

Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras

Adriana Patricia Pinilla Orejarena*

Edrián Wilfredo Sánchez Aguilar*

Adalberto Campo Arias, MD**

Resumen

En los últimos 20 años, los pediatras han mostrado mayor interés en la salud integral de adolescentes con orientación sexual homosexual. Han abordado tanto los aspectos de salud física como la promoción de una adecuada salud mental. Al igual que los adolescentes heterosexuales, los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales presentan habitualmente conductas riesgosas para la integridad física como también una frecuencia mayor de síntomas emocionales asociados a la discriminación por la orientación sexual. Médicos generales y pediatras deben tener un conocimiento básico del proceso de aceptación de la identidad sexual de los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales y de los riesgos médicos asociados. De esta manera, deben abordar en forma global los problemas de salud de esta más visible población. [Pinilla AP, Sánchez EW, Campo A. Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras. *MedUNAB* 2003; 6(17):93-98.]

Palabras clave: Comportamiento sexual, adolescentes.

Introducción

La identidad sexual es un concepto que abarca tres aserciones: identidad de sexo, identidad de género y orientación sexual.¹ Estos tres componentes están íntimamente relacionados; no obstante, mantienen una importante independencia.² El concepto de identidad de sexo hace mención del componente biológico, de las características físicas de varones y mujeres, de la aceptación o el rechazo de las mismas.³ Por su parte, la identidad de género, conocida también como papel o rol sexual, invita a pensar en lo masculino y lo femenino a partir de lo que se conceptualiza dentro de un contexto social y cultural como propio de varones y de mujeres, respectivamente, es decir, el concepto de género es una construcción socio-cultural.³ Mientras que, finalmente, la orientación sexual alude a fantasías, sueños y conductas relacionadas con el sexo del sujeto que despierta atracción o deseos sexuales.^{2,3} Cuando

se conceptualiza la orientación sexual como categorías excluyentes, los individuos pueden ser considerados o calificados como heterosexuales, homosexuales o bisexuales.³ Por lo general, a los varones homosexuales se les llama simplemente homosexuales o "gays"; mientras que las mujeres homosexuales se les conoce como lesbianas. Habitualmente se espera que los varones muestren un comportamiento calificado como masculino por el grupo social y sean atraídos sexualmente por mujeres, mientras que para las mujeres aguarda una conducta considerada femenina y sean atraídas sexualmente por los varones.⁴ No obstante, esta congruencia esperada entre sexo, género y orientación sexual no se presenta en por lo menos el 10% de la población general.^{5,6}

Hasta hace unos 30 años, la homosexualidad, la orientación sexual más teorizada y estudiada de manera más reciente, era considerada técnicamente un trastorno mental. No obstante, en la actualidad se califica como una variante adaptativa de la conducta sexual.^{7,8} Pero el interés serio de los pediatras del mundo por el asunto se inicia hace dos décadas, invitándoles a prestar atención a las actividades de promoción de la salud de adolescentes homosexuales y de aquellos que presentan malestar e inconformidad con la orientación sexual.⁹

La orientación sexual no es sinónimo de actividad o relaciones sexuales.¹⁰ Muchos individuos homosexuales han participado en conductas heterosexuales, en especial durante la adolescencia.¹¹ De la misma forma, un número importante de adultos que se reconocen a sí mismos heterosexuales informan haber practicado algunas actividades homosexuales en el curso de la adolescencia.^{5,6,11}

Las diferentes variantes de la orientación sexual se han identificado durante toda la existencia de la humanidad,¹¹ aunque la conceptualización de la homosexualidad y la bisexualidad ha cambiado a lo largo de la historia.^{12,13}

Es difícil conocer el número exacto de personas que se identifican a sí mismas como exclusiva o predominantemente homosexuales desde la adolescencia. Es aún más complicado estimar el número de aquellas personas que tienen confusión o dudas sobre su orientación sexual durante la adolescencia.¹⁰

* Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

** Profesor Asociado, Facultad de Medicina; Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

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

Artículo recibido: 16 de marzo de 2003; aceptado: 16 de junio de 2003.

