

Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática

Sexual orientation and social anxiety disorder: a systematic review

Adalberto Campo-Arias¹, José Luis Vanegas-García y Edwin Herazo²

Introduction: People with non-heterosexual sexual orientation frequently face stigma-discrimination complex. Beside, persons who meet criteria for social anxiety disorder (SAD) present annoying symptoms in social situations when they could be evaluated or may be the victims of teasing or rejection. However, there is no systematic review showing the magnitude of this association. **Objective:** To review the association between sexual orientation and social anxiety disorder in observational studies during the last twenty years. **Method:** It was performed a systematic review in the Virtual Health Library, Medline, PsycArticles and Scopus. Key words were homosexuality, sexual orientation, sexual behavior, social anxiety disorder, social phobia, mental disorders and mental health. The search was limited to published studies involving adults between January 1997 and December 2016. A qualitative analysis of the studies was performed and Odds Ratios (ORs) were calculated, if they were not reported. Results: Revision included five studies that showed a statistically significant association between non-heterosexual orientations, in particular bisexuality, and SAD, OR between 1.9 and 3.5, 95% CI 1.0-11.4. **Conclusions:** Non-heterosexual orientations are associated with SAD. It is important to consider counseling in people who meet criteria for SAD and the role played by the stigma-discrimination complex by counseling. More studies addressing this relationship from social and cultural perspective are needed in Latin America.

Key words: Sexual Behavior; Social Anxiety Disorders; Social Discrimination; Review, Systematic. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2017; 55 (2): 93-102

Recibido: 06/03/2017

Aceptado: 05/05/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Médico, especialista en psiquiatría y epidemiología, Magíster en salud sexual y reproductiva, Profesor auxiliar, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Santa Marta, Colombia.

² Estudiante del Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Santa Marta, Colombia.

³ Médico, especialista en psiquiatría, Magíster en bioética y en historia, Philosophical doctor (c) en salud pública (Universidad Nacional de Colombia) y director del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavior Research Institute*) Bogotá, Colombia.

Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS) se caracteriza por marcada aprensión o temor en interacciones o situaciones sociales en las que se puede ser evaluado o juzgado. Existe expectación aprensiva por la calificación negativa, por la humillación, el rechazo o la vergüenza por ofender a otras personas¹. La prevalencia de TAS puede variar entre 0,4% y 45,6% según las características de la población; sin embargo, la mejor estimación es 2,5%; IC 95% 1,4-4,0².

El TAS es una condición que suele seguir un curso crónico y habitualmente las primeras manifestaciones se presentan entre los 10 y 20 años de edad^{3,4}. Un grupo de factores biológicos, psicológicos y sociales se han descrito para el inicio y el mantenimiento del TAS⁵⁻⁹. En este grupo, los eventos traumáticos se asocian significativamente a la presentación de TAS^{10,11}, lo mismo que las situaciones de burlas, discriminación o exclusión social¹²⁻¹⁵.

Por otra parte, la orientación sexual, definida de la forma más simple, se entiende como la dirección de la atracción sexual, fantasías, sueños o deseos persistentes y preferentes por personas de un determinado sexo. Según esta perspectiva, las opciones definidas son heterosexual, atraídos preferencial o exclusivamente por personas del sexo opuesto; homosexual, atracción predominante o únicamente por personas del mismo sexo; y bisexual con atracción bastante similar a personas de uno y otro sexo¹⁶. En el momento actual se incluyen entre las opciones, las personas asexuales, que niegan cualquier atracción por personas de cualquier sexo, y las personas inseguras o indecisas acerca de la propia orientación sexual en algún momento de la vida^{17,18}.

La prevalencia de orientación no heterosexual en la población general se encuentra entre 1,0-10,0%, según la técnica de medición¹⁹⁻²⁵. La orientación sexual no heterosexual, se considera técnicamente una condición natural y, por lo tanto, se eliminó de las clasificaciones de los trastornos mentales²⁶; sin embargo, las personas no heterosexuales con frecuencia son sujetos de

humillación, rechazo y exclusión social, es decir, víctimas del complejo estigma-discriminación²⁷⁻²⁹. Esta situación emocional y social se conoce como estrés de las 'minorías', que en este caso aplica a las personas no heterosexuales³⁰. Este estrés puede ser mucho mayor en personas no heterosexuales dado que el complejo estigma-discriminación comienza en el grupo familiar cercano³¹⁻³³; y suele incrementarse por el autoestigma internalizado, llamado comúnmente homofobia internalizada³⁴⁻³⁶. Igualmente, se ha documentado que las personas no heterosexuales informan menor apoyo social por la orientación sexual que personas de otros grupos minoritarios por sus características, como las personas afrodescendientes³⁷.

