

Síntomas depresivos y la orientación sexual en adolescentes estudiantes: un estudio transversal*

Carmen Elena Díaz Montes, Enf, MSc[‡]

Zuleima Cogollo Milanés, Enf[‡]

Jeidis Bánquez Mendoza[¶]

Lloyd Luna-Salcedo[¶]

Kelly Fontalvo Durango[¶]

Mailín Arrieta-Puello[¶]

Adalberto Campo-Arias, MD[§]

Resumen

Antecedentes: Estudios en otras poblaciones muestran asociación entre la orientación sexual y el informe de síntomas depresivos. Los adolescentes con orientación sexual homosexual, bisexual o inseguros de la misma refieren más síntomas depresivos que aquellos que se autoconsideran heterosexuales. Sin embargo, hasta la fecha esta asociación no se ha investigado en adolescentes colombianos. **Objetivo:** Determinar la asociación entre orientación sexual y síntomas depresivos en estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia. **Método:** Estudio transversal con estudiantes entre 13 y 17 años quienes diligenciaron en la aula de clase un cuestionario sobre comportamientos relacionados con la salud, incluyendo la escala de Zung para depresión. Un modelo de regresión logística, para mujeres y para varones, se realizó para controlar variables de confusión. **Resultados:** 432 estudiantes, 219 varones y 213 mujeres, completaron satisfactoriamente el cuestionario. El promedio de edad fue 14,6 años (DE=1,3) y una escolaridad promedio de 8,4 años (DE=1,5). El 21,1% de los estudiantes mujeres y el 19,2% de los varones manifestó considerarse gay, lesbiana, bisexual o inseguro sobre la orientación sexual. La presencia de síntomas depresivos se asoció positivamente con la orientación sexual sólo en mujeres (OR=1,10, IC95% 1,01-1,18), después de controlar por algunas variables de confusión. **Conclusiones:** En este grupo de adolescentes estudiantes, la puntuación en síntomas depresivos se relacionó con la orientación sexual homosexual, bisexual o estar inseguro de ésta únicamente en mujeres. Probablemente, esta relación sea dependiente más del género que de la orientación sexual. [Díaz CE, Cogollo Z, Bánquez J, Luna-Salcedo L, Fontalvo K, Arrieta-Puello M, et al. *Síntomas depresivos y la orientación sexual en adolescentes estudiantes: un estudio transversal. MedUNAB 2005; 8:183-90*].

Palabras clave: Síntomas depresivos, Orientación sexual, Adolescentes, Estudiantes, Estudio transversal.

Summary

Depressive symptoms and the sexual orientation among adolescent students: a cross-sectional study. **Background:** Researches in other populations report a strong association between sexual orientation and depressive symptoms, that is, bisexual, gay, lesbian and unsure about sexual orientation adolescents refer more depressive symptoms than heterosexual students. **Objective:** To determine the association between the sexual orientation and depressive symptoms in adolescent students of a public school at the city of Cartagena, Colombia. **Method:** A cross-sectional study was designed. This survey included students aged 13-17 year-olds. These students completed in the classroom a questionnaire about health behaviors and the Zung's self-rating depression. Logistic regression was computed for controlling confounding variables. **Results:** A total of 432 students, 219 boys and 213 girls, completed successfully the survey. The mean age was 14,6 (SD=1,3), and the mean scholarship was 8,4 (1,5). A total of 21,1% of girls and 19,2% of boys considered themselves bisexuals, gays, lesbians or unsure about sexual orientation. Depressive symptoms were related to sexual orientation exclusively among girls (OR=1,10, 95%CI 1,01-1,18), after controlling confounding factors. **Conclusions:** Among these adolescent students, depressive symptoms were associated with the sexual orientation only among girls. It is likely that this association could be explained better by the gender than the sexual orientation. Further investigations are needed in Colombian adolescents students. [Díaz CE, Cogollo Z, Bánquez J, Luna-Salcedo L, Fontalvo K, Arrieta-Puello M, et al. *Depressive symptoms and the sexual orientation among adolescent students: a cross-sectional study. MedUNAB 2005; 8:183-90*].

Key words: Depressive symptoms, sexual orientation, adolescents, students, Cross-sectional study.

* Proyecto financiado el Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas de la Universidad de Cartagena y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

[‡] Profesora Asociada, Línea de Atención a los Colectivos, Grupo de Salud Mental y Familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

[¶] Estudiante, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

[§] Profesor Asociado, Línea de Salud Mental, Facultad de Medicina, Línea de Salud Mental, Grupo de Neuropsiquiatría Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Campo-Arias, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 No. 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: acampoar@unab.edu.co y neuropsiquia@unab.edu.co

Artículo recibido: 27 de octubre de 2005; aceptado: 9 de noviembre de 2005.

