

## Psicopatología asociada a la homosexualidad

J. Schlatter<sup>1</sup>, J. Irala<sup>2</sup>, I. Escamilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Correspondencia:

J Schlatter

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

Clínica Universitaria. Universidad de Navarra

Avda. Pío XII, 36. 31080 Pamplona

(schlatter@unav.es)

### Introducción

En los últimos años se han publicado estudios epidemiológicos con muestras, en ocasiones amplias, que permiten conocer la asociación entre homosexualidad y diversas psicopatologías (Tabla 1). La mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de personas homosexuales en occidente entre el 1 y el 3% de la población general adulta (Tabla 2). Aunque las cifras son más elevadas en los varones, se sugiere un aumento de las mujeres con esta orientación sexual<sup>1</sup>.

La visión de la asociación entre la homosexualidad y diversos trastornos psiquiátricos ha cambiado en los últimos cincuenta años. Los estudios iniciales mostraron que no se daban más trastornos psiquiátricos entre las personas homosexuales, aunque posteriormente fueron criticados por sus limitaciones metodológicas<sup>2,3</sup>.

De hecho, inicialmente la homosexualidad estaba clasificada como una enfermedad psiquiátrica hasta 1973, en que la Asociación Americana de Psiquiatría la retiró de su listado de enfermedades mentales.

Los objetivos de nuestra revisión son: 1. mostrar los datos más recientes sobre la posible asociación de diversos trastornos mentales con las diferentes orientaciones sexuales; 2. aportar y valorar las diferencias que pueden plantearse en los distintos trastornos mentales entre homosexuales, bisexuales y heterosexuales, así como entre varones y mujeres; 3. recoger y contrastar algunos de los puntos de discusión más frecuentes aparecidos en la literatura sobre estas asociaciones.

Para conseguir estos objetivos hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos de los estudios publicados en revistas de impacto internacional entre 1999 y 2004, haciendo especial hincapié en aquellos estudios de tipo poblacional, y en los de mayor tamaño muestral.

### Atención en servicios de salud mental

El estudio MIDUS (*Midlife Development in the United States*), encontró que el 7% de los adultos que acudían a los servicios de salud mental eran homosexuales o bisexuales, mientras que la población general no superaba el 3%<sup>4</sup>. De modo

parecido, en una muestra de población general en Gran Bretaña, se vio que los varones homosexuales acudían más a estos servicios de salud que los heterosexuales (58% / 38%), y lo mismo las lesbianas en comparación con las mujeres heterosexuales (68% / 43%), de manera significativa ( $p < 0,001$ )<sup>5</sup>. Por último, en el NHSDA (*National Household Survey of Drug Abuse*), realizado en Estados Unidos, a finales de los años noventa, se vio que las posibilidades de que un varón o una mujer acudieran a un servicio de salud mental se multiplicaban por 3 si eran homosexual o lesbiana<sup>6</sup>.

### Comorbilidad psiquiátrica

En el estudio realizado por Fergusson en Nueva Zelanda, el 78,6% de los homosexuales y bisexuales que tenían un trastorno psiquiátrico, acumulaban dos ó más enfermedades distintas, mientras que este porcentaje era del 38,2% en los heterosexuales, lo que supone una odds-ratio (OR) de 5,9 ( $p < 0,001$ )<sup>7</sup>. Es decir, el hecho de ser homosexual-bisexual multiplicaba casi por 6 veces la posibilidad de tener dos o más trastornos psiquiátricos a la vez. También, el NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*)<sup>8</sup> y el MIDUS<sup>4</sup> encontraron que los homosexuales tenían más del doble de posibilidades de tener dos ó más trastornos psiquiátricos a lo largo de su vida que los heterosexuales. Por último, el metaanálisis de Meyer sitúa la OR de presentar varios trastornos psiquiátricos a la vez entre 2 y 2,5 en los homosexuales, según nos estemos refiriendo a la prevalencia en un año o a lo largo de la vida<sup>9</sup>.

Todos estos datos orientan, por tanto, a una mayor comorbilidad psiquiátrica en las personas homosexuales y bisexuales; no queda claro si este fenómeno se da más en los varones o en las mujeres homosexuales<sup>4,10</sup> (Tabla 3).

### Trastornos de la afectividad

En el estudio ya mencionado realizado en Gran Bretaña, los homosexuales presentaban más del doble de problemas emocionales que los heterosexuales, y acudían con más frecuencia por estos problemas a los centros de salud<sup>5</sup>. En una

**Tabla 1.** Datos metodológicos de los estudios revisados por orden alfabético

Autor, fecha	Estudio	Tamaño muestra	Recogida de datos	Pregunta planteada	Control de factores de confusión	Presión social
Cochran, 2004 <sup>15</sup>	NHSDA (USA, 1996) Estudio transversal de una muestra poblacional representativa multiestratificada de mayores de 18 años	9908 (sexualmente activos)	Cuestionario autoadministrado	Si las relaciones sexuales mantenidas en el último año han sido sólo con hombres, sólo con mujeres o con ambos sexos	Regresión logística para edad, raza, y nivel académico	No mide ni ajusta
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (USA, 1995) Estudio transversal de una muestra representativa en una población de personas entre 25 y 74 años	2917	Cuestionario autoadministrado	Se le pregunta por cómo se define sexualmente: heterosexual, homosexual o bisexual	Regresión logística para edad, raza, nivel académico y estado civil	No ajusta. Sí mide prevalencia de distrés psicológico
Cochran & Mays, 2000a <sup>12</sup>	NHANES-III (USA, 1994) Estudio transversal de una muestra poblacional representativa multiestratificada de varones entre 17 y 39 años	3503 (sexualmente activos)	Entrevista personal estructurada	Si las relaciones sexuales mantenidas durante la vida han sido con personas de su mismo sexo o del otro sexo: heterosexual, y homo-bisexuales	Regresión logística para edad, raza, y familia	No mide ni ajusta
Cochran & Mays, 2000b <sup>6</sup>	NHSDA (USA, 1996) Estudio transversal de una muestra poblacional representativa multiestratificada de mayores de 18 años	9908 (sexualmente activos)	Entrevista personal estructurada	Si las relaciones sexuales mantenidas durante el último año han sido con personas de su mismo sexo o del otro sexo: heterosexual, y homo-bisexual	Regresión logística para ajustar por edad, raza, nivel académico e ingresos	No mide ni ajusta
Dickson et al, 2003 <sup>36</sup>	Cohorte Dunedin (N. Zelanda) Análisis transversal de un estudio prospectivo de cohortes a los 26 años de edad	958 Respondieron el 92% de mujeres y el 96% de varones	Cuestionario informatizado	En qué proporción se siente atraído últimamente y habitualmente por su propio sexo o por el otro sexo (seis opciones) Si ha tenido algún contacto sexual con otro/a hombre/mujer	(Sólo mide prevalencias)	No mide ni ajusta
Eisenberg & Wechsler, 2003 <sup>20</sup>	<i>College Alcohol Study</i> -CAS- (USA, 1999) Estudio transversal de una muestra poblacional estratificada representativa de universitarios	10301 (sexualmente activos) Respondieron el 60%	Cuestionario autoadministrado	Si las relaciones sexuales mantenidas han sido sólo con hombres, sólo con mujeres o con ambos sexos	Regresión logística ajustando por edad, raza, estado civil y características académicas	No mide ni ajusta
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Análisis transversal de un estudio longitudinal de cohortes a los 21 años de edad (Christchurch, Nueva Zelanda)	1007	Entrevista personal	Primero cómo se definen sexualmente, y después se añaden los que han tenido relaciones homosexuales desde los 16 años	Modelo de regresión logística ajustando por estado civil de los padres y antecedentes penales en los padres	No mide ni ajusta
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA, 1990-2) Estudio transversal de una muestra poblacional representativa de personas entre 15 y 54 años	5877 (sexualmente activos) Respondieron el 82%	Entrevista estructurada	Si las relaciones sexuales mantenidas durante los últimos 5 años han sido con personas de su mismo sexo o del otro sexo: heterosexual, y homo-bisexuales	Regresión logística por edad, raza, estado civil e ingresos familiares	No mide ni ajusta
Herrell et al, 1999 <sup>26</sup>	Análisis emparejado de una muestra de parejas de gemelos del <i>Vietnam Era Twin Registry</i> (USA)	103 pareja de gemelos varones	Entrevista telefónica	Si ha tenido alguna relación sexual con otro varón después de los 18 años	Regresión logística por edad, raza, nivel académico, ingresos familiares, creencias, abuso de sustancias y zigosidad	No mide ni ajusta
Jorm et al, 2002 <sup>11</sup>	PATH (Canberra-Australia, 2000) Análisis transversal de un estudio longitudinal	4824 Respondieron 59% (20-24 años) y 65% (40-44 años)	Cuestionario informático autoadministrado	Si se considera predominantemente heterosexual, homosexual, bisexual, o no sabe	Modelo de regresión por edad, factores familiares y nivel académico	No mide ni ajusta
King et al, 2003 <sup>5</sup>	Estudio transversal en una población de homosexuales de Inglaterra y Gales (2002)	2179 Reclutados por snowball	Cuestionario informático autoadministrado	Si se identifica como heterosexual, homosexual o bisexual	Regresión logística por edad, raza, situación laboral y estado civil	Ajusta por violencia física o verbal