En consecuencia, se puede esperar una alta prevalencia TAS en personas no heterosexuales, como se observa en otros grupos que son víctimas del complejo estigma-discriminación por cualquier característica, condición o situación³⁸⁻⁴¹. Se acepta que el complejo estigma-discriminación es un estresor sociopolítico con implicaciones importantes en la salud física y mental de las personas⁴²⁻⁴⁴.

Varias revisiones sistemáticas han mostrado una mayor prevalencia de trastornos mentales, en particular, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad en conjunto^{2,45,46}. Sin embargo, a la fecha se carece de una revisión sistemática que consolide la información sobre la asociación entre la orientación sexual no heterosexual y TAS.

El objetivo de esta investigación fue realizar una revisión sistemática de la asociación de orientación no heterosexual (bisexual, gais, lesbiana o insegura) y TAS durante los últimos 20 años (1997-2016).

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática de investigaciones que cuantificaron la asociación entre orientación sexual y el diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

La revisión se realizó en la Biblioteca Virtual en Salud, Medline, PsycArticles y Scopus. Estas bases de datos o buscadores reúnen un alto porcentaje de la producción científica mundial en el contexto

de la salud en español, inglés y portugués. Se utilizaron como palabras claves en español los descriptores en ciencia de la salud (DeCS) o palabras relacionadas de uso frecuente en las publicaciones biomédicas: homosexualidad, orientación sexual, comportamiento sexual, fobia social, trastorno de ansiedad social, trastorno mental, trastornos mentales y salud mental. Asimismo, se usaron términos equivalentes en inglés (*Medical Subject Heading*, MeSH) y en portugués (*Palavras-Chave o Descritores*) para minimizar la exclusión inadvertida de algún artículo relevante.

Los descriptores se combinaron sucesivamente en pares, una palabra relacionada con la orientación sexual y la segunda con TAS. La búsqueda se limitó para artículos publicados entre enero de 1997 y diciembre de 2016, humanos, adultos, 18 años o más (dado que la orientación sexual es más estable que en la adolescencia) y las palabras de búsqueda incluidas en el título, resumen y descriptores. Se excluyeron revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, revisiones integrativas, series de casos, presentación de casos, editoriales y carta al editor.

Para la inclusión de las investigaciones se revisaron inicialmente los títulos, seguidamente se analizaron los resúmenes y, en el paso final, se evaluaron los detalles descritos en la sección de método y los resultados en el texto completo de los artículos seleccionados. Se registraron los autores, el año de publicación, el país de realización, el diseño de la investigación, la evaluación de la orientación sexual, la definición de TAS y la medida de asociación, con el respectivo intervalo de confianza del 95%. Este estimador se calculó cuando no estuvo disponible a partir de los datos en el artículo. Los cálculos se realizaron con el calculador de STATA 9.0⁴⁷.

La calidad de las investigaciones se cuantificó con un cuestionario de doce puntos para estudios analíticos observacionales que propusieron Du Prel *et al.*⁴⁸. Esta lista de control recoge la mayoría de los aspectos a considerar en el diseño y análisis de estudios observacionales no experimentales que sugiere el instrumento STROBE (*STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology*);

en español, Fortalecimiento de la Presentación de Informes de Estudios Observacionales en Epidemiología⁴⁹.

Resultados

En las múltiples búsquedas se identificaron más de 740 títulos. Los números más altos se encontraron con el término más inespecífico “salud mental” y los más bajos (incluso ninguno) con la inclusión en la dupla del término más específico y el de más reciente introducción en la terminología psiquiátrica “trastorno de ansiedad social”.

De los títulos revisados se seleccionaron 21 resúmenes de investigaciones relacionados con el objetivo de revisión. De este grupo se eliminaron 13 investigaciones que correspondieron a estudios de prevalencia o no se incluyó en la evaluación el diagnóstico específico de TAS. De las 8 investigaciones restantes se eliminaron 3 dado que cuantificaron síntomas de TAS con escalas de medición que sólo pueden informar síntomas que pueden tener importancia clínica y no diagnósticos formales⁵⁰⁻⁵². Los cinco estudios que cumplieron todos los criterios de inclusión, con buena calidad, ocho o más de trece puntos posibles, según los criterios Du Prel *et al.*⁴⁸. Se detallan seguidamente en orden cronológico de publicación los estudios incluidos⁵³⁻⁵⁷.