Introducción

La orientación sexual se define como el patrón persistente de atracción sexual hacia personas de uno u otro sexo. Es un componente muy íntimo y personal que se manifiesta por deseos, sueños, fantasías y no solamente por comportamientos sexuales específicos.¹ La orientación sexual puede concebirse como una dimensión que va desde la atracción completa hacia personas del sexo opuesto, pasando por la atracción por ambos sexos, hasta la completa atracción por personas del mismo sexo.² De la misma forma, la orientación sexual puede mirarse en forma de categorías mutuamente excluyentes: heterosexual, bisexual y homosexual.³ La orientación sexual debe claramente diferenciarse de la identidad de sexo que alude la aceptación o rechazo de las características físicas propias del sexo biológico con que se nació y de la identidad de género que se refiere al agrado o malestar que se tiene con las peculiaridades comportamentales que se califican como femeninas o masculinas (esperadas para mujeres y para varones, respectivamente) dentro de un contexto social y cultural particular.^{1, 2}

La identidad sexual se consolida durante la adolescencia y la adultez temprana. En consecuencia, es esperable que un número significativo de adolescentes se considere principalmente bisexuales, homosexuales o esté inseguro acerca de la orientación sexual, independientemente que se haya tenido alguna experiencia coital. Los estudios informan que entre 5 y 20% de la población adolescente pueden hacer parte de esta minoría sexual.⁴⁻⁷

Los adolescentes con orientación homosexual, bisexual o inseguros de la misma afrontan estresores psicosociales adicionales, como otras minorías. Estos adolescentes presentan mayor frecuencia de maltrato físico y emocional por parte de pares y profesores en el contexto escolar.^{8, 9} Así mismo, un grupo importante de estos adolescentes no cuenta con el apoyo emocional del grupo familiar primario como sí gozan las minorías étnicas y religiosas.^{10, 11} Es de esperar que las investigaciones muestren que este grupo de adolescentes informe un mayor número de síntomas depresivos que el grupo de adolescentes heterosexuales.¹² De tal suerte, es más frecuente la ideación suicida y los intentos de suicidio en los adolescentes bisexuales, homosexuales o inseguros de la orientación sexual que en adolescentes que se reconocen heterosexuales.¹³ De la misma forma, se observa una asociación importante con fuga del hogar y un menor rendimiento académico.^{14, 15}

Hasta la fecha no se conocen estudios colombianos que informen la orientación sexual de los adolescentes y, menos aún, la asociación entre la orientación sexual y síntomas depresivos en adolescentes escolarizados. Este conocimiento podría ayudar a diseñar estrategias específicas encaminadas al abordaje de los aspectos relacionados con la orientación sexual de una manera más realista e integral en el contexto escolar.

Este informe es parte de un estudio diseñado con el objetivo de conocer los comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de un colegio público de la ciudad de Cartagena, Colombia. Se presenta la asociación entre la orientación sexual y síntomas depresivos en estudiantes entre 13 y 17 años de edad.

Metodología

El presente es un estudio transversal que contó con la aprobación del Centro de Investigaciones Tecnológicas y Científicas de la Universidad de Cartagena, Colombia. Además, se solicitó la autorización de la autoridad responsable del colegio y la participación enteramente voluntaria a los estudiantes. Se siguieron los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki y las normas colombianas vigentes.^{16, 17}

Población. Participaron en esta investigación los estudiantes de un colegio público localizado en la zona suroccidental de Cartagena, área urbana que agrupa sectores de población con bajos ingresos económicos. Se incluyeron sólo adolescentes entre 13 y 17 años de edad mediante un muestreo no probabilístico, de voluntarios.

Instrumentos. Los participantes diligenciaron un cuestionario anónimo que investigaba actividad física (horas dedicadas a ver televisión y participación en equipos deportivos), consumo de sustancias legales e ilegales (cigarrillo, alcohol, cannabis, etc) y comportamiento sexual (relaciones sexuales y educación sexual en el colegio). Este cuestionario seguía el modelo del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Youth, 2005).¹⁸ Se agregaron ítems del Formulario de Vigilancia Epidemiológica para el Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Alcaldía de Medellín (Vespa), incluyendo los que abordaban la percepción de salud y el rendimiento académico durante el último mes.¹⁹ Adicionalmente, se incluyeron puntos para conocer la estructura del grupo familiar y la orientación sexual y escalas para cuantificar síntomas depresivos, consumo abusivo de alcohol, síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria y religiosidad. La orientación sexual se investigó en el penúltimo inciso e incluía cuatro opciones posibles con la definición de la Asociación Psiquiátrica Americana en un lenguaje cotidiano que consideraba los usos lingüísticos de la región.³

