

EVALUACIÓN DEL RECHAZO HACIA LA  
HOMOSEXUALIDAD EN ESTUDIANTES DE  
MEDICINA Y PSICOLOGÍA CON BASE EN TRES  
ESCALAS CONCEPTUALMENTE AFINES\*

---

Evaluation of rejection toward homosexuality in  
students of medicine and psychology based on three  
conceptually related scales

José Moral de la Rubia, Ph.D.\*\*  
Adrián Valle de la O., M.S.\*\*\*  
Enrique Martínez Gómez, M.S.\*\*\*

*Resumen*

El objetivo de este artículo fue describir el nivel de rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología del noreste de México con base en tres conceptos afines: actitud, homofobia y homonegatividad internalizada. Las escalas de actitud hacia mujeres lesbianas y hombres homosexuales (ATLG), homonegatividad internalizada (HNI-16) y homofobia (HF-8) fueron aplicadas a una muestra no

\*Este estudio fue realizado con el apoyo del departamento de Ciencias Básicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey con objeto de orientar la formación ética de los profesionales de la salud.

\*\* Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León (México).

\*\*\*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), Monterrey (México).

**Correspondencia:** Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitras Centro. C.P. 64460. Monterrey, Nuevo León (México). Teléfono: (81) 8333 8233. Ext. 423. Fax. Ext. 103. [jose\\_moral@botmail.com](mailto:jose_moral@botmail.com)

probabilística de 231 participantes (121 mujeres y 103 hombres). Según las puntuaciones totales, los porcentajes de rechazo hacia la homosexualidad variaron del 12 al 38 % según el instrumento de evaluación (HF-8 y HNI-16, respectivamente) y los porcentajes de rechazo extremo (homofóbico) oscilaron entre 1 (ATLG y HF-8) y 3 % (HNI-16). Se observaron las medias más altas en las escalas y factores que evalúan rechazo sutil, más rechazo hacia los hombres homosexuales que hacia las mujeres lesbianas y mayor rechazo hacia la homosexualidad en el propio sexo en las mujeres. Se concluye que el nivel de homofobia es bajo, pero una actitud de rechazo sutil persiste en un porcentaje importante de casos. Se sugiere trabajar el rechazo sutil en talleres de diversidad sexual para concienciar sobre el mismo, generar empatía hacia quienes lo sufren y resistencia a su activación en situaciones clínicas. **Palabras clave:** Homofobia, actitud, homonegatividad, prejuicio, estigmatización.

### *Abstract*

The aim of this paper was to describe the level of rejection toward homosexuality in Northeast Mexican students of medicine and psychology based on three related concepts: attitude, homophobia and internalized homonegativity. The scales of attitude toward lesbians and gay men (ATLG), internalized homonegativity (HNI-16), and homophobia (HF-8) were applied to a non-probability sample of 231 participants (121 women and 103 men). From the total scores, the percentages of rejection toward homosexuality varied from 12 to 38% depending on the assessment instrument (HF-8 and HNI-16, respectively), varying the percentages of extreme (homophobic) rejection from 1 (ATLG and HF-8) to 3% (HNI-16). The highest averages were found on the scales and factors that evaluate subtle rejection. It was also observed greater rejection toward gay men than toward lesbians, and greater rejection toward homosexuality in one's own gender in women. It is concluded that the level of homophobia is low, but an attitude of subtle rejection persists in a significant proportion of cases. Working subtle rejection in sexual diversity workshops is suggested to raise awareness about this rejection, generate empathy toward those who suffer it, and increase resistance to its automatic activation during clinical situations.

**Keywords:** Homophobia, attitude, homonegativity, prejudice, stigmatization..

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 27 de agosto de 2013

## INTRODUCCIÓN

Durante la República e Imperio romanos los discursos de menosprecio relacionados con las conductas sexuales pasivas en hombres dominaron, y se llegó a una condena abierta de la homosexualidad en las postrimerías del Imperio romano de Occidente (Cameron & Kulick, 2003). Durante la Edad Media y la modernidad en el mundo occidental se criminalizó la homosexualidad. Fue con el advenimiento de las democracias liberales y monarquías parlamentarias, a partir del siglo XIX, cuando la homosexualidad comenzó a salir de los códigos penales, pero permaneció estigmatizada como una psicopatología. En la década de 1970 empezó a ser despatologizada, pero aún persiste un rechazo sutil, incluso entre profesionales de la salud (Crompton, 2006; Herek, 2004).

Hoy día, en la mayoría de los países occidentales la orientación homosexual no se considera un delito; por el contrario, la tendencia es a penalizar la discriminación y agresión por prejuicio sexual en cumplimiento de derechos constitucionales y acuerdos internacionales de protección de derechos humanos (Castañeda, 2006). De ahí que exista un interés especial por parte de los organismos públicos en el estudio de las actitudes prejuiciosas y la estigmatización hacia personas con conductas homosexuales. Esta preocupación se acentúa a raíz de la epidemia del VIH/SIDA, al surgir el grupo de hombres que tienen sexo con hombres como el de mayor riesgo de infección ante una enfermedad crónica y de origen reciente (Córdova, Ponce & Valdespino, 2009).

La discriminación y estigmatización contra las personas con VIH y quienes las rodean son una de las consecuencias negativas de esta enfermedad y un obstáculo importante para su prevención y asistencia (Lee, Kochman & Sikkema, 2002). El miedo a la discriminación hace que las personas eviten las pruebas de detección e induce a las que están infectadas a privarse de un tratamiento oportuno (Hosseinzadeh & Hossain, 2011). Debe señalarse que el 84 % de los casos diagnosticados de sida de 1983 a 2012 en México fueron hombres; dentro de este grupo, los hombres que tienen sexo con hombres fueron el 54 % (Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, 2012).

A pesar de la proclama y salvaguarda de los derechos de salud por las autoridades, algunos profesionales sanitarios no son conscientes de sus creencias y actitudes prejuiciosas hacia personas LGBT (mujeres lesbianas, hombres homosexuales, personas bisexuales, transexuales, travestidas e intersexuales), lo cual da lugar a conductas automáticas de discriminación (Infante et al., 2006).

El establecimiento de una buena relación médico-paciente requiere de confianza y respeto mutuo. La suposición de que el paciente es heterosexual y cualquier desviación es perjudicial para el correcto funcionamiento social interfiere con la formación y mantenimiento de una buena relación, impide hacer pruebas diagnósticas apropiadas, tratamiento médico temprano y consejería oportuna (Mayer et al., 2012).

Las personas LGBT históricamente han recibido una atención inadecuada, si no discriminatoria, en los países desarrollados, siendo esto más acentuado en países en vías de desarrollo. Aparte del estigma social, los profesionales de la salud usualmente no reciben la formación necesaria para atender a estos grupos en el reconocimiento de todas sus necesidades (Arnold, 2001).