En el primer estudio NEMESIS, Sandfort *et al* en una muestra de 7.076 adultos (entre 18 y 64 años) de la población general de Holanda, evaluaron el comportamiento sexual (sexo de las parejas sexuales, no necesariamente la orientación sexual) durante el año previo y la presencia de TAS, según los criterios del DSM-III-R, en el curso de la vida, y durante el año previo, con la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (en inglés, *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) y hallaron que la prevalencia de TAS a lo largo de la vida estuvo en 18,6% en mujeres “no heterosexuales” y 9,5% en mujeres heterosexuales; y 14,6% en hombres “no heterosexuales” y 5,5% en hombres heterosexuales; y durante el último año se encontró en 7,0% en mujeres “no heterosexuales” y 5,8% en mujeres heterosexuales; y 7,3% en hombres “no heterosexuales” y 3,0% en hombres heterosexuales⁵³.

Seguidamente, Bostwick et al en una muestra de 20.089 mujeres y 14.564 hombres mayores de 20 años, investigaron la identidad sexual (bisexual, homosexual, heterosexual o inseguro) y diagnosticaron TAS, según criterios DSM-IV, con la Entrevista Diagnóstica para Trastornos Asociados al Consumo de Alcohol (AUDADIS-IV, *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV*) y observaron que la prevalencia de TAS en el curso de la vida fue 18,2% en mujeres bisexuales; 13,6% en mujeres inseguras sobre la orientación sexual; 9,6% en mujeres lesbianas; y 7,9% en mujeres heterosexuales. Mientras que en hombres las prevalencias fueron 15,6% en hombres inseguros sobre la orientación sexual; 14,2% en hombres bisexuales; 12,4% en hombres homosexuales; y 5,8% en hombres heterosexuales. La diferencia fue estadísticamente significativa, prueba de χ^2 y $p < 0,05$, tanto en mujeres como en hombres⁵⁴. Para el cálculo del OR, que se presenta

en la Tabla 1, se agruparon en dos categorías heterosexuales y no heterosexuales que incluyó las tres categorías restantes.

Sandfort et al, en un segundo estudio NEMESIS 2 en el que participaron 6.646 adultos (entre 18 y 64 años) residentes en la comunidad general en Holanda, evaluaron la orientación sexual (heterosexuales y no heterosexuales) y los criterios para TAS con la aplicación de CIDI 3.0, según DSM-IV, en el curso de la vida y durante el año previo, y mostraron que la prevalencia de TAS a lo largo de la vida fue 25,3% en mujeres no heterosexuales y 10,4% en mujeres heterosexuales; y 20,1% en hombres no heterosexuales y 7,5% en hombres heterosexuales; y durante el último año la frecuencia de TAS se halló en 15,3% en mujeres no heterosexuales y 4,2% en mujeres heterosexuales; y 12,1% en hombres “no heterosexuales y 2,9% en hombres heterosexuales⁵⁵.

En la siguiente investigación, Przedworski et al

Tabla 1. Resumen de las investigaciones incluidas

Autores, año	País	Diseño	OR (IC 95%)
Sandfort et al, 2001 ⁵³	Holanda	Transversal	M = 1,8; 0,8-4,1 ^{1,3} H = 2,3; 1,2-4,5 ^{1,3} M = 1,0; 0,3-3,4 ^{2,3} H = 2,0; 0,8-4,9 ^{2,3}
Bostwick et al, 2010 ⁵⁴	Estados Unidos	Transversal	M = 1,9; 1,4-2,5 ^{*4} H = 2,5; 1,8-3,5 ^{*4}
Sandfort et al, 2014 ⁵⁵	Holanda	Transversal	M = 2,8; 1,4-5,6 ^{1,3} H = 2,3; 1,0-5,1 ^{1,3} M = 3,5; 1,1-10,4 ^{2,3} H = 2,0; 1,1-11,4 ^{2,3}
Przedworski et al, 2015 ⁵⁶	Estados Unidos	Transversal	M = 2,8; 2,1-3,7 ^{*5} H = 1,9; 1,1-2,9 ^{*5}
Kerridge et al, 2017 ⁵⁷	Estados Unidos	Transversal	GL = 2,5; 1,5-4,3 ² BS = 3,3; 2,4-4,5 ² NS = 2,8; 1,4-5,6 ² HT = 1,0 ² GL = 2,4; 1,5-3,9 ¹ BS = 3,2; 2,3-4,3 ¹ NS = 2,6; 1,4-5,0 ¹ HT = 1,0 ¹