Para identificar posibles casos de consumo abusivo de alcohol se usó el cuestionario CAGE (*Cutting-down, Annoyance, Guilty, Eye-openers*). Este cuestionario se compone de cuatro ítems de respuesta dicotómica, sí o no. A cada respuesta afirmativa se le otorga un punto; a mayor puntuación mayor posibilidad de consumo abusivo de alcohol, generalmente tres o más respuestas afirmativas.²⁰

Con el propósito de cuantificar la religiosidad se aplicó la escala de Francis de actitud hacia el cristianismo. Se usó la versión de siete ítems desarrollada a partir de una escala original de 24 puntos. Esta escala pregunta sobre Dios, Jesús, la Biblia, la iglesia y la oración. Tiene un patrón de respuesta ordinal de cinco opciones que van desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo. Se dan punto de uno a cinco. A mayor puntaje indica una actitud más favorable o positiva.²¹

Con el ánimo de reconocer eventuales síntomas y casos de trastornos de la conducta alimentaria, los estudiantes diligenciaron el cuestionario Scoff (*Sick, Control, Out weight, Fat, Food*). Esta escala consta de cinco preguntas de respuesta dicotómica, sí o no, sobre algunos síntomas importantes durante los tres últimos meses. Habitualmente, dos o más respuestas positivas indican la necesidad de una evaluación más detallada para un posible caso.²²

Para cuantificar la presencia y severidad de síntomas depresivos se utilizó la escala de Zung para depresión. Este es un instrumento que consta de veinte ítems que evalúa síntomas depresivos durante las dos últimas semanas y consta de un patrón de respuesta tipo ordinal que se responde nunca, a veces, casi siempre y siempre. A cada ítem se da una puntuación de uno a cuatro. Más puntos señalan más síntomas depresivos. Una puntuación de 50

o más sugiere síntomas depresivos de importancia clínica, en particular de episodio depresivo mayor.²³

Las puntuaciones en el cuestionario Cage, en la escala de Francis, en el cuestionario Scoff y en la escala de Zung se manejaron como variables continuas, sin punto de corte. Estos instrumentos se han usado en diferentes investigaciones con estudiantes adolescentes con buenas propiedades psicométricas. Sin embargo, todos no han sido formalmente validados en adolescentes colombianos, por lo tanto para conocer el comportamiento de estas escalas en esta población se determinó la consistencia interna a cada una, para la escala de Francis y de Zung, el coeficiente de alfa de Cronbach²⁴ y para el cuestionario Cage y de Scoff, el coeficiente de Kuder-Richardson.²⁵

Procedimiento. Todos los participantes diligenciaron el cuestionario en el aula de clase, uno de los investigadores informaba los objetivos del estudio y las instrucciones para diligenciarlo. Se insistió en la omisión del nombre con el propósito de mantener la confiabilidad. Para completar este cuestionario en forma satisfactoria se necesitaron entre 20 y 30 minutos.

Análisis estadístico. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS 13,0).²⁶ Se determinaron frecuencias y porcentajes para la variables

Tabla 1. Variables categóricas de los adolescentes estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia

Variable	Mujeres (n=213)		Varones (n=219)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Edad (años)				
13	62	29,1	50	22,8
14	48	22,5	54	24,7
15	40	18,8	40	18,3
16	44	20,7	44	20,1
17	16	7,5	31	14,1
Grado				
Sexto	24	11,3	35	16,0
Séptimo	41	19,2	30	13,7
Octavo	41	19,2	48	21,9
Noveno	51	23,9	41	18,7
Décimo	33	15,5	43	19,6
Undécimo	23	10,8	22	10,0
Más de dos horas de televisión diaria	93	43,7	78	35,6
Falta de participación en equipos deportivos	113	53,1	58	26,5
Consumo de cigarrillo algún día durante el último mes	10	4,7	11	5,0
Consumo de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida	16	7,5	27	12,3
Haber tenido relaciones sexuales	10	4,7	113	51,6
Percepción de salud regular o mala durante el último mes	60	28,2	46	21,0
Rendimiento académico regular o malo durante el último mes	50	23,5	80	36,5
Considerarse no católico	79	37,1	121	55,3
Familia monoparental o sin padres	75	35,2	68	31,1
Negar educación en sexualidad en el colegio	56	26,2	69	31,5
Considerarse bisexual, gay, lesbiana o inseguro	45	21,1	42	19,2

categorías y promedio y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Para la variable dependiente (orientación sexual) se determinó el intervalo de confianza del 95% (IC95%).

En el análisis bivariado con las variables categóricas se determinaron razones de prevalencia (RP) con IC95%, y con las variables cuantitativas se aplicó la prueba de t de Student para observar diferencia entre los grupos. Con el propósito de controlar la varianza en cada grupo se usó con la prueba de Levene que compara la igualdad de la varianza en dos grupos.

