora y gestión en el proceso de aceptación de una identidad no heteronormativa (Beaber, 2008; Schick et al., 2012).
 - Trabajar emociones/conductas negativas asociadas a la identidad bisexual (Alcaide, 2019):
 - Culpa.
 - Vergüenza.
 - Hipervigilancia.
 - Auto monitorización del comportamiento.
 - Gestión en la aceptación de la identidad bisexual (Martín, 2018):
 - Gestión de pérdidas.
 - Visualización de ganancias.
- Reducción de la bifobia interiorizada. (Beaber, 2008; FELGTB, 2010; Puckett, y Levitt, 2015):
 - Resolver conflictos internos.
 - Ayudarle a manejar prejuicios.
- Aumento de autoestima (Beaber, 2008).
- Aumento de la asertividad (Pachankis, 2014).
- Gestión del proceso de revelación (Barker et al., 2010; Martín, 2018).

- Aumento de resiliencia a través de la mejora de los factores asociados a esta (Beaber, 2008; Gil Hernández, 2007; Rodríguez y Calle, 2013):
 - Aumento del apoyo social percibido.
 - Aumento del sentido del humor.
 - Aumento de empatía y la visibilidad.
- Objetivos adicionales (se trabajarán en función del caso pero no constituyen módulos obligatorios) (Barker et al., 2012; Martín-Pérez, Rebollo, Castaño y Rodríguez, 2017)
 - Abuso de sustancias.
 - Relaciones problemáticas.
 - Psicoeducación sobre ETS.
 - Otros.

7.3 Contexto de aplicación.

Por la naturaleza modular del programa, este podría ser adaptado y aplicado en distintos contextos. Por un lado, el programa que se expondrá a continuación está ideado para aplicarse en el contexto clínico, en el marco de una terapia individual, haciendo una equivalencia entre las actividades y las etapas del proceso terapéutico, es decir, el primer objetivo terapéutico correspondería con el primer módulo, y así sucesivamente; siendo posible y deseable la flexibilización dependiendo de las necesidades de cada caso.

Por otro lado, el programa puede ser adaptado para contextos clínicos grupales con aquellas personas que deseen mejorar la gestión de su identidad bisexual y aumentar su bienestar, trabajando de manera similar al contexto clínico individual, pero obteniendo una mayor eficiencia coste/beneficio.

En la misma línea, el programa puede ser aplicado parcialmente, formando talleres a partir de los módulos que se aplicarían dependiendo de los objetivos perseguidos. Esta opción no sería lo más deseable, pero puede ser recomendable en

casos específicos, como personas pertenecientes a asociaciones LGBTI que ya tienen asumida y trabajada una identidad bisexual y quieren gestionar el proceso de revelación.

Todos estos formatos pueden ser aplicados en asociaciones, contextos educativos o clínicos, por psicólogos formados en los principios de la Psicología Afirmativa, sensibilizados con la realidad y las particularidades de la población bisexual y formados en intervención y acompañamiento con personas DSG.

7.4 Metodología, recursos.

En cuanto a criterios de inclusión de participantes, se seleccionará a todas aquellas personas autoidentificadas como bisexuales que lo demanden. Asimismo y aunque cumplan este requisito, serán excluidos (principalmente si el formato de aplicación es grupal) aquellos que presenten patologías psiquiátricas graves según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), como esquizofrenia y/o bipolaridad. En estos casos y siempre en un contexto de aplicación individual, se valorará trabajar inicialmente con estas patologías y trabajar los objetivos planteados en el programa de forma paralela, en periodos de estabilización.

Previamente al inicio del programa, se le proporcionará a cada participante una serie de instrumentos, que serán utilizados para evaluar el estado inicial de la persona y como medida final de la eficacia del programa.

Estos indicadores pueden consultarse en el [Anexo III](#) y son tentativos, ya que una vez se aplique el programa en un contexto real cabe la posibilidad de que se identifiquen más indicadores cruciales para la evaluación. Por otro lado, son de elaboración propia en base a la bibliografía consultada y debido a la falta de instrumentos en castellano y específicamente validados para medir estas cuestiones en población española.

- Indicadores de calidad de vida en general y en relación a la orientación sexual en particular (elaboración propia a partir del cuestionario WHOQOL-BREF) (Badía, Salamero y Alonso, 1999).
- Indicadores de los recursos de resiliencia DSG (elaboración propia a partir de la escala RESI-M) (Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010).

- Indicador de bifobia interiorizada (elaboración propia a partir de los mitos del [Anexo II](#)).

Adicionalmente, una entrevista clínica será realizada para identificar posibles síntomas de relevancia clínica frecuentes en población bisexual (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, problemas de pareja, etc) y realizar la anamnesis del caso, priorizando la identificación de áreas concretas de interés, como grado de revelación de la orientación, relación con la familia de origen, etc. Por cuestiones de espacio, no se adjunta ningún ejemplo de entrevista y se deja a criterio del clínico elaborar la anamnesis de la manera que considere más oportuna en base a su orientación.

7.5 Actividades.

A continuación, se expondrá el desarrollo de cada módulo. Por limitaciones de espacio, se ha optado por detallar los módulos I, II y V, debido a que son los que más sesiones requieren.

7.5.1 Módulo I: Mejora y gestión en el proceso de aceptación de una identidad no heteronormativa.

El objetivo general de este módulo es empezar a trabajar la aceptación de la identidad bisexual.

Sesión 1 y 2. El objetivo de estas sesiones será trabajar emociones perturbadoras asociadas a la identidad bisexual, como culpa o vergüenza (Alcaide, 2019), a través de un trabajo de inteligencia emocional, identificando y gestionando aquellas emociones que le genera la aceptación de una identidad bisexual, promoviendo la aceptación de los propios sentimientos hacia otras personas, sean estas del género que sean y desculpabilizando mediante Reestructuración Cognitiva (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) juicios morales que se puedan haber realizado sobre la propia orientación sexual.

Además, mediante Psicoeducación se explicarán conceptos del modelo DSG, tales como sexo, género u orientación y, dentro de esta última, la bisexualidad, su historia, centrándonos en que lo que define la bisexualidad es el amor por otras personas y proponiendo diferentes ejercicios de definiciones para casa: “¿Que es para ti ser bisexual? Propón con tus palabras diferentes definiciones de bisexualidad”. El objetivo será que la persona se vaya familiarizando de una forma más personal con la bisexualidad, adoptando la definición con la que se sienta más cómoda.

Sesión 3: El objetivo de esta sesión será es identificar y trabajar las consecuencias asociadas a las emociones anteriores, como la hipervigilancia hacia el comportamiento de los demás y el auto monitoreo del propio comportamiento (Alcaide, 2019). Para ello se entrenará en el uso de autorregistros para que la persona sea más consciente de dichas consecuencias, las secuelas que dejan (tensión física, muscular, etc.) y entienda las emociones de las que provienen (culpa, vergüenza, etc.) o los pensamientos y autoverbalizaciones que le suscitan, etc; explicando mediante Psicoeducación cómo funcionan y se relacionan dichas emociones y consecuencias. Los autorregistros serán enviados como tareas para casa para así aumentar la consciencia sobre los aspectos destacados y trabajarlos en sesiones posteriores. Un ejemplo de cómo podría ser uno de estos autorregistros (de elaboración propia) se expone en el [Anexo IV](#).

Sesión 4: El objetivo de esta sesión será trabajar el duelo por las pérdidas que supone asumir una identidad bisexual. Para ello, primero se analizará si dichas pérdidas son objetivamente probables y, en el caso de que lo sean, valorar si serán recuperables en el futuro, debatiendo mediante reestructuración cognitiva y entrenando estrategias de afrontamiento activas y efectivas ante estas pérdidas. Se utilizará la Técnicas de Solución de Problemas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) con el objetivo de aumentar los recursos de afrontamiento de la persona y la búsqueda de soluciones alternativas. Ejemplos de pérdidas podrían ser: *“no soy normal, mi familia no lo entenderá, me echarán de casa”*, *“voy a tener que pasarme la vida dando explicaciones”*. Como tarea para casa, tendrá que generar posibles escenarios ante esas pérdidas mediante la técnica de proyección de futuro: *“supongamos que X persona se disgusta, ¿qué crees que ayudaría a que se le pasase el disgusto?”*

Sesión 5: El objetivo principal será identificar las ganancias que puede reportar la asunción de una identidad bisexual. Para ello se trabajará la aceptación de una manera constructiva, identificando posibles beneficios, por ejemplo: *“podré vivir una vida más plena y auténtica si me acepto tal y como soy”*, *“no tendré que fingir nunca más ser alguien o algo que no soy”*, *“no tendré que vivir reprimido/a”*. Una dificultad que se anticipa en esta parte es que a la persona no identifique muchas ganancias debido a que aún está en proceso de aceptar su orientación sexual y bajo el sesgo de la bifobia interiorizada, por lo que la tarea del clínico será ayudarle a abrir la puerta a una visión positiva de su sexualidad, visión que se irá trabajando y reforzando a lo largo de los siguientes módulos. Una posible tarea para casa sería imaginar, mediante la pregunta

milagro: “*Si mañana te despertases y todo se hubiera arreglado, ¿cómo sería tu vida? ¿Qué habría cambiado?*”.

