

Trabajo de Fin de Grado de Enfermería
Curso académico 2019/2020
Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.



**La salud mental de los jóvenes gays,
lesbianas, bisexuales, transexuales,
intersexuales y *queer*.**

*Mental health of gay, lesbian, bisexual, transexual, intersexual and queer
youth*

Autora: Rocío Quesada Grande

Tutora: Matilde Arlandis Casanova

Departamento de Enfermería.

Índice de contenido

Introducción.....	1
Justificación.....	19
Objetivos.....	20
Metodología.....	20
Resultados.....	23
Discusión	35
Limitaciones y futuras investigaciones	41
Conclusiones.....	41
Agradecimientos.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	47

Índice de tablas

Tabla 1: Abreviaturas.....	10
Tabla 2: Evolución de los términos homosexualidad y transexualidad en el DSM y el CIE.	8
Tabla 3 Datos del estado actual de la homofobia en el mundo.....	15
Tabla 4: Diagnósticos enfermeros en la población LGTBIQ.....	19
Tabla 5: Términos de búsqueda.	21
Tabla 6: Estrategias de búsqueda.....	22
Tabla 7: Resultados.....	50

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Esquema teoría estrés de minorías de Meyer.....	12
--	----

Introducción: La población LGTBIQ es vulnerable a padecer problemas de salud mental, debido al estigma, discriminación y violencia que sufren.

Objetivo: Analizar la salud mental de los jóvenes gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales y queer

Metodología: Se realizó una revisión narrativa a través de una búsqueda sistematizada, en Pubmed, CINAHL, Cuiden Plus, Dialnet y LILACS, los términos de búsqueda fueron combinados a través del operador booleano “AND”, seleccionándose 20 artículos tras aplicar los criterios de exclusión e inclusión.

Resultados: Los artículos analizados evidencian la fuerte asociación entre identificarse como LGTBIQ y un menor nivel de salud mental. Destacándose los altos índices de suicidio, depresión y consumo de drogas en esta población.

Conclusiones: Es necesario formar a los profesionales de la salud en temas LGTBIQ para ser capaces de atender sus necesidades. El papel de la enfermera es esencial en las áreas de prevención de posibles problemas de salud mental, y educando a la población general con el fin de reducir el estigma.

Palabras clave: salud mental, LGTBIQ, enfermera.

Introduction: LGTBIQ population is vulnerable to have mental health problems, due to the stigma, discrimination and violence that they suffer.

Objective: Analyze the mental health of the gay, lesbian, bisexual, intersexual and queer youth.

Methodology: This literature review has been made through a systematic search on Pubmed, CINAHL, Cuiden Plus, Dialnet y LILACS. The search terms were combined using the boolean operator "AND". 20 articles were selected after applying certain inclusion and exclusion criteria.

Results: The articles selected evidence the strong association between self-identifying as LGTBIQ and a lower mental health level. los artículos analizados evidencian la fuerte asociación entre identificarse como LGTBIQ y un menor nivel de salud mental. Highlighting the high rates of suicide, depression and drug use among this population.

Conclusions: Is necessary to train the health professionals to be able to attend their special needs. Nurses have an important role in prevention of possible mental health issues and educating the general population in order to reduce the stigma.

Key words: mental health, LGTBIQ, nurse.

Abreviaturas

Abreviatura	<i>Descripción</i>
CES-D	<i>Radloff's Center for Epidemiological Studies – Depression scale</i>
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales).
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual.
FAGH	<i>Front d'Alliberament Gai de Catalunya.</i>
FELGTB	Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.
LGTBIQ	Siglas que agrupan el colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales y queer.
LOMCE	Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.
MELH	Movimiento Español de Liberación Homosexual.
NSSI	<i>Nonsuicidal Self-Injury</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PP	Partido Popular.
STP	<i>Stop Trans Pathologization.</i>

Abreviatura	<i>Descripción</i>
TGNC	<i>Transgender/Gender Non-Conforming.</i>
UE	Unión Europea.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health.</i>

Tabla 1: Abreviaturas. Fuente: Elaboración propia.

1. Introducción

La OMS definió en 1946 la salud como: “un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.(1)

Esta definición sigue vigente en la actualidad porque es holística y progresista, considera la salud como un fenómeno complejo, no sólo psicológico y somático, sino también social. El ser humano tiene que ser abordado desde una perspectiva multidimensional, interdisciplinar, donde economistas, políticos, antropólogos, arquitectos intervienen en la promoción y prevención de la salud.(2)

La OMS define la salud sexual como (3) :

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

1.1 Sexualidad

La OMS define sexualidad como (4):

Un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Mientras la sexualidad incluye todas estas dimensiones, no todas son expresadas o experimentadas. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales.

La dimensión sexual de las personas es trasversal a todas sus partes (5) :

- La esfera biológica: Un programa genético sexuado, con cromosomas asociados al hombre (XY) y de la mujer (XX). Tener gónadas sexuadas diferenciadas, hormonas sexuales que influyen en el deseo sexual y la capacidad reproductiva,

se relacionaría con el concepto de sexo. El ser humano tiene cuerpo sexuado con zonas eróticas, es decir, con receptores y emisores de sensaciones que nos proporcionan placer.

- La esfera psicológica: Nos identificamos como hombres o mujeres (identidad de género) que condiciona nuestra conducta. El aprendizaje de conductas y conocimientos sociales que condicionan directamente con la manera de vivir la sexualidad (los esquemas sociales de pareja, valores, costumbres, normas, etc). La estabilidad emocional y el bienestar psicológico y social dependen de la actividad sexual y afectiva. La motivación sexual y afectiva es una de las principales motivaciones del ser humano.

- Esfera social: El ser humano es un ser social, con roles y patrones aprendidos socialmente, que dependen del sexo, edad, estado civil, la orientación sexual... La adaptación a estas exigencias dependerá la manera en la que se desarrolla la vida sexual y la intimidad de cada individuo.

- La sexualidad humana, a diferencia del animal, entra en juego los valores y la ética, en cuanto los animales no pueden tomar decisiones en cuanto su sexualidad, el ser humano sí, “lo que humaniza la sexualidad es que pertenece al reino de la libertad”.

Foucault (6) defiende que el sexo, es un tema político al ubicarse “en el punto de intersección de la disciplina del cuerpo y del control de la población” Grupos feministas, comunidad LGTBIQ, organizaciones defensoras de los derechos humanos defienden la sexualidad como derecho. El cuerpo humano es un cuerpo sexual, este binomio cuerpo-sexualidad es considerado territorio de derechos sexuales y reproductivos. “El cuerpo como uno de los sitios privilegiados donde se encarna la libertad y se forjan los significados de la pluralidad y la democracia”. Autoras como Linda McDowell (6) definen al cuerpo como el primer espacio social; donde se reflejan las construcciones sociales y la autoidentidad, el cuerpo es un ente subjetivado, una construcción sociocultural. Por lo tanto, territorio de control y represión.

1.2 Orientación sexual

Shibley (7) define la orientación sexual como atracción erótica y emocional de una persona hacia miembros de su propio género o del género opuesto. Siendo así homosexual la persona que su orientación sexual se dirige hacia las personas de su mismo

género, coloquialmente los gays y las lesbianas. La orientación heterosexual sería hacia el mismo género y bisexual hacia ambos.

La ambigüedad transitoria sobre la orientación sexual es frecuente en los adolescentes menores, siendo la identidad sexual un proceso interno y no una reacción a las conductas sexuales. La autodeterminación de la orientación sexual suele establecerse entre los 9 y 10 años.(4)

La orientación sexual se diferencia de la conducta sexual que es la expresión de los sentimientos sexuales, que incluyen la masturbación, besos caricias, sexo virtual, sexo oral... Las conductas sexuales pueden estar ligadas, o no, a la orientación sexual. Ya que la experimentación entre parejas del mismo sexo es común entre personas que luego pueden identificarse como heterosexuales.(4) Alfred Kinsey, dirigió los primeros estudios a gran escala de la conducta sexual en las décadas de los años 1930 y 1940. Este grupo de investigación definió la sexualidad como un espectro, es decir, existen varios grados de interés sexual en un continuo. (5)

Kinsey creó una escala en la que el 0 era (exclusivamente heterosexual) a 6 (exclusivamente homosexual) y 3 sería igual de experiencias homosexuales que heterosexuales. Esto planteó dilemas de cómo se considera de homosexual una persona, por ello, hablarían más de conducta homosexual (experiencias sexuales con personas del mismo género, pudiéndose así medir cuantitativa y científicamente) que de orientación sexual. (7)

Otros teóricos se basan en un esquema bidimensional existiendo en todas las personas cierto rango de homoerotismo (excitación ante miembros del propio género) y de heteroerotismo. Si tienes altos los niveles de homoerotismo y heteroerotismo serías bisexual etc. Siendo este esquema más complejo que el de Kinsey.(7)

1.2.1 El proceso de Identificarse públicamente como LGTBIQ

Muchas personas LGTBIQ durante la exploración y aceptación de su orientación sexual sufren problemas de autoaceptación lo que los lleva a ideaciones e intentos de suicidio. Según Coleman existen múltiples experiencias, pero el proceso de “salir del armario” suele ser una etapa donde estas personas se encuentran muy vulnerables emocionalmente. La aceptación o rechazo de los otros ante quienes sale puede ser crítica para su autoestima.

Antes de que se haya establecido esa identidad homosexual, Cass en 1979 describió 6 etapas de la aceptación de la orientación sexual (5,7):

1. *Confusión de la identidad*: la persona al haber asumido una identidad heterosexual, ya que es la normativa, cuando siente atracción hacia el mismo género se presenta un estado de confusión consigo mismo y con quién es.
2. *Comparación de la identidad*: La persona se cuestiona su posible homosexualidad, es un periodo en el que sentimientos de aislamiento y soledad están presentes.
3. *Tolerancia de identidad*: piensa que probablemente sea homosexual y se adentra dentro de la subcultura gay, buscando confirmación. El contacto con estas primeras personas es crítico.
4. *Aceptación de la identidad*: es una tolerancia más que la aceptación de la identidad.
5. *Orgullo de identidad*: se produce la identificación pública de la identidad LGTBIQ y el orgullo por su identidad. Hay una separación entre las personas LGTBIQ y los heterosexuales.
6. *Síntesis de identidad*: ya no es un “nosotros contra ellos”. La persona logra sintetizar las identidades pública y privada.

Los jóvenes con identidades emergentes son conscientes de que ser abiertamente homosexual puede ser en ciertos ambientes un detonante para sufrir exclusión social, persecución física y psicológica. Y en el ambiente familiar ser victimizados si no son heterosexuales, incluyendo reacciones de rechazo, negación y enfado. Muchos se encuentran reacios a declarar su orientación por miedo a perder su trabajo o estatus social.
(7)

1.3 Identidad de género

La identidad constituye una construcción personal implicando el reconocimiento de la propia singularidad, como ser único. Pero a su vez es una construcción social, en la medida de que la persona se identifica con determinados atributos de un grupo, diferenciándose de otro. Erikson propone que la construcción de la identidad se inicia en la infancia y continúa durante todo el ciclo vital. Dándose como resultado de procesos

biológicos, psicológicos y sociales. Este autor cuando habla de identidad se refiere a este como la unidad de identidad personal y cultural del individuo.(8)

Una identidad que es transcendental en el desarrollo vital de las personas es la identidad de género. Se define como: “el autorreconocimiento y aceptación como varón o mujer; corresponde a la convicción íntima de pertenecer al género masculino o femenino” (4).