Para controlar variables de confusión en la asociación entre orientación sexual y síntomas depresivos se realizó análisis multivariado mediante la aplicación de regresión logística. Se controló por aquellas variables que mostraron en el análisis bivariado una asociación con valor de probabilidad menor del 20%. Para el modelo final, se siguieron las recomendaciones de Greenland²⁷ y se determinó la bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow.²⁸ Para todas las pruebas estadísticas se aceptaron como significativos valores de probabilidad menores del 5%. Todos el análisis se realizó en forma independiente para el grupo femenino y para el grupo masculino.

Resultados

Un total de 519 estudiantes entre 13 y 17 años participaron en este estudio, de este grupo 432 estudiantes completaron en forma satisfactoria el cuestionario (83,2%). La edad promedio del grupo fue 14,6 años (DE=1,3). En relación con el sexo, 219 participantes eran varones (50,7%) y 213 mujeres (49,3%). En lo concerniente a la escolaridad, el año cursado promedio fue 8,4 (DE=1,5). En la tabla 1 se muestra la distribución de las variables categóricas. En la tabla 2 se presentan las variables continuas.

El porcentaje de adolescentes que informó considerarse bisexual, gay, lesbiana o inseguro sobre su orientación sexual disminuyó gradualmente con la edad. En mujeres a los 13 años el porcentaje fue 41,9%; a los 14 años, 20,8%;

Tabla 2. Variables cuantitativas de los adolescentes estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia

Variable	Mujeres	Varones
	Promedio (DE)	Promedio (DE)
Edad	14,5 (1,3)	14,8 (1,4)
Grado de escolaridad	8,5 (1,5)	8,4 (1,6)
Puntuación Cage	0,5 (0,8)	0,7 (0,9)
Puntuación Francis	31,7 (3,8)	30,3 (4,9)
Puntuación Scoff	1,5 (1,2)	1,3 (1,1)
Puntuación Zung	42,7 (7,4)	39,3 (6,7)

a los 15 años, 10,5%; a los 16 años 7,5% y a los 17 años, 6,3%. En varones, a los 13 años el porcentaje fue 40,0%; a los 14 años, 20,4%; a los 15 años, 15,0%; a los 16 años 6,8% y a los 17 años, 6,5%. Otras asociaciones entre orientación sexual y todas las variables investigadas se aprecian con detalle en la tabla 3 y 4, variables continuas y categóricas, respectivamente. Finalmente, se realizó un modelo de regresión logística para controlar variables de confusión. Estos modelos se presentan en la tabla 5 y 6.

La consistencia interna de la escala de Cage 0,460 y 0,567 fue para mujeres y para varones; del cuestionario Scoff fue 0,350 y 0,231 para mujeres y para varones; de la escala de Francis fue 0,775 y 0,787 para mujeres y para varones y para la escala de Zung 0,687 y 0,652 para mujeres y para varones, respectivamente.

Discusión

En el presente estudio se observa un patrón diferencial para mujeres y para varones en la asociación entre las puntuaciones en síntomas depresivos y la orientación sexual. En mujeres se observó que aquellas estudiantes que se autodenominaron bisexuales, lesbianas o inseguras sobre la orientación sexual informaron más síntomas depresivos que quienes se reconocieron como heterosexuales, después de controlar por diferentes variables.

Tabla 3. Análisis bivariado de las variables continuas para la asociación entre síntomas depresivos y la orientación sexual (bisexual, homosexual o insegura) en estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia

Variable	Mujeres		t**	p	Varones		t***	p
	BGLI*	Heterosexuales			BGLI*	Heterosexuales		
	Promedio (DE)	Promedio (DE)			Promedio (DE)	Promedio (DE)		
Edad	13,7 (1,1)	14,7 (1,3)	4,91	0,001	14,0 (1,2)	15,0 (1,3)	4,54	0,001
Grado de escolaridad	7,2 (1,1)	8,8 (1,4)	6,95	0,001	7,2 (1,3)	8,7 (1,5)	6,23	0,001
Puntuación en el cuestionario CAGE	0,4 (0,8)	0,5 (0,8)	0,49	0,621	0,4 (0,8)	0,8 (1,0)	2,07	0,040
Puntuación en la escala de Francis	29,3 (4,4)	32,3 (3,3)	5,00	0,001	28,9 (5,5)	30,6 (4,7)	1,98	0,049
Puntuación en el cuestionario SCOFF	2,0 (1,0)	1,3 (1,2)	3,75	0,001	1,7 (1,0)	1,2 (1,0)	2,81	0,005
Puntuación en la escala de Zung	42,8 (5,6)	42,7 (7,9)	0,09	0,929	42,1 (5,5)	38,6 (6,8)	3,18	0,002