7.5.2 Módulo II: Bifobia interiorizada.

El objetivo general de este módulo es trabajar la bifobia interiorizada, debido a que es difícil que la persona asuma una identidad bisexual y trate de vivir de una forma coherente con la misma si no se libera del filtro negativo que supone la bifobia interiorizada, por lo que este módulo se encuentra estrechamente relacionado con el anterior.

Sesión 1: El objetivo será educar sobre la bifobia interiorizada, explicando qué es y de donde procede, como se adquiere y como funciona, introduciendo el concepto de guion mental y usando sus propias situaciones. Para ello, en primer lugar se le preguntará a la persona cuál es su idea de bifobia y de bifobia interiorizada, con sus propios ejemplos personales, para después explicar mediante psicoeducación tales conceptos, poniéndolos en relación y explicando el sistema binario tradicional y el monosexismo. Un posible ejemplo de Psicoeducación se adjunta en el [Anexo V](#).

Sesión 2: El siguiente objetivo será identificar la bifobia interiorizada en su vida cotidiana. Comenzaremos explicando que la bifobia interiorizada está funcionando como filtro/guion mental en aquellas situaciones en las que aparecen las emociones perturbadoras trabajadas a través de los autorregistros del módulo anterior: “*me da vergüenza coger de la mano a mi pareja por la calle*”, “*si pienso en decírsele a mi familia me siento culpable porque les haré daño*”. Se explicará que cuando se encuentre bajo el sesgo de la bifobia interiorizada aparecerán estas emociones (vergüenza, culpabilidad, miedo) y que por ello es muy importante identificar estas situaciones. Una vez explicado esto, se enviarán de nuevo los autorregistros como tarea para casa con el objetivo de comprobar si nuevas situaciones son identificadas o si cambian las anteriores.

Sesiones 3 y 4: El objetivo final será trabajar los mitos y prejuicios bifóbicos, siendo capaz de identificarlos y enfrentarlos. Para ello, se trabajará con los autorregistros de la sesión anterior, comprobando si la percepción de las situaciones trabajadas ha cambiado, en base a los conocimientos adquiridos durante el módulo. Estas situaciones serán ahora analizadas en relación a los mitos y prejuicios (adjuntadas

en el [Anexo II](#)), cuyo debate y reestructuración será el final del presente módulo, para lo cual también se utilizará material audiovisual de escenas de series como *Aquí no hay quien viva*. Como tarea final se irán proponiendo como tarea para casa una serie de recursos audiovisuales en los que la persona deberá identificar mitos bifóbicos y situaciones de doble discriminación que luego serán comentadas en sesión. Algunas propuestas son “*La Vida de Adele*”, “*Brokeback Mountain*”, “*The L Word*”, “*You, me, her*”, “*Faking it*” o episodio 4 de la tercera temporada de *Sexo en Nueva York*.

7.5.3 Módulo III: Autoestima sin bifobia interiorizada.

Sesiones 1 y 2: El objetivo será reelaborar el concepto de uno mismo una vez la persona está libre de los sesgos de la bifobia interiorizada, tratando de cambiar la valoración de negativa a positiva en cuanto al autoconcepto bisexual. Para ello se diferenciará entre autoconcepto (concepto de uno mismo: bisexual/no bisexual) y autoestima (valoración positiva o negativa de ese autoconcepto); se seguirán trabajando mitos, se utilizarán las ganancias trabajadas en la parte final del Módulo I y se trabajará que significa para la persona ser bisexual una vez se ha liberado del sesgo de la bifobia interiorizada.

Un posible ejemplo de reestructuración en este módulo se adjunta en el [Anexo VI](#).

7.5.4 Módulo IV: Asertividad.

El objetivo general será entrenar y dotar a la persona de habilidades asertivas para tener mayores recursos a la hora de comunicar la orientación sexual, de gestionar la comunicación en pareja o de hacer frente en su día a día a los prejuicios bifóbicos.

Sesión 1: Se hará una psicoeducación sobre la asertividad y las distintas estrategias de comunicación (asertiva, agresiva, pasivo-agresiva y sumisa) y cómo se desarrollan en personas bisexuales, usando situaciones aportadas por la persona. Un ejemplo se adjunta en el [Anexo VII](#).

Después se explicarán los distintos derechos asertivos, dándolos a la persona como material complementario (no se adjuntan en el presente trabajo por falta de espacio) y proponiendo como tarea para casa el practicar cada día uno.

Sesión 2: En la parte práctica del módulo, se explicarán y practicarán las distintas técnicas asertivas, utilizando situaciones traídas por la persona en los autorregistros de módulos anteriores. Se ensayarán en sesión, mediante role playing, los distintos modos de actuación (pasivo-agresivo, agresivo, sumiso y asertivo), teorizando sobre las distintas consecuencias posibles. Para ayudar a la persona se realizarán intercambio de papeles, modelado negativo, positivo, etc.

7.5.5 Módulo V: Revelación.

El objetivo general será trabajar la gestión de la revelación de la identidad no heteronormativa, lo que popularmente se conoce como “salir del armario”, una vez se han adquirido las herramientas y recursos necesarios.

Sesión 1: Inicialmente se valorará con la persona si tiene clara su orientación sexual y si su integridad física y/o psicológica están en verdadero peligro por salir del armario. Si el sufrimiento supera las ganancias será mejor no hacerlo, pero si honestamente no ha dado el paso antes por la bifobia interiorizada y realmente no corre riesgo de agresiones, mejor animarle a revelarlo.

Para ello se explicará que este es un paso más en el camino de vivir más dignamente, con autenticidad y coherencia, derecho que la persona bisexual tiene igual que el resto. Se trabajará el hecho de que salir del armario no es más que la manifestación pública y expresa de la orientación sexual, a través de la cual se renegocian los espacios sociales y personales para tener el derecho a ser tratado como lo que uno es, y no como lo que los demás suponen que es. Se trata de decir abiertamente, a las personas que se desee, que se es bisexual y sentirse bien por ello. No es una confesión, es el paso previo para poder compartir una afectividad con el entorno y establecer así vínculos auténticos con ellos. Salir del armario fomenta la complicidad, intimidad y la honestidad en las relaciones, haciéndolas más auténticas.

En este momento serán necesarias muchas habilidades terapéuticas, validando y trabajando aquellas emociones que pueden surgir ante la anticipación ya que, aunque se han ido trabajando las emociones en módulos anteriores, es fácil que ahora vuelvan a resurgir de nuevo y por ello será importante mantener una actitud muy empática, ser cálidos, pacientes y resaltar en todo momento que el objetivo no es sufrir, sino dar un paso que le ayudará a sentir el amor de los demás, su proximidad y una mayor

aceptación. Se le explicará que el miedo y las creencias que se han ido trabajando no pueden ser desconfirmadas del todo si la persona no se enfrenta a ello en su contexto cotidiano, si no se expone y genera nuevos aprendizajes (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Sesión 2 y 3: En siguientes sesiones se ensayará cómo hacerlo mediante role-playing, adaptando cada ensayo a la persona a la que se quiera revelar, lo cual dependerá del círculo en el que se sitúe la persona: íntimo, privado, social o público. En el íntimo entran los familiares de primer grado, pareja y amigos más cercanos. En el privado se incluyen amigos, compañeros de trabajo más cercanos y algún vecino. En el social entran aquellas personas con las que se interactúa de manera habitual pero de forma superficial (conocidos) y el círculo público serían todos aquellos con los que se interactúa de forma inintencionada. Un ejemplo se encuentra en el [Anexo VIII](#).