La conciencia de las diferencias físicas entre los dos sexos se desarrolla entre los 18 meses y los 2 años de vida. A los 3 años, se pueden autoidentificar como hombres o mujeres. Y a los 4 años, se puede considerar esa identidad como estable. La disforia de género (el estrés emocional derivado de la incongruencia entre el sexo biológico y la identidad de género) en estas etapas es habitual, muchos niños y niñas lo resuelven en la adolescencia, pero en otros se mantienen y desean la transición de género, denominándose estas personas como trans (transexual, transgénero). Los intersexuales, que poseen las gónadas de un sexo pero tienen genitales externos que son ambiguos o típicos del otro sexo, son criados algunas veces como miembros del otro sexo (identidad diferente de su sexo cromosómico), pudiendo sufrir también de disforia. (4,5)

La identidad de las personas y el rol de género (conjunto de conductas a través de las cuales el individuo transmite a la sociedad en general que es hombre o mujer, habitualmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género.) están íntimamente relacionados. La identidad de género constituye como la persona experimenta los roles de género y como expresa esa identidad públicamente. (4,8)

1.3.1 Transexualidad

El término transexualidad aparece por primera vez en un estudio de Hirschfeld en 1923, aunque sería Benjamin quién en 1953 definiría la transexualidad como la asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo. Sería el que más apostaría por la adaptación del cuerpo a la mente mediante el tratamiento de reasignación de sexo. (9)

Distintos autores y autoras defienden que el uso de la palabra transexual conlleva connotaciones patologizantes, optando por el concepto de transgénero. Este término hace referencia a toda persona que no se identifica con sistema binario mujer/hombre. Es un término más inclusivo al incluir la transexualidad, el travestismo o la androginia (9). Hacking, filósofo canadiense, formula el concepto “nominalismo dinámico”, en el cual

define que la creación de categorías (homosexual, transexual), permiten nuevas posibilidades de ser y existir. Sin embargo, también estas categorías pueden ser rechazadas y cambiadas de significado. Por este motivo, las personas categorizadas por el DSM V como transexuales crearon el término transgénero para alejarse de esas categorías clínicas, incluyendo así al colectivo de personas que expresa un género distinto al asignado y quieren renegar del típico tratamiento asistencial que consiste en terapia hormonal y cirugías de reasignación sexual. (9,10)

Al existir esta dualidad sexo-género en la sociedad, en la cual ser hombre o mujer, masculino y femenino es lo “normal”. El género según Scott supone “la manifestación de las construcciones culturales para referirse a una categoría sexual impuesta sobre un cuerpo sexuado”. Esta categorización genera sufrimiento en quién rompe esta dualidad, las personas transgénero e intersexuales demuestran que no siempre es “real” esa dualidad y que es un constructo. Butler defiende la construcción cultural del sexo y género como performatividad, una repetición de actos del discurso imperante heterocentrista. Foucault defiende la idea de romper con esta categorización: “¡Despertad, jóvenes, de vuestros gozos ilusorios; despojaos de vuestros disfraces y recordad que no tenéis más que un sexo, ¡uno verdadero!” (9)

1.3.1.1 Estimación de la transexualidad

A pesar de ser pocos los estudios sobre la estimación de la transexualidad a nivel mundial, la tendencia general es que hay mayor prevalencia de mujeres transexuales que hombres. La incidencia general oscila entre el 0,14-0,26 por cada 100.000 habitantes/año. En España, en 2008 se estimaba 2.292 personas transexuales (1632 mujeres y 660 hombres transexuales). (9)

1.3.1.2 Transición de género

Hasta llegar a la reasignación de género quirúrgica de los genitales, se lleva a cabo una evaluación y orientación psicológica cuidadosa, descartando trastornos como la esquizofrenia. La persona tendrá que vivir abiertamente su identidad durante “un periodo de prueba”. El siguiente paso sería el tratamiento hormonal el cual desarrolla los caracteres sexuales acordes al género deseado. Y por último la reconstrucción cosmética de los genitales (vagina o pene). Muchas personas optan por no realizar la cirugía porque no lo desean o por miedo de poner en peligro sus carreras o relaciones familiares. (5)

Existen críticas a la cirugía de reasignación de género, Meyer concluye en un estudio que no existen diferencias adaptativas entre el grupo que recibió la operación de la que no. Aunque otros estudios la defienden alegando que mejora la adaptación y los niveles de depresión. (5)

En España, Andalucía fue la primera comunidad en incluir el tratamiento transexualizador entre las prestaciones sanitarias, inaugurando en el año 2000 la Unidad de Transexualidad e Identidad de Género. La ley 3/2007, del 15 de marzo regula la posibilidad de cambiarse el nombre y el sexo en documentos oficiales, sin embargo, es necesario un certificado de diagnóstico de “disforia de género”. Un proceso arduo que contribuye a la patologización de la transexualidad.(9)

1.3.1.3 Patologización de la transexualidad

La inclusión de la transexualidad en el DSM fue propiciada por *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). En un principio abogaron por tipificar la transexualidad como trastorno mental para poder fundamentar los tratamientos de modificación corporal tanto el hormonal como las cirugías de reasignación sexual, para que los costes fueran asumidos por las aseguradoras privadas y los sistemas sanitarios públicos.(10)

Distintos autores, asociaciones y plataformas como *Stop Trans Pathologization (STP)*, argumentan que el diagnóstico psiquiátrico fomenta la discriminación y el estigma social. Las distintas ediciones del DSM que incluyen la transexualidad operarían como una herramienta de patologización, considerando la transexualidad como una anomalía psicológica, impidiendo así politizar la insatisfacción de género legitimándose el sistema sexo/género.(10)

1948	- El CIE-6 incorpora un capítulo específico para “Trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad” Dentro de los trastornos de personalidad incluían las “desviaciones sexuales”.
1952	- Se publica el DSM I. En el que las desviaciones sexuales se incluirían dentro de los trastornos de personalidad.
1973	- La APA en la 7ª reimpresión del DSM-II la homosexualidad como trastorno mental, pero mantienen la “homosexualidad egodistónica” (angustia y sufrimiento que padece un gay o una lesbiana por el hecho de serlo).

	- Se incorpora como trastorno el “transexualismo”.
1990	- La OMS retira la homosexualidad del CIE-10 - El transexualismo pasa a denominarse trastorno de identidad de género
2013	- Se publica el DSM V la disforia de género ya no es considerada como un trastorno sexual

Tabla 2: Evolución de los términos homosexualidad y transexualidad en el DSM y el CIE. Fuente: Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Elaboración propia.

El DSM V detalla Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (F64.1) como (11):

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

1.4 Estigma en las personas LGTBIQ

Erving Goffman (12) en su *Estigma: la identidad deteriorada*, habla del concepto de estigma. Los griegos crearon el término estigma para “referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba”. Eran signos que identificaban a la persona con ciertas categorías sociales, cortes o quemaduras en el cuerpo identificaban a la persona como un esclavo, un criminal, por lo que era una persona corrupta, deshonrada, alguien a quien evitar en lugares públicos.

La sociedad crea los medios para categorizar a las personas y la serie de atributos que se consideran normales y naturales que deberían presentar las personas de cada una de las categorías. Así en el intercambio social se permite interactuar con los otros sin la necesidad de realizar el esfuerzo de prestar una atención o reflexión especial. Por consiguiente, al tratar con un extraño, a través de las primeras apariencias, podemos asociarlo con una categoría mediante sus atributos percibidos, es decir, nos permite prever su “identidad social”.

En el momento en que una persona presenta atributos distintos a los establecidos como norma, y estos sean profundamente desacreditadores, surgirá el estigma. Esos atributos, además, permiten confirmar la normalidad del otro. Un estigma es una clase especial de relación entre atributo y estereotipo.

Esos atributos considerados como negativos harán de la persona alguien menos apetecible, ser inferior y menospreciado por los “otros”. Existiendo una discrepancia entre la identidad social virtual (dada por los otros) y la identidad social real.

Dentro del colectivo LGTBIQ expone 2 situaciones, si la persona está desacreditada o estigmatizada, es decir, tiene algún rasgo visible, exponiéndose a la estigmatización directa, y la persona que el rasgo está oculta, estando así desacreditable o estigmatizable. Esto se daría en lo que coloquialmente se asocia con “estar en el armario”, esta situación genera un estrés y tensión por ocultarte, “normalizarte” diferentes a la persona desacreditada, pero cierto estrés sigue presente. (13)

El sistema de discriminación que crea el estigma está basado en la ideología heterosexista y homofóbica que sostendrá el sistema sexo-género hegemónico en nuestra sociedad. (13)

El individuo estigmatizado, no es totalmente una persona en cuanto a la manera de las personas “normales” adoptan actitudes hacia las personas que poseen un estigma, creemos que no son totalmente humanas. Se ejercen diversos tipos de discriminación, mediante las cuales reducimos sus posibilidades de vida. Se construye una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad, destacando así el peligro que representa esa persona, racionalizándose la animosidad que se basa en otras diferencias como la clase social.

La persona estigmatizada, puede que no consiga vivir de acuerdo con lo que se exige de él, y a pesar de ello es posible que un individuo no consiga vivir de acuerdo con lo que efectivamente exigimos de él, y permanezca indiferente a su fracaso, protegido por las creencias propias sobre su identidad. La persona siente ser un humano normal y que los otros no son del todo humanos.

Estos individuos perciben que no lo “aceptan” realmente no están dispuestos a establecer un contacto con él en “igualdad de condiciones”. Mantenerse íntimamente alerta frente a los demás los lleva a aceptar, que están lejos de los que en realidad deberían ser. La continua presencia de los “normales” refuerza la disociación entre las autodemandas y el yo, llegando el individuo a odiarse y a denigrarse así mismo. Sienten vergüenza, cuando perciben uno de sus atributos como una “posesión impura”.

El rasgo que caracteriza la situación vital de la persona estigmatizada se denomina comúnmente como “aceptación”, se hace eco del rechazo que recibe por ciertos atributos, a pesar de los atributos no contaminados de su identidad social.

La persona carente del feedback del intercambio social cotidiano con los demás, la persona que se aísla puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida. La persona tiene una conciencia de inferioridad, un sentimiento crónico de inseguridad, y como consecuencia ansiedad. “Soy inferior. Por lo tanto, la gente me tendrá aversión y yo no me sentiré seguro con ellos”. Se siente inseguro acerca del modo en que los “normales” van a identificarlo y a recibirlo, aparece la constante sensación de no saber qué es lo que los demás piensan “realmente” de él, debiendo llevar entonces continuamente una autoconciencia y control sobre la impresión que produce hasta extremos y áreas de conducta que supone que los demás no alcanzan.

La interacción entre los “normales” y las estigmatizadas va a derivar en una interacción patológica, la atención se aleja de los focos obligatorios de la interacción social y aparece la constante conciencia del yo y la del otro articulándose la interacción entorno a ella., llevando consecuentemente a la incomodidad, falta de soltura, las referencias cautelosas, las palabras corrientes de la vida cotidiana repentinamente convertidas en tabú. A esto se suma las reacciones desde la retracción a la agresividad de la persona estigmatizada.

El coste de esta estigmatización social son consecuencias a nivel de la autoestima y el desarrollo emocional que derivará en problemas de salud mental. Para poder superar el estigma se han realizado varios estudios, en los cuales concluyen que cuanto mayor es el grado de información, más referentes se tienen y más cercanos, redes de apoyo, disminuye la homofobia. También el ser visible, “salir del armario”, ser capaz de verbalizarlo, de aceptarlo, hace más fácil enfrentarse a la estigmatización. Las personas que pertenecen a minorías sexuales tienen una gran capacidad de autoafirmación y resiliencia. (13)

1.5 Teoría de estrés de minorías de Meyer

Meyer (14) propone un marco conceptual para entender las disparidades en su salud mental que sufren las personas de minorías sexuales. El estrés de minoría (*minority stress*), es la teoría del estrés social que sufren las minorías

Las personas de este colectivo presentan los estresores generales de toda la población, los cuales se ven influidos por el ambiente o la situación socioeconómica. Se añade, además, la adaptación extra que requiere las personas estigmatizadas. Es crónica, el estatus de minoría se mantiene relativamente estable en las estructuras sociales y culturales y es social, es decir, conlleva unos procesos sociales, instituciones y estructuras que van más allá del individuo. Ese estrés de carácter social Lazarus y Folkman lo asocian al conflicto o “*mismatch*” que se produce entre el individuo y su experiencia en la sociedad.

Se pueden cruzar varias identidades siendo el proceso del estrés aún más complejo, en el caso de las lesbianas porque envuelven tanto identidades sexuales (de orientación sexual) como de género. Y los LGTBIQ que son miembros de minorías raciales/étnicas también manejan diversas identidades. Investigaciones en personas LGB negras y latinas tienen que enfrentarse a la homofobia de sus propias comunidades. Ser capaz de integrar la identidad de minoría con las otras identidades de la persona es visto como el estado óptimo de la autoaceptación.