* Bisexuales, gays, lesbianas e inseguros ** Todas las pruebas con $gl=211$ *** Todas las pruebas con $gl=217$

Tabla 4. Análisis bivariado de las variables categóricas para la asociación entre síntomas depresivos y la orientación sexual (bisexual, homosexual o insegura) en estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia

Variable	Mujeres				Varones			
	BGLI*	HTS**	RP***	IC95%	BGLI*	HTS**	RP***	IC95%
	%	%			%	%		
Más horas de televisión diaria	33,3	46,4	0,72	0,46-1,12	38,1	35,0	1,09	0,70-1,68
Falta de participación en equipos deportivos	51,1	53,6	0,95	0,69-1,31	26,2	26,6	0,99	0,56-1,73
Consumo de cigarrillo algún día durante el último mes	4,4	4,8	0,93	0,21-4,24	2,9	5,6	0,42	0,06-3,20
Consumo de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida	15,6	5,4	2,90	1,14-7,37	11,9	12,4	0,96	0,39-2,38
Haber tenido relaciones sexuales	4,4	4,8	0,93	0,21-4,24	45,2	53,1	0,42	0,06-3,20
Percepción de salud regular o mala durante el último mes	31,1	27,3	1,14	0,69-1,87	16,7	22,0	0,76	0,36-1,57
Rendimiento académico regular o malo durante el último mes	35,6	28,7	1,05	0,59-1,89	47,6	33,9	1,40	0,96-2,05
Considerarse no católico	33,3	38,1	0,89	0,55-1,38	78,6	49,7	1,58	1,27-1,96
Familia monoparental o sin padres	42,3	33,3	1,27	0,85-1,90	26,2	32,2	0,81	0,47-1,41
Negar educación en sexualidad en el colegio	48,9	20,2	2,42	1,58-3,69	45,2	28,2	1,60	1,07-2,41

* Bisexuales, gays, lesbianas e inseguros ** Heterosexuales *** Razón de prevalencia

Adicionalmente, estas adolescentes tenían menor escolaridad, negaron haber recibido educación sexual en el colegio, puntuaron más alto en el cuestionario Scoff, menores puntuaciones en la escala de Francis e informaron con más frecuencia haber consumido alguna sustancia ilegal durante la vida. Por su parte, en los varones no se observó relación alguna entre síntomas depresivos y la orientación sexual en varones. Además, se encontró una asociación significativa entre menor escolaridad y decirse no católico con la orientación sexual bisexual, homosexual o insegura.

En relación con el informe de síntomas depresivos en minorías sexuales no se encuentran disponibles estudios

que informen de manera diferencial la asociación por género; estas investigaciones presentan los resultados sin discriminar por sexo. Wichstrøm & Hegna encontraron en adolescentes noruegos entre 12 y 20 años que referir orientación sexual homosexual o bisexual incrementaba dos veces el riesgo de presentar síntomas depresivos.⁷ Lock y Steiner, Russell y Joyner y Udry et al. informaron un dato similar, observaron los que este grupo de adolescentes presentaban no sólo síntomas depresivos sino también otras manifestaciones emocionales como síntomas de ansiedad.^{5, 12, 13} Un poco más allá, Fergusson et al. encontraron, con el uso de una entrevista, una asociación significativa entre orientación sexual y la presencia de un trastorno depresivo mayor.²⁹ Generalmente, la presencia de síntomas y tras-

Tabla 5. Modelo multivariado para la asociación entre síntomas depresivos y la orientación sexual (bisexual, homosexual o insegura) en estudiantes mujeres de un colegio público de Cartagena, Colombia, ajustando por otras variables

Variable	OR	IC95%
Más síntomas depresivos	1,10	1,01-1,18
Menor grado de escolaridad	1,85	1,16-2,94
Negar educación sexual en el colegio	2,87	1,20-6,80
Mayor puntuación en el cuestionario Scoff	1,59	1,05-2,40
Menor actitud hacia el cristianismo	1,14	1,03-1,27
Haber consumido alguna sustancia ilegal	6,21	1,24-31,3
Ver más de dos horas de televisión diaria	1,52	0,64-3,64
Menos años de edad cumplidos	1,46	0,87-2,43

Bondad de ajuste, $X^2=5,368$, $gl=8$, $p=0,718$

Tabla 6. Modelo multivariado para la asociación entre síntomas depresivos y la orientación sexual (bisexual, homosexual o insegura) en estudiantes varones de un colegio público de Cartagena, Colombia, ajustado por otras variables