Con los íntimos y el entorno privado la revelación será mucho más cercana, personal, confidencial y de mayor intensidad, requerirá más preparación y generará mayor ansiedad. Con el entorno social no será necesaria tanta preparación ni explicitud y se pueden consensuar alternativas con las que la persona se sienta cómoda; como empezar a compartir contenido sobre bisexualidad en redes sociales. Por último, con el espacio público es suficiente con vivir con naturalidad la orientación sexual, sin esconder detalles sobre la misma de forma deliberada.

Habrá también que preparar a la persona, en base a la asertividad aprendida, a ser muy pedagógica y paciente ante preguntas que puedan surgir: *“pero si siempre has estado con chicos... ¿ahora eres lesbiana?”*. También preparar para posibles reacciones negativas iniciales, chantajes emocionales para mantenerlo en secreto, etc. Es importante estar preparados y anticipar cualquier reacción, que se haya ensayado y trabajado en consulta primero, para que así la persona se sienta preparada para afrontar cualquier situación, conociendo las fortalezas que ha ido ganando durante los distintos módulos.

7.5.6 Módulo VI: Resiliencia.

El objetivo del último módulo será fomentar la resiliencia a través del trabajo de las variables que han demostrado ser importantes en la resiliencia de personas DSG: apoyo social percibido, sentido del humor, empatía y visibilidad.

En este módulo será muy importante incidir en todo momento en que su identidad no les define, que lo que les define es el proceso y el trabajo que han realizado para llegar a este punto y convertirse en personas capaces de identificar y superar las dificultades que una sociedad monosexista, heterocéntrica y bifóbica les ha interpuesto. Se trata de que la persona sea capaz de auto-reforzarse a sí mismo por ello, que sea consciente de sus logros y de la importancia del proceso de autorrealización que ha llevado a cabo a través del intento de vivir con naturalidad su orientación sexual. Que interioricen que lo que le define es su fortaleza y su capacidad de superar dificultades. Un ejemplo se adjunta en el [Anexo IX](#).

Sesión 1: En cuanto al apoyo social percibido trataremos de hacer una re-evaluación y fortalecimiento del mismo, ya que puede que en el proceso de revelación hayan identificado un mayor número de personas que le apoyan de las que inicialmente consideraba, debido al filtro sesgado de la bifobia interiorizada, la cual les habría hecho anticipar el rechazo.

Sesión 2: Se trabajará el sentido del humor con el objetivo de incorporarlo como estrategia de afrontamiento.

Sesión 3: Finalmente, se trabajará la visibilidad y la empatía en conjunto, explicando que debido al camino que ha recorrido tendrá más facilidad para empatizar con aquellos que han pasado por lo mismo, resaltando la importancia de establecer lazos con personas y asociaciones bisexuales, creando así una comunidad de soporte y protección para también aumentar la visibilidad bisexual, resaltando que una de las ventajas de vivir fuera del armario es que favorece una mejor salud psicológica y física.

7.5.7 Sesiones adicionales.

Una vez alcanzados los objetivos principales del programa y dependiendo de cada caso, se trabajarán aspectos residuales que puedan resultar problemáticos. Por ejemplo, quizás sea necesaria hacer una psicoeducación sobre ETS en hombres bisexuales debido a las altas tasas de infección; o en mujeres debido al desconocimiento sobre su transmisión. Quizás sea pertinente realizar terapia de pareja con mujeres bisexuales, debido a las altas tasas de problemas de pareja encontradas (Barker et al., 2012; Conron, Mimiaga y Landers, 2010). O quizás sea necesario trabajar el abuso de sustancias... Dependerá de cada caso y de su evaluación inicial.

7.6 Cronograma de aplicación.

La propuesta de intervención consta de entre 18 y 24 sesiones, de duración variable dependiendo del contexto de aplicación (individual 1 hora; grupal 1 hora y media).

Cuestionarios de pre-evaluación y entrevista	1 sesión
MÓDULO I – Aceptación.	
Gestión emocional y Psicoeducación.	2-3 sesiones
Consecuencias de las emociones.	1-2 sesiones
Gestión de pérdidas	1 sesión
Prospección de ganancias	1 sesión
MÓDULO II – Bifobia interiorizada.	
Psicoeducación	1 sesión
Identificación de bifobia interiorizada propia	1 sesión
Debate sobre mitos	1-2 sesiones
MÓDULO III – Autoestima.	
Reelaboración del autoconcepto sin bifobia interiorizada	1 sesión
Aumento de autoestima	1-2 sesiones
MÓDULO IV – Asertividad.	
Psicoeducación	1 sesión
Ensayo de conducta y role playing	1-2 sesiones
MÓDULO V – Revelación.	
Preparación de revelación	3 sesiones
MÓDULO VI – Resiliencia.	
Apoyo social percibido	1 sesión
Sentido del humor	1 sesión
Empatía y visibilidad	1 sesión

7.7 Evaluación de la propuesta.

Debido a la importancia de evaluar la efectividad de la propuesta, se realizará una evaluación continua.

Para ello y en primer lugar se realizará la pre-evaluación, compuesta por los instrumentos señalados en el punto 7.4 (Metodología y recursos) y una entrevista.

Asimismo, durante el programa, se hará un seguimiento del mismo a través de los autorregistros y las verbalizaciones realizadas en sesión.

Finalmente, y una vez completado el programa, se administrarán de nuevo los instrumentos de la pre-evaluación para comprobar la evolución de los indicadores y en qué grado se ha dado dicha evolución. Dichos indicadores se pueden consultar en el [Anexo III](#).

Por otro lado, sería interesante incluir un grupo control con el que poder valorar con mayores garantías la eficacia del programa. Este grupo control podría componerse de personas en lista de espera, personas que deseen participar en el estudio pero no quieran realizar la intervención o personas que estén realizando otras intervenciones no enfocadas desde la psicología afirmativa. De esta manera se podría tener mayor seguridad de que los cambios, ganancias y aprendizajes producidos se deben a los contenidos trabajados en el programa y no a variables extrañas, como el paso del tiempo o la asistencia a sesiones de terapia.

8 CONCLUSIONES

La propuesta de intervención desarrollada presenta algunas debilidades, como por ejemplo la falta de una perspectiva interseccional, ya que ha sido elaborada desde un marco cisgénero debido a la limitación de caracteres, no teniendo en consideración las necesidades y vivencias específicas de las personas bisexuales transgénero y transexuales, las cuales merecen ser tenidas en cuenta ya que, por ejemplo, existe evidencia de que las mujeres trans bisexuales tienen mayor riesgo de suicidio y mayor tasa de mortalidad de todo el colectivo LGBTI (FELGTB, 2017). Asimismo, también es necesario tener en cuenta y ser sensible a otras realidades que pueden interseccionar con la identidad bisexual, como puede ser la realidad de una mujer bisexual racializada.

Otra debilidad encontrada es la falta de indicadores, cuestionarios, escalas o instrumentos fiables y validados para personas bisexuales y sus vivencias específicas, ya que bifobia interiorizada no es lo mismo que homofobia/lesbofobia interiorizada, por lo que ha sido necesario elaborar indicadores propios para la evaluación del programa, con la duda de si dichos indicadores constituyen instrumentos fiables de evaluación. Asimismo, es importante la adaptación de los pocos instrumentos que hay al castellano y población española, debido a que gran parte de los avances en materia DSG y en

Psicología Afirmativa provienen del mundo anglosajón. Este aspecto también es importante para el impulso de leyes de protección DSG en el estado español, como puede ser la Ley de Igualdad LGBTI.

Esta debilidad se relaciona con una de las principales dificultades a la hora de diseñar el programa, la falta de bibliografía específica sobre la realidad puramente bisexual, siendo la inmensa mayoría avances desde el mundo anglosajón y desde la Psicología Afirmativa Gay, por ello gran parte de las actividades son adaptaciones que han demostrado ser efectivas en homosexuales, pero no hay evidencia empírica de que esto sea equiparable a personas bisexuales, por lo que una necesidad futura será la de implementar el programa y comprobar si se cumplen los objetivos propuestos, cuáles de sus componentes funcionan y en qué medida. De esto se desprende también la necesidad de elaborar investigaciones puramente bisexuales.

Por último y en cuanto a la aportación que se realiza con este programa al campo de la Psicología, esta propuesta viene a rellenar un hueco evidente, ya que trata de forma individualizada y prioritaria las vivencias de las personas bisexuales, reconociendo estas vivencias como únicas y diferentes y realizando una intervención que trata de ser lo más sistemática y protocolaria posible.

