

Un estudio descriptivo-correlacional en estudiantes de medicina y psicología del noreste de México para validar una escala de homonegatividad internalizada

José Moral de la Rubia*
Adrian Valle de la O**

Resumen

Hoy día se considera importante evaluar e intervenir sobre la homonegatividad (rechazo hacia la homosexualidad) en profesionales y estudiantes de la salud para evitar una atención discriminatoria hacia personas homosexuales. En México, se ha creado una escala para medir homonegatividad internalizada. En esta escala, la homonegatividad internalizada es evaluada por medio de tres factores: rechazo hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios, rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad y albergar una imagen de las personas homosexuales como incapaces de intimidad.

Considerando importante evaluar la homonegatividad en estudiantes de ciencias de la salud y existiendo la escala de Homonegatividad Internalizada de 16 ítems (HNI-16) en México, todavía no suficientemente validada, esta investigación tiene como objetivos: 1) describir los niveles de homonegatividad internalizada en una muestra de estudiantes de medicina y psicología, y 2) aportar evidencias de validez convergente y de constructo para la escala HNI-16. La escala HNI-16, la escala de actitud hacia lesbianas y hombres homosexuales (ATLG) y la escala homofobia (HF-8) fueron aplicadas a una muestra no probabilística de 231 estudiantes mexicanos de medicina y psicología (54% mujeres y 46% hombres).

La media de la puntuación total de HNI-16 entró en el rango de valores de ambigüedad entre la aceptación y el rechazo, sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos; el porcentaje de ambigüedad-rechazo fue 62%. La correlación de la puntuación total de HNI-16 fue .72 con la puntuación total de ATLG y .70 con la puntuación total de HF-8. La variable ser o no heterosexual tuvo un tamaño de efecto muy grande sobre la puntuación total de HNI-16, y las variables tener o no amigos que viven con VIH y el tener o no amigos homosexuales tuvieron tamaños de efecto medianos.

Se concluye que el porcentaje de ambigüedad-rechazo fue alto y la escala HNI-16 mostró evidencias de validez. Se recomienda el uso de la escala HNI-16 para

* Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: jose_moral@hotmail.com

** Departamento de Ciencias Básicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Instituto Tecnológico de Monterrey (ITESM). Correo electrónico: adrianvalle@usa.net

evaluar la homonegatividad internalizada en población de estudiantes de medicina y psicología y su estudio en otras poblaciones distintas. Además, se hacen sugerencias para diseñar intervenciones de grupo dirigidas a fomentar la aceptación de las personas homosexuales.

Abstract

Nowadays, it is considered important to assess and intervene on homonegativity (rejection toward homosexuality) among health caregivers and students of health sciences to avoid a discriminatory attention toward homosexual persons. In Mexico, a scale to measure internalized homonegativity has been created. In this scale, internalized homonegativity is evaluated through three factors: rejection toward own homosexual fantasies, desires and identity, rejection toward the public manifestation of homosexuality, and harboring an image of homosexual persons as incapable of intimacy.

Taking into account the importance of evaluating homonegativity among students of health sciences and the existence of the scale of 16-item Internalized Homonegativity (IHN-16) in Mexico, which is not sufficiently validated, the aims of this research were: 1) to describe the level of internalized homonegativity in a sample of students of medicine and psychology, and 2) to provide evidence of convergent and construct validity for the IHN-16 scale. The IHN-16 scale, the Attitude toward Lesbian and Gay men (ATLG) scale, and the 8-item Homophobia (HF-8) scale were applied to a non-probability sample of 231 Mexican students of medicine and psychology (54% women and 46% men).

The mean of the IHN-16 total score was within the range of values of ambiguity between acceptance and rejection, with no statistically significant difference between women and men; the percentage of ambiguity-rejection was 62%. The correlation of IHN-16 total score with the ATLG total score was .72 and with the HF-8 total score was .70. The variable being or not being heterosexual had a very large size effect. The variables having or not having homosexual friends and having or not having friends living with HIV had a medium size effect on the IHN-16 total score.

In conclusion, the percentage of ambiguity-rejection found through the scale of internalized homonegativity was high and the IHN-16 scale showed evidence of validity. It is recommended to use the scale IHN-16 to assess internalized homonegativity in this population and its study in other populations. Besides, suggestions are formulated for designing group interventions addressed to promote the acceptance toward homosexual persons.

Palabras clave/Key Words:

Homofobia; actitud; homosexualidad; orientación sexual; prejuicio/Homophobia; attitude; homosexuality; sexual orientation; prejudice.

Introducción

La homonegatividad internalizada

Diversos investigadores han criticado el término homofobia con base en tres argumentos: 1) no es una fobia específica en sentido clínico, sino un prejuicio y una forma de estigmatización (Herek, Gillis y Cogan, 2009); 2) individualiza y patologiza las manifestaciones del rechazo hacia personas homosexuales, oscureciendo los orígenes sociales, culturales e ideológicos de la aversión hacia la desviación de la heterosexualidad (Herdt y van-de-Meer, 2003); y 3) las reacciones típicas de individuos homofóbicos ante manifestaciones abiertas de desviación de la heterosexualidad no son de miedo y angustia, sino de aversión e ira (Parrot, 2009).

Ante estas críticas ha habido una presión para buscar un término alternativo al de homofobia. Dentro de esta búsqueda surgió el de homonegatividad. Hudson y Ricketts (1980) señalaron que se puede distinguir entre las actitudes intelectuales y las respuestas afectivas hacia los individuos homosexuales; al primer aspecto lo denominaron homonegativismo y al segundo homofobia. Mayfield (2001) y Currie, Cunningham y Findlay (2004) usaron el término de homonegatividad sin dar cuenta de la diferencia entre lo cognitivo y afectivo en el rechazo hacia la homosexualidad, incluyendo así las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales. La homonegatividad se puede definir como representaciones, actitudes y sentimientos negativos y conductas de rechazo hacia personas homosexuales. Este término se puede considerar más adecuado que el de homofobia e incluso que el de actitud prejuiciosa por ser más descriptivo y con menos connotaciones estigmatizantes dentro del lenguaje cotidiano.

