

Factores biopsicosociales asociados a la homosexualidad y otras variantes de orientación sexual

Biopsychosocial Factors Associated with Homosexuality and Other Types of Sexual Orientation

Brandon Salas-Sánchez,* Miguel Á. Fernández-Ortega,* Alejandro Medina-Rosales.*

Resumen

Se ha estimado que cerca del 9% de la población mundial pertenece a la población de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), con un importante subregistro en muchos de los países, por motivos culturales, religiosos y de violencia. En México, más de cinco millones de personas pertenecen a esta comunidad y son motivo de estigmatización y discriminación. Existe poca evidencia científica publicada respecto a factores biológicos que contribuyen al desarrollo de la orientación sexual, entre estos se encuentran la influencia hormonal, la genética o la inmunológica.

El desarrollo psicosexual ha sido descrito abordando las interacciones de los individuos con la sociedad y sus efectos en la salud mental. No hay evidencia clara del origen de las diferencias en el desarrollo de la identidad y orientación sexual, pudiendo ser de origen multifactorial. La falta de aceptación y comprensión social genera riesgos acentuados en la salud física y mental dentro de la comunidad LGBT, llevando a los individuos a presentar con mayor frecuencia alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad e incluso intento suicida; dado lo anterior, el objetivo de este trabajo fue analizar los factores asociados al comportamiento sexual en las personas de la población LGBT y sus efectos en la salud mental.

Palabras clave: personas LGBT; comportamiento sexual; homosexualidad; desarrollo psicosexual.

Sugerencia de citación: Salas-Sánchez B, Fernández-Ortega MA, Medina-Rosales A, Factores biopsicosociales asociados a la homosexualidad y otras variantes de orientación sexual. *Aten Fam.* 2024;25(1):35-42. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187142>

Este es un artículo open access bajo la licencia cc by-nc-nd (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Recibido: 29/08/2023
Aceptado: 12/10/2023

Correspondencia:
Brandon Salas-Sánchez
sanchezsalas1997@gmail.com

Summary

It has been estimated that about 9% of the world population belongs to the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) population, with a significant under-reporting in many of the countries, due to cultural, religious, and violence reasons. In Mexico, more than five million people belong to this community, and are subject to stigmatization and discrimination. There is little published scientific evidence regarding biological factors that contribute to the development of sexual orientation, among these are hormonal, genetic or immunological influences.

Psychosexual development has been described by addressing the interactions of individuals with society, and their effects on mental health. There is no clear evidence of the origin of the differences in the development of sexual identity, and orientation, which may be multifactorial. The lack of social acceptance and understanding generates accentuated risks in physical, and mental health within the LGBT community, leading individuals to present more frequently psychiatric disorders such as depression, anxiety, and even suicide attempts; given the above, the objective of this work was to analyze the associated factors with sexual behavior in the LGBT population, and its effects on mental health.

Keywords: LGBT Persons, Sexual Behavior, Homosexuality, Psychosexual Development.

Introducción

En la antigüedad, no existía una categorización respecto a la orientación sexual, según Boswell, en la antigua Grecia, no era importante catalogar a las personas de acuerdo con su orientación sexual.¹ Para Oscar Guasch, conceptualizar la homo-

sexualidad, antes del siglo XIX, como la atracción sexual hacia personas del mismo sexo era impensable debido a la inexistencia de alguna clasificación científica.²

La generación de un conocimiento sistematizado respecto a la atracción sexual entre personas del mismo sexo tuvo su auge en el siglo XIX por los psicólogos alemanes Karl-Maria Kertbeny y Benkert durante la revocación de la reforma sexual en Alemania.³ El concepto de la homosexualidad dividió a la población humana según su orientación sexual, por lo que durante ese siglo se buscó caracterizar la “normalidad” entre hombres y mujeres.⁴

A principios del siglo XX se definieron las funciones y roles sexuales de la población desde una perspectiva biologicista, lo que generó en distintos países europeos y en América leyes que consideraban a la homosexualidad como una perversión o un delito. Este partea-guas sirvió como antecedente para la implementación del modelo hegemónico sobre la diversidad sexual en los países de occidente, normalizando la sexualidad a partir del estereotipo heterosexual, monógamo y reproductor.³