(Continúa)

**Tabla 1.** Datos metodológicos de los estudios revisados por orden alfabético (Continuación)

Autor, fecha	Estudio	Tamaño muestra	Recogida de datos	Pregunta planteada	Control de factores de confusión	Presión social
McCabe et al, 2003 <sup>21</sup>	SLS, <i>Student Life Survey</i> (Illinois-USA, 2001) Estudio transversal en muestra de universitarios de Michigan	7000 Respondieron 3607 (52%)	Cuestionario por correo postal y por internet	Si se identifica como heterosexual, homosexual o bisexual	Regresión logística por edad, raza, nivel académico, tipo de domicilio y expediente académico	No mide ni ajusta
Remafedy, 2002 <sup>24</sup>	(Minnesota-USA, 1999) Estudio transversal de una muestra de gays entre 15 y 25 años, obtenida en sitios frecuentados por gays	255 Respondieron el 86%	Entrevista personal estructurada	Número y sexo de las parejas sexuales en el último año	Regresión logística por edad, raza y factores familiares	No mide ni ajusta
Russell & Joyner, 2001 <sup>32</sup>	<i>Add Health Study</i> (USA) Estudio transversal en una muestra poblacional estratificada representativa de adolescentes	11940	Cuestionario informático autoadministrado	Si ha sentido usted alguna vez atracción por alguien de su mismo sexo, y si ha tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo	Regresión logística por edad, historia de autolisis en la familia, depresión y abuso de alcohol	Ajusta por violencia física o verbal, y por daños a los bienes y rechazo en el trabajo
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda, 1996) Estudio transversal en una muestra poblacional representativa entre 18-64 años	7076 Respondieron 7046 (5998 activos sexualmente)	Entrevista personal	Si las relaciones sexuales mantenidas en el último año han sido sólo con hombres, sólo con mujeres o con ambos sexos	Ajuste por edad, estado civil, nivel académico y tipo de residencia	No mide ni ajusta
Skegg et al, 2003 <sup>31</sup>	Cohorte Dunedin (N. Zelanda) Análisis transversal de un estudio prospectivo de cohortes a los 26 años	1019 Respondieron 946 (92,8%)	Cuestionario informatizado	En qué proporción se siente atraído últimamente y habitualmente por su propio sexo o por el otro sexo, con seis opciones de respuesta.	Regresión logística por edad, raza, estado civil, nivel académico, situación laboral, nivel económico, padecer depresión o abuso sustancias	No mide ni ajusta

muestra de población australiana se encontró que las personas bisexuales presentaban mayor puntuación en una escala de síntomas depresivos (Escala de Goldberg para la depresión) y en otra de afectos negativos (Escala de afectos negativos y positivos) que las homosexuales, y estos a su vez mayor que las heterosexuales, con una significación  $p < 0,001$ <sup>11</sup>.

Por lo que respecta a los trastornos del ánimo, la tendencia es similar, pero con algunos matices. Según el estudio NEMESIS, la población de varones homosexuales tiene una prevalencia tres veces mayor de cuadros depresivos en un año, y a lo largo de la vida, que los varones heterosexuales. Las lesbianas tienen una mayor prevalencia a lo largo de la vida, pero es similar en un año<sup>8</sup>. También la muestra de Christchurch (Nueva Zelanda), presentaba una OR de 4 ( $p < 0,001$ ) para padecer depresión mayor en el grupo de bisexuales y homosexuales, frente a los heterosexuales<sup>7</sup>. Por último, los datos del *National Comorbidity Survey* (NCS), en Estados Unidos, reflejan más casos de trastornos depresivos en la población homosexual, tanto en un año como a lo largo de la vida, con cifras más elevadas en el caso de las lesbianas<sup>10</sup>.

Otros estudios encuentran una mayor presencia de cuadros depresivos en los varones homosexuales que en las lesbianas. Así, el NHSDA<sup>6</sup>, encontró una mayor prevalencia de depresión mayor en los varones homosexuales (OR = 2,9) que en las lesbianas (OR = 1,8) en el año previo al estudio; y el estudio MIDUS<sup>4</sup>, en que la OR era de 3,6 y 1,9 respectivamente. Por el contrario, una muestra de varones del NHANES-III (3<sup>th</sup> *National Health and Nutrition Examination Survey*) no apreció diferen-

cias en la prevalencia de trastornos afectivos entre varones homosexuales y heterosexuales<sup>12</sup>.

En el metaanálisis realizado por Meyer la OR para padecer un trastorno afectivo a lo largo de la vida en los varones homosexuales frente a los heterosexuales era de 2,6, mientras que en las lesbianas era de 2,5 frente a las mujeres heterosexuales<sup>9</sup>.

Por último, dos estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos bipolares en los homosexuales, especialmente en los varones<sup>8,12</sup>.

En resumen, salvo excepciones<sup>12</sup>, la mayoría de los estudios hablan de una asociación entre los trastornos afectivos y la orientación homosexual. Los datos orientan también a una mayor prevalencia en la población bisexual que en la homosexual, y en los varones homosexuales que en las lesbianas, aunque con menos consenso (Tabla 4).

## Trastornos de ansiedad

En los trastornos de ansiedad se repiten las mismas tendencias que en los trastornos afectivos (Tabla 5). Así, el estudio de Jorm recoge una mayor puntuación en la Escala de Goldberg para la ansiedad en la población bisexual que en la homosexual, y en ésta que en la heterosexual ( $p < 0,001$ )<sup>11</sup>.