Los estudios clásicos de Kinsey et al informaron que el 17% de las adolescentes y el 28% de los adolescentes mantuvo una o más relaciones homosexuales antes de los 20 años.^{14, 15} En un estudio más recientes Garofalo et al. encontraron que aproximadamente el 4% de una muestra representativa de adolescentes se identificaban como homosexuales o lesbianas (0.5%), bisexuales (2%) o inseguros de la orientación sexual (1.3%). De la misma forma, observaron que sólo un 55% de los adolescentes que habían tenido experiencias sexuales con parejas del mismo sexo se consideraban a sí mismos como homosexuales, lesbianas o bisexuales.¹⁶ Estos datos sugieren, al igual que otros estudios, que para los adolescentes, homosexualidad es algo más complejo que tener parejas sexuales del mismo sexo.^{17, 18}

El objetivo de este artículo es presentar en forma sucinta algunos aspectos relevantes del abordaje de la orientación sexual, en particular de la homosexualidad, en adolescentes considerando los aspectos médicos más importantes, tanto físicos como mentales. Esta es una contribución a la actualización en esta área no abordada de la formación de médicos generales y pediatras.

Factores relacionados con la orientación homosexual

Algunas investigaciones de la conducta sexual humana sugieren que la orientación sexual tiene una base biológica.¹⁹⁻²¹ Desde el estudio pionero de Kallman se ha observado una concordancia significativa de homosexualidad entre gemelos monocigotos criados separados que entre gemelos dicigotos.²²⁻²⁵

De otro lado, estudios con animales muestran que las hormonas prenatales juegan un papel crucial en la predisposición de la conducta sexual.²⁶ Los niveles de hormonas sexuales, testosterona y estrógeno, durante las etapas críticas del desarrollo cerebral median un proceso de diferenciación que se manifiesta posteriormente en la conducta y la orientación sexual.^{27, 28} Por otra parte, algunos autores consideran que las experiencias vitales, el entorno familiar y el aprendizaje juegan un papel capital en la manifestación de la orientación sexual.²⁵ Es evidente que algunos contextos particulares, entornos sociales o culturas promueven la participación en actividades homosexuales.^{25, 29}

Fases de adquisición de la identidad homosexual

Para tener mayor claridad sobre aspectos emocionales que pueden encontrarse en algunos adolescentes homosexuales, lesbianas, bisexuales o inseguros sobre su orientación sexual es importante tener claridad sobre algunas etapas que se presentan para alcanzar una identidad homosexual. Partiendo del concepto que la auto-identificación como homosexual no aparece en forma súbita en la adolescencia o la adultez,³⁰ existen diferentes propuestas con diferente número de estadios; sin embargo, estos en conjunto abarcan los mismos aspectos

emocionales y comportamentales.^{2, 31, 32} A continuación se presentan las etapas propuestas por Martin:³²

Estadio I: Sentirse una persona diferente. Un número importante de homosexuales informa sentirse diferente a otras personas, alrededor de los cinco años, mucho antes que pudieran identificar que esta diferencia guardaba relación con la orientación sexual homosexual. Este sentimiento de ser diferente tiende a aclararse, con frecuencia, durante la adolescencia o la adultez temprana en aquellos que continúan el proceso de adquisición de la identidad homosexual, lesbiana o bisexual.^{2, 18}

Estadio II: Auto-reconocimiento. Implica el cambio del concepto que se tiene de sí mismo. Obliga a afrontar la propia homofobia aprendida, es decir, el propio odio o aversión por los homosexuales. Es difícil que muchos individuos se reconozcan a sí mismos como homosexuales cuando han sido criados en una sociedad homofóbica. Es frecuente que muchas personas nieguen la propia homosexualidad o bisexualidad a pesar de un patrón permanente y persistente de relaciones sexuales satisfactorias con personas del mismo sexo.^{17, 29}

Estadio III: Manifestar a otros la orientación sexual. Es un proceso que dura toda la vida. Los homosexuales deben juzgar cuándo y a quién revelar la preferencia sexual; manifestarlo a todo el mundo puede ser una imprudencia. Mientras que manifestar la orientación sexual es una etapa del proceso de destape, la decisión de revelar la preferencia sexual a nuevos amigos y amistades nunca termina.³²