En la investigación social se distinguen tres conceptos muy afines en relación con el rechazo hacia la homosexualidad: actitud prejuiciosa, homofobia externalizada y homonegatividad internalizada.

El concepto de *actitud* hace referencia al posicionamiento valorativo de un individuo frente a un objeto (Haddock, 2004). A la actitud reportada de forma consciente por la persona se la denomina *manifiesta* o *explícita*. Usualmente está mediada por la deseabilidad social y diversos determinantes ambientales que pueden distorsionar la verdadera actitud a la cual se la denomina *latente* o *implícita* (Wilson, Lindsay & Schooler, 2000). Si el manejo de la impresión y expresión oportunista son elementos distorsionantes que operan desde la actitud explícita, el autoengaño y los prejuicios internalizados nunca sometidos a crítica son los elementos que operan desde la actitud implícita para abrir la posible brecha entre ambas actitudes (Paulhus, 2002). En la actitud hacia las personas homosexuales se distingue un aspecto de *rechazo manifiesto* con conductas

agresivas y discriminación abierta frente a un aspecto de rechazo sutil con un trato diferencial y matizaciones devaluadoras subrepticias (Moral & Valle, 2011; Morrison & Morrison, 2003). El *rechazo manifiesto* implica una intención deliberada o consciente, por lo tanto es afín a la actitud explícita. El *rechazo sutil* usualmente aparece como una forma automática de reacción ante la presencia del objeto actitudinal, siendo más afín al concepto de actitud implícita (Cárdenas & Barrientos, 2008).

La *homofobia* hace referencia a una actitud rígida de rechazo con ideas estereotipadas y conductas discriminatorias y agresivas (Barrientos & Cárdenas, 2013; Herek, 2000a). Cuando está presente en individuos con orientación heterosexual, dirigida al otro distinto de mí, se habla de *homofobia externalizada*; cuando está presente en personas con conductas homosexuales, dirigida hacia mi deseo interno, se habla de *homofobia internalizada* (Herek, Gillis & Cogan, 2009). No obstante, la homosexualidad no es un fenómeno dicotómico (población heterosexual versus homosexual) ni patológico, sino que está integrado por varias dimensiones continuas (deseo, conducta e identidad) que varían de una persona a otra, incluso dentro de la misma persona a largo de su lapso de vida (Savin & Ream, 2007); además de ser un fenómeno relativamente frecuente (Hoburg, Konik, Williams & Crawford, 2006). De ahí que el concepto de homofobia internalizada puede ser aplicado a toda la población, incluso a los que se definen como totalmente heterosexuales, ya que no están exentos de tener sueños, fantasías o pensamientos con contenido homosexual (Moss, 2002).

El término *homofobia* ha recibido críticas por su connotación psicopatológica, debido a que oscurece el origen sociocultural del rechazo visceral hacia las personas homosexuales (Herdt & van-de-Meer, 2003). Uno de los términos introducidos para sustituirlo es *homonegatividad*. Este concepto, al igual que el de homofobia, incluye creencias prejuiciosas, reacciones emocionales y conductas de estigmatización hacia las personas homosexuales, y se distingue también una *homonegatividad externalizada*, hacia el otro distinto de mí, de una *homonegatividad internalizada*, hacia el propio deseo homosexual y la manifestación pública de la homosexualidad (Currie, Cunningham & Findlay, 2004).

## Estudios sobre los niveles de rechazo hacia la homosexualidad

Para hacer valer los derechos de salud de las personas LGBT, especialmente de los hombres que tienen sexo con hombres, al ser uno de los principales grupos de riesgo de infección de VIH, se está evaluando la homofobia en estudiantes de ciencias de la salud e implementando talleres para facilitar un cambio actitudinal hacia la aceptación de la diversidad sexual (Wright, Lester & Cullen, 2001).

Campo, Herazo y Cogollo (2010) informaron, en un metaanálisis en el que seleccionaron 8 estudios (3 de Estados Unidos de América, 2 de Inglaterra, 1 de Australia, 1 de Alemania y 1 de Suecia), que entre el 7 y 16 % de estudiantes de enfermería rechazaron la homosexualidad, y fue mayor el rechazo en hombres que en mujeres. Parker y Bhugra (2000) reportaron que entre el 10 y 15 % de estudiantes británicos de medicina manifestaron actitud negativa hacia la homosexualidad. En estudiantes estadounidenses de medicina, Skinner, Henshaw y Petrak (2001) informaron que 12 % de los hombres rechazaron la homosexualidad masculina, siendo menor este rechazo en mujeres, y aún fue menor el rechazo hacia el lesbianismo en ambos sexos. También en estudiantes estadounidenses Klamen, Grossman y Kopacz (1999) obtuvieron 13 % de respuestas de rechazo, y en el 2.75 % el rechazo fue extremo. Moral y Valle (2012) hallaron una actitud de rechazo en el 21 % en estudiantes mexicanos de medicina y en el 4 % el rechazo fue extremo. En estos estudios hechos en distintos países occidentales con diversos instrumentos aparece un porcentaje promedio del 14 % de rechazo y 3 % de rechazo extremo u homofóbico.

El objetivo de este artículo fue describir el nivel de rechazo hacia la homosexualidad en una muestra de estudiantes mexicanos de medicina y psicología desde tres escalas conceptualmente afines que evalúan homofobia externalizada, actitud prejuiciosa y homonegatividad internalizada; asimismo, comparar diferencias de tendencia central entre los distintos instrumentos y ambos sexos.

Se espera una actitud de rechazo hacia la homosexualidad en el 14 % de los participantes y de homofobia en el 3 %, según las investigaciones realizadas en distintos países (Campo et al., 2010; Klamen et al., 1999; Moral & Valle, 2012; Parker & Bhugra, 2000; Skinner et al., 2001). Se pronostica actitud más negativa en los factores de rechazo sutil, rechazo de aspectos internos del deseo homosexual y homonegatividad internalizada en comparación con factores de rechazo manifiesto y manifestación pública de la homosexualidad, debido a los cambios de actitud de hoy día, pasándose de una condena manifiesta a una discriminación sutil (Herek, 2004).

Se espera mayor rechazo hacia hombres homosexuales que hacia las mujeres lesbianas por la mayor estigmatización cultural de la homosexualidad masculina, como reflejan los contenidos de chismes difamatorios, chistes vergonzantes y descrédito social de un hombre al haberse pública sus prácticas homosexuales (Baumeister, Zhang & Vohs, 2004; Jewell & Morrison, 2010). Se espera una actitud más negativa hacia la homosexualidad en hombres que en mujeres, especialmente en los factores de rechazo manifiesto, conforme a lo anteriormente argumentado y los hallazgos empíricos (Herek, 2000b).