En lo referente a los trastornos de ansiedad propiamente, también aparece una mayor prevalencia en las personas homosexuales, con una mayor tendencia en los varones que en las mujeres. Según diversos estudios, el trastorno de ansiedad ge-

**Tabla 2.** Prevalencia de homosexualidad y bisexualidad en estudios de población adulta

Autor, fecha	Estudio	Edad	Criterio sexual Heterosexuales	Recuento absoluto por sexo		Porcentaje
				Homo-bisexuales	homo-bisexuales	
Cochran & Mays, 2004 <sup>15</sup> , 2000b <sup>6</sup>	NHSDA (USA)	>18 años	Relaciones sexuales en el último año	♂= 3922 ♀= 5792	G+B♂= 98 L+B♀= 96	G+L+B= 1,6
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (USA)	25-74 años	Orientación sexual	♂= 1382 ♀= 1462	G+B♂= 41 L+B♀= 32	G+L+B= 2,5 G+L= 1,4; B= 1,1
Dickson et al, 2003 <sup>36</sup>	Dunedin (N. Zelanda)	26 años	Orientación sexual exclusiva	879	G= 6 L= 4	G= 1,2 L= 0,8
			Orientación sexual predominante	871	G= 8 L= 10	G+B= 1,6 L+B= 2,1
			Alguna relación homosexual el último año	857	G= 17 L= 15	G= 3,5 L= 3,2
Eisenberg & Wechsler, 2003 <sup>20</sup>	CAS (USA)	Universitarios	Alguna relación sexual	9671	G+L= 246 B= 384	G+L= 2 B= 4
McCabe et al, 2003 <sup>21</sup>	SLS (Michigan Illinois USA)	Universitarios	Orientación sexual	3488	G= 40; B♂= 14 L= 16; B♀= 49	G+L+B= 3,3
Jorm et al, 2002 <sup>11</sup>	PATH (Canberra, Australia)	20-24 años	Orientación sexual	<b>20-24 años</b>	G+L=78	<b>20-24 años</b>
		40-44 años		2331	B= 71	G= 1,0; L= 1,8 B♂= 1,8; B♀=2,7
		2493			<b>40-44 años</b> G= 1,6; L= 2,0 B♂= 0,8; B♀= 0,8	
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA)	15-54 años	Relaciones sexuales en los últimos 5 años	♂= 2310 ♀= 2475	G+B♂= 74 L+B♀= 51	G+L+B= 1,8 G+B= 2,1; L+B= 1,5
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda)	18-64 años	Relaciones sexuales en el último año	♂= 2796 ♀= 3077	G+B♂= 82 L+B♀= 43	G+B= 2,8 L+B= 1,4
Cochran & Mays, 2000a <sup>12</sup>	NHANES-III (USA)	Varones de 17-39 años	Alguna relación homosexual en su vida	3208	G+L+B= 108	G+B= 2,2
Fergusson et al, 19997	Christchurch (N. Zelanda)	21 años	Orientación sexual y relaciones sexuales en los últimos 5 años	979	G+B♂= 11 L+B♀= 17	G+L+B= 2,8

Hetsx: Heterosexual; G: gay; L: lesbiana; B: bisexual; B♂: bisexual varón; B♀: bisexual mujer; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

**Tabla 3.** Asociación entre trastornos psiquiátricos múltiples y homosexualidad

Autor, fecha	Estudio	Prevalencia	Orientación sexual	OR	IC95%
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (Estados Unidos)	Un año	G	2,7*	1,3 - 5,5
			L	1,9	0,8 - 4,6
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (Estados Unidos)	Vida	G	1,4	0,8 - 2,4
			L	1,8*	1,1 - 2,9
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda)	Un año	G	1,5	0,9 - 2,4
			L	2,6*	1,4 - 4,7
		Vida	G	1,3*	0,8 - 2,1
			L	2,6*	1,3 - 5,2
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Christchurch (N. Zelanda)	Vida	G	1,5*	0,9 - 2,5
			L	1,7	0,8 - 3,3
Meyer, 2003 <sup>9</sup>	Metaanálisis	Vida	G+L+B	5,9***	2,4 - 14,8
		Un año	G+L	2,4	1,9 - 3,0
			G+L	2,0	1,7 - 2,5

G: gay; L: lesbiana; B: bisexual; \*p<0.05; \*\*\*p<0.001

neralizada se da más en la población homosexual que en la heterosexual<sup>4,6-8,10</sup>. La fobia simple y el trastorno por estrés posttraumático también son significativamente más prevalentes entre los homosexuales<sup>10</sup>.

El estudio MIDUS encuentra algunas diferencias en función del sexo; el trastorno de pánico es más frecuente en los varones homosexuales que en los heterosexuales, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada es más frecuente en las lesbianas que en las mujeres heterosexuales<sup>4</sup>.

Por su parte, en el estudio NEMESIS la prevalencia de los trastornos de ansiedad de los varones homosexuales era mayor, tanto en un año como a lo largo de la vida<sup>8</sup>. En el NHSDA, la OR para el trastorno de pánico en los varones homosexuales y bisexuales era de 4,3 (IC95%: 1,5 - 12,1), mientras que para la agorafobia fue de 4,9 (IC95%: 0,9 - 25,2)<sup>6</sup>. El único estudio de los revisados que valora la presencia de trastorno obsesivo compulsivo<sup>8</sup> recoge una OR entre 6 y 7 para este trastorno, tanto en un año como a lo largo de la vida, en los varones homosexuales en comparación con varones heterosexuales.

Por último, un reciente metaanálisis sitúa la OR para los trastornos de ansiedad en 2,4 en los varones homosexuales, y

**Tabla 4.** Asociación entre trastornos afectivos y homosexualidad

Autor, fecha	Estudio	Prevalencia	Orientación sexual	Trastornos afectivos #	Depresión mayor #	Distimia #	Trastorno bipolar #
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (USA)	Un año	G L		3,6* (1,7 - 7,4) 1,9 (0,7 - 5,0)		
Skegg et al, 2003 <sup>31</sup>	Dunedin (N. Zelanda)	Un año	G+L+B	2,2* (1,2 - 4,3)			
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA)	Vida	G L	1,7 (0,9 - 3,0) 2,0* (1,1 - 3,5)	1,5 (0,7 - 3,0) 1,9* (1,0 - 3,3)	1,1 (0,4 - 2,8) 1,9 (0,8 - 4,4)	
		Un año	G L	1,6 (0,7 - 3,4) 3,4 (1,8 - 6,3)			
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda)	Vida	G L	3,1* (1,9 - 5,1) 2,4* (1,3 - 4,6)	2,4* (1,4 - 4,0) 2,4* (1,3 - 4,7)	2,3 (0,9 - 5,8) 1,6 (0,7 - 4,0)	7,3* (2,9 - 18,5) 0,9 (0,1 - 7,0)
		Un año	G L	2,9* (1,5 - 5,6) 1,0 (0,4 - 2,6)	2,0* (0,9 - 4,4) 1,0 (0,4 - 2,9)	2,7 (0,8 - 9,9) 0,8 (0,1 - 5,7)	5,0* (1,5 - 16,8) 1,8 (0,2 - 14,2)
Cochran & Mays, 2000a <sup>12</sup>	NHANES-III (USA)	Vida	G	2,5 (0,9 - 7,2)		1,2 (0,4 - 3,6)	2,3 (0,3 - 18,7)
Cochran & Mays, 2000b <sup>6</sup>	NHSDA (USA)	Un año	G L		2,9* (1,4 - 6,3) 1,8 (0,7 - 4,3)		
			G+L		4,0*** (1,8 - 9,3)		
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Christchurch (N. Zelanda)	Vida	G+L				
Meyer, 2003 <sup>9</sup>	Metaanálisis	Vida	G L	2,6 (2,1 - 3,6) 2,5 (1,7 - 3,7)			
			G+L	2,0 (1,8 - 3,0)			
			G+L	2,3 (1,7 - 3,0)			

G: gay; L: lesbiana; B: bisexual; # Se presentan la OR y su intervalo de confianza al 95%; \*p<0.05; \*\*\*p<0.001

en 1,6 en las mujeres homosexuales, en comparación con los varones y mujeres heterosexuales<sup>9</sup>.