Más que ver la identidad como algo estable, las estructuras de la identidad son fluidas, cambiando frecuentemente según el contexto social.

La estigmatización de una minoría conlleva un prejuicio que produce una discriminación y, por lo tanto, llevará a la violencia. Además, ese estatus de minoría en las personas produce una serie de procesos psicológicos internos como la autoaceptación o la ocultación de la propia identidad por miedo al daño o por el propio estigma interiorizado (homofobia interiorizada), que tendrá repercusiones en la salud mental de los individuos

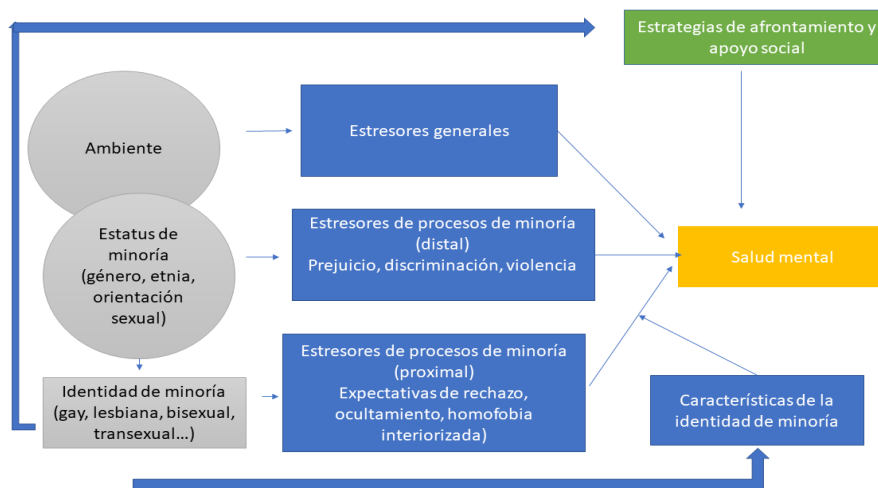


Ilustración 1: Esquema teoría estrés de minorías de Meyer. Fuente: *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence* Elaboración propia.

1.6 Homofobia

La satisfacción de la salud sexual se verá comprometida mientras los derechos humanos no sean respetados y cumplidos. Los derechos sexuales serán reconocidos en cuanto aparezcan en documentos internacionales, documentos de consenso y legislaciones nacionales.(3)

Los Derechos Humanos proclama en su artículo 2 (15):

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos, por ello, su orientación sexual, identidad de género no son motivo de discriminación. Aunque en las últimas décadas numerosos Estados hayan intentado garantizar los derechos LGTBI a través de leyes y en sus constituciones, las violaciones a estos derechos siguen estando presentes alrededor del mundo “los asesinatos extrajudiciales, la tortura y los malos tratos, las agresiones sexuales y las violaciones, las injerencias en la privacidad, las detenciones arbitrarias, la negación de empleo o de oportunidades educativas”. (16)

Las Naciones Unidas en 2006 reunió en Yogyakarta a especialistas de distintos campos con experiencia en derecho internacional, con el objetivo de adaptar los Derechos Humanos a las personas LGTBI, para establecer unos principios básicos para dar protección y evitar los abusos: los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. (16)

El psicólogo George Weinberg acuña el término homofobia. La homofobia se podría definir como miedo fuerte e irracional temor hacia los homosexuales. Herek defiende el uso de prejuicio sexual antes que homofobia, el cual lo define como las actitudes negativas hacia un individuo por su orientación sexual. A diferencia de homofobia que, para el autor, conlleva ciertas connotaciones que lo asocian como un miedo irracional en vez de un prejuicio social. El prejuicio sexual, como otros, tiene tres aspectos: es una actitud (de evaluación o juicio), está dirigido a un grupo social y sus miembros, y es negativa incluyendo hostilidad o desagrado hacia ese colectivo. Se habla de heterosexismo como la creencia de que todo el mundo es heterosexual, como análogo de sexismo, racismo etc. Describiendo un sistema ideológico que determina la homosexualidad como inferior que la heterosexualidad. (17)

La homofobia no es solo en relación con la propia orientación sexual en sí, sino que existen un subtexto de rechazo a la confusión de géneros, de la ruptura de los roles de género establecidos. El sexismo y el machismo están muy relacionados con la esencia de la homofobia. (6)

Un estudio que hizo el British Council en 11 países europeos, preguntaron a estudiantes entre 12 a 18 años cuáles son los motivos para burlarse de otros compañeros de clase. Con un 46% la razón más nombrada fue la orientación sexual por encima de la raza, la

discapacidad o la apariencia física. El acoso escolar por razones de homofobia es especial a los demás casos, ya que normalmente por razones de raza o socioeconómicas las familias serían iguales que la víctima. En el caso de ser gay, lesbiana, bisexual o trans no lo dicen en casa por tener miedo a que sus familias les rechacen también. Además, suele ser complicado encontrar “aliados” ya que quien defiende a la persona LGTBIQ sufrirá “contagio del estigma”, exponiéndose a que también piensen que son LGTBIQ. (13)

El informe La homofobia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género en los Estados miembros de la UE en 2009, establece que entre el 25-52% de la población LGTBIQ de la UE activa recibe acoso laboral. Y en el caso de las personas transexuales el desempleo llegaba a cifras del 55%. (9)

En el caso de la bisexualidad es incluso más radical ya que la ambigüedad es más dañina que los extremos para el sistema. Incluso dentro del colectivo en el que un estudio interno realizado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), el 25% de las personas encuestadas no mantendrían una relación con bisexuales por la sospecha permanente de infidelidad. Las mujeres lesbianas sufrirán lesbofobia, sufrirán doble, triple discriminación por ser mujeres. (13)

Las relaciones erótico-afectivas entre mujeres en el imaginario se han tratado como una degeneración, una trasgresión de los principios normales y naturales de la heterosexualidad, rompiendo con uno de los mandatos centrales de la subjetividad femenina, la maternidad. (6)

Otro término relevante es la “plumofobia”, el rechazo a la pluma. Es el afeminamiento en los hombres y la masculinización en las mujeres. Ya cruzada la barrera de la orientación sexual, además, romper los estereotipos de género. Un rechazo que ocurre también, sobretodo, entre los hombres gays. (13)

En el Informe de Homofobia de Estado de 2019, se resumen los avances y el estado actual acerca de la legislación en torno a los derechos LGBTIQ en el mundo (16):

70 Estados continúan criminalizando las actividades consensuales entre personas del mismo sexo (en 44 de estos la ley se aplica a las personas independientemente de su género)

6 países miembros de la ONU, imponen la pena de muerte a los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo.

- En otros 26, la pena máxima puede variar entre 10 años y cadena perpetua.

- 32 estados miembros establecen disposiciones que limitan la libertad de expresión de las personas, incluyendo leyes de propaganda que prohíben la “promoción de la homosexualidad”.
41 estados plantean barreras para la formación, el establecimiento o el registro de ONG relacionadas con la orientación sexual.
73 estados tienen leyes que protegen contra la discriminación en el lugar de trabajo por motivos de orientación sexual.
9 estados contienen disposiciones constitucionales que especifican la orientación sexual en sus protecciones contra la discriminación.
39 estados tienen leyes que castigan los actos de incitación al odio, la discriminación o la violencia por motivos de orientación sexual; 42 Estados imponen penas más severas por delitos motivados por el odio hacia la orientación sexual de la víctima
26 estados reconocen el matrimonio entre personas del mismo sexo; 27 Estados prevén algún tipo de reconocimiento de la pareja.
28 estados tienen leyes de adopción conjunta, mientras que 30 Estados permiten la adopción de un segundo padre del mismo sexo.

Tabla 3 Datos del estado actual de la homofobia en el mundo. Fuente: Informe de Homofobia de Estado Elaboración propia.

1.7 El pin parental e historia del movimiento LGTBQI en España

El movimiento LGTBQI, el cual lucha contra la discriminación del colectivo, cuyo detonante fueron los disturbios de Stonewall. Liderados por transgéneros en protesta por el acoso policial a la comunidad LGTBQI en Nueva York el 28 de junio de 1969, siendo la primera vez que esta comunidad se enfrentaba contundentemente contra la policía. Un año después el mismo día se celebraría la primera marcha del orgullo LGTBQI. (18)

En el año 1970 en España, Mir Bellgai y Roger de Gaimon (seudónimos de Francesc Francino y Armand de Fluvià, crean en Barcelona el Movimiento Español de Liberación Homosexual (MELH). En el mismo año se aprueba la ley sobre peligrosidad y rehabilitación social, estableciendo hasta penas de 5 años o internamiento psiquiátrico para los homosexuales. A pesar de la ley, el 26 de junio de 1977 se convocó el primer acto

de visibilidad del colectivo en España, convocada por Front d'Alliberament Gai de Catalunya (FAGC). La manifestación fue duramente reprimida por la policía. (18)

El 2 de julio se publicó la ley 13/2005, la cual permitía el matrimonio entre personas del mismo sexo, como consecuencia también se adquirirían otros derechos como la adopción conjunta, herencia y pensión. Siendo España el tercer país del mundo en legalizarlo tras Países Bajos y Bélgica.(18)

En el momento de su aprobación, hubo sectores que se oponían a la ley, en 2005 el Partido Popular ya la recurrió ante el Tribunal Constitucional. En la actualidad, el partido liderado por Santiago Abascal, Vox, aboga por la promulgación de una ley “de protección de la familia natural”.(19)

Vox, partido político que en las elecciones del 10 de noviembre de 2019 fue el 3 partido más votado por los españoles, propuso como condición para apoyar los presupuestos de Ciudadanos y el PP en la Región de Murcia, el “pin parental”. El partido defiende el derecho de los progenitores a decidir si sus hijos e hijas asisten a “materia, charla, taller o actividad que afecte a cuestiones morales socialmente controvertidas o sobre la sexualidad, que puedan resultar intrusivos para la conciencia y la intimidad” (20).

Esta propuesta, según Vox, es en respuesta a “el evidente adoctrinamiento en ideología de género que sufren nuestros menores en los centros educativos, en contra de la voluntad y contra los principios morales de los padres”.(20)

La FELGTB, inició una campaña “Tienen derecho a saber”, en la cual exigían al Ministerio de Educación y a las consejerías autonómicas garantizar el derecho de los alumnos a recibir formación en diversidad LGTBI. Denunciando al Defensor del Pueblo la ilegalidad de la propuesta de Vox.(21)

La presidenta de la FELGTB, Uge Sangil declara que la principal causa de acoso escolar en España es la LGTBIQfobia, en el cual el 70% de las personas trans jóvenes afirman haber sufrido acoso escolar: Defendiendo la necesidad de una educación afectivo sexual, familiar y de género para acabar con la violencia contra el alumnado LGTBI en las aulas y para crear una sociedad más rica en valores y en diversidad.(21)

La ministra de educación Isabel Celaá, anunció que el ministerio recurriría por vía judicial, advirtiendo que el veto parental es contrario a la "la formación integral del alumno, a las propias normas autonómicas y a la ley contra la violencia de género". Del artículo 1 de la LOMCE. (22)

A pesar de que España se considere uno de los países con mayor aceptación y protección frente al colectivo LGTBIQ, que en la actualidad la tercera fuerza política del país declare mensajes que fomentan la discriminación y el odio contra este colectivo, es una fuerte señal de alarma de todo lo que queda por conseguir relativo a derechos y normalización de la diversidad sexual.