Este modelo hegemónico de la identidad sexual afectó las definiciones y diagnósticos de la homosexualidad durante muchos años, llegando a ser catalogada como una disfunción sexual dentro de las parafilias y los trastornos de identidad sexual.⁵⁻⁸ En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar a la homosexualidad como desviación sexual e hizo un llamado a rechazar toda legislación discriminatoria contra gays y lesbianas. El 17 de mayo de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS), retiró a la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales, actualmente en esa fecha se conmemora del Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia.⁹

Durante el tiempo que fue considerada la homosexualidad como patología o desviación sexual, surgieron algunas terapias de conversión para “curar” las expresiones sexuales que diferían de la norma social (homosexualidad), dentro de las que se encontraban: tratamientos hormonales como la castración química; la administración de testosterona o estrógenos; psicoanálisis; neurocirugía (lesiones en el hipotálamo) y tratamientos con electrochoques. Ninguna de estas intervenciones ha demostrado efectividad.¹⁰

Dichas “terapias” fueron procedimientos que se aplicaron en muchos casos en contra de la voluntad de las personas, lo que atentaba contra sus derechos humanos y violaba los principios éticos de la medicina. Además, se afectaba su salud mental al generar estigma y minusvalía, lo que podía agravar patologías como la depresión y ansiedad, frecuentes en esta población.¹⁰ Por este motivo, la APA hizo una declaración en el año 2000 en la que expresó que “no hay evidencia científica que apoye la eficacia de la terapia reparativa para alterar la condición sexual, por lo que no está incluida como tratamiento psiquiátrico”.^{11,12}

Definición

El comportamiento sexual incluye una amplia variedad de actividades en las que los individuos se involucran para expresar su sexualidad. Está compuesto por prácticas sexuales como la masturbación, la estimulación oral-genital (sexo oral), coito peneano-vaginal (sexo vaginal) y estimulación o coito anal. También incluye los actos para despertar el interés sexual de otros o atraer parejas.¹³

La sexualidad es un aspecto complejo de los individuos que involucra diferentes esferas: el sexo, la orientación

Cuadro 1. Definición y variantes de sexo, identidad de género y orientación sexual

Características	Sexo	Identidad de género	Orientación sexual
Variantes	-Hombre	-Cisgénero: SAN coincide con el género	-Lesbiana: mujer atraída por las mujeres
	-Mujer	-Transgénero: SAN es lo opuesto al género	-Gay: hombre atraído por hombres
	-Intersexual: cualquier identidad de género, pero con una anatomía sexual ambigua	-Agénero: no se identifica con el género	-Bisexual: hombres/mujeres atraídos por hombres y mujeres
		-Género fluido: diferentes géneros en diferentes momentos	-Pansexual: hombres/mujeres atraídos por cualquier género dentro del espectro. No pueden tener encuentros sexuales con personas con las que no tienen un vínculo emocional
		-Género Queer: fuera de las normas de género: desafía la categorización del género	-Asexual: hombres/mujeres que no sienten atracción sexual por ninguno de los géneros
		-No binario: ni hombre ni mujer, sino en otros lugares del espectro	

sexual, la identidad y la expresión de género. El sexo es un término médico definido por factores biológicos como; las gónadas, genitales, genética, hormonas y receptores hormonales. Este concepto representa las características físicas del hombre, mujer y persona intersexual (cualquier identidad, pero con una anatomía sexual ambigua). La OMS describe al género como los roles, características y oportunidades que han sido definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres y las personas no binarias. Este interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto. Tal es el caso, que los genitales externos se utilizan normalmente al nacer para asignar un género; lo que se conoce como el sexo asignado al nacer (SAN).^{14,15}

La identidad de género es la forma en que la sociedad te describe como femenino o masculino, se refiere al concepto de sí mismo como un individuo sexual y de los sentimientos que esto conlleva; se relaciona con cómo vivimos, sentimos nuestro cuerpo y cómo lo llevamos al ámbito público.¹⁶ Tradicionalmente se ha visto como un sistema binario (hombres y mujeres), aunque, una descripción más precisa de la identidad de género revela que el género se encuentra en un espectro con muchas otras identidades fuera de este esquema binario, las cuales se presentan en el tabla 1.¹⁵

La expresión de género corresponde a la forma en la que un individuo expresa su género a través de la ropa, el cabello, el cuerpo o sus actitudes. Este puede ser “femenino” o “masculino” y puede o no estar alineado a la identidad de género.¹⁷

