

## Orientación sexual y depresión en adolescentes

Efectos de las disparidades de orientación sexual y las necesidades médicas no cubiertas en los síntomas de depresión en adolescentes

Autor: Jeremy W. Luk, a Stephen E. Gilman, Denise L. Haynie, Bruce G. Simons-Morton *Pediatrics*.2018;141(5):e20173309

Página 1



### Introducción

Las disparidades entre los adolescentes heterosexuales y de minorías sexuales (es decir, disparidades de orientación sexual) en los síntomas depresivos, depresión mayor y tendencia al suicidio están bien documentadas.<sup>1-3</sup>

Los síntomas depresivos en adolescentes, así como los signos tempranos de inadaptación psicológica, pueden utilizarse prospectivamente para predecir depresión mayor, trastornos de ansiedad, problemas de uso de sustancias, así como ideación suicida e intentos de suicidio durante la edad adulta.<sup>4-6</sup>

Para optimizar los esfuerzos de prevención de los síntomas depresivos entre los adolescentes de minorías sexuales, es importante entender si las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos aumentan, disminuyen o permanecen estables durante la transición de desarrollo crítica desde la adolescencia a la edad adulta (para determinar el momento adecuado para los programas de prevención) e identificar los factores que pueden explicar por qué existen estas disparidades (para determinar objetivos de intervención).

Aunque muchos investigadores han examinado las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos en puntos de tiempo específicos,<sup>1-3,7,8</sup> pocos han modelado las trayectorias de los síntomas depresivos por orientación sexual durante la transición de la adolescencia a la edad adulta joven.

La evidencia inicial sobre disparidades de orientación sexual en las trayectorias de los síntomas depresivos proviene del Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos.<sup>9-11</sup>

Utilizando 4 oleadas de datos del Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos que cubren un período de 13 años (de la oleada 1 en 1994-1995 a la oleada 4 en 2007-2009), los análisis de trayectoria revelaron que las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos estuvieron presentes ya desde la adolescencia (grados 7-12) y persistieron en la edad adulta temprana (edades 24-32 años),<sup>10</sup> y que estas disparidades fueron más pronunciadas entre las mujeres participantes.<sup>11</sup>

Los estudios de trayectoria que utilizaron muestras más recientes revelaron evidencia conflictiva. En una muestra de adolescentes de minorías sexuales de 16 años a 20 años de Chicago, se halló que los síntomas depresivos disminuyeron en un período de 3,5 años.<sup>12</sup>

En la cohorte de la Encuesta de Seguimiento de Vidas Individuales de Adolescentes Holandeses, el estado de minoría sexual se asoció con aumentos de los síntomas depresivos entre los adolescentes más

jóvenes que fueron seguidos longitudinalmente desde la edad de 11 a 22 años.<sup>13</sup>

Para entender más completamente si estos hallazgos mixtos se deben a variaciones en la medición de la orientación sexual, a cuándo y dónde se realizó el estudio, o a diferencias en el desarrollo de la etapa examinada, son necesarios estudios de trayectoria de los síntomas depresivos utilizando muestras más recientes basadas en población.

De acuerdo con la **teoría del estrés minoritario**, las minorías sexuales enfrentan un aumento del estrés social en un ambiente cultural hostil y perciben un apoyo reducido y mayor rechazo en las relaciones interpersonales.<sup>14,15</sup>

De acuerdo con esta teoría, los estudios empíricos indican que el menor apoyo parental,<sup>16</sup> el aumento del rechazo de los padres,<sup>13</sup> y la victimización<sup>13,18</sup> u hostigamiento entre pares<sup>17</sup> experimentados más frecuentemente por adolescentes de minorías sexuales contribuyeron a mayores síntomas depresivos.

Sin embargo, estos estudios por lo general se centraron en 1 o 2 mediadores psicosociales en el contexto parental o de pares. Los potenciales mecanismos en contextos alternativos están poco estudiados.

En el estudio actual, los autores evaluaron la victimización por ciberbullying y las necesidades médicas no cubiertas como mediadores nuevos que reflejan experiencias negativas en el ciberespacio y en los ambientes de cuidado de la salud. Investigaciones anteriores revelaron que la victimización por bullying<sup>19</sup> e insultos homofóbicos<sup>20</sup> se asoció con mayores síntomas depresivos.