1.8 Salud mental y la diversidad sexual

Los hombres gays y lesbianas experimentan mayores sentimientos de depresión y ansiedad, siendo más propensos al suicidio, que las heterosexuales. Siendo los hombres gays, más que los hombres heterosexuales, más propensos a los desórdenes alimentarios como la anorexia o la bulimia nerviosa. (5)

Las tasas de suicidio y depresión son más altas en esta población. Por ejemplo, en un estudio, “9.1 por ciento de los adolescentes LGB habían tenido un intento de suicidio, en comparación con el 3.6 por ciento de adolescentes heterosexuales” (7)

Está claro que las personas homosexuales se enfrentan al estrés provocado por la opresión social y el rechazo. El grado de aceptación está relacionado con el conflicto sobre su orientación sexual. (5)

1.9 La perspectiva enfermera

Un enfoque holístico del cuidado siempre ha influenciado a los principales modelos y teorías de la disciplina enfermera, trascendiendo el dualismo y reduccionismo de la biomedicina tradicional. Neuman definió que “la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo”, es decir, se aborda a la persona como un todo integrado. Peplau defiende la visión del ser humano como un ser biopsicosocial, con creencias, costumbres, modos de vida determinados por una cultura y un ambiente diversificado. (23)

Jean Watson dijo que: “La enfermería ha perdido su alma por servir a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructiva. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas”. (23)

La sexualidad es una parte importante en la esencia del ser humano, que es afectada y afectará al resto de las esferas de la persona. A pesar de esa concepción holística y biopsicosocial, la sexualidad y la salud mental siguen siendo tabús que superar.

Por ejemplo, uno de los sistemas de valoración más seguidos e implementados son los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. El patrón 9 es sexualidad y reproducción, aunque considera la satisfacción o insatisfacción con la propia sexualidad, lo que muchas guías muestran como que se debe valorar en ese patrón son: la edad de menarquía/menopausia, alteraciones de la menstruación, si se realizan citologías, métodos anticonceptivos, problemas de fertilidad, satisfacción con las relaciones y disfunciones sexuales.(24) Autoras como Virginia Henderson u Orem no considera la sexualidad en sí como un aspecto destacable a valorar.

1.10 Etiquetas diagnósticas

Según la taxonomía NANDA formulamos posibles diagnósticos que pueden aplicarse en esta población (25)

Diagnóstico	Definición
[00065] Patrón de sexualidad ineficaz	Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.
[00150] Riesgo de suicidio	Susceptible de sufrir una lesión autoinfligida que amenaza la vida
[00146] Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Diagnóstico	Definición
[00140] Riesgo de violencia autodirigida	Susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
[00148] Temor	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro
[00222] Control de impulsos ineficaz	Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás
[00119] Baja autoestima crónica	Autoevaluación y/o sentimientos negativos sobre las propias capacidades, que se prolongan más allá de los tres meses.

Tabla 4: Diagnósticos enfermeros en la población LGTBIQ. Fuente: NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020 Elaboración propia.

2 Justificación

El artículo 2 de los Derechos Humanos se reclama que toda persona tiene derechos y libertades, independientemente de cualquier condición, la discriminación al colectivo LGTBIQ sigue estando presente en todo el mundo. Siendo 70 Estados donde continúan criminalizando las actividades consensuales entre personas del mismo sexo (16)

Se establece que entre el 25-52% de la población LGTBIQ de la UE activa recibe acoso laboral. Y en el caso de las personas transexuales el desempleo llegaba a cifras del 55%. (9) y el 70% de los jóvenes trans españoles afirman haber sufrido acoso escolar (21)

El coste de esta estigmatización social, discriminación y por tanto violencia que sufre este colectivo conlleva a nivel de la autoestima y el desarrollo emocional que derivará en problemas de salud mental. (13)

El enfoque holístico de la Enfermería y el rol que realiza como educadora y en el área de la prevención la sitúa en una buena posición para abordar a esta población.

Sin embargo, a pesar de esto, la sexualidad y la salud mental siguen siendo tabús y áreas poco profundizadas. Por ello es necesario abordar la conexión entre la identidad sexual y de género y la salud mental, desde una perspectiva enfermera.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la salud mental de los jóvenes gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, intersexuales y queer.

Objetivos específicos:

- Identificar las conexiones entre la identidad, sexualidad y los problemas de salud mental
- Identificar los factores psicosociales que influyen en la salud mental de los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales.
- Determinar el papel de la enfermera y los sistemas sanitarios en relación con la diversidad sexual y de género.

4 Metodología

El método óptimo para la consecución de los objetivos planteados es a través de una revisión narrativa. Basada en una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, LILACS, Cuiden y en el repositorio de Dialnet.

La estrategia de búsqueda fue formulada utilizando un lenguaje controlado partiendo de los términos más relevantes para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados.

TÉRMINO DE BÚSQUEDA	DeCs		MeSH (PubMed)	MH (Cinahl)
	<i>Español</i>	<i>Inglés</i>		
Sexualidad	Sexualidad	sexuality	sexuality	Sexuality
Adolescencia/juventud	Adolescente	adolescent	adolescent	
Diversidad Sexual	-	-	Sexual and gender minorities	Sexual orientation

TÉRMINO DE BÚSQUEDA	DeCs		MeSH (PubMed)	MH (Cinahl)
	Español	Inglés		
Enfermera	Enfermería	nursing	nursing	nursing
Salud mental	Salud mental	Mental health	Mental health	Mental health
Identidad de genero	Identidad de género	Gender identity	Gender identity	Gender identity
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care	Nursing care	Nursing care

Tabla 5: Términos de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

No obstante, con el objetivo de obtener documentos no sólo afines sino también relevantes y pertinentes a la pregunta de investigación, se opta por limitar la búsqueda estableciendo los criterios de inclusión:

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Artículos cuya muestra esté enfocada en jóvenes/adolescentes 13-18 años
- Publicaciones relevantes con fecha igual o posterior a 2009
- Evidencias generadas en inglés o español.
- Abstract disponible.
- Artículos que mencionen el papel de la enfermera.
- Documentos que hagan referencia a minorías sexuales.

○ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Artículos en idiomas que no sean el inglés o español
- Resumen no disponible
- Publicaciones de más de 10 años de antigüedad.
- Artículos cuya temática principal sean las ETS o VIH

Los términos fueron combinados a través del operador booleano “AND”, dando lugar a las siguientes búsquedas. (ver Tabla)

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	ELIMINACIÓN DUPLICADOS	SELECCIÓN POST-ABSTRACTOS
CUIDEN	salud AND mental AND sexualidad	296	-	6
	identidad AND género AND sexualidad	41	1	3
	Diversidad sexual AND enfermería	29	-	1
CINAHL	<i>sexuality OR sexual orientation AND mental health</i>	89	-	13
	<i>nursing care AND sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior</i>	27	1	1
PUBMED	<i>sexuality AND adolescent AND nursing AND mental health</i>	246	-	11
	<i>nursing care AND sexuality AND adolescent</i>	17	-	2
Dialnet	Sexualidad AND adolescentes AND enfermería	63	-	-
LILACS	Enfermería AND sexualidad	44	10	5
	Sexualidad AND salud mental	81	8	22

Tabla 6: Estrategias de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

En un primer cribado, se seleccionaron 62 artículos. Tras un segundo cribado, descartando los documentos repetidos entre las distintas bases de datos y según los criterios de exclusión e inclusión hemos elegido 20 artículos.

5.1 Percepción servicios de salud y su uso por parte del colectivo LGTBIQ.

Carvalho et al (26) en su estudio descriptivo, analiza la percepción de las mujeres homosexuales y bisexuales acerca de los servicios de salud. Las mujeres referían una especial incomodidad en las exploraciones vaginales en las consultas de ginecología, sobre todo entre aquellas que no habían tenido experiencias de penetración en sus relaciones.

Las participantes consideran que la asistencia, tanto en los servicios sanitarios privados y públicos, está orientada a mujeres heterosexuales. El profesional que las atiende la mayoría de las veces, no se cuestiona la orientación sexual de la paciente, y cuando percibe una orientación homosexual, procura atender a la paciente sin enfocar directamente en su homosexualidad.

Desde la posición de las mujeres, les resulta muy difícil revelar su intimidad y compartir su orientación sexual. Sienten miedo a ser juzgadas, ser expuestas al prejuicio y discriminación por parte de los profesionales de salud. Sin embargo, al omitir esta información pueden derivar a situaciones donde se den recomendaciones que ellas refieren “sin sentido” como recomendar el uso de píldoras anticonceptivas.

Refieren que independientemente de ser un profesional de sexo masculino o femenino, demuestran poca o ninguna sensibilidad para atender las necesidades de esta población.

Zamalloa et al. (27) en este trabajo pone de manifiesto el proceso asistencial complejo, que somete a un elevado número de personas trans a una atención sanitaria y un registro de sus condiciones de salud muy heterogéneo, cuyos ingresos son fundamentalmente los referidos para la modificación corporal. El desarrollo de protocolos clínicos a nivel nacional, la coordinación de las unidades de referencia en el acompañamiento a los procesos de transición, la transversalización de la atención en la red asistencial, incluyendo la atención primaria, y el desarrollo de grupos y líneas de investigación con las universidades y otros colectivos, todo ello contando con la participación activa de personas trans, ayudarían a mejorar la atención a la salud de este colectivo. términos de accesibilidad a una atención especializada, las UIG parecen haber tenido un papel clave

en su mejora. No obstante, existen manifestaciones de descontento tales como la patologización, el paternalismo o las listas de espera.

McNair, Szalacha y Hughes (28) Este estudio refiere que las mujeres no heterosexuales utilizan más los servicios de salud mental, relacionándolo con la depresión, en cuando estaba controlada el uso se igualaba con las heterosexuales.

McCann y Sharek (29) en su estudio con población irlandesa, refieren que el acceso a los servicios de salud de las personas LGTB suele ser a través del médico de atención primaria .

Acerca de las experiencias con los servicios de salud mental, los participantes señalaban la importancia de la relación y la comunicación con los profesionales de la salud, de los cuales destacan ciertas cualidades para considerarlos buenos profesionales como ser escuchado y sus necesidades se tengan en cuenta. Uno de los participantes comentaba el miedo que tenía al sentirse rechazado por su orientación y que les dijeran “tu novia o lo que sea...” les hacía sentir más confortables para hablar. Por otra parte, reclamaban que los profesionales no hagan presunciones sobre la identidad LGTB de la persona, juzgando al cliente u ofreciendo un tratamiento inadecuado. Un participante reclamaba que cuando preguntan sobre la orientación sexual lo ligan con la salud mental, que si hubiera sido heterosexual no lo hubieran apuntado como algo destacable.

De los servicios de salud mental en general, se quejan de la fuerte visión biomédica, destacando la falta de interdisciplinaridad de su tratamiento. Un participante VIH positivo reflexionaba sobre que el servicio que le trataba el VIH no estaba enlazado con salud mental.

En relación con los recursos para las personas trans en Irlanda, los participantes reclaman que son insuficientes.

McCann y Sharek (29) Además, describen los principales apoyos de esta población, los mayores fueron las parejas íntimas, la familia, que aunque puede ser un ser un apoyo y ser crucial para su recuperación pero para otros jugaba un papel negativo sobre su sexualidad, y aparecen factores que pueden estar relacionados con estresores minoritarios. También se describen los grupos de apoyo y tener una buena aceptación en el trabajo.

Desde el punto de vista de profesionales de la salud mental, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que, a su vez, pertenecen al colectivo LGTB en el estudio de Rutherford, McIntyre, Daley y Ross (30), demandan una mayor formación sobre el colectivo dentro de los currículos formativos, que los profesionales puedan asegurar que los individuos reciban un trato sensible, respetuoso y un cuidado efectivo en los servicios de salud mental convencionales. Que formen en el impacto del heterosexismo, la homofobia y otras formas de discriminación en la salud mental de los individuos, y evadir los contenidos que sirvan para perpetuar los estereotipos dañinos

5.1.1 Papel actual de la enfermería en el colectivo LGTBQI y perspectivas de mejora

Rivers, Gonzalez, Nodin, Peel, y Tyler (31) describen la importancia de tener un sentimiento de aceptación entre los profesionales, una enfermera al decir a uno de los participantes del estudio, el cual era gay e intento suicidarse, que la próxima vez lo intentara. Otro participante describía a un psicólogo que tenía en su despacho una foto de un ministro conservador, les afectó negativamente y no les anima hablar de su condición. Este último caso no fue capaz de hablar con su psicólogo por eso. Otros psicólogos evitaban tratar el tema de su sexualidad y se centraban en otras problemáticas familiares cuando la raíz de sus dinámicas familiares era la no aceptación de su homosexualidad, sintiéndose desprotegidos.