Variable	OR	IC95%
Más síntomas depresivos	1,06	0,99-1,13
Reconocerse no católico	3,57	1,40-9,17
Menor grado de escolaridad	1,66	1,03-2,68
Negar educación sexual en el colegio	2,21	0,97-5,03
Mayor puntuación en el cuestionario Scoff	1,45	0,99-2,18
Menor puntuación en el cuestionario Cage	0,83	0,51-1,32
Rendimiento académico regular-malo	1,15	0,50-2,63
Menor actitud hacia el cristianismo	1,02	0,94-1,12
Menos años de edad cumplidos	1,04	0,62-1,74

Bondad de ajuste, $X^2=2,214$, $gl=8$, $p=0,974$

tornos depresivos en minorías sexuales se relaciona con factores psicosociales explicados por la discriminación.^{8,9} Sin embargo, los eventos guardan una estrecha relación con otros factores individuales, sociales y culturales. Por ejemplo, es mucho más probable actitudes abiertamente negativas y agresivas frente a adolescentes que muestran un comportamiento muy discordante de género (varones con un comportamiento marcadamente femenino o mujeres con una conducta típicamente masculina) que en aquellos que presentan un comportamiento más típico de género.³⁰ Probablemente, la falta de asociación encontrada en el grupo masculino en la presente investigación sea explicada por lo heterogéneo del grupo estudiado en lo concerniente a la orientación sexual, la mayoría de los adolescentes inseguros sobre este componente de la identidad sexual, el bajo promedio de años cumplidos y al control de un mayor número de posibles variables de confusión. En este sentido, al igual que lo encontrado en el presente estudio, Remafedi et al. encontraron que el número de adolescentes indecisos disminuía en forma importante desde los 12 a los 18 años, de un 26 a 9,0%, aproximadamente, y la aceptación de una orientación predominantemente homosexual aumentaba de un 2,0 a 6,5%.⁴ De la misma forma, la prevalencia de síntomas y trastornos depresivos aumenta gradualmente con la edad hasta alcanzar las prevalencias documentadas en la población adulta.³¹ En este punto es importante considerar el contexto sociocultural, en la costa Caribe colombiana, como entre otros grupos de latinoamericanos, se observa algún grado de aceptación de comportamientos “bisexuales” en varones siempre y cuando no exista un marcado comportamiento femenino.³² De la misma forma, es posible pensar que la asociación encontrada en el grupo femenino sea mejor explicada por otros factores. La prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en mujeres adolescentes es significativamente mayor que en varones, independientemente de la orientación sexual.³³⁻³⁶

En lo concerniente a la religiosidad y la orientación sexual, los resultados son divergentes. Remafedi et al. observaron que la religiosidad se relacionaba negativamente con el informe de orientación homosexual o bisexual, sólo en varones, pero no en mujeres.⁴ Por su parte, Narring et al. encontraron que la incertidumbre en identificación sexual se relacionaba con baja religiosidad en mujeres; no obstante, este hallazgo no se daba en varones.⁶ En el presente estudio se observó que la orientación sexual fue independiente de saber católico o cristiano no católico, únicamente el grupo masculino. Es posible que en un contexto social en el cual el cristianismo tiene un grado importante de aceptación, una forma de manejar favorablemente la orientación sexual homosexual, bisexual o la inseguridad sobre la misma sea un debilitamiento en la confesión religiosa. Se observa que las fuertes creencias religiosas están relacionadas con actitudes más conservadoras ante la sexualidad y, en consecuencia, con una opinión negativa sobre la homosexualidad o la bisexualidad.³⁷

En lo que atañe a la asociación entre orientación sexual y síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, en el presente estudio se observó una relación significativa únicamente en mujeres. Varios investigadores han documentado que los adolescentes, mujeres y varones, que informaron parejas sexuales del mismo o de ambos sexos u orientación homosexual o bisexual manifestaban más preocupación por la figura corporal y más prácticas poco saludables para controlar el peso, como la inducción de vómitos y el uso de laxantes.³⁸⁻⁴¹ Es importante tener en cuenta que las medidas poco saludables para el control de peso son más frecuentes en mujeres que en varones adolescentes y están marcadamente influenciadas por el contexto sociocultural.^{42, 43}