Además, el hostigamiento<sup>17</sup> o la victimización<sup>13</sup> entre pares y la victimización relacionada con las minorías sexuales<sup>18</sup> fueron mediadores significativos de la asociación entre el estado de minoría sexual y los síntomas depresivos.

Sin embargo, la evidencia empírica sobre si esto se extiende a la victimización por ciberacoso sigue siendo poco clara porque el bullying tradicional tuvo un correlato más fuerte con la depresión que la victimización por acoso cibernético en 1 estudio.<sup>21</sup>

Aunque menos frecuente que la victimización por bullying tradicional, el impacto adverso de la victimización por acoso cibernético tiende a ser más penetrante porque puede ocurrir más allá del ambiente escolar.<sup>22</sup> Por lo tanto, la comprensión de si la victimización por ciberbullying contribuye a las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos llenaría una brecha de conocimiento importante.

El ambiente médico es un contexto en el cual los adolescentes de minorías sexuales podrían adquirir atención médica y apoyo tangible de los profesionales de la salud. Se han reportado previamente barreras al cuidado de la salud y necesidades médicas no satisfechas entre los adultos de minorías sexuales.<sup>23-25</sup>

La escasa pero creciente literatura en adolescentes y adultos jóvenes revela que los jóvenes de minorías sexuales tienden a reportar más necesidades médicas no cubiertas y puede tener más miedo de lo que sus profesionales de la salud dirían o harían, están más preocupados por revelar su identidad sexual a sus padres, y tienen más probabilidades de sentirse avergonzados de utilizar los servicios de salud mental que sus pares heterosexuales.<sup>26-28</sup>

La falta de un ambiente seguro para revelar la orientación sexual puede ser una barrera importante para la calidad del cuidado de la salud y la detección efectiva de depresión.<sup>29</sup> Críticamente, ningún estudio previo documentó las necesidades médicas no satisfechas como un mediador de las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos.

Por lo tanto, no está claro si mejorar el acceso a la atención médica tiene el potencial para reducir los síntomas de depresión entre los adolescentes de minorías sexuales.

En el estudio actual, los autores tuvieron 3 objetivos. Primero, examinaron la asociación del estado de minoría sexual con el nivel inicial de y el cambio en los síntomas depresivos desde el 11º grado hasta los 3 años posteriores al bachillerato.

Luego, evaluaron 4 mediadores (satisfacción familiar, apoyo de pares, victimización por ciberbullying, y necesidades médicas no satisfechas) de disparidad de orientación sexual en los síntomas depresivos.

Específicamente, evaluaron la victimización por ciberbullying y las necesidades médicas no cubiertas como mediadores novedosos con control de los mediadores psicosociales previamente establecidos en el contexto parental y de pares.

Este enfoque permite el control de la posible varianza compartida en las vías de mediación y puede arrojar luz sobre la importancia relativa de los diferentes mediadores. Finalmente examinaron las diferencias de sexo en ambas vías directas e indirectas del estado de minoría sexual y los síntomas depresivos.

## **MÉTODOS**

### **> Participantes**

El Estudio de Salud Generacional NEXT (NEXT) es un estudio longitudinal de 7 años en curso a partir de una muestra representativa a nivel nacional de adolescentes de EE.UU.

Utilizando un diseño estratificado de 3 etapas, se obtuvo una muestra diversa de 2785 adolescentes matriculados en escuelas secundarias de 22 estados de los Estados Unidos que se siguió anualmente desde el año 2009-2010.

Para estos análisis, se utilizaron datos de las oleadas 2 a 6 porque la orientación sexual primero se midió en la oleada 2 (n = 2439; 87,6% de la muestra completa).

La muestra analítica actual consistió en 2396 adolescentes (98,2% de la muestra de la oleada 2; edad media = 17,2 años), lo que proporcionó validez a las respuestas a preguntas relacionadas con la orientación sexual, raza y/o etnia, afluencia familiar, y al menos 1 oleada de síntomas depresivos. Los porcentajes ponderados de grupos raciales y/o étnicos fueron 58,8% blancos, 17,3% afroamericanos, 19,7% hispanos, y 4,3% otros.