El término de homonegatividad internalizada es usado para describir los sentimientos negativos persistentes (principalmente vergüenza, asco y odio), menosprecio y representación negativa que una persona no heterosexual tiene de sí mismo y de otros como él/ella en función de su orientación sexual. Dentro de este concepto, la idea de que estos sentimientos e imágenes negativas son el resultado de un proceso de internalización de la actitud cultural hegemónica hacia la homosexualidad durante el desarrollo y proceso de socialización del individuo está implícita (Herek et al., 2009; Moss, 2002; Russell y Bohan, 2006; Szymanski, Kashubeck-West y Meyer, 2008). La homonegatividad internalizada es el desenlace, casi inevitable, de crecer y vivir en una sociedad en la cual los mensajes homonegativos abundan por doquier (Moss, 2002; Rowen y Malcolm, 2002).

El concepto de homonegatividad internalizada pone el foco de atención en el prejuicio y estigmatización del individuo hacia sí mismo por sus deseos homosexuales, incluyendo también el rechazo hacia la manifestación

pública de la homosexualidad y la representación negativa de las personas homosexuales. La homonegatividad externalizada hace referencia al prejuicio y estigmatización hacia otras personas por sus manifestaciones homosexuales. El concepto de homonegatividad internalizada se suele aplicar cuando el estudio se realiza en población no heterosexual, y el de homonegatividad externalizada cuando se lleva a cabo en población heterosexual. No obstante, son conceptos que podrían perfectamente aplicarse a ambas poblaciones. Sólo ponen un acento diferencial en la dirección del prejuicio y la estigmatización (hacia dentro o hacia afuera) ante el deseo y manifestación de la homosexualidad (Currie et al., 2004; Ross, Rosser, Neumaier and the Positive Connections Team, 2008).

Debe mencionarse que la homosexualidad no es un fenómeno unitario de todo a nada, sino presenta frecuencias e intensidades variables en atracción, fantasías, conducta manifiesta e identidad. Estas variaciones no sólo son de una persona a otra dentro de la población, sino de un momento a otro de la vida dentro de una misma persona (Castañeda, 2005). Los deseos, fantasías y conductas homosexuales no son un fenómeno patológico e infrecuente; por el contrario, están presentes en un porcentaje importante de la población y juegan funciones adaptativas en la especie humana al igual que en otras especies (Muscarella, 2000). En adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de ambos sexos, desde de una estimación poblacional, 11.5% de los hombres y mujeres reportaron haberse enamorado de una persona de su mismo sexo, 5.4% de los hombres y 2.1% de las mujeres informaron haber tenido relaciones homosexuales, y 2.5% de los hombres y 1.1% de las mujeres se definieron como no heterosexuales (Moral, 2011). Las estimaciones de deseo y conducta manifiesta aún son mayores en muestras incidentales de estudiantes universitarios. En una muestra de 395 estudiantes mexicanos de psicología, 21% de los hombres y mujeres reportaron fantasías homosexuales, y 10% de los hombres y 2% de las mujeres informaron conductas homosexuales (Moral, 2009). Hoburg, Konik, Williams y Crawford (2006) reportaron un porcentaje de 30% de atracción hacia personas del mismo sexo en estudiantes universitarios estadounidenses.

Cuando se considera que, de forma independiente a la orientación sexual autodefinida, las fantasías y deseos homosexuales pueden manifestarse en cualquier persona (bisexualidad potencial) y que cualquier individuo puede experimentar miedo a revelar estos sentimientos y/o mostrar conductas desviadas de las socialmente esperadas para su género, el concepto de homonegatividad internalizada puede ser aplicado a cualquier individuo, porque éste pone el acento en las vivencias internas (rechazo hacia sí mismo) y en la mirada prejuiciosa o condenatoria del otro ante estas experiencias, especialmente dentro de una sociedad con valores heterosexistas en la que aún persiste un rechazo sutil importante.

El heterosexismo constituye una ideología que sustenta un sistema de valores, creencias y actitudes contra la desviación de la heterosexualidad que refuerzan el estigma sexual y las diferencias de poder asociadas a éste, dando la superioridad y hegemonía a la heterosexualidad y marginando cualquier desviación de la heterosexualidad (Herek, Chopp y Strohl, 2007).

Homonegatividad en estudiantes de ciencias de la salud

La estigmatización de la orientación no heterosexual por parte de los profesionales en las diversas ramas de las ciencias de la salud es un hecho documentado (Hon et al., 2005; Jones, 2000; Matharu, Kravitz, McMahon, Wilson y Fitzgerald, 2012). A menudo los profesionales en ciencias de la salud no son conscientes de sus propias creencias y actitudes, las cuales pueden permanecer inconscientes, encubiertas, dando lugar a conductas automáticas que podrían conducir a resultados adversos para sus pacientes.

El establecimiento de una buena relación entre médico y paciente requiere de confianza y respeto mutuo. El heterosexismo en la clínica, es decir, el quitar rango y marginar cualquier desviación de la heterosexualidad, interfiere con la formación y mantenimiento de una buena relación médico-paciente, y esto conduce a la pérdida de importantes oportunidades de intervención para proporcionar pruebas diagnósticas apropiadas, tratamiento médico oportuno, y consejería adecuada para encauzar a los pacientes homosexuales hacia conductas saludables (Mayer, Bekker, Stall, Grulich, Colfax y Lama, 2012). Esta interferencia puede ser especialmente amplificada por el conflicto y rechazo de las fantasías y deseos no heterosexuales propios que es un componente que se evalúa dentro de las escalas de homonegatividad internalizada.

Evaluación de la homonegatividad internalizada

Con la aparición de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), a principios de los década de 1980, los hombres que tienen sexo con hombres han sido señalados y estigmatizados, al ser uno de los principales grupos de riesgo de adquirir VIH, lo que ha reforzado el rechazo contra ellos. A nivel sanitario se les ha negado la atención oportuna, han sido despedidos de sus trabajos y han visto sus pólizas de seguro canceladas, lo que constituyen actos injustos, discriminatorios e ilegales (Aguirre y Rendón, 2008; Córdova, Ponce y Valdespino, 2009). Para cumplir con los derechos de salud de las personas homosexuales, se ha estado evaluando la homonegatividad externalizada en estudiantes de ciencias de la salud e implementando talleres para promover un cambio hacia la aceptación de la diversidad sexual (Jones, Pynor, Sullivan y Weerakoon, 2002). Bajo este planteamiento se asume que la mayoría de las personas son normales, esto es heterosexuales, y que deben tolerar la desviación de una minoría no heterosexual. Un planteamiento realmente enfocado a la aceptación no debería asumir una normalidad heterosexual que tolera la desviación, sino un potencial sexual diverso y una libertad

para expresar la diversidad sexual. A colación de este planteamiento viene la relevancia de evaluar homonegatividad internalizada y la importancia de abordarla en los talleres de aceptación de la diversidad sexual.