Estadio IV: Aceptación de la identidad. Pueden pasar muchos años antes que una persona que reconoció sus sentimientos homosexuales acepte la identidad homosexual. Para estar en paz con la propia identidad es necesario algo más que el simple reconocimiento de la propia orientación sexual. Se precisa progresión que comienza con la tolerancia de sí mismo hasta el sentirse orgulloso de sí mismo.³³

Estadio V: Experimentación, exploración e intimidad. La tarea en esta etapa es experimentar y practicar a ser una persona homosexual. Existen pocos modelos sociales de los roles que puede asumir la persona homosexual o lesbiana. Para algunas personas puede ser útil en esta etapa conocer a otras personas homosexuales con quien identificarse. Entonces pueden surgir deseos de intimidad y una relación monogámica profunda; no obstante, con frecuencia ha existido un período de promiscuidad. Existen pocos modelos para seguir en la forma en que dos personas del mismo sexo que se aman pueden funcionar como pareja.^{29, 32}

Estadio VI: Consolidación. En este estadio la persona homosexual, lesbiana o bisexual se ve a sí misma más allá que en función de la orientación sexual. La orientación sexual sigue siendo importante, pero no es el componente más importante de la identidad. Una perspectiva más integral de la propia identidad es la meta de este paso final en proceso de destape.^{29, 32}

Aproximación médica con el adolescente homosexual, lesbiana o bisexual

Se conoce como homofobia las actitudes negativas hacia la homosexualidad.³³ Este es un fenómeno frecuente en profesionales de la salud, incluyendo los médicos.³⁴⁻³⁶ Muchas creencias negativas sobre las personas homosexuales son parecidas a aquellas asociadas con otras formas de prejuicios y hacen difícil la aproximación del médico a los tópicos relacionados con la orientación sexual.³³

La orientación sexual es un tópico difícil de abordar en la consulta diaria, no sólo para los pacientes adolescentes, sino también para la familia.¹⁰ No obstante, todo profesional que brinde atención médica a adolescentes debe contar con herramientas básicas para abordar y manejar la ansiedad relacionada con la orientación sexual y afrontar los temores de los adolescentes con marcada orientación homosexual y las situaciones que estos jóvenes enfrentan, asociadas o no con la orientación sexual.⁹⁻¹¹ Además, el médico consultado debe hacer consciente algún grado de homofobia que entorpece la objetividad clínica.^{32, 33, 37}

Igualmente, los profesionales de la salud deben asesorar y manejar las diferentes respuestas emocionales de los padres que consultan por la orientación sexual del hijo o hija.^{2, 10, 38} Los padres deben ser adecuadamente asesorados y ayudados a manejar su propio “duelo”.³⁹ Es importante disuadir cualquier sentimiento de culpa, enfatizar que la orientación sexual de su hijo o hija no es el resultado de una inadecuada o inapropiada crianza.³⁰

Tabla 1. Consideraciones a seguir en la aproximación clínica de adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales

Cree un ambiente propicio para discutir sin inhibiciones la conducta sexual.

Asuma una actitud positiva, empática, ante el comportamiento sexual.

Evite considerar que todos los adolescentes que consultan son heterosexuales.

Utilice un lenguaje neutral cuando aluda a relaciones sexuales; pregunte, por ejemplo, por el número de parejas, en lugar de si tiene novia o novio.

Parta de la premisa que todos los adolescentes tienen sentimientos, fantasías y comportamientos homosexuales.

No confunda en ninguno de los casos comportamiento homosexual y orientación homosexual o bisexual.

Dé la relevancia necesaria a los sentimientos homosexuales que exprese el o la adolescente.

Absténgase de centrarse sólo en la orientación sexual, aborde otros aspectos de la salud en general.

