

## INVESTIGACIÓN

# SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN ADOLESCENTES CHILENAS HETEROSEXUALES Y HOMOSEXUALES

(Rev GPU 2016; 12; 4: 413-419)

**María José León<sup>1</sup>, Sergio Chaigneau<sup>2</sup>, Pilar del Río<sup>3</sup>, Juliana Rodríguez<sup>4</sup>**

**Los adolescentes con una orientación sexual diversa presentan mayor probabilidad de desarrollar sintomatología general que aquellos adolescentes heterosexuales, fundamentalmente asociado a las situaciones de estrés psicosocial y discriminación (Pineda-Roa, 2013). Este estudio describe la sintomatología de una población no clínica de adolescentes según su orientación sexual. Se evaluó a 281 adolescentes, todas mujeres, de Santiago de Chile. Se midió sintomatología clínica (SCL-90) e identidad sexual (CEIS). Los resultados mostraron puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales. Estos resultados aportan mayor evidencia concordante con que los adolescentes con una orientación sexual homosexual es una población mayormente vulnerable a sufrir sintomatología clínica, requiriendo una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud.**

## INTRODUCCIÓN

La sintomatología clínica en la adolescencia ha aumentado su prevalencia en las últimas décadas. En Chile un 33,2% de la población de 12 a 18 años presenta algún trastorno psiquiátrico (Vicente *et al.*, 2012). Entre un 4% y un 8% de los adolescentes sufren sintomatología depresiva (MISAL, 2013) y un 15,7% sufre de trastornos

ansiosos (Vicente *et al.*, 2012). Por su parte, cifras de la Organización Panamericana de la Salud (2014) muestra que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años en América, siendo Chile el cuarto país con las tasas de suicidio más altas entre 2005 y 2009. En un informe emitido por la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2011), Chile ocupa el segundo lugar, después de Corea del Sur,

- 
- <sup>1</sup> Universidad Adolfo Ibáñez, Psicóloga, Profesora de la Escuela de Psicología, Email: mj.leon@uai.cl. Dirección: Diagonal Las Torres 2640, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>2</sup> Universidad Adolfo Ibáñez, Psicólogo, Profesor Escuela de Psicología. Email: sergio.chaigneau@uai.cl. Dirección: Diagonal Las Torres 2640, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>3</sup> Fundación Médica San Cristóbal, Psiquiatra. Email: pdelrivogil@gmail.com. Dirección: Avda Luis Pasteur 5292, Vitacura, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
- <sup>4</sup> Fundación Todo Mejora, Psicóloga. Email: salud@todomejora.org. Dirección: Napoleón 3059 departamento 603, Las Condes, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

entre los 7 países de la OECD que han mostrado un alza en su tasa de suicidio anual. Según datos del Ministerio de Salud (MISAL, 2010), la mortalidad debida a suicidio en adolescentes alcanzaría el año 2020 una tasa de 12 por cada 100.000 habitantes de esa edad (10 a 19 años), manteniendo la curva de crecimiento observado desde el año 1997. Por otra parte, los datos del MINSAL (2004) también muestran que el 20,6% de los escolares entre 13 y 15 años ha “considerado seriamente un intento suicida”, mientras que el 15,9% señala haber hecho un “plan acerca de cómo tratar de suicidarse”. De hecho, dentro del grupo de adolescentes, aquellos que se definen como lesbianas, gays y/o bisexuales (LGB), presentan un riesgo 4 veces más alto que sus pares heterosexuales de intentar suicidarse, mientras que en aquellos que cuestionan su sexualidad el riesgo es 3 veces mayor que sus pares que no realizan tal cuestionamiento (Kann, 2011; Meyer, 2003).