La orientación sexual se refiere al género o sexo de las personas por las que alguien se siente atraído sexualmente, teniendo como variantes

la heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad y la asexualidad. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) define la heterosexualidad como la capacidad que tiene un individuo para sentir atracción erótica-afectiva por personas del género opuesto; a la bisexualidad como la capacidad de una persona para sentir esa atracción por personas de ambos géneros y a la homosexualidad como la capacidad de un individuo para sentir atracción por personas de su mismo género.^{18,19}

A principios de este siglo inició el debate alrededor de la “asexualidad”, definida como ausencia de atracción sexual hacia otras personas.²⁰ En un principio fue considerada una disfunción sexual o psicológica. En la actualidad se concibe como una orientación sexual y

no un trastorno que tenga que ser tratado médicamente.

La población LGBT en el mundo

Según el *Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur* (IPSOS), 9% de la población mundial es parte de la comunidad LGBT, de ellos, 4% es bisexual; 3% homosexual; 1% pansexual; 1% asexual. Se debe considerar que existen muchos países con restricciones políticas y sociales que impiden la expresión libre de la sexualidad, por lo que se estima que la cantidad de personas de la comunidad LGBT es mayor.²¹

La criminalización de la homosexualidad es otro factor que impide tener certidumbre sobre el número de homosexuales en el mundo. Según el reporte de 2020 de “Homofobia de Estado” de

la *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* (ILGA), en 35% de los países miembros de la ONU se penalizan los actos sexuales consensuales entre personas adultas del mismo sexo. África tiene 59% de los países que criminalizan la homosexualidad (31 de 54) y es seguido por Asia con 50% de los países (21 de 42). En esta región se realizan los castigos más inhumanos, como detenciones arbitrarias, flagelación, encarcelamiento e incluso la pena de muerte en Arabia Saudita.²²

En México (2021), una de cada veinte personas se identificó como lesbiana, gay, bisexual o transexual (comunidad LGBT), lo que correspondió a cinco millones de personas mayores de 15 años. De ellos, 81.8% se dijo integrante de esta población por su orientación sexual, 7.6% por su identidad de género y 10.6% por ambas.²³

Existe una brecha generacional en el reconocimiento de la diversidad sexual que se hace evidente en los últimos 70 años, al comparar a personas nacidas entre los años 1946 y 1964 (también conocidos como “*Baby boomers*”) y los nacidos entre 1995-2000 (“*Generación Z*”). En este periodo, las personas homosexuales han tenido un incremento del 7% de los baby boomers, comparado con el 18% en la Generación Z. Esto podría suponer una mayor libertad para expresar la sexualidad gracias a la lucha de organizaciones y colectivos alrededor del mundo que han logrado cambios políticos y sociales en muchos de los países.²¹

Factores biológicos relacionados con el comportamiento sexual

Los factores biológicos que contribuyen al comportamiento sexual humano son en su mayoría desconocidos. Diferentes

teorías apuntan a que la orientación sexual se determina durante el desarrollo prenatal y parece ser el resultado de la interacción de factores genéticos, hormonales, químicos y algunos relacionados con el sistema inmune.²⁴

La teoría clásica hormonal parte de la hipótesis que las hormonas gonadales influyen en la identidad de género y la orientación sexual y se fundamenta en la experimentación con ratas, en las que se ha manipulado la expresión hormonal durante la etapa prenatal y el desarrollo neonatal temprano. De acuerdo con esta teoría, también llamada organizativa, la exposición prenatal y neonatal a la testosterona causa masculinización del feto, mientras que la feminización ocurre en la ausencia relativa de testosterona. La masculinización implica cambios neuronales permanentes inducidos por las hormonas esteroideas y difiere de los efectos de activación transitorios observados después de la pubertad.^{25,26}

Las alteraciones cerebrales resultantes de la interacción hormonal y el desarrollo de las células cerebrales son la principal causa de las diferencias en la orientación sexual, la identidad de género, el comportamiento sexual, la agresión y la cognición en los adultos. Sin embargo, la teoría clásica hormonal no ha podido ser demostrada en humanos debido a las implicaciones éticas que conlleva.²⁷