Es evidente la dificultad que presentan médicos generales y pediatras en el abordaje de los aspectos sexuales de los pacientes adolescentes. Es de suponer que las limitaciones son mayores en la aproximación clínica de adolescentes cuya orientación sexual es homosexual o bisexual, cuando se conoce que la sexualidad no recibe atención en los programas de formación médica.^{37, 40, 41}

Médicos generales y pediatras deben tener presentes los problemas médicos y psicosociales especiales de los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales.⁴² Durante la entrevista debe completar una historia sexual detallada, sin olvidar la confidencialidad de la misma.¹⁰ Se necesita abordar la disconformidad con el sexo, el género y la orientación sexual.⁹ En algunos casos es importante tener claridad sobre fantasías, sueños y deseos sexuales hacia personas del mismo u otro sexo, muchas veces más importantes que el comportamiento o conducta sexual evidente.²

Problemas médicos que pueden afrontar los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales

Los problemas médicos particulares que pueden presentar los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales están relacionados con el tipo de prácticas sexuales que pueden realizar (felación, cunilingüe, coito anal), el número de compañeros o parejas sexuales y el uso apropiado de métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual.^{10, 43}

Tanto los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales como heterosexuales que tienen antecedentes de un número importante de parejas sexuales muestran un riesgo mayor de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).^{33, 44} No obstante, se ha encontrado que los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales informan un mayor número de conductas de riesgo.⁴⁵ Las infecciones locales y lesiones no infecciosas como erosiones, laceraciones y fístulas se pueden encontrar en órganos genitales, ano y orofaringe.⁴² Esta información permite asesorar al paciente en la promoción de prácticas de sexo seguro, el uso adecuado de preservativos y el uso de anticoncepción en adolescentes bisexuales, tanto varones como mujeres.⁴¹ Este punto es importante porque con frecuencia muchos jóvenes homosexuales mantienen relaciones heterosexuales, a pesar de tener un grado elevado de auto-identificación homosexual.^{10, 18}

La orientación homosexual o bisexual no parece predisponer para la presentación clínica de un trastorno mental.^{9, 29, 33, 46} Sin embargo, los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales deben afrontar una serie de estresores psicosociales negativos relacionados con la orientación sexual.^{9, 47} Por una parte, tienen que asumir el propio proceso de auto-aceptación.³² Por otro lado, pueden ser víctimas de rechazo y discriminación, tanto de padres como de

Tabla 2. Conductas a seguir en la asesoría de la orientación sexual de adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales

Trate de aclarar inicialmente, en la medida de lo posible, la orientación sexual.

Con frecuencia se necesita más de una consulta. El seguimiento es importante.

Identifique el grado de contribución de la orientación sexual a los problemas vitales del paciente. Haga un abordaje integral de los problemas del evaluado (a).

Tómese el tiempo que sea necesario. Promueva un proceso de adquisición gradual de la identidad sexual.

Bajo ninguna circunstancia intente cambiar la orientación sexual del paciente, no le invite a que tenga experiencias sexuales con personas del sexo opuesto.

Aclare mitos y creencias sobre la homosexualidad y la bisexualidad.

Explore la existencia de homofobia internalizada. Generalmente existe en algún grado.

Maneje las situaciones que implican estigmatización y la persecución.

Para mejores resultados, céntrese en las necesidades del paciente, evite considerar las expectativas de la familia.

Asesore a la familia sobre la orientación sexual.

Si no logra sentirse cómodo, remita al o a la paciente a otro profesional

amigos, conocidos y de la comunidad en general.^{18, 29, 33} Muchos adolescentes son abandonados por los padres y obligados a vivir en la calle.^{9, 10, 48} Se ha informado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y riesgo de suicidio en adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales.^{49, 50} Algunos autores sugieren que la prevalencia de trastornos emocionales es más importantes en aquellos adolescentes homosexuales que inician el proceso de destape a temprana edad y con un comportamiento marcadamente femenino.⁵¹

En este grupo de pacientes es obligatorio investigar la presencia de síntomas depresivos, incluyendo ideación suicida e historia reciente o antigua de intentos de suicidio.⁵² En estos pacientes es frecuente la presencia de trastornos depresivos, lo que potencia el riesgo de consumo de sustancias susceptibles de abuso y el riesgo de intento o suicidio consumado.^{16, 33, 49, 50, 53-58}