## MARCO DE REFERENCIA

A pesar de la mayor cantidad de información y una actitud en general más tolerante y abierta de las sociedades desarrolladas, numerosos estudios muestran que aún hoy existe un estigma y discriminación asociados a la orientación homosexual o bisexual. Los jóvenes con orientación sexual diversa, entre ellas la homosexualidad, presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión y riesgo de suicidio, fundamentalmente asociado a las situaciones de estrés psicosocial, a la discriminación, sobre todo en el periodo de reconocimiento, aceptación y develación a la sociedad este riesgo aumenta considerablemente (Kitts, 2005; Li, Pollitt, y Russell, 2015). Las causas del mayor riesgo de suicidio no están del todo claras, si bien hay un importante consenso entre los investigadores en que se asocia con discriminación y hostilidad social. La presencia de experiencias discriminatorias en niños, niñas y adolescentes LGB aumentaría la percepción de vergüenza y el despliegue de estrategias de afrontamiento individual, con un consecuente aumento del riesgo de conductas autodestructivas (McDermott, Roen, y Scourfield, 2008). El aislamiento, la exclusión social y la invisibilización generan la existencia de problemáticas específicas en la población LGB, tales como el sufrimiento psíquico y físico relacionado con situaciones de negligencia y violencia intrafamiliar, el sufrimiento físico y psíquico relacionado con el bullying en el ambiente escolar, la depresión y suicidio, y el uso de drogas lícitas e ilícitas (Meyer, 2003; Newcomb, Birkett, Corliss, y Mustanski, 2014; Pesola, Shelton, y Bree, 2014; Stone *et al.*, 2014). Más específicamente, estudios realizados en Estados

Unidos muestran que el rechazo familiar en adolescentes LGB aumenta 8 veces el riesgo suicida, en comparación con aquellos adolescentes que reportan nulo o bajo rechazo familiar (Ryan, Russell, Huebner, Díaz, y Sánchez, 2010). En la misma línea, se ha encontrado una asociación significativa entre el riesgo de presentar ideación o intentos suicidas con la vivencia de experiencias de bullying homofóbico (Sourander, 2010) y al mismo tiempo, se ha observado que la pertenencia a alguna minoría sexual incrementa el riesgo de ser víctima de bullying, tanto en hombres como en mujeres (Berlan, Corliss, Field, Goodman, y Austin, 2010). No es de sorprender entonces, que en una reciente revisión de la literatura se concluya que los factores de riesgo suicida de personas LGB se sitúan en el plano social, y no, como suele hacerse frecuentemente, en el plano individual (Pineda-Roa, 2013).

Sabemos que la adolescencia es un periodo complejo, en donde está en juego la construcción y la definición de la identidad personal. Esto le confiere a este grupo un mayor riesgo de presentar sintomatología clínica, independientemente de factores individuales. Sin embargo, las cifras presentadas anteriormente nos orientan a pensar que los adolescentes que se descubren con una orientación sexual diversa son un grupo de especial preocupación desde el punto de vista de salud mental, por lo que podrían presentar mayor sintomatología anímica, ansiosa o psicopatología en general, en relación con la población adolescente heterosexual (Pineda-Roa, 2013). De hecho, en nuestra experiencia hemos observado un aumento de las consultas de adolescentes que incluyen en el motivo de consulta conductas homosexuales y bisexuales asociadas principalmente a los efectos que esta declaración tiene en el entorno social del adolescente. Durante 2010, en el Centro de Estudios y Atención a las Personas de la escuela de Psicología de la Universidad Adolfo Ibáñez (CEAP), un 17% de las adolescentes entre 14 a 17 años incluía estos aspectos en su motivo de consulta. No sabemos si este porcentaje es representativo de la realidad nacional. De hecho, algunos estudios reportan porcentajes relativamente menores. En un estudio que explora y describe la expresión de la orientación sexual en adolescentes chilenos se reporta que un 9,09% de las mujeres adolescentes se declaran no-heterosexuales (Conejero y Almonte, 2009). Por otra parte, los datos entregados por la Organización Panamericana de la Salud señalan que entre el 6 y el 8% de los adolescentes se definirán en la línea de la homosexualidad (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