### Problemas relacionados con el alcohol

Un estudio realizado sobre parámetros de salud mental y calidad de vida en el Reino Unido, mostró más problemas relacionados con el alcohol en lesbianas que entre las mujeres heterosexuales ( $p<0,001$ ), pero no entre los varones<sup>5</sup>. Conclusiones semejantes obtienen el NHSDA<sup>6</sup> y el NEMESIS<sup>8</sup>. En este último, las prevalencias, tanto en un año como a lo largo de la vida son tres veces mayores en las mujeres lesbianas que en los varones homosexuales. De los datos del NHSDA, se desprende la misma realidad aunque con menor intensidad.

En varias ciudades de Estados Unidos se entrevistó telefónicamente a unos 2.000 varones, homosexuales y bisexuales, sobre el grado de consumo de alcohol y de drogas de diseño. Los porcentajes de consumo de drogas (52%) y de alcohol (85%) fueron superiores en los homosexuales<sup>13</sup>. Otro estudio realizado en Chicago, con una muestra reducida (57 mujeres heterosexuales y 63 lesbianas), recogía una mayor frecuencia de casos de problemas relacionados con el alcohol (18% / 2%;  $p<0,01$ ); de grandes bebedoras (5% / 2%); y de deshabitación alcohólica (16% / 2%;  $p<0,05$ ) en las lesbianas que entre las mujeres heterosexuales<sup>14</sup>. Hay que señalar otros dos estudios que, aunque encuentran diferencias entre homosexuales y heterosexuales, no alcanzan significación estadística<sup>10,11</sup>.

Por lo tanto, según estos estudios parece existir una asociación entre tener una orientación homosexual y padecer problemas relacionados con el consumo de alcohol, más marcado en las lesbianas (Tabla 6).

### Trastornos por abuso de sustancias tóxicas

Al igual que el consumo de alcohol, los trastornos por abuso de sustancias, parecen ser más frecuentes en las personas homosexuales que en las heterosexuales, con un aumento más pronunciado en el caso de las mujeres (Tabla 6).

El estudio sobre salud mental efectuado en el Reino Unido, muestra una mayor prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en las mujeres lesbianas que en las heterosexuales el año anterior a la encuesta (44% / 33%;  $p<0,001$ ), y a lo largo de la vida (79% / 60%;  $p<0,001$ ). En el caso de los varones homosexuales sólo es significativa la mayor prevalencia en un año (52% / 45%;  $p<0,05$ )<sup>5</sup>. También el estudio NEMESIS encuentra una prevalencia para todos los cuadros por consumo de sustancias tóxicas cuatro veces mayor durante un año, y ocho veces mayor a lo largo de la vida en las lesbianas frente a las mujeres heterosexuales. Estas diferencias fueron menores o no se dieron en el caso de los varones<sup>8</sup>.

El NHSDA señala una mayor frecuencia de síndromes de dependencia de sustancias tóxicas tanto en las lesbianas (OR = 3,3) como los homosexuales (OR = 2,1). El porcentaje de consumo en el último año también es superior en las lesbianas frente a las mujeres heterosexuales (78% / 42%), y en los

**Tabla 5.** Asociación entre trastornos de ansiedad y homosexualidad

Autor, fecha	Estudio	Prevalencia	Orientación sexual	T. de ansiedad #	T. de ansiedad generalizada #	Agorafobia #	T. de pánico #	Fobia simple #	Fobia social #	T. por estrés postraumático #	T. obsesivo compulsivo #
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (USA)	Un año	G		1,4 (0,2 - 9,3)		5,1* (2,0 - 13,0)				
			L		3,9* (1,2 - 12,8)		3,9* (1,2 - 12,8)				
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA)	Vida	G	1,3 (0,8 - 2,4)	2,8 (1,0 - 8,0)	1,1 (0,3 - 3,9)	1,2 (0,2 - 6,5)	1,0 (0,4 - 2,5)	1,6 (0,7 - 3,5)	1,1 (0,5 - 2,5)	
			L	1,8* (1,2 - 2,8)	3,2* (1,4 - 7,3)	1,1 (0,2 - 5,9)	2,6 (0,9 - 7,7)	1,8* (1,2 - 2,9)	1,5 (0,7 - 3,3)	2,7* (1,2 - 6,1)	
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda)	Vida	G	2,7* (1,6 - 4,4)	2,9 (0,8 - 10,2)	4,5* (1,8 - 11,5)	4,2* (1,7 - 10,8)	3,6* (1,9 - 6,7)	2,3* (1,2 - 4,5)		6,2* (2,0 - 19,0)
			L	1,0 (0,5 - 2,0)	0,8 (0,1 - 6,3)	1,4 (0,4 - 4,6)	0,8 (0,2 - 3,2)	1,3 (0,5 - 3,0)	1,8 (0,8 - 4,1)		
		Un año	G	2,6* (1,4 - 4,7)	1,4 (0,2 - 11,6)	6,3* (2,0 - 20,1)	2,7 (0,7 - 9,9)	3,8* (1,7 - 8,1)	2,0 (0,8 - 4,9)		7,2* (1,8 - 29,5)
			L	1,0 (0,4 - 2,3)		1,9 (0,4 - 8,3)	0,7 (0,1 - 4,9)	1,0 (0,3 - 2,8)	1,0 (0,3 - 3,4)		
Cochran & Mays, 2000b <sup>6</sup>	NHSDA (USA)	Un año	G		2,3 (0,5 - 9,7)	4,9 (0,9 - 25,2)	4,3* (1,5 - 12,1)				
			L		1,5 (0,5 - 4,9)						
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Christchurch (N. Zelanda)	Vida	G+L		2,8* (1,2 - 6,5)						
Meyer, 2003 <sup>9</sup>	Metaanálisis	Vida	G	2,4 (1,8 - 3,3)							
			L	1,6 (1,1 - 2,5)							
		Un año	G+L	1,9 (1,5 - 2,4)							
			G+L	1,6 (1,2 - 2,2)							

T: Trastornos: G=gay; L=lesbiana; B=bisexual; # Se presentan la OR y su intervalo de confianza al 95%; \*p<0.05

varones homosexuales frente a los heterosexuales (73% / 55%); estos consumos son especialmente elevados para la marihuana, y disminuyen en los consumos más recientes<sup>6,15</sup>. En el NCS las diferencias se hacen significativas al comparar las prevalencias a lo largo de la vida, en que la OR para los varones homosexuales es de 2,8 y en las lesbianas de 4,4<sup>10</sup>.

Por otra parte, algunas sustancias como el éxtasis o la ketamina parecen estar especialmente relacionadas con conductas sexuales de riesgo sobre todo entre los varones homosexuales<sup>16</sup>.