9 REFERENCIAS

- Aitken, S., Kealey, S., y Adamson, R. (2007). *LGBT Centre for health and wellbeing: LGBT community needs assessment report*. Edimburgo. Recuperado de: <https://www.lgbthealth.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/Needs-Assessment-Sept-07-Updated-Dec-07.pdf>
- Alcaide, P. (2019). Bisexualidad. En Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (Ed.), *Curso de intervención y acompañamiento psicológico en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Recuperado de: www.apa.org/topics/orientation.pdf.
- American Psychological Association, Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009a). *Report of the task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: Autor. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>.
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009b). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-resp.html>
- American Psychological Association. (2011). *Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression*. Recuperado de: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.revisada) (DSM-III-R)*. Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-5). Washington DC: Author.
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(1),67-77.
- Ash, M. A., y Lee, M. V. (2006). Separate and unequal: The effect of unequal access to employment-based health insurance on same-sex and unmarried different-sex couples. *Contemporary Economic Policy*, 24(4), 582-599.
- Austin, S. B., Jun, H.-J., Jackson, B., Spiegelman, D., Rich-Edwards, J., Corliss, H. L., y Wright, R. J. (2008). Disparities in Child Abuse Victimization in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 17(4), 597–606.
- Baams, L., Beek, T., Hille, H., Zevebergen, F.C., y Bos, M.W.H. (2013). Gender nonconformity, perceived stigmatization, and psychological well-being in Dutch sexual minority youth and young adults: A mediation analysis. *Archives of Sex Behavior*, 42(5), 765-773.
- Badía, X., Salamero, M., y Alonso, J. (1999). *La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Ed. Edimac. 2º Edición.
- Bagemihl, B. (1999). *Biological exuberance*. Londres: St. Martin's Press.
- Baiocco, R., Santamaria, F., Lonigro, A., Ioverno, S., Baumgartner, E., y Laghi, F. (2014). Beyond similarities: Cross-gender and cross-orientation best friendship in a sample of sexual minority and heterosexual young adults. *Sex Roles*, 70(3-4), 110-121.
- Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., y Rothblum, E. D. (2005). Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 477-487.
- Balsam, K. F., Martell, C. R., y Safren, S. A. (2006). Affirmative Cognitive-Behavioral Therapy With Lesbian, Gay, and Bisexual People. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision* (p. 223–243).

- Barker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., Plowman, T., Yockney, J., y Morgan, M. (2012). *The Bisexuality Report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity*. Milton Keynes: Centre for Citizenship, Identity and Governance. The Open University.
- Basterretxea, F. A. (2016). *Bailando con el deseo. Algunas claves para incorporar la diversidad sexual y de género en las ONGD*. Valencia. Cuadernos de Investigación en Procesos de Desarrollo.
- Beaber, T. (2008). Well-being among bisexual females: The roles of internalized biphobia, stigma consciousness, social support, and self-disclosure. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(4-B), 2616.
- Beals, K. P., Peplau, L. A., y Gable, S. L. (2009). Stigma Management and Well-Being: The Role of Perceived Social Support, Emotional Processing, and Suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 867–879.
- Blosnich, J., Lee, J. G., y Horn, K. (2013). A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tobacco control*, 22(2), 66-73.
- Bradford, M. (2006). Affirmative Psychotherapy with Bisexual Women. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 13–25.
- Brooks, V. R. (1981). *Minority Stress and Lesbian Women*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Buchmueller, T., y Carpenter, C. S. (2010). Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. *American journal of public health*, 100(3), 489-495.
- Butt, J. A., y Guldner, C. A. (1993). Counselling bisexuals: Therapists' attitudes towards bisexuality and application in clinical practice. *Canadian Journal of Human Sexuality*.
- Cahill, S. R. (2018). Legal and policy issues for LGBT patients with cancer or at elevated risk of cancer. *Seminars in oncology nursing*, 34 (1), 90-98.
- Cano, S., Fuentes, M., Ballesteros, J., Clavo, P., Menéndez, B., y Del Romero, J. (2009). Diagnósticos de gonorrea en un centro de infecciones de transmisión

- sexual y su relación con el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual, Madrid 2005. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27(6), 338–341.
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105.
- Copen, C. E., Chandra, A., y Febo-Vazquez, I. (2016). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual orientation among adults aged 18-44 in the United States: data from the 2011-2013 National Survey of Family Growth. *National health statistics reports*, (88), 1-14.
- Cochran, B. N., Peavy, K. M., y Cauce, A. M. (2007). Substance abuse treatment providers' explicit and implicit attitudes regarding sexual minorities. *Journal of Homosexuality*, 53(3), 181-207.
- Cochran, B. N., Peavy, K. M., y Robohm, J. S. (2007). Do Specialized Services Exist for LGBT Individuals Seeking Treatment for Substance Misuse? A Study of Available Treatment Programs. *Substance Use & Misuse*, 42(1), 161–176.
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., y Cauce, A. M. (2002). Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts. *American Journal of Public Health*, 92(5), 773–777.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter?. *American Psychologist*, 56, 931–947.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., y Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53–61.
- COGAM. (2005). *Homofobia en el Sistema educativo*. Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/educacion/documentacion/investigaciones/i/1210/449/homofobia-en-el-sistema-educativo-2005>

- COGAM. (2012). *Acoso escolar homofóbico riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid: Área de Educación de FELGTB y Comisión de Educación de COGAM. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/educacion/documentacion>
- COGAM. (2016a). *LGBT-fobia en las aulas 2015. ¿Educamos en la diversidad afectivo-sexual?*. Madrid: Grupo de Educación de COGAM. Recuperado de: <http://cogameduca.wordpress.com>
- COGAM. (2016b). *Bisexuales*. Madrid: Grupo de Bisexuales de COGAM. Recuperado de: <https://www.cogam.es/bisexuales/#monosexismo>
- COGAM. (2017) *Guía sobre bisexualidad*. Madrid: Grupo de Bisexuales de COGAM. Recuperado de: <https://www.cogam.es/wp-content/uploads/2017/05/Gu%C3%ADa-sobre-Bisexualidad-Bisexuales-COGAM.pdf>
- Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., y Weatherburn, P. (2015). Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 427-437.
- 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(10), 1953-1960.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., y Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1165–1178.
- Cornejo, A., Díaz, A., Díez, M., y Valín, E. R. (2015). Vigilancia epidemiológica del VIH/sida. Situación en Europa y en España, 2013. *Boletín epidemiológico semanal*, 22(18), 249-256.
- D'Augelli, A. R., y Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1008–1027.

- Dean, L., Meyer, I. H., Robinson, K., Sell, R. L., Sember, R., Silenzio, V. M. B., Bowen, D. J., Bradford, J., Rothblum, E., White, J., Dunn, P., Lawrence, A., Wolfe, D., y Xavier, J. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(3), 102–151.
- Diamond, L. M., y Lucas, S. (2004). Sexual-minority and heterosexual youths' peer relationships: Experiences, expectations, and implications for well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 14(3), 313–340.
- Dobinson, C., MacDonnell, J., Hampson, E., Clipsham, J., y Chow, K. (2005). Improving the access and quality of public health services for bisexuals. *Journal of Bisexuality*, 5(1), 39-77.
- Eliason, M. J. (2000). Substance abuse counselor's attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, and transgendered clients. *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 311-328.
- FELGTB. (2010). *Guía Fresa y Chocolate*. Murcia: Comisión de Educación, Formación y Voluntariado de No Te Prives. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/documentacion>
- FELGTB. (2011). *23 de Septiembre 2011. Día de la Visibilidad Bisexual*. Madrid: FELGTB. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/documentacion/manifiestos-23-s/i/2431/537/23-de-septiembre-de-2011>.
- FELGTB. (2013a). *Acoso escolar (y riesgo de suicidio) por orientación sexual e identidad de género: Fracaso del Sistema Educativo*. Madrid: Área de Educación de FELGTB y Comisión de Educación de COGAM. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/educacion/documentacion>
- FELGTB. (2013b). *Argumentario del área de bisexualidad de la FEGTB*. Madrid: FELGTB. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/documentacion>
- FELGTB. (2016). *Decálogo por la visibilidad bisexual*. Madrid: FELGTB. Recuperado de: <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/decalogo-por-la-visibilidad-bisexual>