## MÉTODO

### Participantes

La población fue de estudiantes universitarios de dos ciencias de la salud. Se obtuvo una muestra no probabilística de 231 participantes voluntarios, 100 (43 %) encuestados en la Facultad de Medicina de Universidad Autónoma de Coahuila, 66 (29 %) en la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y 65 (28 %) en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. De los 224 participantes que especificaron su sexo, 121 (54 %) dijeron que eran mujeres y 103 (46 %) hombres, y las frecuencias fueron estadísticamente equivalentes (prueba binomial:  $p = .26$ ).

La media de edad fue de 19.13 años ( $DE = 1.68$ ). El 79 % (182 de 231) de los participantes dijeron que eran católicos, 4 % (10) protestantes y 17 % (39) pertenecen a otras religiones o tienen creencias religiosas

personales. El 95 % (220 de 231) se definieron como heterosexuales, 3 % (7) bisexuales y 2 % (4) como homosexuales. Ante la pregunta sobre si habían iniciado su vida sexual de pareja, 38 % (88 de 230) dijo que sí y 62 % (142) que no. El promedio de parejas sexuales entre los 88 sexualmente activos fue de 3.11 ( $DE = 5.86$ ). Ante la pregunta si tenían un amigo homosexual, 75.5 % (173 de 229) indicó que sí y 24.5 % (56) que no; y si tenían un amigo con VIH, 2 % (5 de 227) dijo que sí y 98 % (222) que no. Ante la pregunta si se habían hecho una prueba de VIH, 17.5 % (40 de 228) contestó que sí y 82.5 % (188) que no. Si habían atendido a pacientes con VIH, 12 % (28 de 227) dijo que sí y 88 % (199) que no.

### Instrumentos

- *Encuesta sociodemográfica.* Se hicieron preguntas con formato de respuestas cerradas sobre datos sociodemográficos (sexo, edad y adscripción religiosa), vida sexual (orientación sexual autodefinida, inicio o no de vida sexual, edad de inicio y número de parejas), amistades (tener amigos homosexuales o seropositivos de VIH) y aspectos clínicos (haberse hecho la prueba de VIH y haber atendido a personas seropositivas de VIH).
- *Escala de actitudes hacia mujeres lesbianas y hombres homosexuales (ATLG)* (Herek, 1984). Se compone de 20 ítems tipo Likert, 10 para medir la actitud hacia los hombres homosexuales y 10 para medir la actitud hacia las mujeres lesbianas. Los 7 ítems de aceptación de la homosexualidad masculina y el lesbianismo (G1, G5, G7, G9, L2, L4 y L7) tienen 5 opciones de respuesta y un rango de 1 a 9 (de 1, “totalmente de acuerdo”, a 9, “definitivamente en desacuerdo”). La suma de estos con los restantes 13 ítems invertidos proporciona una puntuación que a mayor valor refleja más rechazo. Su rango es de 20 a 180 (Herek, 1984). La escala fue validada en México por Moral y Valle (2011). En una muestra de 356 estudiantes hallaron una consistencia interna alta ( $\alpha = .94$ ) y distribución normal. Por análisis de componentes principales con rotación Oblimin, fijando el número de factores por el criterio de Kaiser, obtuvieron un factor de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL) con consistencia interna alta ( $\alpha=.91$ ), otro de rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A: G2,



G3, G4, G6 y G10) con consistencia interna alta ( $\alpha = .85$ ) y otro de rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S: G1, G5, G7, G8 y G9) con consistencia interna alta ( $\alpha = .78$ ). Esta estructura de tres factores correlacionados tuvo un ajuste adecuado a los datos ( $\chi^2/gl = 2.11$ ,  $FD = 0.99$ ,  $PNCP = 0.52$ ,  $GFI = .90$ ,  $AGFI = .88$  y  $RMSEA = .06$ ) por mínimos cuadrados generalizados (Moral & Valle, 2011).

- *La escala de Homonegatividad Internalizada (HNI-16) de Moral y Valle (2013a)*. Está integrada por 16 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta y un rango de 1 a 9. Su consistencia interna fue alta ( $\alpha = .88$ ) y consta de 3 factores: rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad (EXT) con consistencia interna alta ( $\alpha = .81$ ); rechazo de sentimientos, deseos e identidad homosexuales propios (INT) con consistencia interna alta ( $\alpha = .81$ ); y promiscuidad o incapacidad para la intimidad de las personas homosexuales (PROMI) con consistencia interna adecuada ( $\alpha = .69$ ). El ajuste a los datos de un modelo jerarquizado por mínimos cuadrados generalizados varió de bueno ( $\chi^2/gl = 1.66$ ;  $PNCP = 0.29$ ; y  $RMSEA = .05$ ,  $IC\ 90\%$ :  $.04, .07$ ) a adecuado ( $FD = 0.73$ ,  $GFI = .91$  y  $AGFI = .88$ ). La distribución de HNI-16 se ajustó a una curva normal (Moral & Valle, 2013a).
- *Escala de Homofobia de ocho ítems (HF-8)*. Klamen et al. (1999) crearon un instrumento de 12 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuestas y un rango de 1 a 7 puntos. La puntuación total se obtiene por la suma simple de los ítems. Mayor puntuación en la escala refleja mayor homofobia externalizada. Esta escala fue validada en México por Moral y Valle (2013b), quienes sugirieron reducirla a 8 ítems para definir un único factor con consistencia interna alta ( $\alpha = .84$ ) y ajuste a los datos, por mínimos cuadrados generalizados, bueno en términos generales:  $\chi^2/gl = 2.28$ ;  $GFI = .95$ ;  $AGFI = .91$ ;  $FD = 0.19$ ;  $PNCP = 0.11$ ; y  $RMSEA = .07$  con  $90\%\ IC [0.04, .10]$ , siendo  $p = .08$  para la hipótesis nula de  $RMSEA = .05$ . La distribución de HF-8 se ajustó a una curva normal.

## Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño *ex post-facto* transversal. El cuestionario se administró de forma autoplicada en los salones de clase por los autores del artículo. La aplicación duraba unos 15 minutos. Y se realizó de enero a mayo de 2012. Se solicitó el consentimiento informado para la participación en el estudio de forma verbal, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información de acuerdo con las normas éticas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

### **Análisis estadísticos**

Por análisis de varianza para medidas repetidas se compararon las medias entre las tres puntuaciones totales y seis factores. Por la prueba *t* de Student para muestras emparejadas se realizaron las comparaciones de medias por pares entre las tres puntuaciones totales, entre los 3 factores de la ATLG y los 3 factores de la HNI-16. Por prueba *t* de Student para muestras independientes se compararon las medias de las tres escalas y sus factores entre hombres y mujeres. El tamaño del efecto fue estimado por el coeficiente eta cuadrado parcial en las comparaciones de medidas repetidas (pequeño  $< .10$ , mediano de  $.10$  a  $.49$  y grande  $\geq .50$ ) y por la *d* de Cohen para las comparaciones de muestras independientes (pequeño de  $0.20$  a  $0.49$ , mediano de  $0.50$  a  $0.79$  y grande  $\geq 0.80$ ). El nivel de significación se estipuló en  $.05$ . Los cálculos estadísticos se realizaron con el SPSS16.