Aunque en la actualidad la orientación sexual no es criterio a considerar para definir un trastorno mental⁵⁹ y, como se anotó antes, la homosexualidad lo mismo que la bisexualidad por sí mismas no se consideran trastornos mentales, aquellos adolescentes que expresen marcado malestar por la orientación sexual o un deseo importante

de asumir las características propias del sexo opuesto pueden reunir criterios para un trastorno sexual no especificado o un trastorno de la identidad sexual de inicio en infancia o la adolescencia, según el caso, respectivamente.^{60, 61} Remita a un profesional de salud mental sólo aquellos casos de difícil manejo o que presenten comorbilidad psiquiátrica importante.⁶²

Conclusión

Es fundamental el papel de médicos generales y pediatras en la aproximación integral de la salud física y mental de los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales. Además, pueden ayudar a padres, docentes y a la comunidad en general a una mayor comprensión de la diversidad en la orientación sexual. El médico está obligado conocer el proceso de adquisición de la identidad sexual, lo cual le ayudará a comprender y brindar apoyo a todo adolescente homosexual, lesbiana o bisexual que asista a una consulta.

Summary

Clinical evaluation on sexual orientation in adolescents: the role for General Practitioners and Pediatricians: For last twenty years pediatricians have showed more interest on integral health on adolescents with homosexual or bisexual orientation. This approach includes physical and mental health. Homosexuals, lesbians, and bisexual adolescents, like heterosexual adolescents, take, sometimes, risky health behavior and they suffer, very often, from psychological symptoms associated to discrimination for their sexual orientation. General physicians and pediatricians must know coming-out process among homosexual, lesbian, and bisexual adolescents, and medical risk related to sexual activities in order to treat globally health problem of this growing population.

Key words: Sexual Behavior, Adolescent

Referencias

1. López ID. Trastornos sexuales y de la reproducción humana. En: Toro RJ, Yepes LE. Fundamentos de medicina. Psiquiatría 3a ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, 1998: 257-70.
2. Stein T. Homosexuality and homosexual behavior. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Saddock comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Lippincot, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000:1608-31.
3. Kaplan HI, Saddock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8a ed. Panamericana, Lippincot, Williams & Wilkins, Madrid, 2000.
4. King M, Bartlett A. British psychiatry and homosexuality. Br J Psychiatry 1999; 175:106-13.
5. Seidman SN, Rieder RO. A review of behavior in United States. Am J Psychiatry 1994; 151:330-41.
6. Diamond M. Homosexuality and bisexuality in different populations. Arch Sex Behav 1993; 22:291-310.
7. Lamberg L. Gay is okay with APA—forum honors landmark 1973 events. JAMA 1998; 280: 97-9.
8. Spitzer RL. The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. Am J Psychiatry 1981:210-5.

9. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics* 1983; 72:249-50.
10. Perrin EC. El pediatra y la atención de adolescentes homosexuales. *Pediatric in review* (en español). 1996; 17:383-9.
11. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. Master and Johnson on sex and human loving. Brown and Company, Boston, 1988:344-73.
12. Foucault M. Historia de la sexualidad. El uso de los placeres. 11a ed. Siglo Veintiuno Editores, Madrid, 1998.
13. Badinter E. XY, La identidad masculina. Grupo Editorial Norma, Santafé de Bogotá, 1993.
14. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. WB Saunders, Philadelphia, 1948.
15. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human female. Philadelphia, WB Saunders, 1953.
16. 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.
17. Green BC. Thinking about students who do not identify as gay, lesbian, or bisexual, but... *J Am Coll Health* 1998; 47:89-91.
18. Remafedi G. Male homosexuality: the adolescent's perspective. *Pediatrics* 1987; 79:326-30.
19. Bancroft J. Homosexual orientation. The search for a biological basis. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 437-40.
20. Barinaga M. Is homosexuality biological *Science* 1991;253:956-7.
21. Byne W, Parsons B. Human sexual orientation. The biologic theories reappraised. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 228-39.
22. Kallman FJ. Comparative twin study of the genetic aspects of male homosexuality. *J Nerv Mental Dis* 1952; 115: 283-98.
23. Pillard RC, Weirich JD. Evidence of familial nature of male homosexuality. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 808-12.
24. Bayley JM, Benishay DS. Familial aggregation of female sexual orientation. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 272-7.
25. Kendler KS, Thornton LM, Gilman SE, Kessler RC. Sexual orientation in a US national sample of twin and non twin sibling pairs. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1843-6.
26. Campo A. Algunas consideraciones sobre los aspectos biológicos de la homosexualidad. En: Yepes LE, Téllez-Vargas JE, Alarcón R. Avances volumen 4. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, Bogotá, 2003: 72-82.
27. Moreno C. Cerebro, hormonas y diferenciación genérica. En: Téllez-Vargas J, Gaviria SL, Burgos C. Afrodita y Esculapio. Santafé de Bogotá, Nuevo Milenio Editores 1999: 29-35.
28. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Neurociencia y conducta. Madrid, Prentice Hall; 1997: 619-34.
29. Ardila R. Homosexualidad y psicología. Bogotá, Manual Moderno; 1998: 75-8.
30. Coleman E, Remafedi G. Gay, lesbian, and bisexual adolescents: a critical challenge to counselors. *J Counsel Developm* 1989; 68: 36-40.
31. Troiden RR. Homosexual identity development. *J Adolesc Health Care* 1988; 17: 43-73.
32. Martin HP. The coming-out process for homosexuals. *Hosp Com Psychiatry* 1991; 42: 158-62.
33. Friedman RC, Downey JI. Homosexuality. *N Engl J Med* 1994; 331: 923-30.
34. Sheard A. Homophobia in medicine. *Br Med J* 1998; 371: 1532.
35. Rose L. Homophobia among doctor. *Br Med J* 1994;308:586-7.
36. Kalman TP, Kalman CM, Douglas CJ. Homophobia among physicians and nurses treating AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1514-5.
37. McColl P. Homosexuality and mental health services (editorial). *Br Med J* 1994; 308: 550-1.
38. Beaty LA. Identify development of homosexual youth and parental and familial influences on the coming out process. *Adolescence* 1999; 34: 597-601.
39. Savin-Williams RC, Dubé EM. Parental reactions to their child's disclosure of gay/lesbian identity. *Family Relations* 1998;47:7-13.
40. MacDonald R. Discrimination in medicine. *Br Med J* 2002; 324: 1112.
41. Maypole J. Medical students learn about sexuality and sensitivity. *JAMA* 1994; 272: 1069.
42. Bell R. ABC of sexual health. Homosexual men and women. *Br Med J* 1999; 318: 452-5.
43. Lee R. How to talk about sex with patients who are not heterosexual. *West J Med* 2000; 172: 401-2.
44. Lemp GF, Hirozawa AM, Givertz D, Nieri GN, Anderson L, Lindegren ML, et al. Seroprevalence of HIV and risk behaviors among young homosexual and bisexual men. The San Francisco/Berkeley young men's survey. *JAMA* 1994; 272: 449-54.
45. Garofalo R, Wolf C, 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.
46. Elze DE. Risk factors for internalizing and externalizing problems among gay, lesbian, and bisexual adolescents. *Social Work Res* 2002; 26: 89-99.
47. Robin L, Breber 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.
48. West DJ. Homosexuality and lesbianism. *Br J Psychiatry* 1983: 143: 221-6.
49. 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.
50. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health* 1998; 88: 57-60.
51. Remafedi G. Adolescent homosexuality: psychosocial and medical implications. *Pediatrics* 1987; 79: 331-7.
52. Campo A. Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia. *Pediatría* 2001; 36: 89-93.
53. Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91: 1276-81.
54. Bagley C, D'Augelli AR. Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. *Br Med J* 2000; 320: 1617-8.
55. McNall M, Remafedi G. Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 1130-5.
56. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999; 282: 1291-2.
57. DeBord KA, Wood PK, Sher KJ, Good GE. The relevance of sexual orientation to substance abuse and psychological distress among college students. *J Coll Student Develop* 1998; 39: 157-68.
58. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 1991; 87: 869-75.
59. Campo A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial en la practica médica. *Medunab* 2003, 6: 32-5.
60. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid. Meditor 1993.
61. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
62. Barón P, Rojas A. Trastornos de identidad sexual en la adolescencia. En: Gómez-Restrepo C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Centro Editorial Javeriano, CEJA, Bogotá, 2002: 381-90.