- FELGTB. (2017). *La FELGTB, "satisfecha" por la tramitación de la Ley de Igualdad LGTBI de Podemos y "triste" por la abstención del PP*. Madrid: Europa Press.
Recuperado de: <https://www.felgtb.com/leylgtbi/>
- Fingerhut, A. W., Peplau, L. A., y Gable, S. L. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology and Sexuality, 1*(2), 101–114.
- Fox, R. C. (2006). Affirmative Psychotherapy with Bisexual Women and Bisexual Men. *Journal of Bisexuality, 6*(1-2), 1–11.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Balsam, K. F., y 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.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., y Stall, R. (2011). A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. *American Journal of Public Health, 101*(8), 1481–1494.
- Gabinete de Coordinación y Estudios, Secretaria de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior. (2015). *Informe sobre incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Recuperado de: http://www.miramiss.gob.es/oberaxe/es/publicaciones/documentos/documento_0001.htm
- Gil Hernández, G. E. (2007). El proceso de resiliencia en el desarrollo de la identidad lesbiana, gay y bisexual. *Vector Plus: Miscelánea Científico - Cultural, 30*, 64-73.
- Gimeno, B. (2004). *Vejez y orientación sexual*. Madrid: Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales.
- Goetstouwers, L. (2006). Affirmative Psychotherapy with Bisexual Men. *Journal of Bisexuality, 6*(1-2), 27–49.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Gómez, A. (2018a). Psicología Afirmativa del Lesbianismo y la Bisexualidad. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Principios de Psicología en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Gómez, A. (2018b). Psicología Trans-Afirmativa. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Principios de Psicología en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Gonzales, G., y Blewett, L. A. (2014). National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. *American journal of public health, 104*(2), e95-e104.
- Gorman, B. K., Denney, J. T., Dowdy, H., y Medeiros, R. A. (2015). A new piece of the puzzle: Sexual orientation, gender, and physical health status. *Demography, 52*(4), 1357-1382.
- Gracia, J. (2011). Los derechos humanos y la posición social de las personas mayores LGBT: Un supuesto específico: los malos tratos. *Papeles el tiempo de los derechos, 12*.
- Guasch, O. (2007): *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.
- Harley, D.A., Gassaway, L., y Dunkley, L. (2016). Isolation, Socialization, Recreation, and Inclusion of LGBT Elders. En: Harley, D., y Teaster, P. (Eds), *Handbook of LGBT Elders* (pp. 563-581). Cham, Suiza: Springer.
- Harper, G. W., y Schneider, M. (2003). Oppression and Discrimination among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered People and Communities: A Challenge for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology, 31*(3-4), 243–252.
- Heck, J. E., Sell, R. L., y Gorin, S. S. (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health, 96*(6), 1111-1118.

- Herek, G. M., Cogan, J. C., Gillis, J. R., y Glunt, E. K. (1997). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 1997 (2), 17-25.
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Sciences*, 9, 19–22.
- Herrick, A. L., Stall, R., Chmiel, J. S., Guadamuz, T. E., Penniman, T., Shoptaw, S., Ostrow, D., y Plankey, M. W. (2013). It gets better: Resolution of internalized homophobia over time and associations with positive health outcomes among MSM. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1423-30.
- Hoang, M., Holloway, J., y Mendoza, R. H. (2011). An Empirical Study into the Relationship between Bisexual Identity Congruence, Internalized Biphobia and Infidelity among Bisexual Women. *Journal of Bisexuality*, 11(1), 23–38.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18-31.
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., y Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 106(5), e1-e12.
- Huebner, D. M., Rebchook, G. M., y Kegeles, S. M. (2004). Experiences of harassment, discrimination and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1200-1203.
- Hutchinson, G. E. (1959). A speculative consideration on certain possible forms of sexual selection in man. *American Naturalist*, 93 (869), 81-91.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., y Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19–24.
- Johns, M. M., Zimmerman, M., y Bauermeister, J. A. (2013). Sexual attraction, sexual identity, and psychosocial wellbeing in a national sample of young women during emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(1), 82–95.

- Johnson, K., Faulkner, P., Jones, H., y Welsh, E. (2007). *Understanding Suicide and Promoting Survival in LGBT Communities*. Brighton: Brighton & Sussex Community Knowledge Exchange Project.
- Johnson, M. J., y Amella, E. J. (2013). Isolation of lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 523–532.
- Johnson, S. D. (2012). Gay affirmative psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual individuals: Implications for contemporary psychotherapy research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 516–522.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., y Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423-427.
- Just the Facts Coalition. (2008). *Just the facts about sexual orientation and youth: A primer for principals, educators, and school personnel*. Washington, DC: American Psychological Association. Obtenido de www.apa.org/pi/lgbc/publications/justthefacts.html.
- Juster, R. P., Smith, N. G., Ouellet, É., Sindi, S., y Lupien, S. J. (2013). Sexual orientation and disclosure in relation to psychiatric symptoms, diurnal cortisol, and allostatic load. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 103-116.
- Kaysen, D. L., Kulesza, M., Balsam, K. F., Rhew, I. C., Blayney, J. A., Lehavot, K. y Hughes, T. L. (2014), Coping as a mediator of internalized homophobia and psychological distress among young adult sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1 (3), 225-33.
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379.
- Kennedy-Moore, E., y Watson, J. C. (2001). How and When Does Emotional Expression Help? *Review of General Psychology*, 5(3), 187–212.

- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., y Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., y Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, PA, EE.UU.: Saunders.
- Köllen, T. (2013). Bisexuality and diversity management—Addressing the B in LGBT as a relevant ‘sexual orientation’ in the workplace. *Journal of Bisexuality*, 13(1), 122-137.
- Laska, M. N., VanKim, N. A., Erickson, D. J., Lust, K., Eisenberg, M. E., y Rosser, B. S. (2015). Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. *American journal of public health*, 105(1), 111-121.
- Lee, J. G., Griffin, G. K., y Melvin, C. L. (2009). Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: a systematic review. *Tobacco control*, 18(4), 275-282.
- Lepore, S. J., y Smyth, J. M. (Eds.). (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lewis, N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & place*, 15(4), 1029-1045.
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Berndt, A., Morris, L. M., y Rose, S. (2002). An Empirical Analysis of Stressors for Gay Men and Lesbians. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 63–88.
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Griffin, J. L., y Krowinski, A. C. (2003). Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 716–729.

- Li, M. J., Okafor, C. N., Gorbach, P. M., y Shoptaw, S. (2018). Intersecting burdens: Homophobic victimization, unstable housing, and methamphetamine use in a cohort of men of color who have sex with men. *Drug and alcohol dependence, 192*, 179-185.
- Lick, D. J., Durso, L. E., y Johnson, K. L. (2013). Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities. *Perspectives on Psychological Science, 8*(5), 521–548.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(1), 363–385.
- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology, 56*(1), 393–421.
- Martín, G. J. (2018). Psicología Afirmativa Gay. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Principios de Psicología en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Martín, G. J. (2019). El hombre gay. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Intervención y Acompañamiento psicológico en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Martín-Pérez, A., Rebollo, J., Castaño, C., y Rodríguez, A. (2017). *Estado de salud y experiencias de discriminación de las personas bisexuales en el ámbito de la salud*. Madrid: FELGTB.
- Mays, V. M., y Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*, 1869–1876.
- Mcnamee, H. (2006). *Out on Your Own: An Examination of the Mental Health of Young Same-Sex Attracted Men*. Belfast: The Rainbow Project.
- Menéndez, B., Ballesteros, J., Clavo, P., y del Romero, J. (2005). Aumento de la sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid. *Medicina Clínica, 125*(19), 756-756.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behaviour, 7*, 9-25.

- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Miller, M., André, A., Ebin, J., y Bessonova, L. (2007). *Bisexual health: An introduction and model practices for HIV/STI prevention programming*. National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, the Fenway Institute at Fenway Community Health, and BiNet USA.
- Missé, M., (Noviembre de 2014). “Diversidad sexual e identidades de género”. Conferencia dictada durante el *Seminario Diversidad sexual e identidades de género en las políticas para la igualdad*. Vitoria-Gasteiz.
- Morales-Knight, L. F., y Hope, D. A. (2012). Correlates of same-sex attractions and behaviors among self-identified heterosexual university students. *Archives of Sex Behaviour*, 41(5), 1199-1208.
- Movement Advancement Project. (2016). *Invisible Majority: The Disparities Facing Bisexual People and How to Remedy Them*. Recuperado de: <https://www.lgbtmap.org/policy-and-issue-analysis/invisible-majority>
- Observatorio Andaluz contra la Homofobia, Bifobia y Transfobia. (2017). Málaga: Junta de Andalucía. Recuperado de: <http://observatorioandaluzlgbt.org/lgbtfobia/>
- Observatorio Madrileño contra la homofobia, transfobia y bifobia. (2017). Informe de Incidentes de Odio por LGTBfobia en la Comunidad de Madrid. Recuperado de: <https://contraelodio.org/wp/informe/>.
- Observatorio Madrileño contra la homofobia, transfobia y bifobia. (2018). *Informe de Incidentes de Odio por LGTBfobia en la Comunidad de Madrid*. Recuperado de: <https://contraelodio.org/wp/informe/>
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328–345.
- Pachankis, J. E. (2014). Uncovering Clinical Principles and Techniques to Address Minority Stress, Mental Health, and Related Health Risks Among Gay and Bisexual Men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 313–330.