Fuente: diseño propio de los autores. H, hombres; M, mujeres; GL, gais-lesbianas; BS, bisexuales; HT, heterosexuales; NS, no seguro. ¹Prevalencia en el curso de la vida. ²Prevalencia en el último año. ³Ajustado por variables demográficas. ⁴Reunidos en dos categorías heterosexuales y no heterosexuales. ⁵Reunidos en dos categorías heterosexuales (con heterosexuales discordantes) y no heterosexuales. *Calculado para este análisis.

en un estudio transversal en el que participaron 34.324 estudiantes de *college*, 21.704 mujeres y 12.620 hombres, preguntaron la orientación sexual durante el último año (heterosexual, heterosexual discordante o que han tenido relaciones sexuales con ambos sexos, gay, bisexual e inseguro de la orientación) y si se le había realizado el diagnóstico de TAS durante los doce meses más recientes y establecieron una prevalencia de TAS en mujeres lesbianas de 3,6%; bisexuales 5,9%; inseguras de la orientación sexual 2,8%, heterosexuales 1,7% y heterosexuales discordantes 3,2%; con prueba de χ^2 ajustada por escolaridad mostraron diferencia significativa entre los grupos, $p < 0,001$. Por su parte en hombres gays la prevalencia de TAS fue 4,0%; bisexuales 2,6%; inseguros de la orientación sexual 0,5%; heterosexuales 1,5% y heterosexuales discordantes 2,1%; la diferencia entre los grupos fue significativa, prueba de chi cuadrado ajustada por escolaridad; $p < 0,001$ ⁵⁶. Para la estimación de la asociación, que aparece en la Tabla 1, heterosexuales y heterosexuales discordantes formaron el grupo de referencia y las categorías restantes en no heterosexuales, el grupo a comparar.

En el más reciente estudio, Kerridge *et al.* en una muestra de 36.309 personas, hombres y mujeres mayores de 18 años, investigaron la identidad sexual (bisexual, gays-lesbiana, heterosexual o inseguro) y diagnosticaron TAS, criterios DSM-5, con la entrevista estructurada AUDADIS-5 y mostraron que la prevalencia de TAS en el curso de la vida de 12,7% en bisexuales; 9,8% en inseguros; 8,1% en gays-lesbianas; y 3,5% en heterosexuales. Por su parte las prevalencias durante el año más reciente fueron 11,6% en bisexuales; 8,6% en inseguros sobre la orientación sexual; 6,6% en gays-lesbianas; y 2,7% en heterosexuales. Los OR con el grupo de heterosexuales como referencia se presentan en la Tabla 1⁵⁷.

Discusión

La presente revisión sistemática muestra una asociación consistente y estadísticamente significativa entre orientación sexual no heterosexual y TAS, particularmente en hombres no hetero-

sexuales en las publicaciones de las dos décadas más recientes.

La orientación sexual no heterosexual es una condición que ha sido estigmatizada durante tiempos inmemorables en diferentes contextos y culturas^{58,59}. En consecuencia, se espera que un grupo de personas no conformes con la propia orientación sexual intente ocultarla o disimularla lo mejor^{60,61}. Sin duda, este proceso de encubrimiento es más eficaz cuando existe mayor congruencia con el género esperado y, por lo tanto, se asume que el género es completamente armónico con la orientación sexual esperada, es decir, heterosexual⁶².

Asimismo, llama la atención que las personas bisexuales o inseguras de la orientación sexual mostraron prevalencias mayores de TAS y, en consecuencia, una asociación más robusta entre la orientación sexual y el trastorno clínico^{54,57}. Es posible que la incongruencia esperada entre el género y orientación sexual sea menos comprendida en el contexto social de las personas bisexuales (o inseguras)⁶³. Además de afrontar con los principios sociales heteronormados que enfrentan gays y lesbianas, las personas bisexuales tienen que luchar contra el complejo estigma-discriminación asociado a la bisexualidad, en particular la negación de esa condición, la necesidad de decidir entre la heterosexualidad y la homosexualidad, dificultades en la construcción de una identidad sexual y menos apoyo social de otras personas no heterosexuales^{63,64}. Esta interacción de eventos incrementa la posibilidad de malestar emocional y estrés percibido⁶³⁻⁶⁵.