En un estudio realizado en 3.400 jóvenes australianos, entre 10 y 12 años, aquellos que referían sentir atracción homosexual-bisexual tenían más problemas relacionados con el abuso de alcohol, y sufrieron 3 ó 4 veces más casos de consumo de drogas por vía parenteral en el último año<sup>17</sup>. Más recientemente, una encuesta entre 23.000 estudiantes de enseñanza secundaria, de Vermont y Massachussets -EEUU-, mostró porcentajes más elevados de conductas de alto riesgo (consumo de sustancias tóxicas, intentos autolíticos, lesiones por armas, etc.) entre los bisexuales en comparación con los homosexuales y heterosexuales<sup>18</sup>. Los resultados del *Add Health*

*Study*, realizado en California, arrojan datos similares y vuelven a mostrar diferencias significativas en el consumo de sustancias tóxicas entre los jóvenes bisexuales frente a los homosexuales y heterosexuales; las lesbianas también tenían un mayor porcentaje de consumo que las heterosexuales<sup>19</sup>. Por último, otros dos trabajos (10.000 colegiales de Boston y 3.600 estudiantes de Michigan, EEUU), han registrado un mayor consumo de tabaco, éxtasis, alcohol y cannabis entre los homosexuales. En el primero, las jóvenes bisexuales eran las que más sustancias tóxicas consumían. Ambos estudios coinciden en situar a los mayores consumidores de alcohol entre los heterosexuales<sup>20,21</sup>.

En el metaanálisis ya citado, la OR para trastornos por abuso de sustancias es de 1,45 (IC95%:1,10 - 1,91) entre los homosexuales y de 3,47 (IC95%:2,22 - 5,50), en las lesbianas<sup>9</sup>.

## Conductas y pensamientos autolíticos

Prácticamente todos los estudios publicados hablan de una mayor frecuencia de pensamientos y conductas autolíticos en las personas de orientación homosexual<sup>15,22,23</sup>(Tabla 7). Me-

**Tabla 6.** Asociación entre trastornos por abuso de sustancias tóxicas y homosexualidad

Autor, fecha	Estudio	Prevalencia	Orientación Sexual	Abuso de sustancias #	Dependencia de sustancias #	Abuso de alcohol #	Dependencia de alcohol #
Cochran & Mays, 2004 <sup>15</sup> , 2000b <sup>6</sup>	NHSDA (USA)	Un año	G	2,4 (1,0 - 5,6)	2,1 (0,9 - 4,9)		1,3 (0,5 - 3,2)
			L	3,9 (1,6 - 9,8)	3,3* (1,2 - 8,7)		2,9* (1,2 - 7,0)
Cochran et al, 2003 <sup>4</sup>	MIDUS (USA)	Un año	G		2,5 (0,6 - 11,1)		1,3 (0,4 - 4,2)
			L		3,5 (0,4 - 30,6)		2,5 (0,6 - 10,5)
Eisenberg & Wechsler, 2003 <sup>20</sup>	CAS (USA)	Un año	G			0,7 (0,4 - 1,1) b	0,8 (0,5 - 1,3) b
			L			1,0 (0,6 - 1,6) b	0,8 (0,5 - 1,4) b
			B♂			0,5* (0,3 - 0,9) b	1,3 (0,8 - 2,0) b
			B♀			1,4* (1,1 - 1,9) b	2,8* (2,2 - 3,6) b
Skegg et al, 2003 <sup>31</sup>	Dunedin (N. Zelanda)	Un año	G+L+B	3,0 a*** (1,6 - 5,5)			
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA)	Vida	G	2,8* (1,6 - 5,1)	1,7 (0,5 - 5,5)	1,2 (0,7 - 2,3)	1,4 (0,6 - 3,0)
			L	4,4* (2,4 - 8,1)	2,4* (1,2 - 4,8)	1,8 (0,7 - 4,5)	2,2 (0,9 - 5,6)
Sandfort et al, 2001 <sup>8</sup>	NEMESIS (Holanda)	Vida	G	1,3 (0,5 - 4,0)	2,5 (0,8 - 7,5)	0,5* (0,2 - 1,0)	1,2 (0,6 - 2,4)
			L	1,9 (0,2 - 15,3)	8,0* (2,5 - 26,0)	2,0 (0,6 - 6,8)	3,6* (1,2 - 11,2)
		Un año	G	1,1 (0,1 - 9,4)		0,6 (0,2 - 1,6)	1,4 (0,7 - 3,0)
			L		4,4* (0,5 - 39,6)	3,5* (0,8 - 15,7)	3,7 (1,0 - 14,1)
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Christchurch (N. Zelanda)	Vida	G+L		1,9 (0,9 - 4,2)		
Meyer, 2003 <sup>9</sup>	Metaanálisis	Vida	G	1,5 (1,1 - 1,9)			
			L	3,5 (2,2 - 5,5)			
			G+L	2,1 (1,6 - 2,8)			
			Un año	G+L	2,1 (1,6 - 2,6)		

<sup>a</sup>: Incluye abuso de alcohol; <sup>b</sup>: Sólo para marihuana; G: gay; L: lesbiana; B: bisexual; B♂: bisexual varón; B♀: bisexual mujer; # Se presentan la OR y su intervalo de confianza al 95%; \*p<0,05; \*\*\*p<0,001

nos consenso hay sobre si esta asociación es mayor en los bisexuales que en los homosexuales, si hay diferencias entre varones y mujeres, y si existe un aumento de la mortalidad por este motivo.

En dos estudios realizados en Australia<sup>11</sup> y Nueva Zelanda<sup>7</sup> el grupo de personas homosexuales y bisexuales tenían una mayor prevalencia de pensamientos e intentos autolíticos que los heterosexuales. En este último, los pensamientos autolíticos se dieron en un 67,9% de estos casos frente a un 28% de los heterosexuales (OR = 5,4; p<0,001), mientras que los intentos autolíticos se produjeron en un 32,1% frente a un 7,1% de los heterosexuales (OR = 6,2; p<0,001).

Los datos del NCS encuentran una diferencia significativa sólo para los pensamientos autolíticos a lo largo de la vida, de manera que los varones homosexuales presentan una OR de 2,2, y las lesbianas de 2,0 (p<0,05). Los planes e intentos autolíticos no fueron significativamente mayores en la población homosexual<sup>10</sup>.

Otro estudio, realizado entre 255 jóvenes homosexuales (entre 15 y 25 años), de Minnesota, EEUU, señala que el 30% habían realizado alguna vez un intento autolítico, y el 4,7% lo habían intentado en el último año<sup>24</sup>. Estos porcentajes son claramente superiores a los que se dieron en la población general<sup>25</sup>.