Existen dos escalas para medir homonegatividad internalizada, la de Mayfield (2001) y la de Currie et al. (2004); ambas desarrolladas y aplicadas a hombres homosexuales. Un estudio reciente, realizado por Moral y Valle (2013a), en México, generó una nueva escala, la de Homonegatividad Internalizada de 16 ítems (HNI-16). Los investigadores partieron de la escala de Currie et al. (2004) y añadieron ítems de la escala de homofobia de Martin y Dean (1987) siguiendo las sugerencias de Szymanski et al. (2008). La escala HNI-16 es aplicable a ambos sexos y en población general. Posee una estructura tridimensional con ajuste adecuado a los datos y unas propiedades de consistencia interna alta y validez de contenido mayores que las de la escala de Currie et al. (2004); no obstante, requiere más evidencias de validez. Los autores sugerían establecer su validez convergente con los conceptos de actitud hacia personas homosexuales y homofobia externalizada, así como su validez de constructo desde la confirmación de expectativas de asociación con orientación sexual autodefinida y variables sociodemográficas y experienciales en futuras investigaciones.

Relación de la homonegatividad internalizada con orientación sexual autodefinida y variables socio-demográficas y experienciales

La aplicación del concepto de homonegatividad internalizada a ambos sexos con independencia de la orientación sexual en población abierta no posee antecedentes. No obstante, los estudios de actitudes y la teoría neofuncional de las actitudes (Herek, 2000; Herek y McLemore, 2013) nos permiten formular expectativas para la validación de la escala HNI-16.

Para construir una identidad no heterosexual positiva, reconocer fantasías y sentimientos hacia personas de su mismo sexo como propios y naturales o adoptar conductas desviadas de su rol de género que lo puedan calificar como no heterosexual usualmente se requiere confrontar los valores heterosexistas y la ideología de condena hacia la desviación de la heterosexualidad (Adams, 2010; Szymanski y Carr, 2008). Una vez que la persona se define como no heterosexual, reconoce fantasías y sentimientos hacia individuos de su mismo sexo como propios y naturales, y/o adopta como propias conductas desviadas de su rol de género que la puedan calificar como no heterosexual, la función expresiva de la actitud, puesta al servicio de su grupo de identidad o pertenencia, generará necesariamente una actitud y valoración más positivas hacia las personas homosexuales que la actitud y valoración expresadas por personas que se no viven estas situaciones (Herek, 2000; Herek y McLemore, 2013).

En los estudios de estigma sexual (Lingiardi, Falanga y D'Augelli, 2005) y homofobia externalizada, los hombres promedian más alto que las mujeres (Herek y McLemore, 2013). Esto se puede explicar por una cultura con un rechazo hacia la homosexualidad masculina más manifiesto que hacia el lesbianismo (Herek, 2002). En la cultura occidental, el hombre ha venido gozando de mayor libertad sexual en relación al inicio temprano de la sexualidad, práctica de la masturbación, número de parejas e incluso parejas concurrentes. Por el contrario, la mujer ha estado sometida a mayor restricción en todas estas áreas. Así, una salida natural de la libertad sexual masculina ante la restrictiva sexualidad femenina es el sexo entre hombres. Aquí es donde la cultura impone una fuerte restricción a la sexualidad masculina que debe ser exclusivamente heterosexual. Los chistes avergonzantes, bromas denigrantes, insultos ofensivos y chismes difamatorios son medios para estigmatizar y controlar el sexo entre hombres. Aparte la cultura se manifiesta más tolerante con el sexo entre mujeres, pero esencialmente al servicio de la excitación masculina, como refleja su presencia en la pornografía, espectáculos sexuales en vivo, orgías y tríos (Baumeister, Zhang y Vohs, 2004; Jewell y Morrison, 2010).

Otra regularidad en las investigaciones es el mayor rechazo expresado a través de manifestaciones encubiertas o sutiles que a través de manifestaciones abiertas debido a un cambio dentro de la cultura occidental que penaliza el ataque abierto, generando que el rechazo, motivado por la ideología heterosexista hegemónica, se desplace hacia formas de expresión sutiles (Cárdenas y Barrientos, 2008; Morrison y Morrison, 2002).

En relación con la religión, los que se definen sin religión o sin afiliación a ninguna organización religiosa son los que muestran más aceptación y los más practicantes con una afiliación religiosa definida son los que expresan menos aceptación (Herek, 1987; Wilkinson, 2004). Al ser el discurso religioso católico y cristiano claramente heterosexista, se espera que las personas con dichas afiliaciones religiosas muestren mayor homonegatividad internalizada.

El contacto personal y repetido con personas homosexuales con frecuencia permite superar el estereotipo estigmatizador y elaborar a una imagen más real y humanizada. Esta nueva representación no sólo permite entablar una relación de amistad y respecto con esa persona concreta, sino que modifica la actitud hacia la homosexualidad. Así, los estudios empíricos hayan que aquéllos con familiares homosexuales o que entablan relaciones de amistad con personas homosexuales tienen actitudes de mayor aceptación hacia la homosexualidad (Herek y McLemore, 2013; Hinrichs y Rosenberg, 2002; Lingardi et al., 2005). También esto aplica al contacto amistoso con personas que viven con VIH, situación en la cual con frecuencia entra en juego el doble estigma, por la infección y por la orientación sexual, disminuyendo

el rechazo tanto hacia personas que viven con VIH como hacia las personas homosexuales (Adrien, Beaulieu, Leaune, Perron y Dassa, 2012).