La sexualidad es una faceta central en la identidad de cualquier ser humano. Esta integra una dimensión

biológica (sexo), una dimensión social (género) y una dimensión motivacional (orientación sexual). Así, la identidad sexual comprende la descripción y valoración que hacen las personas de estas dimensiones que les pertenecen como seres sexuales (Vargas-Trujillo, 2007). Para nuestros fines, entenderemos la identidad sexual como el resultado de la interacción de aspectos biológicos, familiares, sociales, históricos y culturales, que incluye el sexo biológico y el género. Dadas las interacciones entre todos estos factores, entendemos que la identidad sexual es algo que puede cambiar (Campo-Arias, 2010; Conejero, y Almonte, 2009; Klein, Sepekoff, y Wolf, 1985). Además, entendemos la orientación sexual como la autoasignación, aceptación o adjudicación, consciente, subconsciente o inconsciente de la pertenencia a un estado de psiquismo sexual (Campo-Arias, 2010; Conejero, y Almonte, 2009). Lo anterior implica que el sujeto asume una denominación reconocida socialmente que incluye sentimientos, atracciones y conductas sexuales.

Considerando la importancia de la identidad sexual en la conformación de la identidad personal, la adolescencia puede ser un periodo especialmente estresante para aquellos adolescentes que se descubren a sí mismos con una orientación sexual diversa. Como una manera de evitar el rechazo y la agresión, estos adolescentes suelen mantener su orientación sexual en secreto por varios años, quedando expuestos y vulnerables a sufrir aislamiento, depresión, suicidio, abusos, y rechazo de su familia y amigos (Harrison, 2003; Li, Pollitt, y Russell, 2015). De aquí se desprende que estamos frente a una población que es importante por una parte identificar, y, por otra, caracterizar y abordar con medidas especiales que permitan proveer a estos jóvenes de un entorno adecuado para su pleno desarrollo. En consecuencia, el objetivo de este estudio es describir y caracterizar sintomatológicamente una población adolescente chilena, observando especialmente aquellas que se declaran como homosexuales o bisexuales, evaluando la presencia de síntomas, conductas o factores de riesgo en esta población, para que podamos orientar y jerarquizar las intervenciones psicosociales de prevención y promoción de la salud, además de planificar intervenciones terapéuticas efectivas cuando se requiera.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 281 adolescentes, sin embargo debido a que 54 alumnos no respondieron completamente los cuestionarios, la muestra

analizada fue de 227 personas, todas ellas mujeres, de la Región Metropolitana, Santiago de Chile, de nivel socioeconómico medio, pertenecientes a liceos de alta exigencia académica. Un 65,5% de las adolescentes en la muestra tenían entre 15 y 16 años, y la edad mínima estuvo entre los 13 y 14 años, mientras que la máxima estuvo entre los 19 y 20. Al momento del estudio un 57,2% de las encuestadas vivía con sus padres, un 25,9% con la madre y el porcentaje restante (16,9%) con otros familiares. De las encuestadas, un 87,6% se declaraba creyente en alguna religión, y de este porcentaje un 57,4% indicaba no ser practicante, y un 30,2% se consideraba creyente y practicante. Un 34,3% de las encuestadas refirió haber tenido relaciones sexuales. De ellas, un 28,6% tuvo su primera relación sexual entre los 13 a 14 años, y un 59,3% entre los 15 y 16 años.

## INSTRUMENTOS

El Cuestionario de Identidad Sexual (CEIS) es un cuestionario de autoreporte escrito, compuesto por 30 ítems, consta de 3 escalas: comportamiento y fantasía heterosexual (8 ítems), comportamiento y fantasía homosexual (13 ítems), y desacuerdo con el rol de género (9 ítems). Las escalas fueron construidas a partir de un Análisis Factorial (León, Chaigneau, Rodríguez y Peña, 2014). Las preguntas se responden todas en una escala tipo Lickert de 5 puntos. Los puntajes por escala se calculan como el promedio de los ítems correspondientes. Aunque tenemos evidencia de validez convergente (León *et al.*, 2014), el CEIS no tiene índices numéricos de validez ni confiabilidad, así como tampoco normas.