Existe un reporte médico que podría acercarse a identificar el papel de las hormonas en el desarrollo prenatal de la identidad de género. En el año de 1997 se hizo público el caso de David Reimer, hombre canadiense que sufrió una iatrogenia durante su circuncisión, lo que llevó a sus médicos a tomar la decisión de practicarle una cirugía de reasignación de sexo, además de la administración

de tratamientos hormonales para que creciera como mujer. Sin embargo, él nunca se sintió como tal y años más tarde descubrió lo ocurrido, haciendo lo posible por cambiar su forma de vivir a la de un hombre, pero el impacto en su salud mental resultó en su suicidio en 2004. Este evento podría apoyar la hipótesis de que la exposición prenatal a la testosterona tiene un efecto permanente en la identidad sexual de los individuos, pero no en etapas posteriores.²⁸

Otra evidencia de que la teoría hormonal organizativa se aplica al desarrollo de la identidad de género proviene de las observaciones de las características cerebrales estructurales y funcionales entre las personas transgénero y sujetos de control con la misma identidad de género, que entre las personas que comparten su sexo biológico.²⁹ Estos argumentos remarcan la imposibilidad de cambiar las características sexuales posterior al nacimiento, además refuerzan el argumento de que la transexualidad no es una elección de vida.

Simon LeVay publicó en los noventa, que la región hipotalámica del tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior (INAH3) era dos veces de menor tamaño en los hombres homosexuales respecto al de los hombres heterosexuales. Este fue el primer estudio científico para dar una base biológica y estructural a la orientación sexual. Aunque esta investigación fue muy criticada por tratarse de una muestra de 41 cerebros (18 hombres autodenominados homosexuales, un bisexual, 16 hombres y seis mujeres heterosexuales), la gran mayoría había muerto por complicaciones del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA).³⁰

Otro de los cambios estructurales reportados, se encuentra en la comisura cerebral anterior, la cual fue de mayor

tamaño en hombres homosexuales, siendo 18% mayor respecto a las mujeres heterosexuales y 34% mayor respecto a hombres heterosexuales.³¹ Esta estructura cerebral se encarga de las conexiones de izquierda a derecha dentro de la corteza temporal y por lo tanto, contribuye en funciones como la memoria, las emociones, el habla y la audición. Tiene también un rol en la olfacción, el instinto y el comportamiento sexual.¹⁰

Savic y Lindström,³² reportaron simetría cerebral en hombres homosexuales. Su estudio realizado a través de resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (PET), encontró que los hombres heterosexuales y mujeres homosexuales mostraban una asimetría cerebral hacia la derecha, mientras que los volúmenes de los hemisferios cerebrales fueron simétricos en hombres homosexuales y mujeres heterosexuales. Los mecanismos detrás de estos hallazgos son desconocidos. De acuerdo con las discusiones sobre el dimorfismo sexual del cerebro, se deben tener en cuenta tres factores: los efectos ambientales, la genética y las influencias hormonales sexuales.

Ganna y cols.,³³ realizaron el estudio más grande reportado sobre la base genética de la sexualidad, el cual reveló cinco puntos en el genoma humano que están vinculados al mismo. Utilizó un método conocido como estudio de asociación en todo el genoma (GWAS) para analizar los genomas de cientos de miles de personas para detectar cambios de ADN llamados polimorfismos de nucleótido único (SNP). En su investigación, destacan los hallazgos de dos SNP asociados con el comportamiento sexual masculino con su mismo sexo, el rs34730029 y rs28371400.

El locus que abarca rs34730029-11q12.1 contiene una serie de genes de receptores olfatorios, varios de los cuales se asociaron significativamente con el comportamiento sexual del mismo sexo en una prueba basada en genes y aunque el mecanismo subyacente no está claro, se ha establecido un vínculo entre el olfato y la función sexual. En segundo lugar el rs28371400-15q21.3 está cerca de un gen (TCF12) relevante para la diferenciación sexual, lo cual fortalece la observación de que la regulación de las hormonas sexuales puede estar involucrada en el desarrollo del comportamiento sexual. A pesar de haber encontrado esta correlación genética, los autores del estudio advierten que estos SNP no se pueden usar para predecir de manera confiable las preferencias sexuales en ningún individuo, porque ningún gen tiene un efecto unívoco en el comportamiento sexual.³³