Por lo que se puede plantear la hipótesis que las personas no heterosexuales con percepción de discordancia importante entre el género y la orientación sexual, o menos con menores niveles de autoeficacia o autoestima, mostrarán mayores grados de ansiedad en situaciones en las que la orientación sexual puede ser descubierta y con ello ser víctimas de burlas, rechazo o agresiones físicas⁶⁶.

Se postula que las personas no heterosexuales estigmatizadas afrontan un mayor nivel de estresores sociales; este complejo estigma-discriminación se asocia a dificultades en el control de las emociones, dificultades en las interacciones

interpersonales y sociales y procesos cognitivos que incrementan el riesgo de malestar emocional³⁷. Estas interacciones de procesos explican la relación observada entre estrés relacionado con el complejo estigma-discriminación y la presentación clínica de trastornos mentales⁴². La consistencia en la asociación entre orientación sexual no heterosexual y TAS respaldan la relación causal entre ambas condiciones, según los criterios de Bradford Hill⁶⁷.

Asimismo, es necesario señalar el rol que juegan los eventos o experiencias sociales negativas o aversivas en la presentación clínica del TAS¹⁰⁻¹⁵. En este punto es necesario tener presente la consideración actual de Höfler, en la que la causalidad propuesta por Bradford Hill es menos directa o explícita en la medida que profundiza en el conocimiento de los factores asociados a una condición⁶⁸.

Se insiste en la necesidad de incorporar los hallazgos de revisiones sistemáticas y meta-análisis en la práctica clínica, en la evaluación y en la elección de las mejores acciones⁶⁹. Esta revisión sistemática sugiere una evaluación cuidadosa de la orientación sexual de personas que consultan por TAS, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes⁷⁰. El llamado estrés de las minorías se ha postulado como uno de los factores que median la mayor prevalencia de malestar emocional y trastornos mentales en personas no heterosexuales^{30,37,71,72}; a la vez éstos dan cuenta del alto riesgo de ideación y comportamientos suicidas, especialmente en aquellas personas no heterosexuales con alta disconformidad con la propia orientación sexual⁷³. Esta observación muestra la necesidad que los profesionales en salud mental deben estar atentos para atender las necesidades de las personas no heterosexuales que solicitan servicios⁷⁴. La ansiedad social no es parte inherente de las orientaciones sexuales no heterosexuales, es decir, no son rasgos propios de una "personalidad homosexual"^{75,76}. Es altamente probable que gran parte de síntomas del espectro del TAS que se observan en personas no heterosexuales sean consecuencia directa del complejo estigma-discriminación del que son víctimas este grupo de la población⁷⁵. Este conjunto de situaciones impone una invisibilización generalizada y se cristaliza en múltiples estigmas y exclusiones⁷⁴.

Esta revisión sistemática confirma la asociación entre orientación sexual no heterosexual y TAS y desagrega la relación observada previamente con otros trastornos por ansiedad y los ahora llamados trastornos relacionados con traumas o eventos traumáticos. Sin embargo, tiene la limitación de la definición heterogénea para orientación sexual y los criterios usados para TAS. No obstante, dado el reducido número de investigaciones fue necesario desestimar esta consideración. Igualmente, se deben considerar que, otros factores personales, familiares, sociales y culturales pueden mediar la relación. Por ejemplo, no se identificaron investigaciones en países latinoamericanos, con alto clima de machismo o heterosexismo apoyados en formulaciones religiosas⁷⁷. Una asociación fuerte, aún mayor, en el contexto cultural de América Latina podría dar más información sobre el papel de la actitud social frente a las orientaciones sexuales no heterosexuales y la presentación clínica de TAS⁵⁻⁷. El contexto social y cultural matizan a las actitudes para con las orientaciones sexuales no heterosexuales⁷⁸⁻⁸⁰.

Se concluye que las orientaciones sexuales no heterosexuales se asocian a TAS. Es importante considerar la orientación sexual en personas que reúnan criterios para TAS y el papel que juega el complejo estigma-discriminación. En América Latina se necesitan estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, que aborden esta relación desde una perspectiva social y cultural.

Agradecimientos

La Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia, financió la participación del Dr. Adalberto Campo-Arias y el Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavioral Research Institute*), Bogotá, Colombia, la participación del Dr. Edwin Herazo en esta revisión. El estudiante de medicina José Luis Vanegas-García participó en el contexto de la investigación formativa, parte integral del curso de psiquiatría del Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena.