Las desigualdades socioeconómicas de los adolescentes se midieron utilizando la Escala de Afluencia Familiar en la Conducta de Salud de Niños en Edad Escolar,<sup>30</sup> con porcentajes ponderados de 23,1% para bajos, 50% medios y 27% altos ingresos.

Los padres dieron su consentimiento por escrito, y los participantes dieron su asentimiento para participar en este estudio. Los participantes proporcionaron su consentimiento cuando cumplieron los 18 años. Este estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver.

### **> Medidas**

#### ***Orientación sexual (oleada 2)***

La atracción sexual se considera la dimensión más importante de la orientación sexual durante la adolescencia porque los adolescentes suelen encontrar más difícil responder preguntas sobre el comportamiento y/o la identidad sexual.<sup>31-33</sup>

Por lo tanto, se les preguntó a los participantes, "¿Cuál de los siguientes describe mejor tu orientación sexual?" considerando atracción al sexo opuesto, atracción al mismo sexo, atracción hacia ambos sexos, o preguntas formuladas en la oleada 2.

Debido a las bajas frecuencias, las últimas 3 categorías se combinaron como un grupo de minoría sexual para los análisis. En este estudio, aquellos que informaron atracción sexual solo al sexo opuesto se refirieron como adolescentes heterosexuales.

### ***Satisfacción familiar (oleada 2)***

Se les pidió a los participantes que calificaran en una escala ascendente (0 [muy mala] a 10 [muy buena]) cuán satisfechos estaban con las relaciones con sus familias. Las respuestas fueron codificadas como bajas (0-5), moderadas (6-7), altas (8-9) y muy altas (10).

### ***Apoyo de pares (oleada 2)***

Se les pidió a los participantes que nombraran hasta 3 de sus amigos varones más cercanos y hasta 3 de sus amigas mujeres más cercanas y que luego indicaran (0 [no] y 1 [sí]) si habían hablado con cada uno de estos amigos sobre un problema en los últimos 7 días. Las respuestas se codificaron como 0 (0 amigos), 1 (1 a 2 amigos), 2 (3 a 4 amigos) y 3 (5 a 6 amigos).

### ***Victimización por cyberbullying (oleada 2)***

Los participantes primero recibieron una definición de bullying, enfatizando la naturaleza deliberada y repetida de intimidación entre 2 partes de poder desigual, y luego se les preguntó: "En los últimos meses, con qué frecuencia has sido intimidado en la escuela o el trabajo mediante computadora, mensajes de correo electrónico o teléfono celular?"<sup>34</sup>

Las opciones de respuestas se codificaron como 0 (ninguna), 1 (una o dos veces) y 2 (2 a 3 veces al mes, aproximadamente una vez por semana, o varias veces a la semana).

### ***Necesidades médicas no satisfechas (oleada 2)***

A los participantes se les preguntó si pensaron que deberían pero no recibieron atención médica en los últimos 12 meses (0 [no, sin necesidades no satisfechas] frente a 1 [sí, necesidades no satisfechas]).

### ***Síntomas depresivos (oleadas 2-6)***

Se utilizaron las puntuaciones medias de los 8 elementos pediátricos de la Escala del Sistema de Información de Resultados Informados por Pacientes<sup>35</sup>. Los elementos de la muestra incluyeron, "*sentí que no podía hacer nada bien*", "*me siento solo*", "*me siento triste*" y "*pensé que mi vida era mala*". Las opciones de respuesta variaron desde 0 (nunca) a 4 (casi siempre) en los últimos 7 días. Las  $\alpha$  de Cronbach a través las oleadas variaron de 0,94 a 0,96.

#### **> Análisis estadístico**

Se utilizaron modelos de curva de crecimiento latente para estimar las diferencias de orientación sexual en los síntomas depresivos de las oleadas 2 a 6, análisis de mediación de conducta para la participación de la satisfacción familiar, el apoyo de pares, la victimización por ciberacoso, y las necesidades médicas no satisfechas en las disparidades de orientación sexual, y se evaluaron las diferencias de sexo.