Por otra parte, es de resaltar la falta de asociación entre orientación sexual y consumo de sustancias legales tanto en mujeres como en varones. No obstante, se observó una relación significativa entre la orientación sexual y el consumo de alguna sustancia ilegal sólo en el grupo femenino. Lock et al. observaron que los adolescentes bisexuales, homosexuales o inseguros de la orientación sexual no presentaban un mayor riesgo de consumo de sustancia.⁵ Por su parte, Udry y Chantala documentaron un patrón de riesgo diferencial para aquellos adolescentes que informaron parejas sexuales exclusivamente del mismo sexo y aquellos que refirieron parejas sexuales de ambos sexos; el primer grupo presentaba un mayor riesgo de síntomas emocionales pero no observaron asociación con el consumo de sustancias y con conductas delictivas, mientras el segundo grupo presentaba un mayor riesgo para consumo de sustancias y delincuencia, mas no para síntomas emocionales.¹³ Otros estudios, en general, cuando combinan en un solo grupo bisexuales, gays, lesbianas e inseguros acerca de la orientación sexual, han destacado la relación entre considerarse de parte de esta minoría sexual y el consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias como marihuana.^{29, 39, 40, 44, 45} Esta observación, al igual, que la ausencia de asociación entre la orientación sexual y el informe de síntomas depresivos. Tal vez, sugieren que el consumo de sustancias legales e ilegales en este grupo de adolescentes es explicado en forma importante por la presencia de síntomas emocionales, en particular síntomas depresivos, los cuales son más frecuentes en mujeres.⁴⁶ Esta consideración es de trascendencia capital porque se observa una fuerte asociación entre orientación sexual e intento de suicidio.^{12, 15, 29, 47} La mayoría de los intentos de suicidios y los suicidios consumados en adolescentes ocurren en el curso de un episodio depresivo mayor.⁴⁸

Se observó que aproximadamente el 2,5% de los adolescentes de este grupo, aún en una temprana edad se identifica como bisexual u homosexual. Sumado a esto se observó una asociación importante, tanto en mujeres como en varones, con negar educación sexual en el colegio y menos años cumplidos. Esto sugiere que es muy importante la educación en sexualidad ayuda aclarar las dudas

sobre la identidad sexual. No obstante, parece que esta información se brinda en los adolescentes mayores, probablemente en los cursos más avanzados. Es importante una educación sobre la orientación sexual en los primeros años de la adolescencia y tal vez en los años prepúberes, después de la adrenergia, cuando se incrementa en forma significativa el interés y el deseo sexual, y es preámbulo a la fase final de consolidación de una parte importante de la orientación sexual. Adicionalmente, es relevante promover un ambiente escolar más tolerante de las minorías sexuales, incluyendo estos tópicos en lo relacionado con la convivencia y, por supuesto, en la educación en sexualidad.⁴⁹ Los adolescentes bisexuales y homosexuales están en riesgo de ser víctima de maltrato físico y emocional por parte de pares y, en ocasiones por parte de los maestros con comentarios y chistes despectivos. Generalmente, este tipo de comentarios se censuran cuando se refieren a otras minorías, como grupos étnicos o religiosos, pero se aceptan más fácilmente cuando estos aluden a minorías sexuales.^{8,9,50} De este tipo de maltrato son particularmente víctimas los varones que muestran un comportamiento marcadamente femenino, se observa que las mujeres con un comportamiento muy masculino son más aceptadas por pares y adultos.³⁰ De la misma forma, es muy importante la prevención de síntomas depresivos en esta población; estos síntomas median generalmente la presentación de comportamientos de riesgo para la integridad física y mental en sujetos particularmente vulnerables.^{46,51} Esto hace necesario que los profesionales de la salud que prestan servicios médicos a adolescentes consideren importante la evaluación integral de la identidad sexual (identidad de sexo, identidad de género y orientación sexual) y asuman una actitud más cálida y comprensiva ante aquellos que informan una orientación sexual no tradicional.⁵²

Este informe es uno de los primeros estudios que se realizan en Colombia que investigue síntomas emocionales en minorías sexuales. Se abordaron un amplio número de variables posiblemente asociadas con síntomas depresivos. Y adicionalmente, se aplicó un modelo multivariado para controlar variables de confusión. No obstante, tiene limitaciones como incluir un único colegio; probablemente, la muestra sea pequeña para mostrar diferencias para aquellas variables de muy alta o de muy baja prevalencia y sólo se cuantificaron síntomas depresivos y no trastornos depresivos propiamente dichos con el uso de una entrevista estructurada. Sin embargo, la sensibilidad del objetivo de investigación hacía menos confiable el informe a un entrevistador sobre la orientación sexual. De la misma forma, el número limitado de estudiantes que se autodefinieron como bisexuales, gays o lesbianas, hizo necesario incluir en la misma categoría a los adolescentes inseguros sobre su orientación sexual, probablemente, el grupo es muy heterogéneo, y tal vez sólo represente en forma satisfactoria a los estudiantes con duda a cerca de la orientación sexual.¹³

Se concluye que el informe de síntomas depresivos se asocia con el reconocerse como parte de las minorías sexua-

les en mujeres de un colegio de condición socioeconómica baja de la ciudad de Cartagena, Colombia; probablemente, explicado por factores distintos de la orientación sexual. No se observó esta relación en estudiantes varones. Se necesita corroborar estos hallazgos en una muestra representativa de los estudiantes de secundaria de Cartagena y en otras ciudades colombianas.