- Palomar Lever, J., y Gómez Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 888–901.
- Pascoe, E. A., y Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554.
- Pereira, H. y Rodríguez, P. (2014). Internalized homophobia and suicidal ideation among LGB Youth. *Journal of Psychiatry* 18(2), 1-6.
- Peris, J. M. (2018). Marco conceptual de la diversidad sexual y de género. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Principios de Psicología en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Pixton, S. (2003). Experiencing gay affirmative therapy: An exploration of clients' views of what is helpful. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(3), 211–215.
- Platero, R. L. (2018). Transexualidades, una mirada multidisciplinar. En Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (Ed.), *Curso de Principios de Psicología en Diversidad Sexual y de Género*. Madrid: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Plöderl, M., y Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry*, 27(5), 367-385.
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., Amore, M., y Girardi, P. (2014). Bisexuality and Suicide: A Systematic Review of the Current Literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913.
- Ponce, N. A., Cochran, S. D., Pizer, J. C., y Mays, V. M. (2010). The effects of unequal access to health insurance for same-sex couples in California. *Health Affairs*, 29(8), 1539-1548.
- Postigo, C. (2007). Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 98(8), 513–517.

- Postmes, T., y Branscombe, N. R. (2002). Influence of long-term racial environmental composition on subjective well-being in African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 735–751.
- Puckett, J. A., y Levitt, H. M. (2015). Internalized stigma within sexual and gender minorities: Change strategies and clinical implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(4), 329-349.
- Quinn, G. P., Sanchez, J. A., Sutton, S. K., Vadaparampil, S. T., Nguyen, G. T., Green, B. L., Kanetsky, P. A., y Schabath, M. B. (2015). Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(5), 384-400.
- Riesenfeld, R. (2006). *Bisexualidades. Entre la homosexualidad y la heterosexualidad*. México DF: Paidós Ibérica.
- Rivers, I. (2001). The bullying of sexual minorities at school: Its nature and long-term correlates. *Educational and Child Psychology*, 18(1), 33-46.
- Roberts, T. S., Horne, S. G., y Hoyt, W. T. (2015). Between a gay and a straight place: Bisexual individuals' experiences with monosexism. *Journal of Bisexuality*, 15(4), 554-569.
- Rodríguez, M. D. C. F., y Calle, F. V. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6(1), 44.
- Rosario, M., Corliss, H. L., Everett, B. G., Reisner, S. L., Austin, S. B., Buchting, F. O., y Birkett, M. (2014). Sexual Orientation Disparities in Cancer-Related Risk Behaviors of Tobacco, Alcohol, Sexual Behaviors, and Diet and Physical Activity: Pooled Youth Risk Behavior Surveys. *American Journal of Public Health*, 104(2), 245–254.
- Rothman, E. F., Exner, D., y Baughman, A. L. (2011). The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(2), 55–66.

- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Russell, S. T., y Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*, 1276-1981.
- Sellers, R. M., y Shelton, J. N. (2003). The role of racial identity in perceived racial discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 1079–1092.
- Shearer, A., Herres, J., Kodish, T., Squitieri, H., James, K., Russon, J., Atte, T., y Diamond, G. S. (2016). Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. *Journal of Adolescent Health, 59*(1), 38-43.
- Schick, V., Rosenberger, J. G., Herbenick, D., Calabrese, S. K., y Reece, M. (2012). Bidentity: Sexual behavior/identity congruence and women's sexual, physical and mental well-being. *Journal of Bisexuality, 12*(2), 178-197.
- Shilo, G. y Savaya R. (2011). Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. *Family Relations, 60*(3), 318-330.
- Shilo, G. y 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.
- Skinta, M. D., Hoeflein, B., Muñoz-Martínez, A. M., y Rincón, C. L. (2018). Responding to gender and sexual minority stress with functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy, 55*(1), 63.
- Smith, N. G., e Ingram, K. (2004). Workplace heterosexism and adjustment among lesbian, gay and bisexual individuals: The role of unsupportive social interactions. *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 57-67.
- Spencer, S. M., y Patrick, J. H. (2009). Social support and personal mastery as protective resources during emerging adulthood. *Journal of Adult Development, 16*(4), 191-198.

- Stokes, J. P., McKirnan, D. J., y Burzette, R. G. (1993). Sexual behavior, condom use, disclosure of sexuality, and stability of sexual orientation in bisexual men. *Journal of Sex Research*, 30(3), 203–213.
- Stone, D. M., Luo, F., Ouyang, L., Lippy, C., Hertz, M. F., y Crosby, A. E. (2014). Sexual Orientation and Suicide Ideation, Plans, Attempts, and Medically Serious Attempts: Evidence From Local Youth Risk Behavior Surveys, 2001–2009. *American Journal of Public Health*, 104(2), 262–271.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*. Recuperado de: <https://www.healthypeople.gov/2020/tools-resources/evidence-based-resource/providers-introduction-substance-abuse-treatment>.
- Szymanski, D. M. (2005). Heterosexism and sexism as correlates of psychological distress in lesbians. *Journal of Counseling and Development*, 83(3), 355-360.
- The International Psychology Network for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Issues – IpsyNet. (2018). *Declaración sobre cuestiones LGBTIQ+*. Recuperado de: <https://www.cop.es/IPsyNet/pdf/DeclaracionsobrequestionesLGBTIQ-RCH-AG230916.pdf>
- Tierney, W. G., y Ward, J. D. (2017). Coming out and leaving home: A policy and research agenda for LGBT homeless students. *Educational Researcher*, 46(9), 498-507.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723–733.
- Træen, B., Martinussen, M., Vittersø, J., y Saini, S. (2009). Sexual orientation and quality of life among university students from Cuba, Norway, India, and South Africa. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 655–669.

- Ullrich, P. M., Lutgendorf, S. K., y Stapleton, J. T. (2003). Concealment of homosexual identity, social support and CD4 cell count among HIV-seropositive gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 205–212.
- Vall-Mayans, M., Casals, M., Vives, Á., Loureiro, E., Armengol, P., y Sanz, B. (2006). Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Medicina clínica*, 126(3), 94-96.
- Vall-Mayans, M., Sanz, B., Loureiro, E., y Armengol, P. (2004). *Infecciones de transmisión sexual en Barcelona más allá del 2000*. *Medicina Clínica*, 122(1), 18–20.
- Vargas, E., Hermosa, C., Rojas, A. M., Correa, C., e Ibarra, M. C. (2015). *Práctica en investigación: Grupo Familia y Sexualidad*. Bogotá. Recuperado de: <https://fys.uniandes.edu.co/site/index.php/investigacion/proyectos-terminados/diversidad-sexual>.
- Villar, A., Canarias, E., Altamira, F., Mujika, I., Caballero, I., Fernández, M., y Celis, R. (2013). *Los deseos olvidados*. Euskadi: Nahia.
- Volpp, S. Y. (2010). What About the “B” in LGB: Are Bisexual Women’s Mental Health Issues Same or Different?. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(1), 41–51.
- Wijers, I. G., Sánchez, A., y Taveira, J. A. (2017). Estudio espacial de la sífilis infecciosa y la infección gonocócica en un servicio de salud pública de área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 91.
- Woodford, M. R., Howell, M. L., Silverschanz, P., y Yu, L. (2012). “That's So Gay!” : Examining the covariates of hearing this expression among gay, lesbian, and bisexual college students. *Journal of American College Health*, 60 (6), 429-434.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra, 28 al 31 de enero de 2002. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

Wright, E. R., y Perry, B. L. (2006). Sexual identity distress, social support, and the health of gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 81-109.

10. ANEXOS

10.1 Anexo I: Directrices para la práctica psicológica con clientes lesbianas, gays y bisexuales (APA, 2012).

Actitudes hacia la homosexualidad y la bisexualidad.