El SCL-90-R es un inventario de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis *et al.* (Derogatis, 1975, 1994), que mide el grado de malestar psicológico actual de la persona. Está compuesto por 90 preguntas sobre síntomas psiquiátricos de diferente nivel de gravedad y en donde la persona debe responder en qué nivel ha sido perturbado o molestado por ese síntoma en un periodo acotado de tiempo, a través de una escala de Lickert de 5 puntos y toma aproximadamente 15 minutos en responder. Para este estudio se utilizó la versión adaptada, validada y estandarizada en estudiantes universitarios chilenos no consultantes por Gempp y Avendaño (2008), que cuenta con características psicométricas adecuadas y datos normativos propios.

El instrumento está compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatizaciones, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología

(Índice de Gravedad Global – GSI, el Índice de Malestar Positivo – PSDI y el Total de Síntomas Positivos – PST).

La dimensión de Somatización mide malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales; Obsesiones mide los síntomas específicos del síndrome obsesivo compulsivo; Sensitividad Interpersonal mide sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; Depresión es una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo; Ansiedad mide síntomas y comportamiento asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad; Hostilidad incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira; Ansiedad fóbica caracteriza una respuesta persistente de miedo que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante; Ideación paranoide mide distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide; y Psicotismo incluye un amplio espectro de síntomas como estados de soledad, estilos de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento. Los índices globales miden: el GSI es un indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas; el PSDI es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el respondiente; el PST es el número total de síntomas que presenta la persona independiente de su gravedad (Gempp y Avendaño, 2008).

## PROCEDIMIENTOS

Los cuestionarios fueron administrados a adolescentes mujeres de dos establecimientos educacionales, uno de ellos de mujeres y el otro mixto. Los colegios se seleccionaron en función de la disponibilidad y aceptación por parte de la dirección del establecimiento a participar en la investigación. Los cuestionarios se administraron ambos en un mismo momento en una hora académica de clases (45 minutos), en la sala de clases bajo la supervisión del orientador del colegio, previa firma de consentimiento informado del director de la institución y del apoderado de cada adolescente. A su vez, cada alumno participante firmó un asentimiento informado donde se le explicaba el objetivo de la investigación, los riesgos y beneficios, como también el anonimato y la voluntariedad de su participación. Cada adolescente contestó los dos cuestionarios de modo anónimo, junto con un apartado de preguntas sociodemográficas y preguntas directas acerca de orientación sexual (no reportadas en este trabajo).

## ANÁLISIS DE DATOS

Por medio de un Análisis de Conglomerados de K medias, se agruparon los participantes en 3 grupos basados en sus respuestas al CEIS. Luego se realizó un ANOVA de una vía para cada una de las 12 dimensiones del SCL-90, contrastando la hipótesis nula de que no había diferencias entre los grupos.

## RESULTADOS

Para estos análisis solo pudieron usarse los datos de 227 participantes. Los puntajes de cada participante en las tres escalas del CEIS fueron sometidos a un Análisis de Conglomerados de K medias, fijando el número de conglomerados en tres (para más detalles sobre este procedimiento, véase León *et al.*, 2014). Para los fines del presente trabajo destacaremos que un primer conglomerado correspondió a adolescentes que informaban fantasías y comportamientos heterosexuales ( $n = 165$ ), un segundo conglomerado correspondió a adolescentes que informaban fantasías y comportamientos homosexuales ( $n = 25$ ), y un tercer conglomerado correspondió a niñas cuyas respuestas indicaban un desacuerdo respecto a su género, pero sin que esto se reflejara en fantasías y comportamientos sexuales ( $n = 37$ ).