Riley (32) en relación con el conocimiento sobre el colectivo LGTBI, las enfermeras, según un estudio que menciona Riley en su estudio de 2010, que Saewyc, Bearinger, McMahon, y Evans reflejaron en 2006 que el 70% de las enfermeras encuestadas de la *American Public Health Association*, y la *National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners*, y la *National Association of School Nurses* indican un nivel bajo de conocimientos sobre asuntos LGB.

Riley (32) explica la importancia la enfermera que puede tener en el proceso de los pacientes de autodefinir su orientación sexual, en el que implican cuidados al adolescente y su familia. Destacando el papel que pueden tener en colegios u organizaciones donde trabajan para asegurar que tienen una “tolerancia cero” contra el prejuicio. En el colegio o en la comunidad puede apoyar, atender, y establecer grupos de apoyo para adolescentes que necesitan información afectivo-sexual independientemente de la orientación sexual.

Bosse y Chiodo (33) acerca de las enfermeras, comentan que tienen la tarea de crear un ambiente de aceptación y confidencialidad, incluyendo la comprensión de lo que significa revelarse como una minoría de género o sexual, las implicaciones que pueden tener en un contexto cultural concreto.

Manifiestan la necesidad de incluir información pertinente acerca la orientación sexual y de género en los estudios de Enfermería para que sean capaces de enfrentarse a una creciente diversidad en la sociedad.

Hernández-Ascanio y Ventura Puertos (34) con su trabajo evidencian la falta de atención plena e integral de la sexualidad, especialmente de la mujer, de los profesionales del ámbito de los cuidados.

5.2 Salud física del colectivo LGTBQI

McNair et al(28) analizaron la salud mental y física y su relación con la orientación sexual entre una muestra de mujeres australianas. En relación con la salud física, no encontraron diferencias según la orientación sexual, sin embargo, dentro del grupo de las mujeres bisexuales refirieron, pero estado físico, salud general y mayores diagnósticos de hepatitis B o C.

Las mujeres bisexuales y mayormente bisexuales son más probables de tener enfermedades de transmisión sexual e infecciones urinarias en los últimos 3 años. 1 tercio de las mayormente heterosexuales y 42,2% de las bisexuales tuvieron un resultado anormal en la prueba de Papanicolau comparado con 1 cuarto de las heterosexuales. Las lesbianas tienen una salud física parecida a la de las heterosexuales, las lesbianas son menos probables a tener una prueba de Papanicolau anormal.

Carvalho et al (26) también analizan las perspectivas de las mujeres bisexuales y homosexuales acerca de las ETS. Refieren como principal medida el uso del condón masculino, en relaciones con hombres, y la creación de condones “improvisados” a partir de condones masculinos para proteger el órgano genital femenino, abriéndolo en forma de sabana, dicen disminuir el contacto. Sin embargo, refieren que el uso del condón en

las relaciones homosexuales no es una práctica común, principalmente entre relaciones de parejas estables, eliminando en su imaginario los riesgos de adquirir ETS.

5.3 Niveles de salud mental en el colectivo y factores que influyen.

McNair et al (28) relativo la salud mental, las mujeres pertenecientes a minorías sexuales es más pobre en largo y corto plazo. Las mujeres bisexuales reportaron mayores niveles de depresión, ansiedad y medidas generales de salud, los mayores niveles de estrés y los menores de satisfacción con la vida.

Rieger y Savin- Williams (35) relacionan la disconformidad de género en la adolescencia y en la infancia como factor que disminuye el bienestar. Tener atributos atípicos en el género asignado al nacer influye más negativamente en la salud mental que tener una orientación sexual no heterosexual. Los autores en su análisis no se distingue diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, señalan que en otras publicaciones si determinan una mayor tolerancia a atributos masculinos en mujeres que la feminidad en general.

En este estudio también analizan factores psicosociales que afectan el bienestar en los adolescentes disconformes con su género, teniendo menores niveles de bienestar las personas no caucásicas, y ser religiosos no tenían en general una asociación significativa con el bienestar.

Determinan que las personas con géneros no normativos perciben mayores niveles de estrés por la intimidación y el acoso que reciben desde una edad temprana.

Goodin, Elswick y Falling-Bennett (36) en su estudio destacan que los adolescentes con orientaciones sexuales no-heterosexuales (LGB y aquellos que respondieron que no estaban seguros de su orientación), tienen una mayor proporción, con relación a sus compañeros heterosexuales, de tener peores resultados en los factores de salud mental analizados en el estudio. Y en general los resultados de las mujeres son peores que los de los hombres.

Asocian como factor de protección de la salud mental tener un “adulto con el que hablar”. Una pequeña proporción de los estudiantes no-heterosexuales tenía un adulto con el que hablar, un 56,03% frente al 84,14% de los heterosexuales. Tener un adulto con el que

hablar, en este estudio, se asoció con una menor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días y de *binge drinking*.

Tebbe y Moradi (37), en su estudio determinan que entre las personas transexuales un 68,5%, según el CES-D, tenían un diagnóstico clínico de depresión. La incidencia de depresión es mucho más alta que en la población general. El 71,9% de la muestra refiere haber pensado sobre el suicidio en el último año, y el 28,1% alguna vez en su vida. 20,5%, indica que es probable o muy probable que contemplarían el suicidio en algún momento en el futuro. También mencionan que después de “transicionar”, los participantes en el estudio describieron tener mayor acceso a los recursos sociales y de apoyo, mejorando así su bienestar psicológico y el estrés

Fish y Pasley (38), en su estudio analizan como la identidad/orientación varía de la adolescencia a la adultez. Asocian el desarrollo de la sexualidad con los síntomas depresivos, suicidio y consumo de alcohol en la adolescencia y su transición a la adultez. Concluyen que esta población no conocía estas atracciones, comportamientos, o identidades hasta la adultez. Este estado de “confusión” sobre las dimensiones de su propia sexualidad elevan el riesgo de sintomatología depresiva, suicidio y consumo de alcohol.

Lourie y Needham (39) encontraron en su estudio la asociación entre la discordancia de la orientación sexual entre los identificados como heterosexuales y la sintomatología depresiva, que los de orientaciones sexuales concordantes, sugiere una relación entre la sexualidad, el autoconcepto y la salud mental.

Thorsteinsson, Loi, Sveinbjornsdottir, y Arnarsson (40) en su estudio define que en Islandia, los LGB están mejor en 2014 que en 2010, sugiriendo que factores como la aceptación hayan aumentado y haya mejorado su visión de la vida. Puede estar relacionado con la aprobación de la ley del matrimonio igualitario de Islandia en 2010. Mejorando en apoyo social de amigos y familia, ser acosado por otros y gustarles el colegio. Sigue siendo peor que sus compañeros heterosexuales.

5.3.1 La influencia de la familia en la salud mental de las personas LGTBQI

Ryan, Russell, Huebner, Díaz y Sánchez (41), investigaron sobre la aceptación familiar, su relación con la salud mental en los jóvenes LGTB.

La aceptación familiar es un predictor de una mayor autoestima, apoyo social y salud general, protege contra la depresión, el abuso de sustancias y las ideaciones y comportamientos suicidas.

En relación con las características de las familias, los determinantes analizados por los autores son el estatus socioeconómico bajo, latinos, inmigrantes y religiosos declaran una menor aceptación familiar.

En este estudio también mencionan que independientemente de los niveles de aceptación familiar los jóvenes transgénero reportaron menor apoyo social y salud general.

5.3.2 Intentos de suicidio, suicidio y violencia autoinfligida en la población LGTBIQ

Goodin, Elswick, y Fallin-Bennett (36) determinan que en la población no heterosexual; el 58,15% se sienten tristes o desesperanzados, el 40,8% han considerado el intento de suicidio, el 34,34% tiene un plan de suicidio, un 27,16% ha intentado el suicidio frente al 27,53%, 12,76%, 11,14%. 7% respectivamente entre los heterosexuales.

Los estudiantes no heterosexuales son 4,37 veces más propensos a realizar violencia autoinfligida

Seil, Desai, y Smith (42) en relación a la ideación suicida (37% vs 11%; $P < .001$) e intento de suicidio (26% vs 7%) en los últimos 12 meses fueron más de tres veces mayor entre los LGB que los heterosexuales.

Cuando los LGB tienen una conexión con un adulto, eran más probables de manifestar las adicciones e ideaciones de suicidio que los heterosexuales sin una conexión de un adulto. Las estudiantes LGB son significativamente más propensas que los estudiantes de reportar falta de conexión con algún adulto en el colegio (23% y 19% respectivamente), inversamente asociado con el curso escolar.

Los adolescentes que eran tanto LGB como no tenían un adulto tenían los peores resultados en las variables con un 31% de tentativas de suicidio y 57% de sintomatología depresiva en los últimos 12 meses. 3,1 a 6,7 OR veces más alta en los adolescentes LGB sin conexión de un adulto que los heterosexuales con conexión adulta.

Marshal et al (43) analiza la ideación suicida con un OR=4,43 entre las mujeres de minorías sexuales.

Skerrett, Kõlves, y De Leo (44) analizan los suicidios en el colectivo LGTB de la población australiana en comparación a la heterosexual; La diferencia de trastornos psiquiátricos entre los LGTB y los que no es insignificante, LGTB son significativamente más probables de tener depresión en los casos de suicidio LGTB que los que no (70,6%) vs 52.4%; OR = 2.44, P = 0.050), 50,0% vs 33,3% de depresión diagnosticada y consumo de drogas ilícitas 17,1% vs 6,7%.

En relación con los eventos vitales que influenciaron en el suicidio en ambos grupos, los LGTB tienen mayores problemas de pareja y conflictos interpersonales, entre los que se encuentran miedo a contraer VIH, a aislamiento social y conflicto sobre su sexualidad. 3 de los 35 individuos LGTB de la muestra eran VIH positivo, teniendo en cuenta que en la prevalencia de VIH en la zona analizada es del 4%.

Con relación al suicidio en esta población, Tebbe y Moradi (37), comentan que el contexto de prejuicio antitrans, manifestado como estresores menores, pueden perfilar las diferencias individuales en depresión y riesgo de suicidio en la población trans.

Como factor protector señalan el apoyo social de amigos, disminuyendo el riesgo de suicidio debido a la asociación de la depresión y el apoyo social.

Jackman, Edgar, Ling, Honig, y Bockting (45) analizaron las características de los NSSI (Non suicidal self injuries) en las personas transexuales. El desarrollo de la construcción de la identidad, como identificarse públicamente como transexual (*coming out*) parecen provocar los NSSI.

La mayoría de los participantes hacen referencia a características comunes como:

- negativas en la infancia
 - Experiencias Casi todos los entrevistados referencian haber experimentado algún tipo de abuso verbal, física, emocional o verbal por parte de los padres.
 - Otros estresores familiares fueron mencionados como divorcio, disputas por la custodia, familias monoparentales, pérdida de miembros familiares debido al divorcio o muerte y cambios frecuentes de residencia.
 - Un tercio mencionan historial familiar de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Disconformidad de género
 - Los participantes expresan haber sido criticados por la manera de expresar su género, hablan de una presión por cumplir las expectativas de genero para su sexo asignado al nacer que empieza desde la niñez y se intensifica en la adolescencia
 - La mitad referencia que de pequeños era más aceptado que fueran más masculinos, pero en cuanto llegaban a la pubertad, los adultos comenzaban a presionarlos con comportarse y vestirse más femenino “*Like, ‘Okay, like, the tomboy thing was cute but now you need to femme up’*” Provocándoles un fuerte desagrado cuando se veían obligados a ponerse ropas femeninas.
- Ocultamiento y expectativas de rechazo
 - Factores que llevan al ocultamiento incluyen rechazo o negación después del inicio del *coming out*, lo que lleva a expectativas de rechazo futuras.
 - Un participante se identificó como bisexual, recibió rechazo por parte de sus padres lo que le desanimó a identificarse como transexual delante de ellos. Y el ocultar su identidad provocó comenzar con los NSSI.