Resumen

Introducción: Las personas con orientación sexual no heterosexual afrontan frecuentemente el complejo estigma-discriminación. Por su parte, las personas que reúnen criterios para trastorno de ansiedad social (TAS) presentan síntomas molestos en situaciones sociales en las que son evaluados o pueden ser víctimas de burlas o rechazo. Sin embargo, no se cuenta con una revisión sistemática que presente la magnitud de esa asociación. **Objetivo:** Revisar la asociación entre orientación sexual y trastorno de ansiedad social en estudios observacionales durante los últimos veinte años. **Método:** Se realizó una revisión sistemática en la Biblioteca Virtual en Salud, Medline, PsycArticles y Scopus. Se usaron como palabras claves 'homosexualidad', orientación sexual, comportamiento sexual, trastorno de ansiedad social, fobia social, trastornos mentales y salud mental. La búsqueda se limitó a estudios publicados con la participación de adultos entre enero de 1997 y diciembre de 2016. Se realizó un análisis cualitativo de los estudios y se calcularon razones de disparidad (OR) si fueron informadas. **Resultados:** Se incluyeron cinco investigaciones que mostraron una asociación estadísticamente significativa entre orientaciones no heterosexuales, en particular bisexualidad, y el TAS, OR entre 1,9 y 3,5; IC 95% 1,0-11,4. **Conclusiones:** Las orientaciones sexuales no heterosexuales se asocian a TAS. Es importante considerar la orientación en personas que reúnan criterios para TAS y el papel que juega el complejo estigma-discriminación por orientación. Se necesitan estudios en América Latina que aborden esta relación desde una perspectiva social y cultural.

Palabras clave: Comportamiento Sexual; Trastornos de Ansiedad Social; Discriminación Social; Revisión, Sistemática.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. 5ª edición. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006; 51 (2): 100-13.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists; 2013.
4. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. [Epub ahead of print].
5. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev* 2004; 24 (7): 737-67.
6. Spence SH, Rapee RM. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behav Res Ther* 2016; 86: 50-67.
7. Wong QJ, Rapee, RM. The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *J Affect Disord* 2016; 203: 84-100.
8. Gentili C, Cristea IA, Angstadt M, Klumpp H, Tozzi L, Phan KL, et al. Beyond emotions: A meta-analysis of neural response within face processing system in social anxiety. *Exp Biol Med* 2016; 241 (3): 225-37.
9. Bas-Hoogendam JM, Blackford JU, Brühl AB, Blair KS, van der Wee NJ, Westenberg PM. Neurobiological candidate endophenotypes of social anxiety disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 71: 362-78.
10. McMillan KA, Asmundson GJ. PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Res* 2016; 246: 561-7.