## **RESULTADOS**

### **Niveles de rechazo hacia la homosexualidad**

Para poder hacer las comparaciones entre las medidas repetidas se hizo necesario homogeneizar el rango de las distribuciones. Primero se dividió cada puntuación suma por su número de ítems. Tras realizar este cociente, las escalas ATLG y HNI-16 y sus factores pasaron a un rango continuo de 1 a 9, pero la escala HF-8 pasó a un rango continuo de 1 a 7. Para lograr una verdadera homogeneidad se hizo necesario multiplicar a las escalas ATLG y HNI-16 y sus factores por un factor de constricción ( $[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo de las escalas de HF-8}] / [\text{valor máximo} - \text{valor mínimo de ATLG y HNI-16}] = [7 - 1] / [9 - 1] = 6/8 = 0.75$ ) y sumar una constante (valor mínimo - factor de constricción =  $1 - 0.75 = 0.25$ ).

Se optó por el rango continuo de 1 a 7 para tener una interpretación más clara al eliminarse el valor discreto 5 (indiferencia) que aparece en el rango de 1 a 9.

Este rango continuo de 1 a 7 puede ser interpretado desde las etiquetas de respuesta de los ítems de HF-8. Siendo el valor mínimo 1 y el máximo 7 entre 4 valores discretos, el intervalo de incremento constante sería 1.5 ( $[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}] / \text{número de intervalos} = [7-1]/4$ ). Medias de 1 a 2.50 (valor discreto 1) se interpretarían como actitud muy definida de aceptación (“totalmente en desacuerdo” con una afirmación de rechazo hacia la homosexualidad), de 2.51 a 4 (valor discreto 3) corresponderían a una actitud de aceptación (“en desacuerdo”), de 4.01 a 5.50 (valor discreto 5) a una actitud de rechazo (“de acuerdo”), de 5.51 a 7 (valor discreto 7) a una actitud muy definida de rechazo (“definitivamente de acuerdo”).

Los porcentajes de respuestas de rechazo (valores discretos 5 y 7) variaron de 3.5 (EXT) a 49 % (INT) con una media de 24 %. Los porcentajes de respuestas de total rechazo (valor discreto 7) variaron de 0 (EXT) a 15 % (INT) con una media de 4 % (véase tabla 1)

**Tabla 1.** Niveles de rechazo en las distintas escalas y factores

Escalas y factores	Nivel de rechazo			
	1	3	5	7
ATLG	87 (38 %)	109 (47 %)	32 (14 %)	3 (1 %)
ATL	118 (51 %)	89 (39 %)	21 (9 %)	3 (1 %)
ATG-A	141 (61 %)	74 (32 %)	12 (5 %)	4 (2 %)
ATG-S	45 (19 %)	78 (34 %)	80 (35 %)	28 (12 %)
HNI-16	32 (14 %)	112 (48 %)	80 (35 %)	7 (3 %)
EXT	149 (64.5 %)	74 (32 %)	8 (3.5 %)	0 (0 %)
INT	31 (13 %)	87 (38 %)	79 (34 %)	34 (15 %)
PROMI	40 (17.3 %)	111 (48.1 %)	70 (30.3 %)	10 (4.3 %)
HF-8	86 (37 %)	117 (51 %)	26 (11 %)	2 (1 %)

Nivel de rechazo: 1 = totalmente en desacuerdo con una afirmación de rechazo hacia la homosexualidad, 3 = en desacuerdo, 5 = de acuerdo, 7 = definitivamente de acuerdo.

Escalas y factores ATLG = Rechazo hacia las mujeres lesbianas y hombres homosexuales. ATL = Rechazo hacia las mujeres lesbianas. ATG-A = Rechazo abierto hacia los hombres homosexuales. ATG-S: Rechazo sutil hacia los hombres homosexuales. HNI-16 = Homonegatividad internalizada. EXT = Rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad. INT = Rechazo de los sentimientos, deseos e identidad homosexuales propios. PROMI = Promiscuidad e incapacidad para relaciones estables de las personas homosexuales. HF-8: Homofobia externalizada.

Los promedios del factor de rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A) y rechazo de las manifestaciones públicas de la homosexualidad (EXT) reflejaron un total desacuerdo con el rechazo hacia la homosexualidad (valor discreto 1). Los promedios en las puntuaciones totales de las tres escalas (ATLG, HNI-16 y HF-8) y los factores de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL), rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S) y valoración de las personas homosexuales como incapaces de intimidad (PROMI) reflejaron desacuerdo con el rechazo hacia la homosexualidad (valor discreto 3). El promedio de rechazo de los deseos, fantasías e identidad homosexuales propios (INT) reflejó aceptación del rechazo hacia la homosexualidad (valor discreto 5) (véase figura 1).

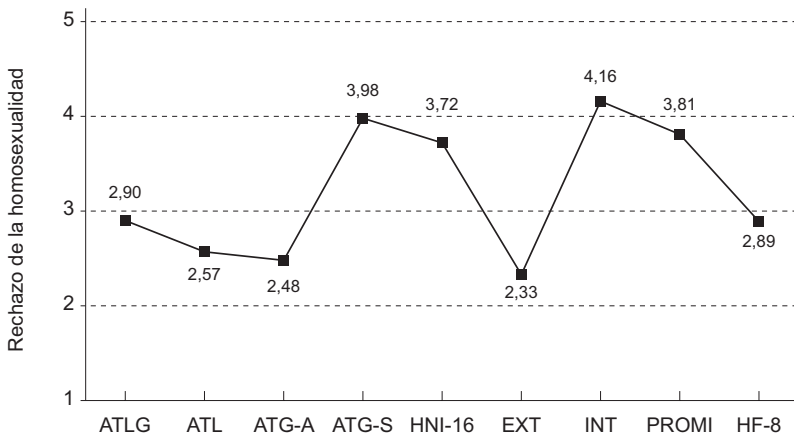


Figura 1. Diagrama de medias de las tres escalas y seis factores

**Intervalos de rechazo:** de 1 a 2.50 = actitud muy definida de aceptación, de 2.51 a 4 = actitud de aceptación, de 4.01 a 5.50 = actitud de rechazo, de 5.51 a 7 = actitud muy definida de rechazo u homofóbica.

ATLG = Rechazo hacia las mujeres lesbianas y hombres homosexuales. ATL = Rechazo hacia las mujeres lesbianas. ATG-A = Rechazo abierto hacia los hombres homosexuales. ATG-S: Rechazo sutil hacia los hombres homosexuales. HNI-16 = Homonegatividad internalizada. EXT = Rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad. INT = Rechazo de los sentimientos, deseos e identidad homosexuales propios. PROMI = Promiscuidad e incapacidad para relaciones estables de las personas homosexuales. HF-8: Homofobia externalizada.