Referencias

1. Stein T. Homosexuality and homosexual behavior. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Saddock comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000: 1608-31.
2. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. Master and Johnson on sex and human loving. Boston: Brown and Company; 1988: 344-73.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Revised text. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Remafedi G, Resnick M, Blum R, Harris L. Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics* 1992; 89: 714-21.
5. Lock J, Steiner H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 297-304.
6. Narring F, Stronski-Huwiler SM, Michaud P-A. Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: a cross-sectional survey of 16-20-year-old students. *Acta Paediatr* 2003; 92: 233-9.
7. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 144-51.
8. Durant RH, Kowchuck DP, Sinal SH. Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *J Pediatr* 1998; 133: 113-8.
9. Russell ST, Franz BT, Driscoll AK. Same sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *Am J Public Health* 2001; 91: 903-6.
10. Savin-Williams RC, Dubé EM. Parental reactions to their child's disclosure of gay/lesbian identity. *Fam Relations* 1998; 47: 7-13.
11. Beaty LA. Identify development of homosexual youth and parental and familial influences on the coming out process. *Adolescence* 1999; 34: 597-601.
12. Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91: 1276-81.
13. Udry JR, Chantala K. Risk assessment of adolescents with same-sex relationship. *J Adolesc Health* 2002; 31: 84-92.
14. Cochran BN, Stewart AJ, Ginzler JA, Cauce AM. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *Am J Public Health* 2002; 92: 773-7.
15. Garofalo R, Wolf RC, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 487-93.

16. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
17. Declaración de Helsinki (www.wma.net/e/policy/b3.htm). Fecha de acceso 29-03-2005).
18. Youth risk behavior survey, 2005. Center for Disease Control. Disponible en www.cdc.gov (fecha de acceso septiembre 17 de 2004).
19. Torres Y, Muñoz AL, Ramírez H. Vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas "Vespa" Medellín, Antioquia 1992. *Bol Epidemiol Antioquia* 1994; 19: 180-93.
20. Ewing JA. Detecting alcoholism – The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-7.
21. Francis LJ. Attitude and longitude: a study in measurement. *Character Potential* 1978; 8: 119-30.
22. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorder. *Br Med J* 1999; 319: 1467-8.
23. Zung WWK. Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
24. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
25. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151-60.
26. SPSS for windows 13.0. Chicago: SPSS Inc.; 2005.
27. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79: 340-9.
28. Hosmer DW, Taber S, Lemeshow S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health* 1991; 81: 1630-5.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 876-80.
30. Remafedi G. Adolescent homosexuality: psychosocial and medical implications. *Pediatrics* 1987; 79: 331-7.
31. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swart MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 979-86.
32. Parker R. Youth, identity, and homosexuality: the changing shape of sexual life in Brazil. *J Homosexuality* 1989; 17: 267-87.
33. Kashani JH, Beck NC, Hoepfer EW, Fallahi C, Corcoran CM, McAllister, et al. Psychiatric Disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 584-9.
34. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1127-34.
35. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: National Panel Results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 190-8.
36. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
37. Tozer EE, Hayes JA. Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development. *Counsel Psychol* 2004; 32: 716-40.
38. French SA, Story M, Remafedi G, Resnick MD, Blum RW. Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 119-26.
39. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey J, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 895-902.
40. Robin L, Brener ND, Donahue SF, Hack T, Hale K, Goodenow C. Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative sample of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 349-55.
41. Austin SB, Ziyadeh N, Kahn JA, Camargo C, Colditz GA, Field AE. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1115-23.
42. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health* 2002; 31: 166-75.
43. Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among U.S. high-school students. *Eat Disord* 2004; 5: 325-36.
44. Russell ST, Driscoll AK, Troung N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationship: implications for substance use and abuse. *Am J Public Health* 2002; 92: 198-202.
45. Austin SB, Ziyadeh N, Fisher LB, Kahn JA, Colditz GA, Frazier AL. Sexual orientation and tobacco use in a cohort study of US adolescent girls and boys. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 317-22.
46. Goodman E, Huang B. Socioeconomic status, depressive symptoms and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 448-53.
47. Saewyc EM, Bearinger LH, Heinz PA, Blum RW, Resnick MD. Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents. *J Adolesc Health* 1998; 23: 181-8.
48. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
49. Elze DE. Gay, lesbian, and bisexual youths' perception of their high school environments and comfort in school. *Child School* 2003; 25: 225-39.
50. Fletcher AM, Russell ST. Incorporating issues of sexual orientation in the classroom: challenges and solutions. *Fam Relations* 2001; 50: 34-40.
51. Hallfors DD, Waller MW, Bauer D, Ford CA, Halpern CT. ¿Which comes first in adolescence—sex and drugs or depression? *Am J Prev Med* 2005; 29: 163-70.
52. Pinilla AP, Sánchez EW, Campo A. Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *Medunab* 2003; 6: 93-7.