Un punto de interés es la relación entre los síntomas autolíticos y los trastornos depresivos. En este sentido, el estudio NHANES-III realizado en varones, muestra un aumento de

los síntomas autolíticos en los varones homosexuales y bisexuales, pero no halló diferencias en los síntomas afectivos<sup>12</sup>. Un estudio especialmente interesante es el realizado en 103 parejas de gemelos varones, de los cuales uno de ellos había tenido relaciones homosexuales, y el otro no. Preguntados por la sintomatología autolítica se encontró una asociación significativa entre pensamientos sobre la muerte, deseos de morir-se, ideación suicida, intentos autolíticos (OR = 6,5; IC95%: 1,5 - 28,8), y en general cualquier síntoma autolítico, y haber tenido relaciones homosexuales. Después de ajustar por sintomatología depresiva y por abuso de sustancias, todos estos parámetros permanecían asociados a la orientación sexual, a excepción de los deseos de muerte<sup>26</sup>. En un estudio realizado en Chicago, vieron que la orientación homosexual estaba asociada a depresión y a conductas autolíticas, citando como factores de riesgo determinados estilos de afrontamiento, y experiencias traumáticas de diversa índole<sup>27</sup>. En cambio, otro trabajo elaborado en Noruega no encontró que los intentos de autolisis estuvieran asociados a determinados factores de riesgo como la depresión, abuso de sustancias, intentos de suicidio previos, falta de soporte social, aislamiento social, etc<sup>28</sup>.

Una investigación entre la población general belga encuentra que los homosexuales y bisexuales padecían el doble de pensamientos autolíticos. En cambio, la mayor prevalencia de intentos autolíticos sólo fue significativa en las mujeres bisexuales y lesbianas. Independientemente de la orientación sexual, la depresión fue identificada como un importante fac-

**Tabla 7.** Asociación entre autolisis y homosexualidad

Autor, fecha	Estudio	Prevalencia	Orientación sexual	Pensamientos autolíticos #	Intentos autolíticos #	Plan autolítico #	Pensamientos de muerte #	Deseos de muerte #	Algún síntoma autolítico #
Skegg et al, 2003 <sup>31</sup>	Dunedin (Nueva Zelanda)	Un año	G	3,1** (1,5 - 6,6)					
			L	2,9*** (1,6 - 5,3)					
	Vida	G			3,2** (1,4 - 7,2)				
		L			1,4 (0,9 - 2,3)				
Gilman et al, 2001 <sup>10</sup>	NCS (USA)	Vida	G	2,2* (1,2 - 4,2)	2,4 (1,0 - 5,8)	1,6 (0,6 - 4,3)			
			L	2,0* (1,0 - 3,9)	1,5 (0,7 - 3,4)	2,6 (1,0 - 6,9)			
Russell & Joyner, 2001 <sup>32</sup>	Add Health Study (USA)	Un año	G	1,6 (1,3 - 2,0)	2,1 (1,4 - 3,3)				
			L	1,6 (1,1 - 2,2)	2,4 (1,7 - 3,5)				
Cochran & Mays, 2000a <sup>12</sup>	NHANES-III (USA)	Vida	G	3,1* (1,6 - 6,2)	5,4* (2,2 - 13,0)		1,9 (1,0 - 3,6)	2,5* (1,0 - 6,1)	2,2* (1,2 - 3,9)
Fergusson et al, 1999 <sup>7</sup>	Christchurch (Nueva Zelanda)	Vida	G+L	5,4*** (2,4 - 12,2)	6,2*** (2,7 - 14,3)				
Herrell et al, 1999 <sup>26</sup>	Vietnam Era Twin Registry (USA)	Un año	G	4,1 (2,1 - 8,2)	6,5 (1,5 - 28,8)		2,4 (1,2 - 4,6)	4,4 (1,4 - 11,6)	5,1 (2,4 - 10,9)

G: gay; L: lesbiana; # Se presentan la OR y su intervalo de confianza al 95%; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

tor de riesgo de la ideación suicida, mientras que para los intentos autolíticos fueron la baja autoestima, el nivel de desesperanza y las conductas autolíticas anteriores. Entre la población homosexual y bisexual, las relaciones sexuales insatisfactorias resultaron un factor de riesgo adicional para las conductas suicidas<sup>29</sup>.

En el estudio noruego con cerca de 3.000 jóvenes incluidos, se asocia la sintomatología autolítica no tanto al tipo de atracción o de identidad sexual, como a las relaciones homosexuales. Además, encontraron que el mayor porcentaje de intentos autolíticos se producen alrededor o poco después del inicio de tener relaciones homosexuales o de percibir que su orientación sexual no era exclusivamente heterosexual. Estos mismos autores sugieren que el dato recogido en otros estudios de una mayor prevalencia de intentos autolíticos en los varones o en las mujeres homosexuales depende de la edad a la que se estudie esta conducta, teniendo en cuenta que el varón inicia antes sus relaciones homosexuales y se adapta también antes a este cambio tan importante<sup>28</sup>. Otro autor, encontró una mayor proporción de síntomas autolíticos en los que daban a conocer su condición homosexual (41%), frente a los que lo mantenían oculto (12%)<sup>30</sup>.

Por el contrario, en un estudio realizado en 1000 adultos jóvenes de Nueva Zelanda, se sugería que esta asociación se justificaba sobre todo por el grado de atracción homosexual. La OR para ideación suicida en el año anterior era en torno a 3 en varones homosexuales y lesbianas, mientras que para los intentos autolíticos era tres veces superior solo en el caso de los

varones. Concluyeron que un cuarto de los varones y un sexto de las mujeres que se autolesionaron fueron atribuibles a su orientación homosexual<sup>31</sup>.

En el *Add Health Study*, realizado entre 12.000 adolescentes norteamericanos, el riesgo autolítico (pensamientos e intentos autolíticos) era el doble entre los que referían una orientación homosexual. La proporción era mayor en las lesbianas para los pensamientos autolíticos, siendo similares entre homosexuales y lesbianas para los intentos autolíticos. Algunos factores, como la depresión, consumo de sustancias, conductas suicidas en personas cercanas y la percepción de presión externa, además de la propia orientación sexual contribuían a esta mayor proporción<sup>32</sup>. Otro estudio anterior realizado en 4000 jóvenes de Massachusetts encontró una OR de 3,4 para los intentos de autolisis en los jóvenes homosexuales y bisexuales frente a los heterosexuales; en este estudio, la orientación sexual aparecía como un factor de riesgo independiente de la raza, el haber sufrido violencia física, o el abuso de sustancias tóxicas<sup>33</sup>.

Un extremo aún no confirmado es si existen más suicidios consumados entre homosexuales y bisexuales, o si por el contrario el mayor número de pensamientos y comportamientos autolíticos no se traduce en suicidios consumados<sup>9,34</sup>. Algún autor ha señalado la posibilidad de que la asociación entre riesgo autolítico y homosexualidad sea sólo en un subgrupo de estas personas, caracterizado por altos niveles de estrés en relación con circunstancias generales de la vida o específicas de su condición homosexual<sup>35</sup>.



## Discusión

Es necesario realizar algunos comentarios previos sobre el modo de reclutar los casos en los diferentes estudios, pues se trata de uno de los puntos más contradictorios. En principio, parece lógico pensar que los grandes estudios poblacionales son más pertinentes no solo por su tamaño muestral, sino también porque los que recurren a determinados colectivos, anuncios en determinadas publicaciones, etc, podrían estar sesgando más fácilmente los resultados.

Un obstáculo añadido es la dificultad de algunas personas para reconocer su homosexualidad, facilitada por la estigmatización social o por sentimientos de culpa o vergüenza. Lamentablemente, es muy difícil saber en qué medida se produce este fenómeno al realizar un estudio. Algunos autores utilizan encuestas por ordenador para mejorar la fiabilidad en el caso de las preguntas de contenido más sensible<sup>32,5</sup>, aunque esto no solventa este obstáculo del todo. En cualquier caso, las cifras de los estudios realizados en las últimas décadas no difieren sensiblemente (Tabla 2).