Para cada uno de estos conglomerados (Identificación con Orientación Heterosexual, Identificación con Orientación Homosexual, Desacuerdo con el Género), se calcularon los puntajes promedio de cada una de las escalas del SCL-90 (Tabla 1), y se sometieron a ANOVAs de una vía. Como se puede apreciar en la Tabla 1, encontramos prácticamente el mismo patrón de resultados para todas las escalas del SCL-90. Los datos mostraron consistentemente puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo de Identificación con Orientación Homosexual (Ho) que para el grupo de Identificación con Orientación Heterosexual (He) y que para el grupo de Desacuerdo con el Género (DG). Los resultados de las siguientes escalas mostraron muy claramente este patrón.

En la escala de Somatización ( $F(2, 224) = 12,99$ ;  $MCE = 0,59$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,10$ ; potencia  $>0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p < 0,001$ ). En la escala de Depresión ( $F(2, 224) = 12,27$ ;  $MCE = 0,75$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,10$ ; potencia  $>0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron

**Tabla 1**  
 MEDIAS PARA LAS ESCALAS DE SÍNTOMAS DEL SCL-90

	Sintomatología											
	S***	O**	SI*	D***	A***	H***	AF	IP*	P***	IGG***	TSP**	IMP***
He (n=165)	1,22	1,51	1,24	1,39	1,09	1,48	0,6	1,13	0,81	1,19	51,05	1,98
Ho (n=25)	2,06	2,18	1,69	2,28	1,92	2,18	0,76	1,63	1,54	1,87	65,12	2,53
DG (n=37)	1,26	1,65	1,38	1,68	1,15	1,54	0,77	1,32	1	1,33	55,51	2,03

Los asteriscos señalan aquellas escalas donde hubo diferencias significativas entre los grupos (\*=0,05; \*\*=0,01; \*\*\*=0,001). He = Orientación Heterosexual, Ho = Orientación Homosexual, DG = Desacuerdo con el género, S = Somatización, O = Obsesiones, SI = Sensitividad Interpersonal, D = Depresión, A = Ansiedad, H = Hostilidad, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide, P = Psicoticismo, IGG = Índice de Gravedad Global, TSP = Total de Síntomas Positivos, IMP = Índice de Malestar Positivo.

significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,008$ ). En la escala de Ansiedad ( $F(2, 224) = 13,12$ ;  $MCE = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,11$ ; potencia  $> 0,99$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p < 0,001$ ). En la escala de Hostilidad ( $F(2, 224) = 5,34$ ;  $MCE = 1,01$ ;  $p = 0,005$ ;  $R^2 = 0,05$ ; potencia  $= 0,84$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,014$ ). En la escala de Obsesiones ( $F(2, 224) = 7,3$ ;  $MCE = 0,67$ ;  $p = 0,001$ ;  $R^2 = 0,06$ ; potencia  $= 0,94$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,012$ ). En la escala de Psicoticismo ( $F(2, 224) = 9,97$ ;  $MCE = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,08$ ; potencia  $= 0,98$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,001$ ) y los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo DG ( $p = 0,007$ ). Para todos los análisis reportados más arriba es notable la elevada potencia de los mismos, lo que sugiere que son resultados estables.

De las escalas restantes, dos mantuvieron parcialmente el patrón descrito más arriba, y solo una no mostró diferencias. En las escalas que lo mantuvieron, el grupo de Ho siguió reportando más sintomatología que el grupo He, pero no mostró diferencias con el grupo de DG. En la escala de Sensitividad Interpersonal ( $F(2, 224) = 3,56$ ;  $MCE = 0,66$ ;  $p = 0,03$ ;  $R^2 = 0,03$ ; potencia  $= 0,66$ ), los puntajes del grupo Ho fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p < 0,01$ ) pero no hubo diferencias entre los grupos Ho y DG ( $p = 0,13$ ). En la escala de Ideación Paranoide ( $F(2, 224) = 4,31$ ;  $MCE$

$= 0,67$ ;  $p = 0,015$ ;  $R^2 = 0,04$ ; potencia  $= 0,75$ ), los puntajes del grupo Ho también fueron significativamente mayores que los del grupo He ( $p = 0,005$ ) pero tampoco hubo diferencias entre los grupos Ho y DG ( $p = 0,152$ ). La única escala del SCL-90 que no mostró diferencias entre nuestros 3 grupos fue la de Ansiedad Fóbica. En esta escala ( $F(2, 224) = 1,31$ ;  $MCE = 0,46$ ;  $p = 0,273$ ;  $R^2 = 0,01$ ; potencia  $= 0,28$ ), no hubo diferencias entre He y Ho ( $p = 0,285$ ) y tampoco entre Ho y DG ( $p = 0,945$ ).