En relación con la edad, Rosario, Schrimshaw, Hunter y Braun (2006) indican que pueden existir más conflictos con el tema del establecimiento de la orientación sexual en adolescentes; de ahí que éstos promedien más alto que jóvenes en edades posteriores, al estar la actitud al servicio de una función expresiva e incluso defensiva. Blackwell y Kiehl (2008) hallaron que los participantes de 40 a 49 años y los participantes de 30 a 39 expresaban más aceptación de los homosexuales que los más jóvenes (20-29), lo cual atribuyeron a un efecto de cohorte de nacimiento y una mayor maduración. Lingiardi, Baiocco y Nardelli (2012) observaron mayor estigma sexual internalizado en las personas más jóvenes en comparación con las más maduras.

Malyon (1982) remarca que en la adolescencia se está lidiando con la reactivación del deseo homosexual, lo que puede inhibir la masturbación y el inicio de las relaciones sexuales. La resolución de estos conflictos puede postergarse hasta el inicio de la edad adulta. Debido a estos casos se espera mayor homonegatividad internalizada en las personas sin experiencia sexual. Aparte de que la experiencia sexual consolida la orientación sexual, disminuyendo el rechazo rígido y extremo propio de una función defensiva y permitiendo un rechazo más flexible propio de una función expresiva (Herek, 2000).

Objetivos e hipótesis

Considerando la importancia de la evaluación de la homonegatividad y la existencia de esta escala de homonegatividad internalizada en México todavía no suficientemente validada, esta investigación tiene como objetivos: 1) describir los niveles de homonegatividad internalizada en una muestra de estudiantes de medicina y psicología; 2) estudiar la validez convergente de la escala HNI-16 con una escala que evalúa actitud hacia personas homosexuales y otra escala que evalúa homofobia externalizada; y 3) estudiar la validez de constructo de la escala HNI-16, comparando las medias de mujeres y hombres, personas que se definen o no como heterosexuales, que tienen o no amistades homosexuales, que tienen o no amistades que viven con VIH, que son o no sexualmente activas y entre personas con distintas afiliaciones religiosas; asimismo calculando la correlación entre la escala HNI-16 y la edad.

En relación con los 3 objetivos formulados se espera:

1) Mayor rechazo hacia aspectos internos (fantasías, deseos y sentimientos homosexuales propios) y sutiles (imagen de las personas

homosexuales como incapaces de intimidad) que hacia aspectos manifiestos (rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad), siendo finalmente el promedio en la puntuación total de la escala HNI-16 de ambigüedad o rechazo por la ideología heterosexista hegemónica.

2) Mayor correlación de la escala HNI-16 con puntuaciones de rechazo sutil que con puntuaciones de rechazo manifiesto y homofobia externalizada por los contenidos, siendo las correlaciones grandes o muy grandes al estarse midiendo conceptos muy afines.

3) Mayor homonegatividad internalizada en hombres que en mujeres, por el mayor rechazo cultural hacia la homosexualidad masculina y como expresión de la ideología heterosexista con más presión en el género masculino; mayor homonegatividad internalizada en personas con identidad heterosexual que en aquéllos con identidad no heterosexual y en los participantes con afiliación religiosa católica o cristiana que en aquéllos sin afiliación religiosa o sin religión, por la función expresiva de los valores del grupo de pertenencia; mayor homonegatividad internalizada en personas sin amistades homosexuales que en aquéllas con amistades homosexuales y en personas sin amistades que viven con VIH que en aquéllas con amistades que viven con VIH, por el contacto personal con el objeto socialmente estigmatizado, lo que modifica el estereotipo y genera una representación más humanizada y una actitud menos negativa; mayor homonegatividad internalizada en los adolescentes tardíos y jóvenes con menos edad que en aquéllos con más edad y en participantes sexualmente no activos que en los sexualmente activos, por una actitud puesta al servicio de la construcción de una identidad heterosexual dentro de una sociedad con una ideología heterosexista hegemónica.

Método

Participantes

Se recolectó una muestra no probabilística incidental de 231 participantes voluntarios. Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante universitario de medicina o psicología y prestar el consentimiento informado para participar en el estudio. El criterio de exclusión fue cuestionario incompleto en más de 3 preguntas. Se pretendía obtener una muestra de al menos 100 participantes de cada sexo para tener potencia mayor que .80 en los contrastes estadísticos y que los porcentajes de hombres y mujeres fueran estadísticamente equivalentes para que no aparecieran sesgos en relación con el sexo. Para que la muestra fuese más homogénea se redujo a las dos carreras de ciencias de la salud a las que se tenía más acceso: medicina y psicología. De los 231 estudiantes, 100 (43%) fueron encuestados en la Facultad de Medicina de Universidad Autónoma de Coahuila, 66 (29%) en la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey y 65 (28%) en la Facultad de Psicología de la

Universidad Autónoma de Nuevo León. Todos eran estudiantes de licenciatura de los 4 primeros semestres.

De los 224 participantes que especificaron su sexo, 121 (54%) fueron mujeres y 103 (46%) hombres, siendo estadísticamente equivalente la frecuencia de ambos sexos (prueba binomial: $p = .26$). La media de edad fue de 19.13 años ($DE = 1.68$) con un mínimo de 17 y un máximo de 37. Con respecto a la afiliación religiosa, 182 (79%) dijeron ser católicos, 10 (4%) protestantes y 39 (17%) pertenecer a otras religiones (budista) o tener creencias religiosas personales sin afiliación a ninguna organización religiosa.