Otro aspecto complejo es el criterio empleado para identificar los casos. En principio unos estudios optan por utilizar la presencia o no de conductas homosexuales<sup>6,8,10,12</sup>, y otros se inclinan por preguntar acerca de la orientación sexual<sup>4,7,11</sup>. El empleo de cuestionarios más elaborados como el del *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* mejora pero no resuelve del todo esta limitación<sup>36</sup>. De hecho, no siempre coincide la orientación sexual con el tipo de relaciones sexuales, especialmente en los casos de orientación no exclusiva o predominante, y, por otra parte, siempre existe un grupo de personas sexualmente no activas. Es decir, la conducta sexual no es, de forma aislada, un correlato totalmente fiable de la orientación sexual<sup>6,37</sup>, especialmente en la población más joven, donde, además, es más frecuente la bisexualidad<sup>11</sup>. Algún autor ha incluido inicialmente las personas que se definían homosexuales y luego les ha añadido las que sin definirse como tal habían tenido relaciones homosexuales<sup>36</sup>. Por último, no hay consenso al situar el punto de corte en la frecuencia y proporción de las relaciones sexuales: alguna<sup>26</sup>, exclusivamente<sup>15</sup>, etc; y tiempo: en el último año<sup>6</sup>, los últimos cinco años<sup>10</sup>, o a lo largo de la vida<sup>12</sup>.

Un punto de interés es la frontera entre homosexualidad y bisexualidad<sup>11,36</sup>, y si, por tanto, se puede hablar de las personas bisexuales como un grupo independiente de los heterosexuales y homosexuales, con las implicaciones que podría tener en la psicopatología asociada. Así, respecto a las conductas autolíticas, hay autores que encuentran diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales<sup>18</sup>, mientras que otros no<sup>7,33</sup>. Otro ejemplo es el de los trastornos por abuso de sustancias, en que unos autores ven diferencias entre bisexuales por un lado y homosexuales y heterosexuales por otro<sup>18,19</sup>.

Por lo que se refiere propiamente a la asociación entre psicopatología y orientación sexual, la mayoría de los estudios señalan que las personas homosexuales padecen con mayor frecuencia trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, cuadros de consumo de sustancias tóxicas incluido el alcohol, pensamientos y conductas autolíticas, situaciones de patologías múltiples psiquiátricas, y en general, un mayor uso de los servicios de salud mental<sup>9</sup>. Las conductas de riesgo se encuentran tam-

bién elevadas en estas poblaciones, especialmente en los jóvenes<sup>17,20</sup>.

Por otro lado los estudios suelen limitar el número de trastornos psiquiátricos a identificar, por lo que la cifra de personas con alguna psicopatología podría ser más elevada. En este sentido nos sorprende la poca atención prestada al trastorno por estrés postraumático<sup>10</sup> en personas que parecen estar más expuestas a situaciones estresantes.

Es posible que las personas que tienen menor dificultad para revelar su homosexualidad coincidan con las que les cuesta menos reconocer que padecen una patología psiquiátrica, por lo que esta proporción estaría quizá sobrerrepresentada<sup>6</sup>. Además, el hecho de que en algunos estudios las diferencias no sean significativas estadísticamente puede deberse a que las cifras de homosexuales y bisexuales son proporcionalmente bajas, lo que disminuye la potencia estadística del análisis<sup>4</sup>.

Sin duda, el aspecto más discutido es la importancia que tiene la presencia de estrés como causante de estas psicopatologías. Los motivos que pueden generar ese estrés son variados, desde el estrés secundario a la discriminación, estigmatización, aislamiento y menor soporte social, entre otros<sup>9,38</sup>. Aunque estas situaciones se dan, también, en los países que fueron pioneros en cambiar la visión y actitud ante la homosexualidad, como Holanda, Gran Bretaña o Australia<sup>5,8,11</sup>.

El rechazo personal ante la propia orientación sexual puede ser fuente de un estrés que desencadene alguna psicopatología. De hecho, la OMS mantiene el diagnóstico de orientación sexual egodistónica para aquellas personas que al percibir las alteraciones psicopatológicas que le produce su orientación sexual, desearían cambiarla.

Otro posible factor es la presencia de abusos (psicológicos, físicos o sexuales), y de episodios de violencia, especialmente durante la adolescencia, por su impacto sobre la autoestima, las relaciones interpersonales, la sensibilidad a la ansiedad, la alexitimia, etc. A esto se añade que en esta población, especialmente la adolescencia, las conductas de riesgo son más frecuentes.

En este apartado también podríamos hablar de la violencia doméstica, más presente en las parejas de homosexuales que entre heterosexuales, especialmente en el caso de los varones homosexuales<sup>39,40</sup>. Estas conductas violentas y el estrés acompañante serían un factor de riesgo para trastornos psiquiátricos reactivos. Las características del estilo de vida asumido por los homosexuales también pueden causar esta mayor psicopatología por exponerse a circunstancias de mayor estrés por desadaptación, como la alta inestabilidad de las relaciones afectivas de pareja. De modo análogo a como la mayor frecuencia de infecciones por VIH en los varones homosexuales no se debe a una vulnerabilidad innata, sino a factores como la cópula anal y la promiscuidad<sup>38,41</sup>.

Los problemas de salud física que se han relacionado con la homosexualidad, como el mayor riesgo de cáncer de mama o de enfermedades cardiovasculares, señalados de nuevo recientemente, pueden ser otro factor desencadenante de cuadros psiquiátricos reactivos<sup>42</sup>.

La posibilidad que se planteó hace años de que la condición o el riesgo de ser seropositivo para el VIH justifique el estrés causante de esta mayor asociación<sup>4</sup> no se ha visto confirmada posteriormente<sup>8,10</sup>.

Otro factor que ayuda a entender las diferencias encontradas en los estudios publicados podría ser la proporción entre homosexuales y bisexuales. De hecho, algunos estudios encuentran una mayor psicopatología en los casos de bisexualidad que en los de homosexualidad<sup>11,18,19</sup>. Así, cuando los estudios se realizan en muestras de personas jóvenes, en los que se dan más casos de bisexualidad, aparecen con más frecuencia algunos trastornos psiquiátricos como la disminución del control de los impulsos o los trastornos de adaptación.

Hay estudios que señalan que en los varones homosexuales se da una psicopatología más propia de las mujeres heterosexuales, como las autolesiones o los trastornos afectivos<sup>10</sup>, y lo mismo en las lesbianas respecto a los varones heterosexuales con los trastornos por abuso de sustancias<sup>8-10</sup>. Algunos autores han sugerido que esto podría avalar la hipótesis de que la orientación homosexual se debe a cambios en el entorno hormonal en que se desarrolla el embrión. De manera que un embrión varón influido por hormonas sexuales femeninas desarrollaría una orientación homosexual, y le predispondría para sufrir patologías más propias de mujeres. Además de tratarse de una hipótesis no contrastada, para ser coherente, los varones homosexuales deberían padecer con mayor frecuencia las patologías prevalentes entre la población femenina general y lo mismo debería ocurrir con las lesbianas<sup>38</sup>.

Otro aspecto que puede influir en los diferentes valores encontrados de asociación entre orientación sexual y psicopatología es la edad y el tiempo transcurrido desde que se percibe una orientación homosexual, por lo que pueda suponer, por ejemplo, de cara a las dificultades de adaptación. En un estudio realizado en personas de edad avanzada aparece también una mayor asociación con psicopatologías, que los autores relacionan con el soporte social, los sentimientos de aislamiento y la homofobia internalizada<sup>43</sup>.