### Comparaciones de medidas repetidas

Hubo diferencia de medias entre las puntuaciones totales de las 3 escalas y 6 factores ( $F[8, 1776] = 240, p < .01$ , asumiendo esfericidad por la prueba de Mauchly). Los promedios más bajos aparecieron en los factores de rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad (EXT) y rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A). Los más altos aparecieron en los factores de rechazo de los deseos, conductas e identidad homosexuales propios (INT) y rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S). El tamaño de efecto fue alto ( $\eta^2$  parcial = .52) (véase figura 1).

Al hacer las comparaciones por pares todas fueron significativas. Entre las tres puntuaciones totales, las medias de ATLG y HF-8 estuvieron más próximas entre sí. La media más alta (más rechazo) y con mayor diferencia fue la de la escala HNI-16. Los tamaños de efecto o influencia de una variable sobre la otra fueron medianos en las dos comparaciones con la ATLG, y grande en la comparación entre HNI-16 y HF-8 (véase tabla 2).

En los tres factores de HNI-16, las medias de rechazo interno (INT) y valoración de las personas homosexuales como incapaces de intimidad (PROMI) estuvieron más próximas entre sí. La más baja (menos rechazo) y con mayor diferencia fue la de rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad (EXT). El tamaño de efecto fue pequeño en la comparación entre INT y PROMI, pero grande en las otras dos comparaciones, esto es, entre INT y EXT y entre PROMI y EXT (véase tabla 2).

**Tabla 2.** Comparaciones de medias por pares (muestras correlacionadas) entre las tres escalas, los tres factores de la ATLG y los tres factores de HNI-16

Comparaciones		Diferencia		r	t	$\eta^2$ parcial
		M	DE			
Puntuaciones totales de las tres escalas	ATLG - HNI-16	-0.80	0.79	.72**	-15.41**	.25**
	ATLG - HF-8	0.39	0.97	.71**	6.08**	.33**
	HNI-16 - HF-8	1.02	1.34	.55**	11.56**	.54***
Tres factores de la ATLG	ATGA - ATL	-0.11	0.75	.77**	-2.17*	.02*
	ATGA - ATGS	-1.49	1.09	.65**	-20.70**	.65***
	ATL - ATGS	-1.38	1.01	.71**	-20.85**	.65***
Tres factores de la HNI-16	EXT - INT	-1.84	1.05	.59**	-26.54**	.75***
	EXT - PROMI	-1.50	1.08	.47**	-21.19**	.66***
	INT - PROMI	0.34	1.27	.46**	4.06**	.07*

\*  $p < .05$  y \*\*  $p < .01$ . Coeficiente eta cuadrado parcial para la estimación del tamaño del efecto:  $\eta^2$  parcial =  $SC_{Intra} / (SC_{Intra} + SC_{Error})$ . Tamaño de efecto: \* pequeño ( $< .10$ ), \*\* mediano (de  $.10$  a  $.49$ ) y \*\*\* grande ( $\geq .50$ ).

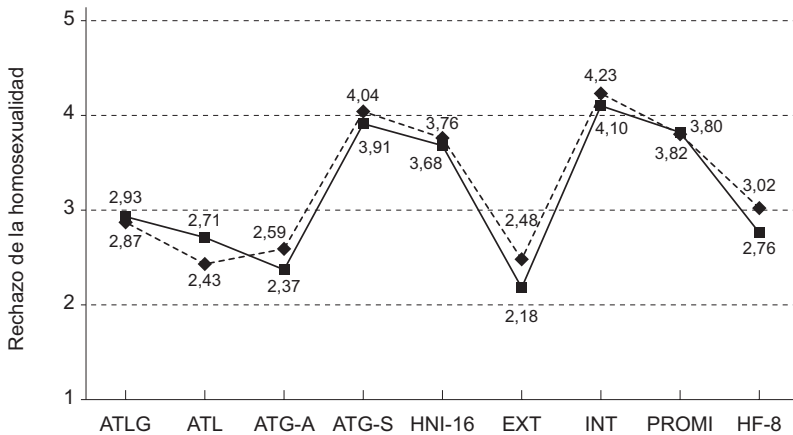
ATLG = Rechazo hacia las mujeres lesbianas y hombres homosexuales. ATL = Rechazo hacia las mujeres lesbianas. ATG-A = Rechazo abierto hacia los hombres homosexuales. ATG-S: Rechazo sutil hacia los hombres homosexuales. HNI-16 = Homonegatividad internalizada. EXT = Rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad, INT = Rechazo de los sentimientos, deseos e identidad homosexuales propios. PROMI = Promiscuidad e incapacidad para relaciones estables de las personas homosexuales. HF-8: Homofobia externalizada.

Entre los tres factores de la ATLG, las medias de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL) y rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A) estuvieron más próximas entre sí. La media más alta (más rechazo) y con mayor diferencia fue la de rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S). El tamaño de efecto fue pequeño en la comparación entre ATG-A y ATL, pero grande en las otras dos comparaciones, esto es, entre ATG-A y ATG-S y entre ATL y ATG-S (véase tabla 2).

Al unir los dos factores de rechazo hacia los hombres homosexuales (Herek, 1984) y comparar este factor (ATG = ATG-A + ATG-S) con el

de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL), la media de rechazo fue significativamente mayor ( $t[230] = 13.84, p < .01$ ) hacia hombres homosexuales ( $M = 3.22, DE = 1.15$ ) que hacia mujeres lesbianas ( $M = 2.59, DE = 1.11$ ), siendo la correlación alta entre ATG y ATL ( $r = .81, p < .01$ ). El tamaño de efecto en esta comparación fue mediano ( $\eta^2$  parcial = .45).

Hubo un efecto de interacción significativo ( $F[8, 1776] = 4.37, p < .01$ ) entre el factor de medidas repetidas (homonegatividad: 3 puntuaciones totales y 6 factores) y el sexo (hombre y mujer). Los dos polígonos de medias se entrecruzaron de forma más clara en la escala de actitud hacia las mujeres lesbianas (ATL). En la puntuación total de la ATLG y en el factor de incapacidad para relaciones estables de las personas homosexuales (PROMI) los cruces fueron más vagos. Los promedios de los hombres fueron más altos que los de las mujeres, con excepción de estos dos puntos de cruce. La interacción refleja esencialmente el mayor rechazo de las mujeres hacia el lesbianismo dentro de su patrón de respuesta a las escalas en comparación con el patrón de respuesta de los hombres. El tamaño de efecto de esta interacción fue pequeño ( $\eta^2$  parcial = .02) (véase figura 2).