Instrumentos

Se hicieron preguntas con formato de respuestas cerradas sobre datos sociodemográficos (sexo, edad y religión), vida sexual (orientación sexual autodefinida, ser sexualmente activo, edad en que se empezó a ser sexualmente activo y número de parejas) y amistades (tener amigos homosexuales o que viven con VIH). Se aplicaron tres escalas de autoinforme:

La escala de Homonegatividad Internalizada (HNI-16). Fue creada por Moral y Valle (2013a). Está integrada por 16 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta: “*definitivamente en desacuerdo*”, “*en desacuerdo*”, “*indiferente*”, “*de acuerdo*” y “*totalmente de acuerdo*”. En los 11 ítems directos, las 5 opciones de respuesta se puntúan: 1, 3, 5, 7 y 9, respectivamente; y en los 5 ítems inversos (ítems 1, 2, 3, 4 y 11), se puntúan: 9, 7, 5, 3 y 1, respectivamente. El rango de la puntuación total varía de 16 a 144. Mayor puntuación refleja mayor homonegatividad internalizada. En el estudio de Moral y Valle (2013a), la consistencia interna de los 16 ítems fue alta ($\alpha = .88$). La escala presentó 3 factores: rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad (EXT) con 6 ítems (ítems 2, 4, 9, 10, 11 y 14; por ejemplo: “*las situaciones sociales con hombres homosexuales me hace sentir incómodo*”) con consistencia interna alta ($\alpha = .81$); rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios (INT) con 6 ítems (ítems 1, 3, 12, 13, 15 y 16; por ejemplo “*yo me sentiría contrariado, fuera de mí mismo, debido a la presencia de sentimientos homosexuales en mí*”) con consistencia interna alta ($\alpha = .81$); e incapacidad para la intimidad de las personas homosexuales (INC) con 4 ítems (ítems 5, 6, 7 y 8) con consistencia interna adecuada ($\alpha = .69$; por ejemplo: “*la mayoría de los hombres homosexuales prefieren tener encuentros sexuales anónimos*”). El ajuste a los datos de un modelo jerarquizado por mínimos cuadrados generalizados fue adecuado: $\chi^2/gl = 1.66$, $FD = 0.73$, $PNCP = 0.29$, $GFI = .91$, $AGFI = .88$ y $RMSEA = .05$. La distribución de la puntuación total de la escala HNI-16 de media 73.58 ($DE = 21.76$) se ajustó a una curva normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{k-s} = 0.64$, $p = .81$), así como la del factor EXT ($Z_{k-s} = 1.05$, $p = .22$) con media 16.41 ($DE = 7.39$) y la del factor INT ($Z_{k-s} = 0.92$, $p = .36$) con media 31.12 ($DE = 10.29$). La distribución del factor INC

de media de 18.94 ($DE = 6.09$) mostró asimetría positiva y no se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.61, p = .01$).

Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales (ATLG). Fue creada por Herek (1984). Se escogió para evaluar actitud al ser la escala más empleada en los estudios empíricos por sus propiedades de confiabilidad y validez, y estar validada en México (Moral y Valle, 2011). La escala ATLG está integrada por 20 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta: “*definitivamente de acuerdo*”, “*de acuerdo*”, “*indiferente*”, “*en desacuerdo*” y “*totalmente en desacuerdo*”. La mitad de los ítems evalúan actitud hacia los hombres homosexuales (de G1 a G10) y la otra mitad actitud hacia las lesbianas (L1 a L10). En los 7 ítems directos, las 5 opciones de respuesta se puntúan: 1, 3, 5, 7 y 9, respectivamente. En los 13 ítems inversos (ítems G2, G3, G4, G6, G8, G10, L1, L3, L5, L6, L8, L9 y L10), se puntúan: 9, 7, 5, 3 y 1, respectivamente. El rango de la puntuación total varía de 20 a 180. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la actitud de rechazo hacia las personas homosexuales. En el estudio de Moral y Valle (2011), la consistencia interna de los 20 ítems fue alta ($\alpha = .91$). La escala quedó configurada por tres factores correlacionados: rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S) con 5 indicadores (ítems G1, G5, G7, G8 y G9; por ejemplo “*el sexo entre dos hombres no es natural*”), rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A) también con 5 indicadores (ítems G2, G3, G4, G6 y G10; por ejemplo “*la homosexualidad masculina es una perversión*”) (alfas de .85 y .78, respectivamente) y rechazo hacia las lesbianas (ATL) con 10 indicadores (ítems de L1 a L10; por ejemplo “*la homosexualidad femenina por sí misma no es un problema a menos que la sociedad la transforme en un problema*”) ($\alpha = .91$), siendo los valores de ajuste a los datos adecuados por mínimos cuadrados generalizados: $\chi^2/gf = 2.11$, $FD = 0.99$, $GFI = .90$, $AGFI = .88$ y $RMSEA = .06$. La distribución de la puntuación total de la escala ATLG de media 70.75 ($DE = 28.70$) se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.01, p = .26$), así como la del factor ATL ($Z_{K-S} = 0.97, p = .30$) de media 39.61 ($DE = 17.30$), pero las distribuciones de los otros dos factores mostraron asimetría positiva y no se ajustaron a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.67, p < .01$ para ATG-A con media de 19.55 [$DE = 9.19$] y $Z_{K-S} = 1.54, p = .02$ para ATG-S con media de 29.49 [$DE = 9.22$]).

Escala de Homofobia (HF-8). Fue desarrollada en Estados Unidos para estudiantes de medicina por Klamen, Grossman y Kopacz (1999). Se escogió por su especificidad a la población objeto de estudio, brevedad y estar adaptada y validada a población mexicana de estudiantes de ciencia de la salud por Moral y Valle (2013b) con buenas propiedades de consistencia interna y validez. Está integrada por 8 ítems tipo Likert con 4 opciones de respuestas: 1 = “*completamente en desacuerdo*”, 3 = “*en desacuerdo*”, 5 = “*de acuerdo*” y 7 = “*definitivamente de acuerdo*”. En los 6 ítems directos, las 4

opciones de respuesta se puntúan: 1, 3, 5 y 7, respectivamente. En los 2 ítems inversos (ítems 1 y 4), se puntúan: 7, 5, 3 y 1, respectivamente. El rango de la puntuación total varía de 10 a 56. Mayor puntuación en la escala HF-8 refleja mayor homofobia externalizada o condena de la homosexualidad (por ejemplo "la homosexualidad es inmoral"). En el estudio de Moral y Valle (2013b), la consistencia interna de los 8 ítems fue alta ($\alpha = .84$). El modelo unifactorial mostró índices de ajuste a los datos adecuados por mínimos cuadrados generalizados: $\chi^2/gf = 2.28$, $FD = 0.19$, $PNCP = 0.11$, $GFI = .95$, $AGFI = .91$, y $RMSEA = .07$, siendo $p = .08$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$. La distribución de la puntuación total de la escala HF-8 de media 23.02 ($DE = 8.86$) se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.24$, $p = .09$).

Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño ex post-facto transversal. Se solicitó el consentimiento informado para la participación en el estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información de acuerdo con las normas éticas de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). En la primera página del cuestionario, se presentaron sucintamente los objetivos del estudio, los contenidos de las escalas, así como los nombres y adscripción institucional de los investigadores. En esta primera página, se pidió a los participantes que marcaran una de las dos opciones: sí deseo participar o no deseo participar. No se requirió firma, nombre, ni ningún otro dato de identificación personal para así garantizar el anonimato. El cuestionario se administró de forma autoplificada en los salones de clase por los autores del artículo. Se leía las instrucciones y se permanecía en el salón para responder dudas y recoger los cuestionarios contestados. La aplicación tardaba unos 15 minutos y se realizó de enero a mayo de 2012. Esta investigación fue aprobada por las autoridades de las instituciones de las que fueron reclutados los participantes. El proyecto fue revisado y aprobado en sus aspectos éticos y técnicos por una Comisión de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Análisis de datos

Las correlaciones se calcularon por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r). Los valores de correlación menores que .10 se consideraron triviales, de .10 a .29 bajos, de .30 a .49 medianos, de .50 a .69 grandes, de .70 a .89 muy grandes y $\geq .90$ unitarios (Cohen, 1988).

Las comparaciones de medias entre factores dentro de una misma escala se realizaron por análisis de varianza de un factor de medidas repetidas o la prueba t de Student para dos muestras emparejadas. El tamaño de efecto se calculó por el coeficiente eta cuadrado parcial (η^2). Los valores de η^2 de .01 a .05 se interpretaron como tamaños de efecto pequeños, de .06 a .13 medianos y $\geq .14$ grandes (Cohen, 1988).

Las diferencias de medias entre ambos sexos, definirse como heterosexual o no, ser sexualmente activo o no, tener amigos homosexuales o no y tener amigos que viven con VIH o no se contrastaron por la prueba *t* de Student para dos muestras independientes. El supuesto de homogeneidad de varianzas se contrastó por la prueba de Levene para emplearse la fórmula de Welch-Satterthwaite en caso de incumplimiento. Los tamaños de efecto se calcularon por el estadístico *d* de Cohen, usando la fórmula para tamaños de muestras desiguales: $d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{[(n_1 * S_1^2 + n_2 * S_2^2) / (n_1 + n_2 - 1)]^{1/2}}}$. Los valores del estadístico *d* menores que .20 se interpretaran como tamaños de efecto triviales, de 0.20 a 0.62 pequeños, de 0.63 a 1.14 medianos, de 1.15 a 1.29 grandes y ≥ 1.30 muy grandes (Hopkins, 2002).

La comparación de medias entre los tres grupos de afiliación religiosa se hizo por el análisis de varianza para muestras independientes. La homogeneidad de varianza se contrastó por la prueba de Levene. Las comparaciones por pares se hicieron por la prueba de diferencias mínimas significativas de Fisher. El tamaño de efecto se calculó por el estadístico *f* de Cohen = $(\eta^2/[1-\eta^2])^{1/2}$. Los valores del estadístico *f* menores que .10 se consideraron triviales, de .10 a .24 pequeños, de .25 a .39 medianos y $\geq .40$ grandes (Cohen, 1988).

Los valores perdidos en los ítems de las variables numéricas fueron sustituidos por la media. El nivel de significación se fijó en $\alpha = .05$. Los cálculos se realizaron con el SPSS21.

Resultados

Descripción de la muestra

De los 231 participantes, 220 (95%) se definieron como heterosexuales, 7 (3%) bisexuales y 4 (2%) homosexuales. De 230 participantes que respondieron a la pregunta sobre si eran o no sexualmente activos, 142 (62%) dijeron que no y 88 (38%) que sí, con diferencia estadísticamente significativa (prueba binomial: $p < .01$). El promedio de parejas sexuales entre las 88 personas sexualmente activas fue de 3.11 ($DE = 5.86$) con un mínimo de 1 y máximo de 50. De los 229 participantes que respondieron a la pregunta si tenían o no un amigo homosexual, 173 (75.5%) indicaron que sí y 56 (24.5%) que no. De los 227 participantes que respondieron a la pregunta si tenían o no un amigo que vive con VIH, 222 (98%) señalaron que no y 5 (2%) que sí.

Nivel de homonegatividad internalizada y diferencias entre los factores de la escala HNI-16

Para homogeneizar el rango de las distribuciones de la puntuación total y los tres factores de la escala HNI-16 se dividió la puntuación de cada uno de ellos por su número de ítems. Así se obtuvo un rango continuo de 1 a 9. Este rango

continuo se dividió en cinco intervalos de amplitud constante para hacerlos corresponder con los cinco valores ordinales de respuestas a los ítems. Siendo el valor máximo 9 y el mínimo 1, entre 5 valores discretos, la amplitud de cada intervalo fue 1.6 ($[(\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})/\text{número de valores discretos}] = [9-1]/5$). Valores de 1 a 2.59 (valor discreto 1) se interpretaron como homonegatividad internalizada muy baja (completamente en desacuerdo con una afirmación de rechazo hacia la homosexualidad), de 2.60 a 4.19 (valor discreto 3) como homonegatividad internalizada baja (en desacuerdo), de 4.20 a 5.79 (valor discreto 5) como una homonegatividad internalizada ambigua o ambivalente entre la aceptación y el rechazo (indiferente), de 5.80 a 7.39 (valor discreto 7) como homonegatividad internalizada alta (de acuerdo) y de 7.40 a 9 (valor discreto 9) como una homonegatividad internalizada muy alta o extrema (definitivamente de acuerdo).

Desde la puntuación total de la escala HNI-16, el 38% (88 de 231) de los participantes mostraron un nivel de homonegatividad internalizada bajo (< 4.20), 45% (103 de 231) ambiguo (≥ 4.20 y < 5.80) y 17% (40 de 231) alto (≥ 5.80).

Desde el factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad, el 58.5% (135 de 231) de los participantes mostraron un nivel de rechazo bajo (< 4.20), 29.4% (68 de 231) ambiguo (≥ 4.20 y < 5.80) y 12.1% (28 de 231) alto (≥ 5.80).