Es notable que las 3 escalas globales del SCL-90 mostraron el patrón general en que el grupo Ho reporta más sintomatología que los otros dos grupos. En la escala de Índice de Gravedad Global ( $F(2, 224) = 11,52$ ;  $MCE = 0,45$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,09$ ; potencia  $= 0,99$ ), el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He ( $p < 0,001$ ) y el grupo Ho puntuó también significativamente más alto que el grupo DG ( $p = 0,002$ ). En la escala de Total de Síntomas Positivos ( $F(2, 224) = 6,02$ ;  $MCE = 374,17$ ;  $p = 0,003$ ;  $R^2 = 0,05$ ; potencia  $= 0,88$ ), el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He ( $p = 0,001$ ) y el grupo Ho puntuó marginalmente más alto que el grupo DG ( $p = 0,056$ ). En la escala de Índice de Malestar Positivo ( $F(2, 224) = 11,48$ ;  $MCE = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,09$ ; potencia  $= 0,99$ ), el grupo Ho puntuó más alto que el grupo He ( $p < 0,001$ ) y el grupo Ho también puntuó más alto que el grupo DG ( $p < 0,001$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos mostraron consistentemente puntajes significativamente más elevados en sintomatología para el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales, que para los otros dos grupos. Las 3 escalas globales del SCL-90 mostraron el patrón general de mayor sintomatología en el grupo que informó fantasías y conductas homosexuales.

En Somatización, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Obsesiones y Psicoticismo el grupo Ho puntuó significativamente más alto que los grupos He y DG. En Sensibilidad Interpersonal e Ideación Paranoide el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He, pero no hubo diferencias entre los grupos He y DG. La escala de Ansiedad Fóbica fue la única escala del SCL-90 que no mostró diferencias entre los 3 grupos.

En el Índice de Gravedad Global Índice de Malestar Positivo, el grupo Ho puntuó significativamente más alto que los grupos He y DG. En la escala de Total de Síntomas Positivos el grupo Ho puntuó significativamente más alto que el grupo He y el grupo Ho puntuó marginalmente más alto que el grupo DG.

Las escalas que mostraron la mayor diferencia entre los grupos, es decir, el nivel de sintomatología más elevado, fueron las de somatización, depresión y hostilidad, en las que el grupo Ho puntuó más alto, que los grupos He y DG. Es importante enfatizar que esta asociación, si bien muestra que la población adolescente que se identifica como homosexual es una población de riesgo en salud mental, no establece una relación causal entre la orientación sexual y la presencia de psicopatología.

Entre los desafíos planteados para el futuro se encuentra el conocer y describir los factores de riesgo que contribuyen a que este grupo adolescente presente un mayor nivel de sintomatología. Como hemos visto, diversos estudios sugieren que el bullying, la discriminación y la ausencia de un entorno contenedor y protector estarían entre los principales factores asociados con riesgo de suicidio. Es razonable hipotetizar que esto mismos son los factores que explican la mayor presencia de sintomatología en la muestra estudiada. Por otra parte, también es necesario continuar con la descripción de la población adolescente y su nivel de psicopatología, ampliando la muestra a población masculina, además de incluir la caracterización sociodemográfica de la misma.