Se utilizaron modelos de crecimiento latente incondicional para capturar los niveles medios de síntomas depresivos al inicio del estudio (intercepto) y los potenciales patrones lineales y no lineales (pendiente y factores cuadráticos) en los síntomas depresivos a través del tiempo.

Se utilizaron modelos de crecimiento latente condicional controlando por raza y/o etnia y afluencia familiar para examinar las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos.

Se realizaron análisis de mediación en 2 pasos y se centraron en asociaciones significativas entre la orientación sexual y los síntomas depresivos identificados en el modelo de crecimiento latente condicional. Primero, se habilitaron modelos de mediación simple.

Para cada mediador, las diferencias de sexo se evaluaron utilizando pruebas de diferencia por  $\chi^2$  de los efectos indirectos entre participantes masculinos y femeninos en análisis de grupos múltiples. A menos que el resultado de la prueba de diferencia por  $\chi^2$  fuera significativo, los efectos indirectos se estimaron para participantes masculinos y femeninos juntos.

Posteriormente, todos los mediadores significativos fueron incluidos simultáneamente en una modelo de mediación final.

Los análisis que representaron el complejo diseño de la encuesta se realizaron en Stata 14 (StataCorp, College Station, TX) y Mplus 7.4. Los efectos de mediación fueron testeados usando el modelo de comando indirecto, con intervalos de confianza (IC) del 95% corregidos por sesgo de los efectos mediados obtenidos por bootstrapping (con pesos replicados) en Mplus. Los datos faltantes se manejan utilizando el método de máxima verosimilitud de la información completa.<sup>36</sup>

## RESULTADOS

*Los adolescentes de minorías sexuales informaron sistemáticamente más síntomas depresivos*

### > Estadísticas descriptivas

Los adolescentes de minorías sexuales, que comprendieron el 6,3% (ponderado) de la muestra, reportaron menor satisfacción familiar, victimización por ciberacoso más frecuente, y una mayor probabilidad de necesidades médicas no satisfechas, pero no difirieron en el apoyo de los pares cuando se compararon con los adolescentes heterosexuales.

Los adolescentes de minorías sexuales informaron sistemáticamente más síntomas depresivos que los adolescentes heterosexuales a lo largo del tiempo.

### > Trayectoria de los síntomas depresivos

En el modelo incondicional inicial (modelo 1), las medias de intersección fueron significativas tanto para participantes varones (media = 0,82; DE = 0,06;  $P < 0,001$ ) como mujeres (media = 1,26; DE = 0,04;  $P < 0,001$ ).

Las pendientes medias no fueron significativas para los varones (media = 0,01; DE = 0,01;  $P = 0,190$ ) pero si para las mujeres (media = -0,03; DE = 0,01;  $P = 0,035$ ). En el segundo modelo incondicional (modelo 2), el factor cuadrático fue no significativo entre hombres y mujeres y fue excluido de modelos posteriores.

### > Examen de la orientación sexual y trayectoria de los síntomas depresivos

Los modelos de crecimiento latente condicional (modelos 3a y 3b) se ajustaron bien a los datos. El estado de minoría sexual se asoció con el intercepto, pero no la pendiente de los síntomas depresivos.

Estas estimaciones (intercepción: media = 0,43, DE = 0,18,  $P = 0,020$ ; pendiente: media = 0,01, DE = 0,04,  $P = 0,889$ ) permanecieron consistentes después de controlar por raza y/o etnia y afluencia familiar (modelo 4) y no variaron entre participantes masculinos y femeninos.

### > Mediadores de las disparidades de orientación sexual

Se llevaron a cabo pruebas de mediación para relacionar la orientación sexual con los síntomas depresivos. El examen de las diferencias sexuales reveló que solo el camino de la victimización por ciberbullying para llegar a los síntomas depresivos fue más fuerte entre los participantes **masculinos** que femeninos. Individualmente, la orientación sexual se asoció con todos los mediadores en la dirección esperada excepto para el apoyo de pares, mientras que todos los mediadores se asociaron con síntomas

depresivos en el 11º grado.