Jackman, Edgar, Ling, Honig y Bockting (45), especifican en el caso de las identidades no binarias. Estas personas fue difícil comprender su propia identidad de género, y aún más al resto cuando esa identidad se encontraba fuera del binomio de hombre/mujer. Las personas no binarias sufren un estrés extra por la falta de entendimiento social y reconocimiento de sus expresiones de género como válidas, las cuales a veces contribuyen a NSSI.

Casi todos los participantes de este estudio expresaron que NSSI fue una forma de enfrentarse a sus emociones o reafirmar su autonomía, como estrategias de afrontamiento. Una manera de “cuidarse” de sí mismos, se cortan de manera “responsable” (se curan las heridas, se tapan los cortes con vendas...) normalmente no se lo cuentan a otros. Describen el NSSI como una manera simple y efectiva de lidiar con el estrés. Otros describieron que les gustaba la atención que recibían de sus iguales al ver los cortes

Asocian el momento de autoidentificarse como transexuales (*coming out*), como uno de los momentos críticos para el comienzo del NSSI. Parte de los participantes comentaron que la comprensión de su identidad de género de niños, la mayoría entendieron su TGNC en la adolescencia o juventud. Más de la mitad primero se identificaron como una minoría sexual (queer, bisexual, lesbiana) antes de identificarse como una minoría de género. Refieren haber sufrido estrés por no entender su identidad de género, lo que contribuyó al NSSI.

El rechazo en la salida fue otro factor estresante que los participantes sentían incrementado su vulnerabilidad que llevaba a NSSI. Un entrevistado empezó a cortarse después de salir del armario con su madre El rechazo en la salida fue otro factor estresante que los participantes sentían incrementado su vulnerabilidad que llevaba a NSSI. Un entrevistado empezó a cortarse después de salir del armario con su madre

Jackman, Edgar, Ling, Honig y Bockting (45), describen como uno de los mayores factores protectores el encontrar una comunidad.

Algunos participantes encontraron comunidad en persona, pero lo más común es encontrarlas online. La mitad de los participantes mencionaron usar las redes sociales contactar con TGNC y personas que practicaban NSSI. Sienten que no están solos, que alguien más se siente así y practica NSSI. Dos tercios de los entrevistados refirieron que estas comunidades fueron positivas. Les ayudaron a entender su propia identidad de género y en algunos casos les ayudó a disminuir NSSI.

Normalmente estas experiencias son beneficiosas, pero otras fomentaban el NSSI. Lo refieren como “su secreto”, les unía más.

Encontraron más apoyo en el colectivo que en sus amigos cisgénero. Uno mencionó grupos de apoyo fueron beneficiosos, aunque solo fueran de oyentes y no participaran, le ayudó a entenderse a sí mismo.

Las comunidades de TGNC son percibidas como beneficiosas en el entendimiento de la identidad, aumento de la autoaceptación y recibir apoyo social, pero también ayudó a los participantes a evitar la NSSI.

Rivers, Gonzalez, Nodin, Peel, y Tyler (31) en su estudio analizan que uno de los estresores asociados al intento de suicidio en la juventud LGTB era el proceso de “salir del armario”. Otro factor asociado era la religiosidad de las familias frente a las que se identificaban como LGTB, donde enfrentarse a esa realidad en los casos de ambientes con creencias religiosas fuertes, más rígidos o tradicionales. Uno de los participantes describía ese “miedo de ir al infierno”, ilustrando como las creencias religiosas y las normativas culturales pueden crear la homofobia interiorizada.

El ambiente y la familia determinan como las personas se presentarán y representarán así mismos en la familia y en el colegio. Para algunos entrevistados esa desconexión social mientras “salían” en el colegio contribuyó a construir a crear una barrera defensiva y de protección hacia sí mismo.

La mayoría de los participantes referían un sentimiento de soledad y aislamiento, refiriendo no tener nadie con hablar de sus sentimientos, siendo un posible detonante de los intentos de suicidio.

Algunos de los entrevistados manifestaron haber sido víctimas de bullying en el colegio. Uno de los participantes, referenciaba que tenía que interpretar roles masculinos, en este caso el estigma contra él mostrando características femeninas acabó en violencia.

Describen que, el maltrato físico y psicológico de los otros acaba con el daño autoinfligido. Algunos participantes refieren que después de sus intentos de suicidio, el acercarse a personas del colectivo les impactó muy positivamente en sus vidas. Ese sentido de permanencia en la comunidad puede tener un efecto protector hacia los intentos de suicidio, fortaleciendo la identidad individual y la posibilidad de hacer a los jóvenes sentirse parte de una identidad colectiva.

La pérdida se relaciona con los intentos de suicidio entre los entrevistados, llevándolos a periodos de depresión, floreciendo sentimientos de ira, culpabilidad, tristeza o ansiedad. Encontrando dificultades a la hora de adaptarse a la nueva realidad puede derivar en comportamientos erráticos.

Entre muchos de los entrevistados tener que lidiar con un ambiente de hostilidad y la muerte de un ser querido y no poder tener con quien hablarlo deriva en un intento de suicidio.

El centro de los intentos de suicidios entre los jóvenes es la vergüenza, el no sentirse suficientes valiosos o para escapar de esa presión.

Influyendo distintos factores como la asimetría de poder en las relaciones sociales, la falta de mecanismos de afrontamiento no tener apoyo familiar y como factores protectores del riesgo de suicidio, destacan sentirse seguros en el colegio y el apoyo familiar, y tener referentes LGTB.

5.3.3 Consumo de alcohol y drogas

Goodin, Elswick y Fallin-Bennett (36) En relación con el consumo de alcohol, los estudiantes no heterosexuales eran significativamente más probables en tener conductas de riesgo en el consumo de alcohol. Entre los no heterosexuales un 32,49% había probado el alcohol antes de los 13 años, 39,5% ha consumido alcohol en los último 30 días y un 24,70% practica *binge drinking*, frente a sus compañeros heterosexuales 13,51%, 24,44%, 15,46% respectivamente.

Tebbe & Moradi (37) En este estudio refiere que el consumo de alcohol y drogas era similar a las otras poblaciones. Relacionan el consumo de drogas relacionado con el riesgo de suicidio, pero el consumo de alcohol no.

Fish y Pasley (38) determinan que los que se consideraban heteroflexibles y los después de declararon bisexuales son el grupo con mayores síntomas depresivos, consumo de alcohol durante la adolescencia y la adultez que los heterosexuales y LGB.

Seil, Desai, y Smith (42), analizan en su estudio las diferencias en salud mental asociado con la orientación sexual entre adolescentes de Nueva York.

Alrededor de la mitad de los/las estudiantes LGB consumen recurrentemente alcohol (45%) y sintomatología depresiva en los últimos 12 meses (49%) comparado con el 30% y el 26% respectivamente. 1 cuarto de los LGB consumía recurrentemente marihuana

(27%), otras drogas ilícitas (26%), siendo más del doble que sus compañeros heterosexuales. Tanto heterosexuales como LGB tenían una prevalencia más alta de abuso de sustancias y peor salud mental cuando decían no tener ninguna conexión con un adulto en el colegio

Marshal et al (43), analizan las diferencias de la salud mental y el uso de sustancias entre mujeres adolescentes según su orientación sexual. En relación con el consumo de sustancias; el consumo de alcohol en las mujeres de minorías sexuales tiene un OR= 2,72 de consumo de alcohol, OR= 2,92 de *binge drinking* comparado con las chicas heterosexuales en el último año, son 5 veces más propensas a consumir tabaco y un OR= 3.61 de consumo de marihuana.

6 Discusión

El colectivo LGTBIQ según la teoría de estrés de minorías, tiene una mayor prevalencia de trastornos mentales causado por los estresores sociales que sufren debido al estigma y el prejuicio (23). Los artículos encontrados en esta revisión apoyan esa teoría.

Factores psicosociales, estatus de minoría que afecta a la salud mental.

Meyer (23) establece estresores ligados con el hecho de pertenecer a ciertas minorías, distintos factores psicosociales como el género, la raza/etnia y la orientación sexual, a parte de los estresores generales y transversales a toda la población como puede ser el estatus socioeconómico. En el caso de las minorías sexuales se solaparía y afectaría de mayor forma.

Uno de los factores psicosociales que más está relacionado con el estigma y al desempeño de la salud mental es el género. La identidad de género y el estigma que produce salirse de los atributos y estereotipos convencionales produce una gran discriminación y los estresores derivados.

Goffman comenta que el sistema de discriminación que crea el estigma está basado en la ideología heterosexista y homofóbica que sostendrá el sistema sexo-género hegemónico en nuestra sociedad. (13)

La homofobia no solo se relaciona con la orientación sexual en sí, tiene un importante subtexto sexista y machista. En el que se produce un rechazo a quién rompe los

estereotipos de los roles de género predefinidos por la sociedad. (6) Uno de los participantes, referenciaba que tenía que interpretar roles masculinos, en este caso el estigma contra él mostrando características femeninas acabó en violencia (32)

Los resultados de los factores analizados sobre la salud mental, las mujeres de minorías sexuales demostraron resultados peores que los de los hombres (37). Y entre las mujeres, las que se identificaban como bisexuales desempeñan mayores niveles de depresión, ansiedad, los mayores niveles de estrés y los menores de satisfacción con la vida. Goffman ya comentó que el caso de la bisexualidad la estigmatización también es notoria porque su “ambigüedad” es más estigmatizante. (13)

Sin embargo, los estudios analizados la mayoría no encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres LGB, los autores mencionan que estas diferencias sí que fueron encontradas en otros estudios, los cuales señalan que hay un mayor prejuicio a presentar atributos femeninos en hombres (plumofobia), que atributos masculinos en mujeres (mujeres masculinas). (36)

En estos estudios no se analizaba tanto la variable género como pertenecer al colectivo LGTBIQ en sí.

Romper roles de género y confusión con la propia identidad

Romper los estereotipos de género, no pertenecer al binomio hombre/mujer las personas con géneros no normativos perciben mayores niveles de estrés por la intimidación, el acoso que reciben desde una edad temprana, la falta de entendimiento social y reconocimiento de sus expresiones de género como válidas (37,46). Además del propio estrés de no comprender su propia identidad de género (46).

Independientemente de los niveles de aceptación familiar los jóvenes transgénero reportaron menor apoyo social y salud general, síntomas depresivos, y pensamientos suicidas (42,38)

Cuando las personas transexuales transicionan, los participantes en el estudio describieron tener mayor acceso a los recursos sociales y de apoyo, mejorando así su bienestar psicológico y el estrés (38). Cuando empiezan a adecuarse más a los estereotipos de género.

Cultura, raza, etnia, factores socioeconómicos.

Al cruzarse varias identidades de minorías como puede ser el género, la raza/etnia y el de orientación sexual, sufren un mayor estrés y esta relación es más compleja y es más difícil alcanzar el estado óptimo de autoaceptación como en el caso de lesbianas, personas LGTBIQ negras o latinas, y la propia homofobia que se profesa dentro de estas poblaciones (23,13)

Se relaciona que un ambiente familiar que profesaba creencias religiosas más tradicionales con unos niveles más bajos de aceptación familiar con la persona LGTBIQ. (42,32) Y ser religioso no era un factor protector (36). También se asocia las creencias religiosas del ambiente familiar con la homofobia interiorizada (32).

En la mayoría de los estudios las variables socioeconómicas eran controladas para poder evaluar las diferencias por diversidad sexual. estatus socioeconómico bajo, latinos, inmigrantes personas no caucásicas se asocian con menores niveles de bienestar y aceptación familiar. (36, 42)

Investigadores del estrés han identificado estresores individuales y sociales. Personales pueden ser la pérdida del empleo o de un ser querido, en esta población con un elevado estrés social, sin unas estrategias de afrontamiento adecuadas, estos estresores individuales pueden afectar más a la salud mental. (23) Como los conflictos de pareja, interpersonales, contraer VIH, aislamiento social conflictos sobre la sexualidad. (45) Experiencias negativas en la infancia, abuso verbal, física, emocional o verbal por parte de los padres estresores familiares fueron mencionados como el divorcio, disputas por la custodia, familias monoparentales, pérdida de miembros familiares familiar de trastornos mentales o abuso de sustancias (46) Son eventos que influenciaron en el riesgo de suicidio.