Existe poca evidencia que compruebe la hipótesis de que los factores inmunológicos influyen en el comportamiento sexual, sin embargo, según esta teoría, algunas madres desarrollan anticuerpos contra un factor vinculado al cromosoma “Y”, el cual es importante para el desarrollo del cerebro y que la respuesta aumenta gradualmente con cada gestación masculina, lo que conduce a la alteración de las estructuras cerebrales involucradas en el desarrollo de la orientación sexual en los niños nacidos posteriormente.³⁴

Bogaert demostró recientemente que las madres de hijos homosexuales, en particular aquellos con hermanos mayores tienen títulos de anticuerpos más altos contra la neuro lignina 4 (NLGN4Y), una proteína extracelular involucrada en el funcionamiento sináptico y que se presume juega un papel importante en el desarrollo cerebral fetal.³⁵

Desarrollo psicosexual humano

En los inicios del psicoanálisis, y de acuerdo con Freud, se agrupaba en cinco fases el desarrollo psicosexual de los individuos: fase oral, anal, fálica, de latencia y genital, así como el autodescubrimiento del sujeto y su relación con los estímulos externos.^{36, 37}

Otros autores, contrastando estas observaciones, también consideraron la dimensión social y el desarrollo psicosexual para explicar las etapas del desarrollo psicosexual y por ende, tomaron en cuenta el impacto de la cultura, la sociedad y la historia personal en el desarrollo de la personalidad.³⁷ Asimismo, se concibió el ciclo vital del hombre en ocho etapas, las cuáles surgen durante el crecimiento de los individuos, cuando se enfrentan a nuevas decisiones y puntos de inflexión durante la infancia, adolescencia y edad adulta. Cada una de las etapas es representada por corrientes psicológicas opuestas; una positiva y otra negativa, a partir de las cuáles se desarrolla una virtud del ego o un mal desarrollo.^{38, 39}

Es en la etapa de la edad preescolar de 3 a 5 años, de iniciativa *versus* culpa y miedo, cuando se inicia el aprendizaje psicosexual que comprende la identidad de género y sus respectivas funciones sociales, además de la resolución del “complejo de Edipo”.^{38, 40} En la etapa de la industria *versus* la inferioridad—competencia—latencia, durante la edad escolar, de 5-6 años a 11-13 años, disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. Es en la etapa de identidad *versus* confusión de roles - fidelidad y fe que comprende la adolescencia de 12 a 20 años, cuando el crecimiento corporal rápido y la madurez psicosexual despierta interés por la sexualidad y formación de la identidad sexual.

Finalmente, en el estadio de la *intimidad versus aislamiento-amor* en el joven adulto, de 20 a 30 años, la madurez sexual del adolescente tiene su culminación en lo que el psicoanálisis llama momento de la genitalidad. En esta última etapa de la integración sexual se desarrolla una relación saludable con un individuo amado, con quien se quiera y pueda compartir con confianza mutua.⁴⁰

Aunque la teoría del desarrollo psicosexual fue fundamental para personas heterosexuales, se podría suponer que el desarrollo del mismo ocurre para las disidencias sexuales, sin embargo, a la fecha, se han propuesto diversas clasificaciones para el desarrollo sexual; una de ella consiste en seis categorías que explican este desarrollo en personas homosexuales: surgimiento, identificación, asumir una identidad, aceptar la identidad, consolidación, autoevaluación y apoyo a otros. Dentro de cada una de estas etapas se reconoce el reto y la problemática de la autoaceptación y la interacción con el entorno, a lo que se denominó: ciclo vital de los homosexuales.⁴¹

Durante la etapa de surgimiento se presenta rechazo a los deseos sexuales generado por las creencias y valores familiares, llevando a la persona a un proceso de negación y confusión. En la etapa de identificación reconoce su orientación sexual y empieza a satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales. Cuando se asume la identidad, empieza a socializar con sus pares para generar redes de apoyo. La aceptación de identidad supone la libertad para mostrarse como homosexual frente a su entorno social. El orgullo y la plena aceptación de su sexualidad se experimentan durante la etapa de la consolidación y ha sido definido como ser homopensante, homodeseante, homoafectivo, homoerótico

y homogéneo. Finalmente, en la etapa de autoevaluación y apoyo a otros hay un pleno reconocimiento y aceptación de su sexualidad, la persona se convierte en mentor y guía para las personas que están descubriendo su orientación sexual.^{42, 43}