En el modelo de mediación final (modelo 9), los caminos indirectos a través de la satisfacción familiar (efecto mediado = 0,09; IC 95% = 0,04-0,15), la victimización por acoso cibernético (participantes masculinos: efecto mediado = 0,11, IC 95% = 0,05-0,26; participantes femeninas: efecto mediado = 0,08, IC 95% = 0,04-0,14) y las necesidades médicas no satisfechas (efecto mediado = 0,03; IC 95% = 0,01-0,07) se mantuvieron significativos y atenuaron la asociación directa entre la orientación sexual y los síntomas depresivos.

Los efectos indirectos combinados fueron de 0,23 (IC 95% = 0,15-0,38) entre los hombres y de 0,20 (IC 95% = 0,13-0,28) entre las mujeres que participaron, mientras que los efectos totales fueron de 0,47 (IC 95% = 0,11-0,91) entre participantes varones y de 0,43 (95% CI = 0,09-0,84) entre mujeres.

Las proporciones del efecto total mediado por estos 3 mediadores fueron del 49,5% entre participantes masculinos y del 45,3% entre participantes femeninos.

## DISCUSIÓN

En una cohorte reciente de adolescentes estadounidenses, se observaron disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos entre estudiantes de 11º grado que persistieron en la edad adulta joven dentro de un marco de tiempo de 5 años.

Estos hallazgos son importantes dentro del contexto de la investigación previa que revela una brecha decreciente en los síntomas depresivos entre las minorías sexuales y los adolescentes heterosexuales con la edad,<sup>12</sup> así como mensajes de prensa populares que sugieren que los síntomas depresivos entre los adolescentes de minorías sexuales pueden disminuir con la edad.<sup>37-39</sup>

Los autores advirtieron sobre los mensajes demasiado optimistas porque la reducción de los síntomas depresivos puede no ocurrir de forma natural a nivel de población y/o puede no suceder hasta más tarde en el desarrollo (por ejemplo, después de los 21 años).

A diferencia del estudio de la Encuesta de Seguimiento de Vidas Individuales de Adolescentes Holandeses, los autores no hallaron ningún aumento en los síntomas depresivos, que probablemente ocurrieron más temprano en el desarrollo y coincidieron con los cambios puberales y el desarrollo de la identidad sexual.<sup>13</sup>

Dado que los adolescentes de minorías sexuales tuvieron niveles más altos de síntomas depresivos que los adolescentes heterosexuales en todos los 5 puntos de tiempo de evaluación, los hallazgos de los autores revelan que el período de desarrollo desde la adolescencia hasta la edad adulta joven sigue siendo una ventana crítica para la intervención en los síntomas depresivos entre los adolescentes de minorías sexuales.

Es importante destacar que la prevención temprana de los síntomas depresivos entre adolescentes de minorías sexuales debe comenzar antes del 11º grado. Futuros estudios longitudinales son necesarios para examinar la emergencia de las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos durante el inicio y mediados de la adolescencia.

Este estudio es único en el sentido de que examinó simultáneamente 4 mediadores a partir de múltiples contextos.

Aunque la importancia relativa de los pares en la influencia de los padres puede aumentar durante la transición de la adolescencia tardía a la edad adulta joven,<sup>40</sup> los hallazgos de los autores revelaron que la satisfacción familiar fue un mediador significativo, mientras que el apoyo de los pares no. En consistencia con investigaciones previas, el apoyo de los pares se asoció con niveles más bajos de síntomas depresivos.<sup>41</sup>

Sin embargo, los adolescentes de minorías sexuales no recibieron menos apoyo de sus pares, reflejando que para cuando llegaron a la adolescencia tardía, los adolescentes de minorías sexuales pueden haber desarrollado un círculo de amigos de apoyo.