Algunos autores han señalado también la posibilidad de que se dé una "causalidad inversa", según la cuál las personas con patologías psiquiátricas (como un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno del control de los impulsos, o algún trastorno de la personalidad) podrían ser más susceptibles de desarrollar una orientación o conductas homosexuales<sup>7</sup>.

La mayor frecuencia de trastorno bipolar en personas homosexuales recogida en algunos estudios<sup>8</sup> se podría encuadrar en la hipótesis de la homosexualidad como una alteración del neurodesarrollo. Esta hipótesis se reforzaría si coincidieran otros indicadores como alteraciones anatómicas menores, cambios en la lateralidad, etc. En todo caso, esta mayor presencia de orientación y, sobre todo, de conductas homosexuales, también puede ser consecuencia de las fases eufóricas de estos pacientes, o a las circunstancias propias de los frecuentes ingresos, como se ha sugerido en personas con esquizofrenia<sup>44</sup>.

Por último, aunque la mayoría de los estudios realizan ajustes para controlar factores de confusión, no se hace en todos los casos, ni coinciden los mismos factores en todos los estudios. Sólo dos estudios de los revisados presentan datos después de ajuste por percepción de discriminación social<sup>5,19</sup>, considerado como uno de los factores que más podría influir sobre la aparición de psicopatología en estas personas. El primero señala que la discriminación percibida no atenúa la asociación entre estrés psicológico y orientación sexual<sup>5</sup>. El segundo<sup>19</sup>, realizado en adolescentes, sí que señala la

discriminación o el haber sufrido violencia como factor de riesgo de la autolisis.

La mayoría de los estudios publicados muestran una asociación entre psicopatología y orientación homosexual, independientemente del diseño con que se han realizado. Los trastornos psiquiátricos más estudiados han sido los trastornos afectivos y de ansiedad, el abuso de sustancias, y los pensamientos y conductas autolíticos. Existe menos consenso sobre las frecuencias de cada trastorno psiquiátrico concreto, la mayor o menor presencia en los varones o en las mujeres homosexuales, y las posibles diferencias entre homosexuales y bisexuales. Son necesarios y encomiables nuevos estudios científicos sobre prevalencia de psicopatología en las diferentes orientaciones sexuales, que mejoren y unifiquen los métodos de reclutamiento y criterios de inclusión, realizados siempre con el análisis multivariante que valore la influencia de factores estresantes negativos, como la percepción de rechazo o las experiencias de cualquier tipo de violencia, con objeto de conocer mejor la asociación entre psicopatología y orientación sexual.

## Bibliografía

1. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358:1835-42.
2. Saghir MT, Robins E, Walbram B, Gentry KA. Homosexuality. III. Psychiatric disorders and disability in the male homosexual. *Am J Psychiatry* 1970;126:1079-86.
3. Saghir MT, Robins E, Walbram B, Gentry KA. Homosexuality. IV. Psychiatric disorders and disability in the female homosexual. *Am J Psychiatry* 1970;127:147-54.
4. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:53-61.
5. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Jonson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *B J Psychiatry* 2003;183:552-8.
6. Cochran SD, Mays VM. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol* 2000b;151:516-23.
7. 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.
8. Sandfort TGM, Graf de R, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:85-91.
9. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129:674-97.
10. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001;91:933-9.
11. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002;180:423-7.
12. Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000a;90:573-8.

13. Stall R, Paul JP, Greenwood G, Pollack LM, Bein E, Crosby GM, et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction* 2001;96:1589-601.
14. Hughes TL. Lesbians' drinking patterns: beyond the data. *Subst Use Misuse* 2003;38:1739-58.
15. Cochran SD, Ackerman D, Mays VM, Ross MW. Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction* 2004; 99:989-98.
16. Lee SJ, Galanter M, Dermatis H, McDowell D. Circuit parties and patterns of drug use in a subset of gay men. *J Addict Dis* 2003; 22:47-60.
17. Smith AM, Lindsay J, Rosenthal DA. Same-sex attraction, drug injection and binge drinking among Australian adolescents. *Aust N Z J Public Health* 1999;23:643-6.
18. 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 samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:349-55.
19. Rusell ST, Driscoll AK, Truong N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *Am J Public Health* 2002;92:198-202.
20. Eisenberg M, Wechsler H. Substance use behaviors among college students with same-sex and opposite-sex experience: results from a national study. *Addict Behav* 2003;28:899-913.
21. McCabe SE, Boyd C, Hughes TL, D'Arcy H. Sexual identity and substance use among undergraduate students. *Subst Abuse* 2003;24:77-91.
22. Remafedy G. Suicide and sexual orientation. Nearing the end of controversy?. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 885-6.
23. McAndrew S, Warne T. Ignoring the evidence dictating the practice: sexual orientation, suicidality and the dichotomy of the mental health nurse. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:428-34.
24. Remafedy G. Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *J Adolesc Health* 2002;31:305-10.
25. Blum RW, Geer L, Hutton L, McKay C, Resnick MD, Rosenwinkel K, Song Y. The Minnesota Adolescent Health Survey: implications for physicians. *Minn Med* 1988;71:143-5.
26. Herrell R, Goldberg J, Trae WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, et al. Sexual orientation and suicidality. A co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:867-74.
27. Matthews AK, Hughes TL, Johnson T, Razzano LA, Casidy R. Prediction of depressive distress in a community sample of women: the role of sexual orientation. *Am J Public Health* 2002; 92:1131-9.
28. Wichstrom L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol* 2003;112:144-51.
29. Van Heeringen C, Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:494-9.
30. D'Augelli AR. Lesbian, gay and bisexual development during adolescence and young adulthood. En: Cabaj RP, and Stein TS, editor. *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996;267-88.
31. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160:541-6.
32. Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91:1276-81.
33. Garofalo R, Wolf C, 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.
34. Mathy RM. Suicide and sexual orientation (correspondence). *B J Psychiatry* 2004;184:361-2.
35. Savin-Williams RC, Ream GL. Suicide attempts among sexual-minority male youth. *J Clin Adolesc Psychol* 2003;32:509-22.
36. Dickson N, Paul C, Herbison P. Same-sex attraction in a birth cohort: prevalence and persistence in early adulthood. *Soc Sci Med* 2003;56:1607-15.
37. Cochran SD. Emerging issues in research on lesbians and gay men's mental health: does sexual orientation really matter? *Am Psychol* 2001;56:931-47.
38. Bayley JM. Homosexuality and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:883-4.
39. Owen SS, Burke TW. An exploration of prevalence of domestic violence same-sex relationships. *Psychol Rep* 2004;95(1):129-32.
40. Cameron P. Domestic violence among homosexual partners. *Psychol Rep* 2003;93(2):410-6.
41. Xiridou M, Geskus R, De Wit J, Coutinho R, Kretzschmar M. The contribution of steady and casual partnerships to the incidence of HIV infection among homosexual men in Amsterdam. *Aids* 2003;17:1029-38.
42. Case P, Austin SB, Hunter DJ, Manson JE, Malspeis S, Willett WC, et al. Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *J Women Health* 2004; 13(9):1033-47.
43. D'Augelli AR, Grossman AH, Hershberger SL, O'Connell TS. Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging Ment Health* 2001;5:149-58.
44. Bai YM, Huang Y, Lin CC, Chen JY. Emerging homosexual conduct during hospitalization among chronic schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:350-3.