**Figura 2.** Diagrama de medias de las tres escalas y seis factores en mujeres (línea continua y cuadrados) y hombres (línea punteada y rombos)

### Comparaciones entre muestras independientes

Al comparar las medias entre mujeres y hombres, solo las del factor de rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad (EXT) fueron estadísticamente diferenciales ( $t[222] = -2.46, p = .02$ ), siendo la media de rechazo fue mayor en hombres. El tamaño del efecto fue pequeño. Próximo a la significación estadística quedó el mayor promedio de rechazo hacia el lesbianismo (ATL) de las mujeres en comparación con el de los hombres ( $t[222] = 1.94, p = .05$ ) (véase tabla 3). Las medias en el factor de rechazo hacia los hombres homosexuales (ATG = ATG-A+ATG-S) fueron estadísticamente equivalentes entre ambos sexos ( $t[222] = 1.16, p = .25$ ).

**Tabla 3.** Contraste de medias entre sexos

Escala y factores	Mujeres (n = 121)		Hombres (n = 103)		t de Student			d de Cohen
	M	DE	M	DE	t	gl	p	
ATLG	2.93	1.07	2.87	1.02	0.37	222	.71	0.05
ATL	2.71	1.12	2.43	1.02	1.94	222	.05	0.26*
ATG-A	2.37	1.09	2.59	1.07	-1.52	222	.13	-0.20*
ATG-S	3.91	1.39	4.04	1.40	-0.69	222	.49	-0.09
HNI-16	3.68	1.04	3.76	0.97	-0.59	222	.55	-0.08
EXT	2.18	0.97	2.48	0.82	-2.46	222	.02*	-0.33*
INT	4.23	1.32	4.10	1.22	0.72	222	.47	0.10
PROMI	3.80	1.09	3.82	1.20	-0.15	222	.88	-0.02
HF-8	2.76	1.02	3.02	1.14	-1.84	222	.07	-0.25*

Estadístico *d* de Cohen para la estimación del tamaño del efecto:  $2t/(n1+n2-2)^{1/2}$  Tamaño de efecto: \* pequeño (de 0.20 a 0.49), \*\* mediano (de 0.50 a 0.79) y \*\*\* grande ( $\geq .80$ ).

Escala y factores ATLG = Rechazo hacia las mujeres lesbianas y hombres homosexuales. ATL = Rechazo hacia las mujeres lesbianas. ATG-A= Rechazo abierto hacia los hombres homosexuales. ATG-S: Rechazo sutil hacia los hombres homosexuales. HNI-16 = Homonegatividad internalizada. EXT = Rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad. INT = Rechazo de los sentimientos, deseos e identidad homosexuales propios. PROMI = Promiscuidad e incapacidad para relaciones estables de las personas homosexuales. HF-8: Homofobia externalizada.



## DISCUSIÓN

### Niveles de rechazo hacia la homosexualidad

Las medias de rechazo hacia la homosexualidad varían ligeramente entre las puntuaciones totales de las tres escalas. Las medias de las puntuaciones totales de ATLG y HF-8 son muy próximas al centrarse la evaluación con estas escalas en el rechazo manifiesto o abierto. Difiere más la media de la puntuación total de la HNI-16, la cual es la más alta, ya que la evaluación con esta escala se centra más en el rechazo sutil.

Debe señalarse que las distribuciones de las tres escalas se ajustan a una curva normal, lo cual refleja que el fenómeno actitudinal es adaptativo en un cierto nivel de expresión (en el intervalo de una desviación estándar por encima y debajo de la media o intervalo medio). La mayoría de los miembros de la población mostrará este nivel expresivo, habiendo desviaciones equivalentes hacia los extremos del exceso y el defecto. Por el contrario, si el rasgo fuese disfuncional o desadaptativo y lo tuviese una minoría, la distribución sería asimétrica y apuntada, con casi todos los casos centrados en los valores que reflejan ausencia del rasgo, pudiéndose ajustar a una curva de Poisson (Sartori, 2006). Considerando que los promedios de las puntuaciones totales de las tres escalas, expresados en valores discretos, corresponden a 3, el nivel adaptativo de expresión de la actitud entre estos estudiantes de medicina y psicología es de desacuerdo con el rechazo hacia las personas homosexuales, conforme con un contexto intelectual crítico hacia prejuicios sociales, como señalan Morrison y Morrison (2003).

El porcentaje promedio de rechazo (valores 5 y 7) entre las 3 puntuaciones totales y 6 factores fue 24 % y de respuesta homofóbica (valor 7) fue 4 %. Son porcentajes mayores que los reportados en otras investigaciones realizadas en estudiantes de ciencias de la salud de países occidentales desarrollados, sobre todo anglosajones (Campo et al., 2010; Klamen et al., 1999; Parker & Bhugra, 2000; Skinner et al., 2001). Se aproximan a los porcentajes reportados con la ATLG entre estudiantes mexicanos por Moral y Valle (2012). Si nos quedamos solo con la escala de homofobia externalizada HF-8 (12 % de rechazo y 1 % de homofobia), los porcen-

tajes serían ligeramente menores a los estudios en países desarrollados. Si nos quedamos solo con la escala de homonegatividad internalizada HNI-16, los porcentajes serían claramente mayores (32 % de rechazo y 5.5 % de homofobia). Con la escala ATLG (20 % de rechazo y 3 % de homofobia) serían intermedios entre la HF-8 y la HNI-16 y más altos que la expectativa (14 % de rechazo y 3 % de homofobia). Este resultado podría reflejar que la cultura mexicana sigue más apegada a los valores tradicionales de rechazo hacia la homosexualidad (Castañeda, 2006; Díaz-Guerrero, 2003).

### **Diferencias entre las tres escalas**

A pesar del porcentaje promedio de rechazo más alto en comparación con estudios en países occidentales desarrollados, es importante señalar las discrepancias interpretativas de una escala a otra dentro de esta investigación. La homofobia externalizada es muy baja entre estos estudiantes de medicina y psicología mexicanos; están totalmente en desacuerdo sobre todo con el ataque o discriminación abierta hacia los hombres homosexuales. Sin embargo, hay un nivel considerable de rechazo encubierto, lo cual viene siendo señalado por autores que trabajan en el cambio actitudinal (Lock, 1998; Wright et al., 2001) y por los que trabajan en el prejuicio moderno o simbólico (Herek, 2004; Morrison & Morrison, 2003).