Finalmente, podemos concluir que aunque la orientación sexual no genere un malestar psicológico por sí misma, los resultados obtenidos muestran la importancia que tiene para los terapeutas indagar acerca de la identidad y orientación sexual de sus pacientes, ya que las situaciones de estrés psicosocial asociadas a la homosexualidad generan un alto malestar en esta población (Kitts, 2005; Li, Pollitt, y Russell, 2015), pudiendo considerar que los adolescentes LGB son una población que requiere de mayor preocupación por parte los profesionales de la salud que se relacionen con ellos. Indagar sobre estos aspectos durante la consulta, permitirá detectar factores de riesgo e implementar abordajes terapéuticos para estos adolescentes en particular.

## REFERENCIAS

- Berlan ED, Corliss HL, Field AE, Goodman E, Austin SB (2010). Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 366-371. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.10.015
- Campo-Arias A (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*, 41(2), 179-185
- Conejero J, Almonte C (2009). Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile: Estudio Exploratorio. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(3), 201-208. doi: 10.4067/S0717-92272009000300004
- Cooper AM, Michels R (1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R)*. American Journal of Psychiatry, 145(10), 1300-1301
- Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile. (2004). *Problemas de Salud Mental en Adolescentes Chilenos, Encuesta Mundial de Salud Escolar*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/emse/chile/encuesta2005.pdf>
- Derogatis LR (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research
- Derogatis LR (1994). *The SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems
- Gempp R, Avendaño C (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. doi: 10.4067/S0718-48082008000100004
- Harrison TW (2003). Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *Journal of School Health*, 73(3), 107-112. doi: 10.1111/j.1746-1561.2003.tb03584.x
- Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile. (ISP, 2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- Kann L (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12: Youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001-2009. *DIANE Publishing*, 60(7), 2-51
- Kitts RL (2005). Gay adolescents and suicide: Understanding the association. *Adolescence*, 40(159), 621-628
- Klein F, Sepekoff B, Wolf TJ (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of homosexuality*, 11(1-2), 35-49. doi: 10.1300/J082v11n01\_04
- León MJ, Chaigneau S, Rodríguez J, Peña F (2014). Cuestionario de exploración de la identidad sexual (CEIS): Análisis factorial y estudio inicial de validez en una muestra de adolescentes chilenas. *Psiquiatría Universitaria*, 10, 358-364
- Li G, Pollitt AM, Russell ST (2015). Depression and Sexual Orientation During Young Adulthood: Diversity Among Sexual Minority Subgroups and the Role of Gender Nonconformity. *Archives of sexual behavior*, 1-15. doi: 10.1007/s10508-015-0515-3
- McDermott E, Roen K, Scourfield J (2008). Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Culture, Health & Sexuality*, 10(8), 815-829. doi: 10.1080/13691050802380974
- Meyer IH (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Ministerio de Salud de Chile, Gobierno de Chile (MINSAL, 2013). *Guía de Práctica Clínica No GES para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años*. Recuperado en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e11791fc480273e9e040010164014e60.pdf>

19. Newcomb ME, Birkett M, Corliss HL, Mustanski B (2014). Sexual orientation, gender, and racial differences in illicit drug use in a sample of US high school students. *American journal of public health*, 104(2), 304-310. doi: 10.2105/AJPH.2013.301702
20. Organisation for Economic Co-operation and Development. (OECD, 2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, DC. Recuperado en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10114%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es)
22. Pesola F, Shelton KH, Bree M (2014). Sexual orientation and alcohol problem use among UK adolescents: an indirect link through depressed mood. *Addiction*, 109(7), 1072-1080. doi: 10.1111/add.12528
23. Pineda-Roa CA (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gays y bisexuales: una revisión. *Revista Psicogente*, 16(29), 218-234
24. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. doi: 10.1111/j.1744- 6171.2010.00246.x
25. Shutt-Aine J, Maddaleno M (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=505&Itemid=383](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=505&Itemid=383)
26. Sourander A (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282-288
27. Stone DM, Luo F, Ouyang L, Lippy C, Hertz MF, Crosby AE (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. doi: 10.2105/AJPH.2013.301383
28. Vargas Trujillo E (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Uniandes. Ceso. Departamento de Psicología. Bogotá: Corcas Editores Ltda
29. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457. doi: 10.4067/S0034-98872012000400005