Es importante destacar que la baja satisfacción familiar permaneció aparente a fines de la adolescencia y se asoció con síntomas depresivos elevados. Se requiere más investigación para entender si la insatisfacción familiar durante esta etapa puede ser impulsada por el rechazo de los padres, la lucha con el surgimiento del proceso, y/o la percepción de ser una carga para los seres queridos.<sup>42</sup>

El hostigamiento cibernético y las necesidades médicas no satisfechas fueron mediadores significativos en el modelo final, en el que el camino a través de una baja satisfacción familiar estaba incluido. El papel mediador de la victimización por ciberacoso refleja una extensión del bullying en ambientes tradicionales y/o escolares al ciberespacio.<sup>43,44</sup>

Estudios recientes revelan que los adolescentes de minorías sexuales podrían beneficiarse al acceder a información y recursos relacionados con su identidad sexual a través de medios electrónicos,<sup>45,46</sup> aunque esto también podría hacerlos más vulnerables a la experiencia de cyberbullying.<sup>47</sup>

En consecuencia, la experiencia de cyberbullying podría limitar el nivel de comodidad de los adolescentes de minorías sexuales en el uso de estos recursos. Más ampliamente, la victimización por ciberacoso ha sido vinculada a cefaleas, dolor abdominal, y dificultades para dormir.<sup>48</sup>

Junto con el efecto indirecto significativo a través de las necesidades médicas no satisfechas, los hallazgos actuales apoyan la utilidad potencial de intervenciones no tradicionales (por ejemplo, capacitación para profesionales de la salud) para detectar victimización por *cyberbullying* y problemas médicos y para proporcionar apoyo oportuno, tratamiento y derivación apropiada a fin de reducir las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos.<sup>49</sup>

Garantizar un entorno de apoyo seguro para la divulgación de la orientación sexual de los adolescentes puede ser particularmente crítico para mejorar la calidad de la atención médica y la detección de depresión.<sup>29</sup>

Las pruebas formales de diferenciación sexual revelaron un camino moderado de victimización por cyberbullying a síntomas depresivos que fue más fuerte entre hombres que entre mujeres. En un estudio previo, las víctimas de acoso cibernético tuvieron más probabilidades de ser víctimas de bullying verbal y físico también.

Posiblemente, los efectos adversos colectivos de los subtipos de acoso podrían haber contribuido a una mayor asociación con síntomas depresivos entre los participantes masculinos. En general, los hallazgos de los autores revelaron que las vías subyacentes de las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos fueron similares para participantes masculinos y femeninos.

Una limitación central del estudio se refiere a los factores de confusión omitidos relacionados con los mediadores y los síntomas depresivos. Notablemente, el bullying tradicional y/o escolar no fue controlado, limitando la interpretación de la victimización por cyberbullying como un mediador único.

Otra limitación clave se refiere a la medición de la orientación sexual utilizando un solo elemento sobre atracción sexual.

Aunque los adolescentes en general prefieren que les pregunten sobre su atracción sexual más que sobre su identidad y/o comportamiento sexual,<sup>31</sup> sería preferible la medición de múltiples dimensiones de la orientación sexual, especialmente porque las disparidades en la internalización de la psicopatología pueden variar en base a cómo la orientación sexual fue medida.<sup>1</sup>

Tercero, debido a las bajas frecuencias, los autores combinaron adolescentes que se sintieron atraídos por el mismo sexo y ambos sexos y fueron interrogados para el análisis, y no pudieron explorar las diferencias sexuales de subgrupos minoritarios.

En cuarto lugar, los datos sobre el tratamiento de la depresión no estuvieron disponibles.

Quinto, el estudio NEXT comenzó en la adolescencia tardía y el análisis no capturó la emergencia inicial de las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos; en relación a esto, no se abordó el estado de minoría sexual que surgió por primera vez después de la 2° oleada (11° grado).

Finalmente, las necesidades médicas no satisfechas fueron evaluadas usando un solo elemento. Se requiere una evaluación mejorada de varios aspectos de las necesidades médicas no satisfechas para planear intervenciones dirigidas.

## CONCLUSIONES

Las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos persistieron de la adolescencia tardía a la edad adulta joven y fueron parcialmente explicadas por la baja satisfacción familiar, la victimización por ciberacoso, y las necesidades médicas no satisfechas.