El rechazo es mayor en los aspectos sutiles que en los manifiestos, como se observa en otros estudios (Cárdenas & Barrientos, 2008; Moral & Valle, 2012; Quiles, Betancor, Rodríguez, Rodríguez & Coello, 2003). Debe señalarse que el rechazo sutil es mayor sobre todo hacia el propio deseo homosexual y hacia los hombres homosexuales. Esto confirma las expectativas en función de los cambios actuales en la cultura occidental. Hay una tolerancia creciente hacia la diversidad sexual. En la mayoría de los países no se criminaliza las prácticas sexuales con personas del mismo sexo, sino que se considera un delito los ataques y la discriminación hacia personas homosexuales (Castañeda, 2006). No obstante, persiste cierta homofobia, que se manifiesta en formas sutiles y simbólicas de valoración y trato diferencial (Herek, 2004; Morrison & Morrison, 2003). Esto puede observarse en la atención clínica de hombres homosexuales

infectados de VIH, a quienes se les culpa moralmente de ser causantes de su enfermedad y sufren de moratorias innecesarias o no justificadas en sus pruebas diagnósticas y tratamientos (Córdova et al., 2009; Infante et al., 2006). Dentro de esta corriente de cambio, la homofobia externalizada ha sido sustituida por el heterosexismo. Bajo la ideología heterosexista es importante dejar claro que se pertenece al grupo heterosexual, el cual debe ostentar toda forma de poder en salvaguardia de la sociedad, y se toleran en posiciones marginales a las otras manifestaciones de la sexualidad (Simoni & Walters, 2001).

### **Diferencias en relación con el género**

También se confirma el mayor rechazo hacia la homosexualidad masculina (ATG y ATG-S) que hacia el lesbianismo (ATL) en las comparaciones de medias intragrupo con los factores de la ATLG. Esta diferencia se puede explicar por la mayor estigmatización de la homosexualidad masculina en la cultura occidental (Herek, 2000b). No obstante, debe señalarse que en la evaluación con la ATLG del rechazo hacia los hombres homosexuales hubo un mayor peso de lo sutil que en la evaluación del rechazo hacia las mujeres lesbianas. Esto lo reflejan las correlaciones más altas y la mayor proximidad de las medias de ATL con HF-8 y ATG-A que con ATG-S, en congruencia con el hecho de que la estructura factorial de los 10 ítems de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL) es claramente unidimensional y la estructura factorial de los 10 ítems de rechazo hacia los hombres homosexuales (ATG) es bidimensional (Moral & Valle, 2011). Probablemente con mayor peso de lo sutil en la escala de rechazo hacia las mujeres lesbianas (ATL) el promedio se incrementaría y su diferencia con ATG, la cual tiene un tamaño de efecto mediano, se atenuaría o incluso desaparecería.

El perfil de promedios entre hombres y mujeres es muy semejante, con pequeñas diferencias. Como se esperaba, los hombres rechazan más la manifestación pública de la homosexualidad (EXT), respecto a lo cual los hombres homosexuales son más expresivos y visibles que las mujeres lesbianas (diferencia entre grupos independientes significativa con un nivel de .05); asimismo, las mujeres rechazan más el lesbianismo (ATL) que los hombres (diferencia entre grupos independientes significativa

con un nivel de .10 e interacción sexo-factor de homonegatividad significativa con un nivel de .01). El mayor rechazo de la homosexualidad en el propio sexo está al servicio de la consolidación de una identidad heterosexual en una sociedad con una ideología heterosexista que exalta la heterosexualidad y desvaloriza sus desviaciones (Herek, 2000b), especialmente al considerar que la mayoría de los participantes son adolescentes tardíos que todavía están consolidando su orientación sexual, lo que acentúa la función expresiva y defensiva de la actitud al servicio de la expectativa heterosexual (Herek, 2000a).

### **Limitaciones del estudio**

Esta investigación tiene como limitación un muestreo no probabilístico, habiéndose realizado en una muestra incidental de estudiantes de medicina y psicología procedentes de tres universidades del noreste de México, por lo que las conclusiones son aplicables a modo de hipótesis en esta población y otras afines. Morrison y Morrison (2003) advierten del sesgo hacia las puntuaciones bajas al evaluarse prejuicios sociales dentro de esta población, el cual podría atribuirse a un intento de dar una imagen más sofisticada o crítica acorde con un contexto intelectual; de ahí la importancia de evaluar la deseabilidad social en futuros estudios. Siguiendo a estos autores, también podría deberse a la homogeneidad que ocasionan las muestras de conveniencia (salones de clases de la misma universidad) propias de investigaciones con estudiantes universitarios. A favor de nuestros datos debe mencionarse cierta heterogeneidad al abarcarse tres facultades, una privada (TEC de Monterrey) y dos públicas (UANL y UACO), dos con una composición más pareja entre ambos sexos (TEC de Monterrey y UACO) y otra con mayor proporción de mujeres (UANL). También se tiene en este estudio el uso de tres instrumentos con matices diferenciales importantes que rompe el posible sesgo de un instrumento contaminado de prejuicios sociales. No obstante, debe señalarse que los resultados podrían diferir si las mediciones se llevaran a cabo con pruebas proyectivas, tiempos de reacción o medidas psicofisiológicas al contarse solo con datos de escalas de autoinforme.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En conclusión, el nivel de homofobia externalizada es bajo en la muestra. La mayoría rechaza totalmente una condena abierta de la homosexualidad. No obstante, persiste en casi un cuarto de los estudiantes algún grado de rechazo hacia la homosexualidad; este porcentaje es alto en comparación con otros estudios al estarse dando gran peso en la estimación a los aspectos sutiles de rechazo en esta investigación. Claramente se ha sustituido la homofobia externalizada por un rechazo sutil que discrimina de forma simulada la homosexualidad, rechaza el deseo homosexual propio y proclama la heterosexualidad. Se confirma un mayor rechazo hacia los hombres homosexuales que hacia las mujeres lesbianas (comparaciones intragrupo) y un mayor rechazo en mujeres hacia la homosexualidad en el propio sexo que en el sexo opuesto.

Para futuros estudios se sugiere equiponderar aspectos de rechazo sutil y manifiesto a la hora de estimar la actitud hacia la homosexualidad para poder acceder a la complejidad de su realidad actual, como hacen los estudios de Quiles et al. (2003) y Frías, Monderde-i-Bort y Peris (2009), los cuales parten de la escala de prejuicio sutil y manifiesto de Pettigrew y Meertens (1995). Aparte se sugiere evaluar el heterosexismo, respecto al cual ya existen algunos trabajos de instrumentalización del constructo (Mullin, 2013; Weinberg, 2011). Es importante considerar el efecto de la deseabilidad social en la evaluación de la actitud hacia la homosexualidad, pudiendo tener mayor influencia el manejo de la impresión en los aspectos de rechazo manifiesto y el autoengaño en los aspectos de rechazo sutil, siguiendo el modelo bifactorial de la deseabilidad social propuesto por Paulhus (2002).

Estos datos muestran que se está consiguiendo superar la condena abierta y la agresión hacia las personas homosexuales, pero persisten formas automáticas de trato diferencial y matizaciones discriminatorias que necesariamente se reflejarán en la práctica clínica, salvo que se pongan en evidencia. Así, se motiva a trabajar en los talleres de diversidad sexual con técnicas cualitativas de investigación para que los alumnos tengan la oportunidad de descubrir el rechazo sutil, generar una empatía hacia

quienes lo sufren y modelar la resistencia al sesgo automático introducido por el heterosexismo de fondo.