Desde el factor de rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios, el 29% (66 de 231) de los participantes mostraron un nivel de rechazo bajo (< 4.20), 36% (83 de 231) ambiguo (≥ 4.20 y < 5.80) y 35% (82 de 231) alto (≥ 5.80).

Desde el factor de considerar a las personas homosexuales como incapaces de intimidad, el 35% (81 de 231) de los participantes mostraron un nivel de conformidad bajo (< 4.20), 40% (93 de 231) ambiguo (≥ 4.20 y < 5.80) y 25% (57 de 231) alto (≥ 5.80).

La media de la puntuación total de la escala HNI-16 dividida entre su número de ítems fue 4.60 (IC 95%: 4.42, 4.77), lo que correspondió a un valor discreto de 5 (ambigüedad). Las medias de los factores de rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios (5.19) e incapacidad de las personas homosexuales para la intimidad (4.73) también entraron en el intervalo de 4.20 a 5.79 (valor discreto 5), esto es, en el intervalo de ambigüedad o ambivalencia entre la aceptación y el rechazo. La media de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad se encontró en el intervalo de 2.60 a 4.19 (valor discreto 3), esto es, en el intervalo de homonegatividad internalizada baja o aceptación.

Las medias de los tres factores fueron estadísticamente diferenciales ($F[2, 460] = 72.92, p < .01$, asumiendo esfericidad de los residuos por la prueba Mauchly: $W = 0.985, \chi^2[2, N = 381] = 3.47, p = .18$, esto es, equivalencia de la matriz de varianzas-covarianzas de los residuos a una matriz identidad). El tamaño de efecto de la diferencia fue grande (η^2 parcial = .24).

La media del factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad fue significativamente menor que las medias de los factores de rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios ($f[230] = -12.62, p < .01$) e incapacidad de las personas homosexuales para la intimidad ($f[230] = -7.64, p < .01$), teniendo ambas diferencias un tamaño de efecto grande (η^2 parcial = .41 y η^2 parcial = .20, respectivamente). La media del factor de rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios fue significativamente mayor que la del factor de incapacidad de las personas homosexuales para la intimidad ($f[230] = 4.06, p < .01$), siendo el tamaño de efecto mediano (η^2 parcial = .07).

Validez convergente: ATLG y HF-10

Como se esperaba, la puntuación total de la escala HNI-16 correlacionó más con la puntuación total de la escala ATLG ($r = .72, p < .01$) que con la puntuación total de la escala HF-8 ($r = .70, p < .01$), y correlacionó más con el factor de rechazo sutil hacia los hombres homosexuales ($r = .70, p < .01$) que con el factor de rechazo manifiesto hacia los hombres homosexuales ($r = .60, p < .01$). Las correlaciones de los tres factores de la escala HNI-16 variaron de medianas ($r = .42, p < .01$) a muy grandes ($r = .71, p < .01$); la correlación más alta se presentó entre rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad y la puntuación total de la escala HF-8. El factor de la escala HNI-16 con correlaciones más bajas fue el de valoración de las personas homosexuales como incapaces de intimidad (véase Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones de HNI-16 con ATLG y HF-8

Actitud hacia las personas homosexuales y homofobia	Homonegatividad internalizada (HNI-16)			
	PT	EXT	INT	INC
ATLG	.72***	.63***	.64***	.47***
ATL	.65***	.58***	.56***	.43***
ATG-A	.60***	.58***	.48***	.43***
ATG-S	.70***	.59***	.69***	.42***
HF-8	.70***	.71***	.51***	.50***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. PT = Puntuación total. EXT = Rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad, INT = Rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios y INC = Incapacidad de las personas homosexuales para la intimidad. ATLG = Escala de actitud hacia lesbianas y hombres homosexuales y, ATL = Actitud de rechazo hacia lesbianas, ATG-A = Actitud de rechazo abierto hacia hombres homosexuales, ATG-S = Actitud de rechazo sutil hacia hombres homosexuales y HF-8 = Escala de homofobia.

Validez de constructo: orientación sexual y variables socio-demográficas y experienciales

Entre ambos sexos hubo diferencia significativa de medias en el factor de manifestación pública de la homosexualidad con un tamaño de efecto pequeño. La media de rechazo fue mayor en hombres que en mujeres (véase Tabla 2).

Tanto en la puntuación total de la escala HNI-16 como en sus tres factores hubo diferencias significativas de medias entre quienes se identificaban o no como heterosexuales con tamaños de efecto de grandes a muy grandes. Aquéllos que se identificaron como heterosexuales mostraron mayor homonegatividad (véase Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias de HNI-16 y sus tres factores

Variables	No			Sí			Contraste de medias			d**
	N	M	DE	N	M	DE	t	gl	p	
Puntuación total de NHI-16. Homonegatividad internalizada										
Hombre	121	73.22	22.20	103	74.93	20.72	-0.59	222	.55	-0.08
Heterosexualidad	11	40.91	16.50	220	75.21	20.71	5.41	229	< .01	1.67
Sexualmente activo	142	75.20	21.77	88	70.98	21.75	1.43	228	.15	0.19
Amigos homosexuales	56	82.75	21.34	173	70.57	21.23	3.73	227	< .01	0.57
Amigos con VIH	222	73.93	21.68	5	50.40	18.24	2.41	225	.02	1.09
Rechazo hacia manifestación pública de la homosexualidad (EXT)										
Hombre	121	22.51	10.38	103	25.09	8.82	-1.98	222	< .05	-0.27
Heterosexualidad	11	13.45	7.27	220	24.03	9.69	-3.57	229	< .01	1.23
Sexualmente activo	142	24.69	9.84	88	21.84	9.50	2.16	228	.03	0.29
Amigos homosexuales	56	28.64	9.62	173	21.99	9.34	4.60	227	< .01	0.79
Amigos con VIH	222	23.80	9.77	5	12.40	5.18	2.60	225	.01	1.17
Rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios (INT)										
Hombre	121	31.80	10.59	103	30.82	9.79	0.72	222	.47	0.10
Heterosexualidad	11	15.64	8.52	220	31.89	9.76	-5.42	229	< .01	1.67
Sexualmente activo	142	32.37	10.24	88	29.05	10.14	2.40	228	.02	0.33
Amigos homosexuales	56	34.14	10.15	173	30.07	10.21	2.60	227	.01	0.40
Amigos con VIH	222	31.21	10.33	5	22.80	8.08	1.81	225	.07	0.82
Incapacidad para la intimidad de las personas homosexuales (INC)										
Hombre	121	18.91	5.81	103	19.03	6.37	-0.15	222	.88	-0.02
Heterosexualidad	11	11.82	5.02	220	19.29	5.93	-4.11	229	< .01	1.27
Sexualmente activo	142	18.14	5.69	88	20.09	6.46	-2.40	228	.02	-0.33
Amigos homosexuales	56	19.96	5.44	173	18.51	6.22	1.57	227	.12	0.24
Amigos con VIH	222	18.92	6.00	5	15.20	7.16	1.37	225	.17	0.62

Hombre: No = Mujer y Sí = Hombre.