Los pediatras y otros profesionales de la salud pueden estar particularmente bien posicionados para abordar las necesidades médicas y psicosociales experimentadas por los adolescentes de minorías sexuales.<sup>49,50</sup> Los mediadores identificados garantizan más evaluaciones como objetivos de intervención en futuras investigaciones clínicas.

## Comentario:

- Las disparidades entre los adolescentes heterosexuales y de minorías sexuales en los síntomas depresivos están bien documentadas, y pueden utilizarse prospectivamente para predecir depresión mayor, trastornos de ansiedad, problemas de uso de sustancias, así como ideación suicida e intentos de suicidio durante la edad adulta.
- Para optimizar los esfuerzos de prevención de los síntomas depresivos entre los adolescentes de minorías sexuales, es importante entender si estas disparidades de orientación sexual se modifican durante la transición de la adolescencia a la edad adulta e identificar los factores que pueden explicar por qué existen estas disparidades.
- En el presente estudio las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos fueron parcialmente explicadas por la baja satisfacción familiar, la victimización por ciberacoso, y las necesidades médicas no satisfechas, y atenuadas por el apoyo entre pares y la posibilidad de manifestar las preferencias sexuales.
- La capacitación de los profesionales de la salud para acompañar a los adolescentes y sus familias en esta etapa de desarrollo es fundamental para que vivan sus elecciones de forma plena en la vida adulta.

*Resumen y comentario objetivo: Dra. María Eugenia Noguero*

## Referencias bibliográficas

1. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a metaanalytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115–123
2. Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1276–1281
3. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):876–880
4. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):66–72
5. McLeod GFH, Horwood LJ, Fergusson DM. Adolescent depression, adult mental health and psychosocial outcomes at 30 and 35 years. *Psychol Med*. 2016;46(7):1401–1412



6. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1235–1237
7. Rosario M, Reisner SL, Corliss HL, Wypij D, Frazier AL, Austin SB. Disparities in depressive distress by sexual orientation in emerging adults: the roles of attachment and stress paradigms. *Arch Sex Behav*. 2014;43(5):901–916
8. Russell ST, Fish JN. Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. In: Cannon TD, Widiger T, eds. *Annual Review of Clinical Psychology*. Vol 12. Palo Alto, CA: Annual Reviews; 2016:465–487
9. Fish JN, Pasley K. Sexual (minority) trajectories, mental health, and alcohol use: a longitudinal study of youth as they transition to adulthood. *J Youth Adolesc*. 2015;44(8):1508–1527
10. Needham BL. Sexual attraction and trajectories of mental health and substance use during the transition from adolescence to adulthood. *J Youth Adolesc*. 2012;41(2):179–190
11. Marshal MP, Dermody SS, Cheong J, et al. Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *J Youth Adolesc*. 2013;42(8):1243–1256
12. Birkett M, Newcomb ME, Mustanski B. Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):280–285
13. la Roi C, Kretschmer T, Dijkstra JK, Veenstra R, Oldehinkel AJ. Disparities in depressive symptoms between heterosexual and lesbian, gay, and bisexual youth in a Dutch cohort: the TRAILS study. *J Youth Adolesc*. 2016;45(3):440–456
14. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674–697
15. Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*. 2009;135(5):707–730
16. Needham BL, Austin EL. Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *J Youth Adolesc*. 2010;39(10):1189–1198
17. Martin-Storey A, Crosnoe R. Sexual minority status, peer harassment, and adolescent depression. *J Adolesc*. 2012;35(4):1001–1011
18. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *J Youth Adolesc*. 2013;42(3):394–402
19. Berlan ED, Corliss HL, Field AE, Goodman E, Austin SB. Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *J Adolesc Health*. 2010;46(4):366–371
20. Tucker JS, Ewing BA, Espelage DL, Green HD Jr, de la Haye K, Pollard MS. Longitudinal associations of homophobic name-calling victimization with psychological distress and alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health*. 2016;59(1):110–115
21. Wang J, Nansel TR, Iannotti RJ. Cyber and traditional bullying: differential association with depression. *J Adolesc Health*. 2011;48(4):415–417
22. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(4):376–385