11. Fernandes V, Osório FL. Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2015; 30 (6): 756-64.
12. Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, *et al.* Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *J Anxiety Disord* 2009; 23 (7): 928-34.
13. Curtis V. Why disgust matters. *Phil Trans R Soc B* 2011; 366 (1583): 3478-90.
14. Levine DS, Himle JA, Abelson JM, Matusko N, Dhawan N, Taylor RJ. Discrimination and social anxiety disorder among African-Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202 (3): 224-30.
15. Rodríguez-Seijas C, Stohl M, Hasin DS, Eaton NR. Transdiagnostic factors and mediation of the relationship between perceived racial discrimination and mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 706-13.
16. Campo-Arias A. Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colomb Med* 2010; 41 (2): 179-85.
17. Jorm AF, Dear KBG, Rodgers B, Christensen H. Cohort difference in sexual orientation: results from a large age-stratified population sample. *Gerontology* 2003; 49 (6): 392-5.
18. Durães D, Martins J, Borralho R. Insights on asexuality-defining the fourth sexual orientation. *Eur Psychiatry* 2016; (33): S735.
19. Pruitt MW. A comparison of anti- and pro-gay organizations' estimates of the size of gay population. *J Homosex* 2002; 42 (1): 21-9.
20. Bogaert AF. Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *J Sex Res* 2004; 41 (3): 279-87.
21. Pathela P, Hajat A, Schillinger J, Blank S, Sell R, Mostashari F. Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: A population-based survey of New York City men. *Ann Intern Med* 2006; 145 (6): 416-23.
22. Savin-Williams RC, Ream GL. Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Arch Sex Behav* 2007; 36 (3): 385-94.
23. Conejero J, Almonte C. Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile: Estudio Exploratorio. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2009; 47 (3): 201-8.
24. Shaeer O, Shaeer K. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Male homosexuality among Arabic speaking internet users in the Middle East-2010. *J Sex Med* 2014; 11 (10): 2414-20.
25. Bailey JM, Vasey PL, Diamond LM, Breedlove SM, Vilain E, Epprecht M. Sexual orientation, controversy, and science. *Psychol Sci Public Interest* 2016; 17 (2): 45-101.
26. Mendelson G. Homosexuality and psychiatric nosology. *Aust N Zealand J Psychiatry* 2003; 37 (6): 678-83.
27. Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73 (3): 477-87.
28. Przedworski JM, Dovidio JF, Hardeman RR, Pheasant SM, Burke SE, Ruben MA, *et al.* A comparison of the mental health and well-being of sexual minority and heterosexual first-year medical students: A report from Medical Student CHANGES. *Acad Med* 2015; 90 (5): 652-9.
29. Stahlman S, Sánchez TH, Sullivan PS, Ketende S, Lyons C, Charurat ME, *et al.* The prevalence of sexual behavior stigma affecting gay men and other men who have sex with men across Sub-Saharan Africa and in the United States. *JMIR Public Health Surveil* 2016; 2 (2): e35.
30. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* 2003; 93 (2): 262-5.
31. Goldfried MR, Goldfried AP. The importance of parental support in the lives of gay, lesbian, and bisexual individuals. *J Clin Psychol* 2001; 57 (5): 681-93.
32. Phillips MJ, Ancis JR. The process of identity development as the parent of a lesbian or gay male. *J LGBT Issues Counsel* 2008; 2 (2): 126-58.
33. Denes A, Afifi TD. Coming out again: Exploring GLBQ individuals' communication with their parents after the first coming out. *J GLBT Fam Stud* 2014; 10 (3): 298-325.
34. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *J Counsel Psychol* 2009; 56 (1): 32-43.

35. Costa PA, Pereira H, Leal I. Internalized homonegativity, disclosure, and acceptance of sexual orientation in a sample of Portuguese gay and bisexual men, and lesbian and bisexual women. *J Bisexuality* 2013; 13 (2): 229-44.
36. Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo L. Internalized homophobia in homosexual men. *Duazary* 2015; 12 (2): 140-6.
37. Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Dovidio J. How does stigma “get under the skin”? The mediating role of emotion regulation. *Psychol Sci* 2009; 20 (10): 1282-9.
38. Gee GC, Ryan A, Laflamme DJ, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health* 2006; 96 (10): 1821-8.
39. Mak WW, Poon CY, Pun LY, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med* 2007; 65 (2): 245-61.
40. Flores E, Tschann JM, Dimas JM, Bachen EA, Pasch LA, de Groat CL. Perceived discrimination, perceived stress, and mental and physical health among Mexican-origin adults. *Hisp J Behav Sci* 2008; 30 (4): 401-24.
41. Landry LJ, Mercurio AE. Discrimination and women’s mental health: The mediating role of control. *Sex Roles* 2009; 61 (3-4): 192-203.
42. Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol Bull* 2009; 135: 707-30.
43. Huebner DM, Davis MC. Perceived antigay discrimination and physical health outcomes. *Health Psychol* 2007; 26 (5): 627-34.
44. Doyle DM, Molix L. Perceived discrimination as a stressor for close relationships: identifying psychological and physiological pathways. *J Behav Med* 2014; 37 (6): 1134-44.
45. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8 (1): 80.
46. Semlyen J, King M, Varney J, Hagger-Johnson G. Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry* 2016; 16 (1): 67.
47. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
48. du Prel JB, Röhrig B, Blettner M. Critical appraisal of scientific articles: part 1 of a series on evaluation of scientific publications. *Deut Arzteb Int* 2009; 106 (7): 100-5.
49. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Prev Med* 2007; 45 (4): 247-51.
50. Pachankis JE, Goldfried MR. Social anxiety in young gay men. *J Anxiety Disord* 2006; 20 (8): 996-1015.
51. Wadsworth LP, Hayes-Skelton SA. Differences among lesbian, gay, bisexual, heterosexual individuals, and those who reported an other identity on an open-ended response on levels of social anxiety. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015; 2 (2): 181-7.
52. Cohen JM, Blasey C, Taylor CB, Weiss BJ, Newman MG. Anxiety and related disorders and concealment in sexual minority young adults. *Behav Ther* 2016; 47 (1): 91-101.
53. Sandfort TG, de Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (1): 85-91.
54. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *Am J Public Health* 2010; 100 (3): 468-75.
55. Sandfort TG, de Graaf R, ten Have M, Ransome Y, Schnabel P. Same-sex sexuality and psychiatric disorders in the second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *LGBT Health* 2014; 11 (4): 292-301.
56. Przedworski JM, VanKim NA, Eisenberg ME, McAlpine DD, Lust KA, Laska MN. Self-reported mental disorders and distress by sexual orientation: Results of the Minnesota College Student Health Survey. *Am J Prev Med* 2015; 49 (1): 29-40.