Directriz 1. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por comprender los efectos que tienen el estigma (prejuicios, discriminación y violencia) y sus diversas manifestaciones contextuales en la vida de las personas lesbianas, gays y bisexuales.

Directriz 2. Los y las profesionales de la psicología son conscientes de que la orientación sexual de lesbianas, gays y bisexuales no son enfermedades mentales.

Directriz 3. Los profesionales de la psicología entienden que la atracción, los sentimientos y comportamientos hacia personas del mismo sexo, son variantes normales de la sexualidad humana y que los esfuerzos para cambiar la orientación sexual no han demostrado ser ni efectivos ni seguros.

Directriz 5. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por tener en cuenta las experiencias únicas y diferentes de las personas bisexuales.

Las relaciones sentimentales y familiares.

Directriz 8. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por comprender las experiencias y los desafíos que deben afrontar los padres y las madres de las personas LGBT.

Directriz 9. Los y las profesionales de la psicología reconocen que las familias de las personas LGBT pueden incluir a personas que no estén legal o biológicamente relacionadas con ellos/as.

La diversidad

Directriz 11. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por tener en cuenta los desafíos relacionados con las normas, valores y creencias múltiples (y a veces conflictivas) con los que se enfrentan las personas LGBT pertenecientes a minorías raciales y/o étnicas.

Directriz 13. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por tener en cuenta las diferencias generacionales y subculturas existentes dentro de los colectivos de personas LGBT.

Directriz 14. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por comprender los problemas y riesgos específicos que existen para los jóvenes LGBT.

Asuntos Económicos y Trabajo

Directriz 18. Los y las profesionales de la psicología se esforzarán por comprender los problemas laborales únicos que existen para las personas LGBT.

Educación y Formación

Directriz 20. Se alienta a los y las profesionales de la psicología a aumentar su conocimiento y comprensión de la homosexualidad y la bisexualidad a través de la educación continua, la supervisión y la consultoría.

Investigación

Directriz 21. En el uso y difusión de la investigación en la orientación sexual y temas relacionados, los y las profesionales de la psicología se esforzarán por presentar sus resultados de forma completa y exacta así como estar atentos a una posible utilización indebida o tergiversación de resultados de su investigación.

10.2 Anexo II: Mitos bifóbicos (Alcaide, 2019; Barker et al., 2012; COGAM, 2010; FELGTB, 2010 y 2013b; Riesenfeld, 2006)

Negación bisexual

- Cuestionamiento de la existencia de la bisexualidad o de ciertos grupos.
 - “Los hombres bisexuales no existen, son gais reprimidos”.
- Creer que las personas bisexuales deben “aclararse”.
 - “Los bisexuales no saben lo que quieren”.
- Creer que las personas bisexuales están “confundidas” sobre su sexualidad.

Invisibilidad bisexual

- Asumir que una persona es o debe ser heterosexual o lesbiana/gay.
- Referirse a la “homofobia” en lugar de “homofobia y bifobia” cuando se habla de actitudes negativas, comportamientos y estructuras de discriminación hacia el colectivo LGB.
- Referirse a las relaciones “del mismo sexo” como “relaciones lésbicas/gais” y “las relaciones con otro género” como “las relaciones heterosexuales”. Esto ignora el hecho de que tales relaciones pueden incluir una o más personas bisexuales.
- Creencia de que la identificación como bisexual es una fase en el camino hacia una identidad heterosexual o lesbiana/gay.

- Asumir la sexualidad de una persona (heterosexual o lesbiana/gay) en función del sexo/género de su pareja actual.
- Cuestionar la bisexualidad de una persona a menos que hayan tenido relaciones sexuales con más de un sexo/género.
 - La heterosexualidad rara vez se cuestiona de manera similar si alguien no ha tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo/género.
- Presionar a las personas bisexuales para convertirse en lesbiana/gay.

Exclusión bisexual

- Cuando no existen servicios específicos para bisexuales, esperar que las personas bisexuales tienen suficiente con la utilización de una combinación de servicios de heterosexuales y gay/lesbiana.
- Pretender hablar en nombre de la comunidad LGBT y luego no incluir la 'B', dejando de lado los problemas específicos de bisexuales.

Marginación bisexual

- Permitir que comentarios bifóbicos queden sin respuesta, cuando comentarios homófobos son cuestionados.
- Asumir que la bisexualidad es un tema aceptable para hacer humor cuando las sexualidades lésbica/gay no lo son.
- Dar prioridad a las lesbianas y/o gais sobre cuestiones bisexuales.
- Que no se comprometa con las personas bisexuales o grupos en relación con la política y la práctica.
- Hacer un montón de preguntas acerca de la bisexualidad de una persona de manera que se consideren ofensivos en relación a la sexualidad heterosexual, gay o lesbiana.

Estereotipos negativos

- Considerar a las personas bisexuales como codiciosas.
- Esperar que las personas bisexuales consigan servicios, información y educación de agencias de servicios heterosexuales para su "lado heterosexual" y luego vayan a las agencias de servicios para gay y/o lesbianas para su "lado homosexual".

- Ver a las personas bisexuales como propagadores de enfermedades.
- Asumir que las personas bisexuales son promiscuas.
- Pensar que a las personas bisexuales les gusta todo el mundo.
- Creer que las personas bisexuales son incapaces de mantener relaciones monógamas.
- Asumir que a las personas bisexuales les gustan los intercambios de pareja o los tríos sexuales.
- Creer que nadie puede satisfacerles y que por eso siempre buscan “el otro lado”.
- Creer que las personas bisexuales son personas “viciosas” o promiscuas.
- Asumir que el grado de atracción hacia ambos géneros es 50/50.
- Creer que las personas bisexuales son una amenaza para las relaciones y las familias.
- Pensar que los bisexuales solo tienen relaciones con compromiso con parejas del sexo/género "opuesto" y que las relaciones con el mismo sexo/genero son esporádicas.
- Asumir que los bisexuales, si tuvieran la oportunidad, preferirían estar con una pareja del género/sexo "opuesto" para tener los beneficios sociales de un emparejamiento heterosexual.
- Asumir que las personas bisexuales “se camuflarán” como heterosexuales y, por tanto, se beneficiaran de los privilegios heterosexuales.
- Asumir que las personas bisexuales son manipuladoras, malas o trágicas.
- Creer que las personas bisexuales son inmaduras o están más desequilibradas.
- Pensar que las personas bisexuales siempre abandonarían a sus parejas del mismo género.
- Denigrar el atractivo de las personas bisexuales.
- Visualización de las personas bisexuales sólo en términos de sus prácticas sexuales, por ejemplo, como objetos para satisfacer las fantasías sexuales (como tríos).
- Si se asume que las personas bisexuales están sexualmente interesadas en "cualquier cosa que se mueve" → “Les da igual carne que pescado”
- Pensar que la gente se identifica como bisexual porque está de moda.
- Pensar que todas las personas son bisexuales.

10.3 Anexo III: Cuestionarios de evaluación.

10.3.1 Indicadores de calidad de vida.

Señale del 1 al 5 su respuesta a las siguientes afirmaciones (siendo 1: Nada de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo):

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?
2. ¿Cómo de satisfecho está con su vida?
3. Tengo el tipo de vida que siempre soñé llevar.
4. Frecuentemente tengo la sensación de “no encajar”.
5. Considero que las condiciones de mi vida son excelentes.
6. ¿Cuánto disfruta de su vida?
7. ¿Te sientes lleno de vitalidad?
8. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.
9. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.
10. He sufrido episodios de rechazo y discriminación por mi orientación sexual.
11. ¿Sientes el apoyo de otras personas cuando lo necesitas?
12. ¿Sientes que tu vida tiene sentido?
13. A veces me siento solo.
14. Puntúa del 1 al 5 la energía que consideras que tienes en tu vida diaria.
15. Tengo con frecuencia sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión.
16. Siento mucha vergüenza de ser como soy.
17. Tengo miedo de revelar mi orientación sexual y ser rechazado/a.
18. He tenido pensamientos de hacerme daño.
19. Me siento culpable cuando pienso en revelar mi orientación sexual.
20. Con frecuencia auto monitorizo todo lo que hago para que nadie adivine mi orientación sexual.

10.3.2 Indicadores de resiliencia.

Señale del 1 al 5 su respuesta a las siguientes afirmaciones (siendo 1: Nada de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo):

1. Me siento orgulloso de quien soy.
2. Generalmente soy capaz de ver una situación de varias maneras.
3. Sé que tengo habilidades.