23. Everett BG, Mollborn S. Examining sexual orientation disparities in unmet medical needs among men and women. *Popul Res Policy Rev.* 2014;33(4):553–577
24. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: a US National Study. *Am J Public Health.* 2016;106(6):1116–1122
25. Vogt LE, Rukooko B, Iversen PO, Eide WB. Human rights dimensions of food, health and care in children's homes in Kampala, Uganda - a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16(1):10
26. Williams KA, Chapman MV. Comparing health and mental health needs, service use, and barriers to services among sexual minority youths and their peers. *Health Soc Work.* 2011;36(3):197–206
27. Luk JW, Gilman SE, Haynie DL, Simons- Morton BG. Sexual orientation differences in adolescent health care access and health-promoting physician advice. *J Adolesc Health.* 2017;61(5):555–561
28. Dunbar MS, Sontag-Padilla L, Ramchand R, Seelam R, Stein BD. Mental health service utilization among lesbian, gay, bisexual, and questioning or queer college students. *J Adolesc Health.* 2017;61(3):294–301
29. Hubach RD. Disclosure matters: enhancing patient-provider communication is necessary to improve the health of sexual minority adolescents. *J Adolesc Health.* 2017;61(5):537–538
30. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med.* 2008;66(6):1429–1436
31. Saewyc EM. Research on adolescent sexual orientation: development, health disparities, stigma, and resilience. *J Res Adolesc.* 2011;21(1):256–272
32. Saewyc EM, Bauer GR, Skay CL, et al. Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: evaluation of eight school-based surveys. *J Adolesc Health.* 2004;35(4):345.e1–345.e15
33. Friedman MS, Silvestre AJ, Gold MA, et al. Adolescents define sexual orientation and suggest ways to measure it. *J Adolesc.* 2004;27(3):303–317
34. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health.* 2009;45(4):368–375
35. Irwin DE, Stucky B, Langer MM, et al. An item response analysis of the pediatric PROMIS anxiety and depressive symptoms scales. *Qual Life Res.* 2010;19(4):595–607
36. Little RJ, Rubin DB. *Statistical Analysis With Missing Data.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2014
37. Savage D, Miller T, eds. *It Gets Better: Coming Out, Overcoming Bullying, and Creating a Life Worth Living.* New York, NY: Penguin Books; 2011
38. Kelley T. It gets better: coming out, overcoming bullying, and creating a life worth living. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(2):195
39. Cardom R, Rostosky S, Danner F. Does “it get better” for depressed sexual minority youth in young adulthood? *J Adolesc Health.* 2013;53(5):671–673
40. Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *J Youth Adolesc.* 2000;29(1):45–59
41. Ueno K. The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms. *Soc Sci Res.* 2005;34(3):484–510

42. Baams L, Grossman AH, Russell ST. Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Dev Psychol.* 2015;51(5):688–696
43. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW, Nansel TR. Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(10):1103–1112
44. Juvonen J, Gross EF. Extending the school grounds?—Bullying experiences in cyberspace. *J Sch Health.* 2008;78(9):496–505
45. Magee JC, Bigelow L, Dehaan S, Mustanski BS. Sexual health information seeking online: a mixed methods study among lesbian, gay, bisexual, and transgender young people. *Health Educ Behav.* 2012;39(3):276–289
46. Harper GW, Serrano PA, Bruce D, Bauermeister JA. The internet’s multiple roles in facilitating the sexual orientation identity development of gay and bisexual male adolescents. *Am J Men Health.* 2016;10(5):359–376
47. Kahle L. Are sexual minorities more at risk? Bullying victimization among lesbian, gay, bisexual, and questioning youth [published online ahead of print July 1, 2017]. *J Interpers Violence.* doi: 1177/0886260517718830
48. Sourander A, Brunstein Klomek A, Ikonen M, et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population based study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(7):720–728
49. Williams SG, Godfrey AJ. What is cyberbullying & how can psychiatric mental health nurses recognize it? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2011;49(10):36–41
50. Rafla M, Carson NJ, DeJong SM. Adolescents and the internet: what mental health clinicians need to know. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(9):472