La evidencia sugiere que quienes tienen más prejuicios hacia su sexualidad tienden a no expresar una adecuada integración de su identidad, además, exhiben un concepto físico más bajo que los hombres heterosexuales y también presentan una autoimagen sexual negativa.^{44, 45}

Interacciones sociales y efectos en la salud mental de la población LGBT

Las personas LGBT tienen necesidades particulares en su salud física y mental, ya que con frecuencia presentan problemas en su desarrollo psicosexual que podrían suponer factores de riesgo para sufrir trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, autolesiones, abuso de sustancias e incluso suicidio.^{46, 47}

El descubrimiento y la autoaceptación de una identidad u orientación sexual, diferente a la mayoría, representa un factor de estrés para los individuos, así como dificultades de aceptación y apoyo por parte de sus familias. El estigma social contra las minorías sexuales y de género, puede llevar a actos de discriminación, violencia y abuso.⁴⁸

El rechazo familiar hacia las identidades de la diversidad supone un riesgo de resultados adversos hacia su salud mental. Ryan y cols.,⁴⁹ informaron que las jóvenes lesbianas, gays y bisexuales (LGB) que reportaron un alto rechazo familiar tenían 8.4 más probabilidades de intento suicida; 5.9 más posibilidades de experimentar depresión y 3.4 más riesgo de usar sustancias ilícitas, en comparación con aquellos que reportaron poco o ningún rechazo familiar.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021, en el caso de México, 81.8% de la población LGBT ha tenido al menos un problema emocional, contra un 73.2% de las personas que no pertenecen a este grupo. Las ideas suicidas se han presentado en 26.1% de la población LGBT en contraste con 7.9% de las personas heterosexuales y el intento de suicidio fue de 14.2 % para esta comunidad LGBT, mientras el cual fue de 4.2% que para la población heterosexual.²⁴

Otro de los aspectos que afectan a las juventudes de la diversidad sexual son las diferentes formas de victimización de acoso homofóbico expresado en violencia física, verbal, social y de ciberacoso.⁵⁰ Las microagresiones se definen como comportamientos y declaraciones a menudo inconscientes, que comunican mensajes hostiles o despectivos de los miembros de grupos sociales dominantes hacia personas de la comunidad LGBT.⁵¹ Estas conductas afectan negativamente la salud mental y física de las víctimas.⁵²

Durante la adolescencia y adultez temprana también existe el riesgo de la homofobia internalizada, la cual se presenta como sentimientos de vergüenza, ira, exclusión y falta de esperanza al momento de la integración del “autoconcepto sexual”.⁵³ En un estudio realizado por Yolaç y colaboradores, en el que se buscó encontrar los niveles internalizados de homofobia y su asociación con los niveles de depresión en personas homosexuales, se encontró homofobia internalizada en 57.1% de las personas con depresión moderada.⁵⁴

Conclusiones

La revisión presentada nos permite sugerir que no hay evidencia clara del origen de las diferencias en el comportamiento

sexual humano, sobre todo, en los aspectos de identidad y orientación sexual, pudiendo ser de origen multifactorial con preponderancia de factores biológicos. La creencia de que las preferencias sexuales son adquiridas por eventos o ambientes psicosociales predisponentes como el abuso sexual, la expresión afectiva acentuada de los padres o la convivencia acentuada con personas del sexo opuesto como hermanas(os) o amigas(os) carecen de evidencia.

Asimismo, resulta importante considerar que los efectos en la falta de aceptación, comprensión y respeto a las diferencias sexuales genera en muchas personas de la comunidad LGBT riesgos acentuados en su salud física, mental y social; llevándolos a presentar con mayor frecuencia que el resto de la población, alteraciones psiquiátricas o psicológicas tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias e incluso intentos suicidas.

En este artículo se abordaron riesgos psicosociales de estas personas, sin embargo, muchas de ellas además, presentan riesgos importantes en su salud física, como consecuencia del uso de hormonales, implantes, infecciones de transmisión sexual, agresiones físicas, etc., las cuales no fueron parte del objetivo de este estudio.