Estresores propios de la identidad de minoría LGTBIQ

Esa discordancia entre la “normalidad” y los propios atributos, lleva al individuo a odiarse y a denigrarse así mismo, sintiendo vergüenza de sí mismo (12). La carencia de un intercambio social sin estigma comenta Goffman que hace que la persona se asile, se vuelva desconfiada, depresiva, ansiosa, tiene una conciencia de inferioridad un continuo sentimiento crónico de inseguridad, y como consecuencia la ansiedad (12). Meyer comenta que la identidad de minoría está enlazada con una variedad de procesos

estresantes como las propias expectativas de rechazo por parte de los individuos LGTBIQ, la ocultación de la identidad por miedo al daño o el estigma interiorizado (homofobia interiorizada). (23)

En los artículos encontrados; el momento de la autoidentificación y descubrimiento de la propia identidad sexual y de género durante la transición de la adolescencia a la adultez, el proceso de “salir del armario, el miedo al rechazo en la salida se relaciona con los síntomas depresivos, suicidio, conductas autolesivas y consumo de alcohol (46) (32) (39).

“Estar en el armario”, ese ocultamiento de la propia identidad genera un continuo estrés (13). Un continuo control de su conducta. (12) Sin embargo, también el ser visible, “salir del armario”, ser capaz de verbalizarlo, de aceptarlo, hace más fácil enfrentarse a la estigmatización. (13)

Factores protectores de la salud mental en el colectivo LGTBIQ.

Cuanto mayor es el grado de información, más referentes se tienen y más cercanos, redes de apoyo, disminuye la homofobia. (13) Como en Islandia donde los jóvenes LGTBIQ perciben mejor aceptación desde aprobación matrimonio igualitario 2010. Mejorando en apoyo social de amigos y familia, ser acosado por otros y gustarles el colegio A pesar de que sigue siendo peor que sus compañeros heterosexuales. (41)

Tener un apoyo en el colegio, un adulto con el que hablar, son factores que se han analizado en los estudios encontrados Las personas LGB en el colegio eran menos probables de tener un adulto con el que hablar, se asociaba con una mayor prevalencia de consumo de alcohol, *binge drinking* (37) abuso de sustancias y peor salud mental (43) entrevistados manifestaron haber sido víctimas de bullying en el colegio. (32)

Meyer (23) señala que uno de los factores protectores más importantes en las minorías y en la población LGTBIQ en esta población es el sentimiento de comunidad. Esta valida experiencias y sentimientos de las personas que pertenecen a las minorías. Goffman dice que las personas que pertenecen a minorías sexuales tienen una gran capacidad de autoafirmación y resiliencia (13). Los resultados apoyan la teoría. Tener una comunidad, personas LGTBIQ de referencia, en general, fomenta la autoaceptación de la identidad Las comunidades de TGNC son percibidas como beneficiosas en el entendimiento de la identidad, aumento de la autoaceptación y recibir apoyo social, fortaleciendo la identidad individual y la posibilidad de hacer a los jóvenes sentirse parte de una identidad colectiva

disminuyendo las NSSI(46) y los intentos de suicidio(32). También se destaca la importancia de las comunidades online, poder contactar con iguales manteniendo el anonimato (46). comentan que el contexto de prejuicio antitrans, manifestado como estresores menores, pueden perfilar las diferencias individuales en depresión y riesgo de suicidio en la población trans (38).

Está claro que las personas homosexuales se enfrentan al estrés provocado por la opresión social y el rechazo. El grado de aceptación está relacionado con el conflicto sobre su orientación sexual. (5)

La familia, la aceptación familiar está relacionado con la salud mental en los jóvenes LGTB predictor de una mayor autoestima, apoyo social y salud general, protege contra la depresión, el abuso de sustancias y las ideaciones y comportamientos suicidas. (41) aunque puede ser un ser un apoyo y ser crucial para su recuperación, pero para otros jugaba un papel negativo sobre su sexualidad, y aparecen factores que pueden estar relacionados con estresores minoritarios (30) El ambiente y la familia determinan como las personas se presentaran y representarán así mismos en la familia y en el colegio (32)

Consecuencias en la salud mental del colectivo LGTBIQ.

Meyer defiende que los estresores propios de las minorías relacionado con el estigma, más los propios estresores ambientales se relacionan estrechamente con el estado psicológico. Ese estigma produce daños en el autoconcepto de las personas prediciendo problemas emocionales. Además, los factores protectores, las estrategias de afrontamiento colectivas e individuales determinarán el estado final de la salud mental (23). En los resultados se menciona la depresión, el suicidio, el abuso de alcohol y otras drogas y la violencia autoinfligida como resultado de todos los procesos derivados del estigma.

Uno (42), los momentos críticos para el detonante del suicidio es la “salida del armario” y la aceptación social (32) El centro de los intentos de suicidios entre los jóvenes es la vergüenza, el no sentirse suficientes valiosos o para escapar de esa presión (32) el maltrato físico y psicológico de los otros acaba con el daño autoinfligido (32). La pérdida de un ser querido y la falta de mecanismos de adaptación se relaciona con los intentos de suicidio (32)

Entre 26-27,16% de los no heterosexuales han intentado el suicidio frente al 7% de los heterosexuales (37) (43), entre los australianos LGTB y los casos de suicidio eran más

probables de tener depresión y consumir drogas ilícitas que en los casos entre los heterosexuales, y un porcentaje significativo de los casos de suicidio eran VIH positivo (45).

Entre los no heterosexuales eran significativamente más probables en tener conductas de riesgo en el consumo de alcohol, haber consumido alcohol en los últimos 30 días y practicar *binge drinking*. 39,5% 24,70% vs 24,44%, 15,46% (37).

Se asocia sintomatología depresiva con el consumo de alcohol, entre los LGB demostraban mayor sintomatología depresiva y mayor consumo de alcohol, consumo recurrente de marihuana, y otras drogas ilícitas, en mujeres de minorías sexuales 5 veces más propensas de consumir tabaco, y 3.61 veces de marihuana, y casi 3 de consumo de alcohol. (44) (43)

El papel de la enfermera y los sistemas sanitarios en relación con la diversidad sexual y de género.

La disciplina enfermera en sus teorías se reivindica como una disciplina holística. Que como Peplau defiende la visión del ser humano como ser biopsicosocial (24) y desde la OMS se defiende el respeto y el cuidado de la salud sexual (3).

Los estudios analizados (ninguno del contexto español), señalan la importancia enfermera en estas poblaciones, en el acompañamiento y aceptación de sus condiciones y las implicaciones que pueden llegar a tener en sus respectivos contextos (34) Sin embargo, las enfermeras manifiestan no tener el conocimiento necesario y se evidencia la falta de atención integral de la sexualidad (33). Es necesario una mayor formación en asuntos LGTBIQ para poder ofrecer un cuidado efectivo, un trato sensible y respetuoso para evitar el impacto del prejuicio sexual y los estereotipos en los servicios de salud mental (31).

Este colectivo describe la importancia de tener un sentimiento de aceptación entre los profesionales para poder tratar su sexualidad con confianza (32), y demandan más sensibilidad a la hora de atender las necesidades de esa población por parte de los profesionales sanitarios (27), sentirse escuchados y que sus necesidades se tengan en cuenta, que no hagan presunciones sobre su identidad, de la falta fuerte visión biomédica de los servicios de salud mental. (31)

Si no se da un ambiente de confianza en el que se pueda hablar de la sexualidad del individuo no se podrá realizar cuidados y recomendaciones adecuadas, en educación sexual. (27)

Acerca del sistema sanitario desde la población trans existen manifestaciones de descontento tales como la patologización, el paternalismo o las listas de espera, a pesar de las mejoras tras la implementación de las Unidades de Identidad de Género. (28) En relación con los recursos para las personas trans en Irlanda, los participantes reclaman que son insuficientes. (30)

El uso de los sistemas sanitarios

Este estudio refiere que las mujeres no heterosexuales utilizan más los servicios de salud mental, relacionándolo con la depresión, en cuando estaba controlada el uso se igualaba con las heterosexuales, son menos propensas a realizar una continuidad de cuidados, y se realizan menos el test de Papanicolau. (29)

7 Limitaciones y futuras investigaciones

Existen poca investigación sobre la salud mental en el colectivo LGTBIQ desde el contexto español y sobretodo hay carencia de investigación enfermera y el papel que puede desempeñar en el cuidado de esta población.

Se debería seguir estudiando cómo el prejuicio, la discriminación y los factores psicosociales afectan a esta población y a su salud mental, sobretodo en el contexto español.

Desde la investigación enfermera se debería ver como los profesionales sanitarios atienden a esta población y si los cuidados están adaptados a ellos. Cómo la educación y las distintas intervenciones enfermeras pueden favorecer la aceptación y una buena salud mental entre el colectivo LGTBIQ.

8 Conclusiones

La sexualidad es una esfera más del ser humano que a su vez está influida e influenciada por el resto de los aspectos de su ser. Por ello, es necesario romper con las barreras y tabúes que nos impiden abordar este tema con toda la profundidad y relevancia que debe ser atendida, en el colectivo LGTBIQ y en la población general por igual. Desde todos los ámbitos, pero con mayor ímpetu desde el papel de la enfermera donde su labor educativa y de prevención en esta área está sin abordar con la profundidad que la enfermera tiene el poder de hacer.

Otra barrera que encontramos en la de la salud mental donde tiene un recorrido semejante, lleno de tabúes y estigmas que desde el papel de enfermería no abordamos con la suficiente profundidad y perspectiva holística que esta profesión nos permite hacer.

La importancia de abordar la sexualidad y todos los procesos psicológicos que conlleva aceptar la propia identidad, la cual está estigmatizada, reconocerse como lesbiana, gay, bisexual, transgénero, *queer*, son procesos íntimamente profundos donde la persona es altamente vulnerable. Aceptar una identidad y manifestarla, aceptar el propio estigma y superarlo, son procesos que merecen ser cuidados y que las transiciones sean lo más saludables posibles. Especialmente entre las personas transgénero, las cuales atraviesan por procesos muy específicos y altamente patologizantes.

Es vital el papel de los profesionales enfermeros con este colectivo, las enfermeras tienen una posición privilegiada para acompañar a las personas diversas sexualmente, educar a la población, y rompiendo el estigma que los acompaña, mejorar su salud mental y ejerciendo como agentes defensores de los derechos humanos.

El rol educador es esencial. Hacia la sociedad en general, donde aún permanece una gran discriminación sobretodo en la población española donde ciertos sectores políticos siguen intentando invalidar los derechos que esta población había adquirido, desacreditando su existencia.

Es necesaria una educación sanitaria sexual en instituciones educativas integral e integradora, ser referentes en institutos y escuelas donde se prevenga el acoso a esta población. En los centros de atención primaria, ofreciendo cuidados y consejos con perspectiva de género y adecuados para estas poblaciones. Que se sientan aceptados en las consultas y puedan hablar sobre sus inquietudes e identidades sin miedo.

Para todo esto es necesario una mayor formación tanto en temas del colectivo LGTBIQ, sexualidad y salud mental, para poder ofrecer unos cuidados con una perspectiva holística y biopsicosocial.

9 Agradecimientos

Agradezco a mi tutora Matilde Arlandis Casanova, quien sin su guía y sus propuestas no hubiera podido finalizar este trabajo de fin de grado.

Gracias a mis compañeras de grado, por su apoyo y cariño en esta dura etapa.

10 Bibliografía

- (1) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York. 1946; 19-22 .
- (2) Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. 2008 ;9(1):99-107.
- (3) Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018.
- (4) Corona HF, Funes DF. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes 2015;26(1):74-80.
- (5) Rathus SA, Nevid JS, Fichner-Rathus L, Ortega RL. Sexualidad humana: Pearson Educación; 2005.
- (6) Sánchez Olvera AR. Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual. Sociológica (México) 2009;24(69):101-122.
- (7) Shibley Hyde J, DeLamater JD. Sexualidad humana. 9º ed. México: McGraw-Hill; 2006.
- (8) Sánchez TER. Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. Interamerican Journal of Psychology 2009;43(2):250-259.
- (9) Domínguez J, García P, Hombrados M. Transexualidad en España: Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados. Málaga: Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, Universidad de Málaga y FELGTB; 2011.
- (10) Grau JM. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Revista internacional de sociología 2017;75(2):059.
- (11) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5 ; 2013.
- (12) Goffman E, Guinsberg L. Estigma: la identidad deteriorada. : Amorrortu Buenos Aires; 1970.