57. Kerridge BT, Pickering RP, Saha TD, Ruan WJ, Chou SP, Zhang H, *et al.* Prevalence, sociodemographic correlates and DSM-5 substance use disorders and other psychiatric disorders among sexual minorities in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2017; 170 (1): 82-92.
58. Mott L. Etno-historia de la homosexualidad en América Latina. *Hist Soc* 1997; 4: 123-44.
59. Cleminson R, Vázquez F. "Los invisibles". Hacia una historia de la homosexualidad. *Int J Iber Stud* 2000; 13 (9): 167-81.
60. Schrimshaw EW, Siegel K, Downing Jr MJ, Parsons JT. Disclosure and concealment of sexual orientation and the mental health of non-gay-identified, behaviorally bisexual men. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81 (1): 141-53.
61. Bridges T. A very "gay" straight? Hybrid masculinities, sexual aesthetics, and the changing relationship between masculinity and homophobia. *Gender Soc* 2014; 28 (1): 58-82.
62. Jackson SD, Mohr JJ. Conceptualizing the closet: Differentiating stigma concealment and non-disclosure processes. *Psychol Sex Orient Gender Divers* 2016; 3 (1): 80-92.
63. Balsam KF, Mohr JJ. Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *J Counsel Psychol* 2007; 54 (3): 306-19.
64. Bostwick W. Assessing bisexual stigma and mental health status: A brief report. *J Bisexuality* 2012; 12 (2): 214-22.
65. García MA. El bienestar subjetivo. *Escrit Psicol* 2002; 6: 18-39.
66. Hill AB. The environment and disease: Association or causation? *Proceed Roy Soc Med* 1965; 58: 295-300.
67. Holloway IW, Padilla MB, Willner L, Guilamo-Ramos V. Effects of minority stress processes on the mental health of Latino men who have sex with men and women: a qualitative study. *Arch Sex behav* 2015; 44 (7): 2087-97.
68. Höfler M. The Bradford Hill considerations on causality: a counterfactual perspective. *Emerg Themes Epidemiol* 2005; 2 (1): 11.
69. Meca JS, Ausina JB. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papel Psicol* 2010; 31 (1): 7-17.
70. de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52 (11): 1195-202.
71. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30 (8): 1019-29.
72. Kuyper L, Fokkema T. Minority stress and mental health among Dutch LGBs: examination of differences between sex and sexual orientation. *J Counsel Psychol* 2011; 58 (2): 222-33.
73. Pineda CA. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013; 42 (4): 333-49.
74. Guarnero PA, Flaskerud JH. Health and health research needs of the LGBTI Community. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35 (9): 721-3.
75. Allen DJ. The role of personality and defense mechanisms in the adjustment to a homosexual identity. *J Homosex* 2002; 42 (2): 45-62.
76. Puckett, JA, Newcomb ME, Garofalo R, Mustanski B. The impact of victimization and neuroticism on mental health in young men who have sex with men: Internalized homophobia as an underlying mechanism. *Sex Res Soc Pol* 2016; 13 (3): 193-201.
77. Espejo JC. Homosexualidad y cristianismo en tensión: la percepción de los homosexuales a través de los documentos oficiales de la Iglesia Católica. *Bagoas*: 2012; 2 (2): 33-69.
78. Di Segni S. Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.
79. Ardila R. Homosexualidad y psicología. 2ª edición. Bogotá: Manual Moderno; 2009.
80. Álvarez-Gayou JL. Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario. México: Manual Moderno; 2013.

Correspondencia:

Adalberto Campo-Arias
 Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Carrera 32 N° 22-08, Santa Marta, Colombia (Código postal 470004).
 E-mail: acampo@unimagdalena.edu.co