Es muy importante difundir y concientizar a la sociedad respecto a los factores que condicionan estas diferencias en el comportamiento sexual, que favorezcan la aceptación y la sana convivencia, así como el respeto inalienable de los derechos humanos de la población LGBT.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores:

Conceptualización: S-S B, F-O MÁ. Investigación: S-S B, F-O MÁ, M-R A. Metodología: S-S B, F-O MÁ. M-R A. Supervisión: S-S B, F-O MÁ. Redacción del borrador original: S-S B, F-O MÁ, M-R A. Redacción, revisión y edición: S-S B, F-O MÁ, M-R A. Todos los autores aprueban la publicación del presente escrito.

Financiamiento: Esta investigación no recibió ningún apoyo económico.

Referencias

1. Boswell J. IV: Towards the Long View Revolutions, Universals and Sexual Categories. Salmagundi. 1982; 58(59):89-113.
2. Guasch O. Homosexualidad, masculinidades e identidad gay en la tardomodernidad: el caso español. Mientras Tanto. 2008;107:27-47.
3. Lozano I. El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. Enseñanza e investigación en psicología. 2009;14(1):153-168.
4. Solana M. El debate sobre los orígenes de la homosexualidad masculina. Una revisión de la distinción entre esencialismo y construccionismo en historia de la sexualidad. Tópicos, Rev Fil. 2017;54:395-427.
5. Peidro S. La patologización de la homosexualidad en los Manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. Revista de Bioética y Derecho. 2021;52:221-235.
6. Laguarda R. Gay en México: lucha de representaciones e identidad. Alteridades. 2007;17(33):127-133.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4° ed. Washington, DC; 1994.
8. Téllez-Vega F. Representación discursiva sobre la homosexualidad en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (revisión de 1995). Cuadernos de Lingüística Hispánica. 2014;25,143-162.
9. La Agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR). Día Internacional contra la Homofobia, Transfobia y Bifobia, «Justicia y Protección para Todos» [Internet]. [Citado 2023 Ago 22]. Disponible en: <https://www.acnur.org/mx/noticias/news-releases/dia-internacional-contra-la-homofobia-transfobia-y-bifobia-justicia-y>
10. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. Prog Brain Res. 2010;186:41-62.
11. American Psychological Association. Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. [Internet] [Cita-

- do 2023 Ene 06] Disponible en: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
12. El Mundo. Cuando la homosexualidad se consideraba una enfermedad. [Internet]. [Citado 2023 Ene 05] Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/06/24/medicina/1119625636.html>
13. Marrón JL. Sexual Behavior. En: Gellman, Turner JR, editor. Encyclopedia of Behavioral Medicine. 10° ed. New York: Springer; 2013. p. 1773-1774
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Género y salud [Internet] [Citado 2023 Ene 05]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/gender>
15. Johnson B, Leibowitz S, Chavez A, Herbert S. Risk Versus Resiliency. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2019;28(3):509-521.
16. Secretaría de Gobernación. ¿Qué es la identidad de género? [Internet] Gobierno de México. [Citado 2023 Mar 20]. Disponible en <https://www.gob.mx/segob/articulos/que-es-la-identidad-de-genero>
17. Ontario Human Rights Commission. Gender identity and gender expression. [Internet] 2022. [Citado 2023 Ene 20] Disponible en: <https://www.ohrc.on.ca/en/policy-preventing-discrimination-because-gender-identity-and-gender-expression/3-gender-identity-and-gender-expression>
18. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales 2016. [Internet] [Citado 2023 Ene 20] Disponible en: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
19. Palermo E. Pansexual: A 'new' sexual orientation? Live Science 2013 [Citado 2023 Ene 20] Disponible en: <http://www.livescience.com/41163-pansexual-sexual-orientation-pansexuality.html>
20. Kelleher S, Murphy M, Su X. Asexual Identity Development and Internalisation: A Scoping Review of Quantitative and Qualitative Evidence. Psych Sex. 2023;14(1):45-72
21. IPSOS. LGBT+ Pride 2021 Global Survey [Internet] [Citado 2023 Ene 20]. Disponible en: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/LGBT%20Pride%202021%20Global%20Survey%20Report_3.pdf
22. ILGA World. [Internet] [Citado 2023 Ene 20] Disponible en: https://ilga.org/downloads/ILGA_Mundo_Homofobia_de_Estado_Actualizacion_Panorama_global_Legislacion_diciembre_2020.pdf
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) Conociendo a la población LGBTI+ en México 2021 [Internet] [Citado 2022 Oct 22] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/lgbti/>
24. Turano A, Osborne BF, Schwarz JM. Sexual Differentiation and Sex Differences in Neural Development. Curr Top Behav Neurosci. 2019;43:69-110.
25. Cooke BM, Hegstrom CD, Villeneuve LS, Breedlove SM. Sexual differentiation of the vertebrate brain: principles and mechanisms. Front Neuroendocrinol. 1998;19(4):323-362.