4. Siempre tengo a alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.
5. Siento que no hay un lugar para mí.
6. Acepto que hay personas a las que no les agrado.
7. Considero que tengo mucha gente que me quiere y me apoya.
8. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.
9. Disfruto de estar con mis amistades.
10. Me gusta la persona en la que me he convertido.
11. Creo que los eventos negativos te marcan para siempre.
12. Me considero capaz de enfrentar dificultades.
13. Me siento orgulloso de haber llegado a donde estoy.
14. Disfruto de estar en familia.
15. Siempre busco el lado bueno de las cosas.
16. Sé dónde buscar ayuda.
17. Pase lo que pase me veo capaz de encontrar una solución.
18. Me siento parte de una comunidad.
19. Soy una persona fuerte.
20. Tengo una buena relación con mi familia.
21. Sé que soy capaz de resolver mis problemas personales.
22. Sé muy bien lo que quiero.
23. Estoy satisfecho conmigo mismo/a.
24. Considero que tengo muy buenas amistades.
25. Confío en mis decisiones.
26. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.

10.3.3 Indicadores de bifobia interiorizada.

Señale del 1 al 5 su respuesta a las siguientes afirmaciones (siendo 1: Nada de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo):

1. La bisexualidad está igual considerada que la homosexualidad.
2. Solo yo sé que soy bisexual.
3. Presento siempre a mi pareja como mi “amigo/a” o “compañero/a” en vez de como mi “novio/a”.
4. Hablo con naturalidad sobre la posibilidad de estar con personas de otro género a todo el mundo.
5. Creo que si me muestro tal y como soy seré rechazado/a.

6. A veces digo que soy homosexual para evitar rechazo en el colectivo LGT.
7. Temo que si estoy muchos años en una relación con mi mismo género me acabe “convirtiendo” en homosexual.
8. No creo que sea necesario revelar mi bisexualidad.
9. Mis padres saben que soy bisexual.
10. Tengo miedo de decir que soy bisexual y que no lo entiendan.
11. Me da vergüenza coger a mi pareja de la mano por la calle.
12. Preferiría ser homosexual.
13. En mi trabajo saben que soy bisexual.
14. Temo revelar mi bisexualidad y que asuman etiquetas negativas sobre mí (vicioso/a, inmaduro/a, etc).
15. Subo fotos a mis redes sociales con mi pareja, sea del género que sea (o lo haría si tuviese).
16. Beso en público a mi pareja, sea del género que sea (o lo haría si tuviese).
17. Siento que no encajo.
18. Creo que es una fase y que se acabará pasando.
19. Hablo de mis relaciones abierta y naturalmente con todo el mundo (o lo haría si tuviese).
20. Mis hermanos/as saben que soy bisexual.
21. Los bisexuales estamos socialmente mejor aceptados por “nuestra parte heterosexual”.
22. Hablo con naturalidad a niños sobre la posibilidad de estar con personas de otro género.
23. No creo que sea necesario revelar mi bisexualidad salvo a los mas cercanos.
24. Mi familia lejana y mis vecinos saben que soy bisexual.
25. Preferiría ser heterosexual.
26. Con luchar por los derechos LG ya se cubren los derechos de los bisexuales.
27. Nunca he estado con nadie de género opuesto y dudo sobre mi bisexualidad.
28. Temo que si estoy muchos años en una relación con el género opuesto me acabe “convirtiendo” en heterosexual.
29. A veces digo que soy heterosexual para evitar rechazo.
30. Me siento mal al pensar en decírselo a mis padres por si les hago sufrir.

10.4 Anexo IV: Ejemplo de posible autorregistro utilizado.

Anota a continuación situaciones en las que aparezca alguna de las emociones perturbadoras trabajadas en sesión (vergüenza, culpa, miedo, ansiedad, etc).

EMOCIÓN	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	CONDUCTA	CONSECUENCIA
Vergüenza Miedo	Dar la mano a mi pareja por la calle	Nunca me han visto por el barrio cogido de la mano con nadie, ¿Qué van a pensar?	Hipervigilancia	Tensión física Tensión muscular Malestar Sobrecarga mental posterior

10.5 Anexo V: Bifobia interiorizada.

“En las películas malas tú ya sabes con quien va a acabar liado el protagonista o quien va a ser el primero en morir, es decir, ya te sabes el guion y puedes anticipar lo que va a pasar. Un guion sirve para eso, nos dice en todo momento lo que va a pasar y, cuando un guion se repite mucho, podemos adelantarnos a lo que va a suceder a continuación, porque ya se ha dado muchas veces anteriormente. La bifobia interiorizada funciona igual, anticipas consecuencias negativas por el hecho ser bisexual o revelar tu bisexualidad, como por ejemplo que no lo van a entender, que van a pensar que eres una persona promiscua o inmadura..., porque desde mucho antes de sentir que no encajabas estuviste expuesto a un bombardeo de mitos y prejuicios bifóbicos negativos, y ese bombardeo sigue y se repite a día de hoy. Estos mitos y prejuicios formaron en tu interior un filtro mental, que como las orejeras de los caballos solo te dejan una cosa: la información negativa que confirma esos mitos. Todo esto ha formado en tu cabeza un guion mental, y ese guion es la bifobia interiorizada, la cual te hace esperar lo peor por el hecho de ser bisexual”.

10.6 Anexo VI: Autoestima sin bifobia interiorizada.

“Ser bisexual solo significa que puedes enamorarte de todo tipo de personas independientemente de su género, nada más, no implica connotaciones sobre tu personalidad, forma de ser... tú eres único como persona, no tienes que pasar a ser automáticamente un clon de otras personas bisexuales o del prototipo que la bifobia interiorizada nos ha hecho tener en nuestra cabeza sobre los bisexuales. Bisexual no es una etiqueta, al menos no en un sentido simple, porque no supone un resumen de la

persona, por ser bisexual no adquieres unas características predefinidas. Pero esta categoría a la que perteneces no es peor que otra y simplemente nos permite comunicarnos con los demás, compartir información relevante sobre tus relaciones y nada más.”

10.7 Anexo VII: Asertividad.

“La comunicación se aprende y se entrena durante la infancia. Como persona que ha crecido en un contexto bifóbico, aprendes que en muchas ocasiones es más ventajoso dejarte imponer los deseos de los demás por encima de tus propias necesidades. Esto sería un estilo sumiso. Por ejemplo, es más fácil que puedas acceder a las ventajas de la socialización (refuerzo positivo) cuando eres adolescente si los demás no saben que eres bisexual. Al revés, es más fácil evitar consecuencias negativas, como rechazo o burlas, si ocultamos nuestra bisexualidad y aparentamos ser heterosexuales (refuerzo negativo). Ser asertivo y mostrar tu orientación sexual es causa de agresiones en la infancia o adolescencia y esto podemos entenderlo como que la asertividad es castigada, y las conductas que son castigadas es más fácil que no se repitan. Esto hace que la probabilidad de mostrar esta conducta, es decir, de revelar tu orientación sexual, sea más baja, porque has aprendido que ello te acarreará consecuencias negativas.”

10.8 Anexo VIII: Revelación de una identidad no heteronormativa.

- “- ¿Qué diferencia hay entre un conocido y un íntimo?*
- Que al íntimo le cuentas intimidades y al conocido no.*
- Bien, pero ¿qué pasa si a las personas que consideras íntimas no le cuentas la intimidad de que eres bisexual?*
- Quizás entonces no sean tan íntimos...*
- Exacto, mientras no compartas con las personas que te rodean tu orientación sexual, no podrás sentirlos verdaderamente íntimos tuyos.”*

10.9 Anexo IX: Resiliencia.

“Has luchado por ser tú mismo, por dar a tus sentimientos el lugar y el valor que merecen. Si hay algún elemento distintivo de ser bisexual es el valor que se necesita para atreverse a ser uno mismo en tal situación de desventaja. Pero nada, absolutamente nada, te diferencia de otra persona que comparta contigo nivel socioeconómico y/o educativo. Igual que entre heterosexuales y homosexuales hay

muchísima diversidad, dentro de los bisexuales encontramos exactamente la misma diversidad económica, cultural, intelectual, política, moral, etc. Nada te diferencia de otras personas salvo que puedes enamorarte de todo tipo de personas independientemente de su sexo o género, pero luego tú puedes vivir tu vida como tú prefieras vivirla, libre y sin imposiciones, con las herramientas disponibles suficientes para hacer frente a la mirada heterosexista y monosexista que desde fuera se nos quiere imponer, pero que tú has aprendido a combatir”.