## REFERENCIAS

- Arnold, L. M. (2001). Promoting culturally competent care for the lesbian, gay, bisexual, and transgender population. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1731. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1731>
- Barrientos, J. & Cárdenas, M. (2013). Homofobia y calidad de vida de gay y lesbianas: Una mirada psicosocial. *Psykebe, 22*(1), 3-14.
- Baumeister, R. F., Zhang, L. & Vohs, K. D. (2004). Gossip as cultural learning. *Review of General Psychology, 8*(2), 111-121. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.8.2.111>
- Cameron, D. & Kulick, D. (2003). *Language and sexuality*. London: Cambridge University Press.
- Campo, A., Herazo, E. & Cogollo, Z. (2010). Homofobia en estudiantes de enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*(3), 839-843.
- Cárdenas, M. & Barrientos (2008). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psykebe, 17*(2), 17-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000200002>
- Castañeda, M. (2006). *La nueva homosexualidad*. México, DF: Paidós.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (2012). *VIII/SIDA en México 2012*. México, DF: CENSIDA.
- Córdova, J. A., Ponce, S. & Valdespino, J. L. (2009). *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos*. México: CENSIDA.
- Crompton, L. (2006). *Homosexuality and civilization*. Cambridge: Belknap.
- Currie, M. R., Cunningham, E. G. & Findlay, B. M. (2004). The Short Internalized Homonegativity Scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational and Psychological Measurement, 64*(6), 1053-1067. <http://dx.doi.org/10.1177/0013164404264845>
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México, DF: Trillas.
- Frías, D., Monterde-i-Bort, H. & Peris, F. (2009). La medida del prejuicio manifiesto y sutil. *Interpsiquis, 1*, 1-9. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/39607/>
- Haddock, G. (2004). *Contemporary perspectives on the psychology of attitudes*. New York: Publisher Taylor & Francis.

- Herd, G. & van-de-Meer, T. (2003). Homophobia and anti-gay violence - Contemporary perspective. *Culture, Health and Sexuality*, 5(2), 99-101. <http://dx.doi.org/10.1080/136910501164128>
- Herek, G. M. (1984). Attitudes toward lesbians and gay men: A factor analytic study. *Journal of Homosexuality*, 10(1/2), 39-51. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v10n01\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J082v10n01_03)
- Herek, G. M. (2000a). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Sciences*, 9(1), 19-22. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00051>
- Herek, G. M. (2000b). Sexual prejudice and gender: Do heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men differ? *Journal of Social Issues*, 56(2), 251-266.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24. <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>
- Herek, G. M., Gillis, J. R. & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32-43. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014672>
- Hoburg, R., Konik, J., Williams, M. & Crawford, M. (2006). Bisexuality among self-identified heterosexual college students. *Journal of Bisexuality*, 4(1-2), 25-36. [http://dx.doi.org/10.1300/J159v04n01\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J159v04n01_03)
- Hosseinzadeh, H. & Hossain, S. Z. (2011). Functional analysis of HIV/AIDS stigma: Consensus or divergence? *Health, Education and Behavior*, 38(6), 584-595. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198110386180>
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. & Magis, M. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000200007>
- Jewell, L. M. & Morrison, M. A. (2010). But there's a million jokes about everybody": Prevalence of, and reasons for, directing negative behaviours toward gay men on Canadian university campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2094-2112. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260509354499>
- Klamen, D. L., Grossman, L. S. & Kopacz, D. R. (1999). Medical student homophobia. *Journal of Homosexuality*, 37(1), 53-63. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v37n01\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J082v37n01_04)
- Lee, R., Kochman, A. & Sikkema, K. (2002). Internalized stigma among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 6(4), 309-319.

- Lock, J. (1998). Strategies for reducing homophobia during medical training. *Journal of the Gay and lesbian Medical Association*, 2(4), 167-174. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOLA.0000004049.55611.d9>
- Mayer, K. H., Bekker, L. G., Stall, R., Grulich, A. E., Colfax, G. & Lama, J. R. (2012). Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *Lancet*, 380(9839), 378-387. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60835-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60835-6).
- Moral, J. & Valle, A. (2011). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales en México 1. Estructura factorial y consistencia interna. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 3(2), 139-157.
- Moral, J. & Valle, A. (2012). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales (ATLG) 2. Distribución y evidencias de validez. *Revista Electrónica Nova Scientia*, 4(1), 153-171.
- Moral, J. & Valle (2013a). Dimensionalidad, consistencia interna y distribución de la Escala Homonegatividad Internalizada en estudiantes mexicanos de ciencias de la salud. *Acta Mexicana de Psicología*, 3(1), 22-50.
- Moral, J. & Valle (2013b). Homofobia externalizada en estudiantes de ciencias de la salud. Enviado para su publicación a *Salud y Sociedad*.
- Morrison, M. A. & Morrison, T. G (2003). Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. *Journal of homosexuality*, 43(2), 15-37. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v43n02\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J082v43n02_02)
- Moss, D. (2002). Internalized homophobia in men: wanting in the first person singular, hating in the first person plural. *Psychoanalytic Quarterly*, 71(1), 21-50. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2167-4086.2002.tb00003.x>
- Mullin, E. M. (2013). Scale development: Heterosexist attitudes in women's collegiate athletics. *Measurement in Physical Education & Exercise Science*, 17(1), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1080/1091367X.2013.741357>
- Parker, A. & Bhugra, D. (2000). Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(2), 141-149. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990050010736>
- Pauhlus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. En H. Brau, D. Jackson & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 46-69). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pettigrew, T. F. & Meertens (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 31, 299-301. <http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>



- Quiles, M. N., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A. & Coello, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15(2), 197-204.
- Sartori, R. (2006). The bell curve in psychological research and practice: myth or reality? *Quality and Quantity*, 40(3), 407-418. <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-005-6104-0>
- Savin, R. C. & Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 385-394.
- Simoni, J. M. & Walters, K. L. (2001). Heterosexual identity and heterosexism: recognizing privilege to reduce prejudice. *Journal of Homosexuality*, 41(1), 157-173. [http://dx.doi.org/10.1300/J082v41n01\\_06](http://dx.doi.org/10.1300/J082v41n01_06)
- Skinner, C., Henshaw, P. & Petrak, J. (2001). Attitudes to lesbians and homosexual men: medical students care. *Sexually Transmitted Infections*, 77(2), 147-148. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.77.2.147-a>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). México, DF: Trillas.
- Weinberg, M. (2011). *Investigating heterosexist attitudes among educators: A scale and construct development study* (Tesis doctoral). New York: Teachers College, Columbia University.
- Wilson, T. D., Lindsay, S. & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-295X.107.1.101>
- Wright, L. W., Lester, W. & Cullen, J. M. (2001). Reducing college students' homophobia, erotophobia, and conservatism levels through a human sexuality course. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(4), 328-333.