26. Pillard RC, Bailey JM. Human sexual orientation has a heritable component. *Hum. Biol.* 1998;70(2):347-365.
27. Roselli CE, Estill C, Stadelman HL, Meaker M, Stormshak F. Separate critical periods exist for testosterone-induced differentiation of the brain and genitals in sheep. *Endocrinology.* 2011;152(6):2409-2415.
28. Diamond M, Sigmundson HK. Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(3):298-304.
29. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature.* 1995;378(6552):68-70.
30. LeVay S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science.* 1991;253(5023):1034-1037.
31. Allen LS, Gorski RA. Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1992;89(15):7199-7202.
32. Savic I, Lindström P. PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo and heterosexual subjects. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2008;105(27):9403-9408.
33. Ganna A, Verweij KJH, Nivard MG, Maier R, Wedow R, Busch, et al. Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science.* 2019;365(6456):eaat7693.
34. Blanchard R. Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. *Hormones and Behavior.* 2001;40(2):105-114.
35. Bogaert AF. Biological versus nonbiological older brothers and men's sexual orientation. *Proc Natl Acad Sci.* 2003;103(28):10771-4.
36. Freud S. *Tres ensayos de teoría sexual.* 6° ed. Buenos Aires. Amorrortu Editores; 1992.
37. Lantz SE, Ray S. Freud Developmental Theory [Internet] [Citado 2023 Feb 02] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557526/>
38. Erikson E. *Infancia y Sociedad.* 12° ed. Buenos Aires. Ediciones Hormé; 1993.
39. Orenstein GA, Lewis L. Eriksons Stages of Psychosocial Development. [Internet] [Citado 2023 Feb 02] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>
40. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto *Revista Lasallista de Investigación.* 2005;2(2):50-63
41. Ardila R. *Homosexualidad y psicología.* 2° ed. Bogotá. Manual Moderno; 1998.
42. Ceballos AK, Zambrano CA, Ojeda E. Manual de orientaciones estratégicas para el empoderamiento en personas con orientación sexual homosexual [Internet] [Citado 2023 Feb 02] Disponible en: <http://sired.udenar.edu.co/id/eprint/2746>
43. Zambrano CA, Hernández-Pasichaná P, Guerrero-Montero A. Proceso de reconocimiento de la orientación sexual homosexual en estudiantes de una universidad pública. *Psicogente.* 2019; 22(41):1-29.
44. Deutsch AR, Hoffman L, Wilcox BL. Sexual self-concept: Testing a hypothesized model for men and women. *J Sex Res.* 2014;51(8):932-945.
45. Rowen CJ, Malcolm JP. Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men. *J Homosex.* 2003;43(2):77-92.
46. Lothwel LE, Libby N, Adelson SL. *Mental Health Care for LGBT Youths.* Focus 2020; 18(3):268-276.
47. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex.* 2010;58(1):10-51.
48. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors.* 2009; 23(1):175-184.
49. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics.* 2009;123(1):346-352.
50. Lin HC, Chang YP, Chen YL, Yen CF. Relationships of Homophobic Bullying Victimization during Childhood with Borderline Personality Disorder Symptoms in Early Adulthood among Gay and Bisexual Men: Mediating Effect of Depressive Symptoms and Moderating Effect of Family Support. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(8):4789.
51. Nadal KL, Whitman CN, Davis LS, Erazo T, Davidoff KC. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *Journal of sex research.* 2016;53(4-5):488-508.
52. Earnshaw VA, Bogart LM, Poteat VP, Reisner SL, Schuster MA. Bullying Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America.* 2016;63(6):999-1010.
53. Li F, Liao J, Sun X, Yang T, Li T, Wang Y, Mei Y. Does self-concept clarity relate to depressive symptoms in chinese gay men? The mediating effects of sexual orientation concealment and gay community connectedness. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC.* 2022;9:1506-1518.
54. Yolaç E, Meriç M. Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in psychiatric care.* 2021;57(1):304-310.