- (13) Pichardo JI. El estigma hacia personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. Investigación-acción. Aportaciones de la investigación a la reducción del estigma. Madrid, Sanz y Torres 2012:111-125.
- (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.
- (15) ONU: Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948.
- (16) Mendos LR. Informe de Homofobia de Estado. Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex; 2019.
- (17) Herek GM. The psychology of sexual prejudice. Current directions in psychological science 2000;9(1):19-22.
- (18) Estirado L. Cronología del movimiento LGTBI; 2018 [Acceso 2 de abril de 2020]. Disponible en : <https://www.elperiodico.com/es/gente/20170611/cronologia-movimiento-lgtbi-6089082>.
- (19) Borraz M. Las ideas de Vox sobre aborto, homosexualidad y violencia de género: la vuelta de tuerca a lo que ya intentó el PP; 2018 [Acceso 2 de abril de 2020]. Disponible en : https://www.eldiario.es/politica/Vox-violencia-LGTBI-propuestas-PP_0_842716530.html.
- (20) de Miguel Antón A. Pin parental y libertad de educación. [Acceso 2 de abril de 2020]. Disponible en : <https://www.voxespana.es/noticias/pin-parental-y-libertad-de-educacion-20180904>.
- (21) FELGTB celebra la decisión del Gobierno central de recurrir por la vía judicial el 'pin parental' de Vox; 2020. [Acceso 2 de abril de 2020] Disponible en : www.felgtb.org/temas/educacion/noticias/i/15938/307/felgtb-celebra-la-decision-del-gobierno-central-de-recurrir-por-la-via-judicial-el-pin-parental-de-vox.
- (22) Ribas C. ¿Qué es lo que Vox llama 'pin parental'?; 2020. [Acceso 2 de abril de 2020] Disponible en : https://elpais.com/sociedad/2020/01/17/actualidad/1579258136_624639.html.
- (23) Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la enfermería. Revista Salud y Administración 2014;1(2):17-22.

- (24) Álvarez J, Del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de valoración de patrones funcionales. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010.
- (25) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. Barcelona: El Sevier; 2020.
- (26) Carvalho, Patrícia Maria Gomes de, Nóbrega BSM, Rodrigues JL, Almeida RO, Abdalla, Fernanda Tavares de Mello, Nichiata LYI. Prevención de enfermedades de transmisión sexual por mujeres homosexuales y bisexuales: estudio descriptivo. *Online braz.j.nurs*; 2013.
- (27) Zamalloa PL, Muñoz CV, Mármol CI, de Beltrán Gutierrez P, Ramos JC, Gil-Borrelli C. Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el periodo 2001 a 2013. *Rev Esp Salud Pública* 2019;93(29):e14.
- (28) McNair R, Szalacha LA, Hughes TL. Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women. *Womens Health Issues* 2011;21(1):40-47.
- (29) McCann E, Sharek D. Challenges and opportunities for improving mental health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland: A narrative account. *International journal of mental health nursing* 2014;23(6):525-533.
- (30) Rutherford K, McIntyre J, Daley A, Ross LE. Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Med Educ* 2012;46(9):903-913.
- (31) Rivers I, Gonzalez C, Nodin N, Peel E, Tyler A. LGBT people and suicidality in youth: A qualitative study of perceptions of risk and protective circumstances. *Soc Sci Med* 2018;212:1-8.
- (32) Riley BH. GLB adolescent's "coming out.". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2010;23(1):3-10.
- (33) Bosse JD, Chiodo L. It is complicated: Gender and sexual orientation identity in LGBTQ youth. *J Clin Nurs* 2016;25(23-24):3665-3675.
- (34) Hernández-Ascanio J, Ventura Puertos P. Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. *Implicaciones para el ámbito de los cuidados*; 2019.

- (35) Rieger G, Savin-Williams RC. Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being. *Arch Sex Behav* 2012;41(3):611-621.
- (36) Goodin A, Elswick A, Fallin-Bennett A. Mental health disparities and high-risk alcohol use among non-heterosexual high school students. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55(4):570-575.
- (37) Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology* 2016;63(5):520.
- (38) Fish JN, Pasley K. Sexual (minority) trajectories, mental health, and alcohol use: A longitudinal study of youth as they transition to adulthood. *Journal of youth and adolescence* 2015;44(8):1508-1527.
- (39) Lourie MA, Needham BL. Sexual orientation discordance and young adult mental health. *Journal of youth and adolescence* 2017;46(5):943-954.
- (40) Thorsteinsson EB, Loi NM, Sveinbjornsdottir S, Arnarsson A. Sexual orientation among Icelandic year 10 adolescents: Changes in health and life satisfaction from 2006 to 2014. *Scand J Psychol* 2017;58(6):530-540.
- (41) Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2010;23(4):205-213.
- (42) Seil KS, Desai MM, Smith MV. Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: findings from the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey. *Am J Public Health* 2014;104(10):1950-1956.
- (43) Marshal MP, Dermody SS, Shultz ML, Sucato GS, Stepp SD, Chung T, et al. Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2013;19(5):271-279.
- (44) Skerrett DM, Kőlves K, De Leo D. Suicides among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in Australia: An analysis of the Queensland Suicide Register. *Asia-Pacific Psychiatry* 2014;6(4):440-446.
- (45) Jackman K, Edgar B, Ling A, Honig J, Bockting W. Experiences of transmasculine spectrum people who report nonsuicidal self-injury: A qualitative investigation. *Journal of counseling psychology* 2018;65(5):586.

Anexos

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS/ CONCLUSIONES
Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults	Russel, Huebner, Díaz & Sánchez	Estados Unidos 2010	Mixto, cualitativo-cuantitativo	N=245	La aceptación familiar predice mayor, autoestima, apoyo social y salud general. También protege contra la depresión, abuso de sustancias e ideación suicida.
GLB adolescent's "coming out".	Riley B. H	Reino Unido 2010	Revisión narrativa	-	Las enfermeras necesitan actualizar sus conocimientos de problemas emergentes, para evaluar a los jóvenes y necesidades familiares y atención directa adecuada
Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women	McNair, Szalacha & Hughes	Australia 2011	Estudio longitudinal de cohortes	N = 8,850	Las lesbianas y bisexuales fueron significativamente más propensas de lo que eran mujeres heterosexuales para denunciar una salud mental más pobre y haber utilizado los servicios de salud con más frecuencia; la depresión está fuertemente asociado con el uso de servicios de salud mental.
Gender nonconformity, sexual orientation, and psychological well-being	Rieger Ritch & Savin-Williams	Estados Unidos 2012	Estudio descriptivo	N=475	La no conformidad de género en la infancia y la adolescencia fue negativa relacionado con el bienestar. Estos resultados sugieren que los rasgos atípicos de género pueden ser más relevante para la salud psicológica que una persona del mismo sexo orientación sexual.
Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities	Rutherford, McIntyre, Daley & Ross	Canadá 2012	Estudio cualitativo	N=8	Hay pocas oportunidades para que los profesionales de la salud de acceder a capacitación y adquirir experiencia en la provisión de atención a personas LGBT.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR y AÑO	DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS/ CONCLUSIONES
Mental health and substance use disparities among urban adolescent lesbian and bisexual girls	Marshall et al.	Estados Unidos 2013	Estudio longitudinal de cohortes	N = 2,064	Las mujeres de minorías sexuales son más propensas en el consumo de alcohol, consumo de drogas y desempeñan un peor estado de salud mental.
Prevenção de enfermidades de transmissão sexual por mulheres homossexuais y bissexuales: estudio descriptivo	Carvalho et al..	Teresina, Piau 2013	estudio descriptivo, cualitativo.	N= 9	Estas mujeres reconocían la búsqueda por asistencia y cuidados con la salud como fundamental. Tiene conocimiento sobre las ETS, desconocen las enfermedades relacionadas a las relaciones homossexuales y utilizan métodos inadecuados y improvisados de prevención de las ETS.
Challenges to and opportunities for improving mental health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people in Ireland: a narrative account	McCann & Aharek	Irlanda 2014	Estudio mixto (cualitativo y cuantitativo)	N=170	Las enfermeras de salud mental están en una posición de influencia en el desarrollo y de servicios e intervenciones terapéuticas que pueden ser muy resolutivas con las necesidades de la gente LGTB.
Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: findings from the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey	Seil, Desai & Smith	Nueva York 2014	Estudio descriptivo	N = 8910	Adolescentes que son LGB, particularmente aquellos que carecen de conexión con adultos de la escuela, corren un alto riesgo de uso de sustancias y peores resultados de salud mental.
A Minority Stress--Emotion Regulation Model of Sexual Compulsivity Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men	Pachankis et al.	Nueva York 2015	Estudio longitudinal	N=374	La homofobia interiorizada, la desregulación emocional, en los hombres gay y bissexuales, tienen un impacto en su salud mental.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS/ CONCLUSIONES
Sexual (Minority) Trajectories, Mental Health, and Alcohol Use: A Longitudinal Study of Youth as They Transition to Adulthood	Fish & Pasley	Estados Unidos 2015	Estudio longitudinal, de cohortes	N= 12.695 adolescentes	Los grupos de afirmación de la sexualidad tardía mostraron mayores niveles de depresión, ideación de suicidio y un mayor consumo de sustancias.
Sexual Orientation Discordance and Young Adult Mental Health.	Lourie & Needham	Nueva York 2016	Estudio longitudinal de cohortes	N=8915	La asociación entre la orientación sexual y la sintomatología depresiva, relacionando la sexualidad, el autoconcepto y la salud mental.
Suicide Risk in Trans Populations: An Application of Minority Stress Theory.	Tebbe & Moradi	Estados Unidos 2016	Estudio transversal	N=335	La depresión se relaciona con las experiencias percibidas de discriminación, miedo al estigma antitrans y el apoyo de amigos con el riesgo de suicidio. El consumo de drogas se asoció positivamente con el suicidio.
It is complicated: gender and sexual orientation identity in LGBTQ youth	Jordon & Chiodo	Estados Unidos 2016	Estudio transversal	N= 175	Las enfermeras científicas y las enfermeras clínicas pueden contribuir a la comprensión de estas identidades, su significado para el joven y las implicaciones únicas para la salud preguntando regularmente sobre orientación sexual e identidad de género en sus prácticas.
Changes in health and life satisfaction from 2006 to 2014	Thorsteinsson, L. L. & Sveinbjornsdottir	Islandia 2017	Estudio de cohortes	N=4.557, N=4.805, N=4.402	El apoyo social, el gusto por la escuela y los compañeros de clase, el hostigamiento y la salud física y mental parecen jugar un papel importante en satisfacción de la vida y el bienestar general.

NOMBRE DEL ARTÍCULO	AUTORES	LUGAR Y AÑO	DISEÑO	MUESTRA	PRINCIPALES HALLAZGOS/ CONCLUSIONES
Experiences of transmasculine spectrum people who report non-suicidal self-injury	Jackman, Edgar m Ling, Honin & Bocktig.	Estados Unidos 2018	Estudio cualitativo	N=18	La identidad transexual, identificarse como tal ante los demás está asociado con los NSSI.
Construcción cultural de la sexualidad en un grupo de mujeres. Implicaciones para el ámbito de los cuidados	Hernández-Ascanio, Ventura	Córdoba, España 2019	Estudio cualitativo	N=73	Analizan los principales constructos sobre sexualidad con los que las mujeres gestionan su día a día, con la finalidad de aportar a los profesionales del cuidado herramientas útiles para su desempeño profesional en este ámbito en concreto.
Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el período 2001 a 2013.	Zamalloa et al.	España 2019	Estudio observacional retrospectivo	N=2.010	Los motivos de ingreso más frecuentes fueron los relacionados con proceso de transición (59%), seguido de VIH (4%) y trastornos de la personalidad (3%). Las comorbilidades más frecuentes estuvieron relacionadas con el proceso de transición (49%), los problemas de salud mental (40%) y las enfermedades infecciosas (15%).

Tabla 7: Resultados. Fuente: Elaboración propia.