* En todas las comparaciones de medias se mantuvo el supuesto de homocedasticidad por la prueba de Levene.

** Estadístico d de Cohen para muestras con tamaños desiguales; d < .20 tamaño de efecto trivial, de .20 a .62 pequeño, de .63 a 1.14 mediano, de 1.15 a 1.29 grande y ≥ 1.30 muy grande (Hopkins, 2002).

Entre los dos grupos de participantes que reportaron ser o no sexualmente activos hubo diferencias significativas de medias en los tres factores con tamaños de efecto pequeños. Aquéllos que eran sexualmente activos calificaron como más incapaces de intimidad a las personas homosexuales, pero mostraron menos rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad y hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios (véase Tabla 2).

Entre los dos grupos de participantes que reportaron tener o no amistades homosexuales, hubo diferencias significativas de medias en el factor de manifestación pública de la homosexualidad con un tamaño de efecto mediano y en la puntuación total de la escala HNI-16 y en el factor de rechazo hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios con tamaños de efecto pequeños. Aquéllos con amistades homosexuales mostraron menos homonegatividad (véase Tabla 2).

Entre los dos grupos de participantes que indicaron tener o no amigos que viven con VIH hubo diferencias significativas de medias en la puntuación total de la escala HNI-16 y en el factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad con tamaños de efecto medianos. Aquéllos con amigos que viven con VIH mostraron menos homonegatividad (véase Tabla 2).

Hubo diferencias significativas de medias entre los tres grupos de afiliación religiosa en la puntuación total de la escala HNI-16 ($F[2, 228] = 9.18, p < .01$) y el factor de rechazo hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios ($F[2, 228] = 9.64, p < .01$) con tamaños de efecto medianos (f de Cohen = 0.29 y 0.28, respectivamente) y en el factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad ($F[2, 228] = 5.90, p < .01$) con un tamaño de efecto pequeño (f de Cohen = 0.23). En los tres casos, las medias más altas aparecieron en el grupo de cristianos, intermedias en católicos y las más bajas en personas con afiliación a otra religión distinta del catolicismo y cristianismo o sin afiliación a ninguna organización religiosa. En la puntuación total y los dos factores, las diferencias en las tres comparaciones por pares fueron estadísticamente significativas entre los tres grupos por la prueba de diferencias mínimas significativas de Fisher, al asumirse igualdad de varianzas.

La puntuación total y los tres factores de HNI-16 fueron independientes de la edad.

Discusión

Niveles de homonegatividad internalizada en la muestra

La homonegatividad internalizada promedio en esta muestra de estudiantes de medicina y psicología fue ambivalente entre el rechazo y la aceptación, lo que es concordante con una sociedad en cambio que evoluciona desde la condena de la homosexualidad hacia su tolerancia y respeto (Herek, 2004). Precisamente, en el factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad, se observa una ligera polarización hacia la aceptación, al ser un aspecto de la homonegatividad más manifiesto.

El porcentaje de homonegatividad internalizada fue de un sexto, lo que coincide con otros estudios de rechazo hacia personas no heterosexuales

en estudiantes de ciencias de la salud, con porcentajes entre 10 y 25% (Campo y Herazo, 2008; Campo, Herazo y Cogollo, 2010; Jones, 2000; Jones et al., 2002; Klamen et al., 1999).

Evidencias de validez para la escala HNI-16

Si la escala HNI-16 evalúa homonegatividad internalizada, debería presentar correlaciones altas con otras escalas de homonegatividad, siendo mayor la correlación con los factores de rechazo sutil hacia la homosexualidad que con los factores de rechazo manifiesto, ya que la homonegatividad internalizada se refiere a aspectos automáticos de rechazo (Shidlo, 1994). Se confirman estas hipótesis de validez convergente. Los valores de correlación fueron altos con las puntuaciones totales de las dos escalas de homonegatividad, una centrada en la evaluación de la actitud (escala ATLG) y la otra centrada en la evaluación de homofobia externalizada (escala HF-8). Precisamente la correlación fue ligeramente más alta con la escala ATLG, al tener ésta más contenido de rechazo sutil. Asimismo, la correlación fue más alta con el factor de rechazo sutil que con el factor de rechazo manifiesto hacia los hombres homosexuales de la escala ATLG. Congruentemente el factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad tuvo su correlación más alta con la escala de homofobia externalizada; asimismo, el factor de rechazo hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios tuvo su correlación más con el factor de rechazo sutil hacia los hombres homosexuales.

Los presentes datos, muestran que el factor de valorar a las personas homosexuales como incapaces de intimidad de la escala HNI-16 se aproxima más al rechazo abierto que al rechazo sutil, como indican la correlación más alta con la escala HF-8 (que evalúa homofobia externalizada) que con la escala ATLG (que evalúa actitud con contenidos de rechazo manifiesto y sutil), así como la correlación más alta con el factor de rechazo abierto hacia los hombres homosexuales (ATG-A) que con el factor de rechazo sutil hacia los hombres homosexuales (ATG-S), lo que también se observa en las comparaciones de medias.

Conforme con la expectativa de validación procedente de los estudios de actitud hacia las personas homosexuales (Herek y McLemore, 2013), en este estudio de homonegatividad internalizada, los hombres promediaron más alto en la puntuación total y en los factores de rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad e imagen negativa de las personas homosexuales como incapaces de intimidad, pero sólo hubo diferencia significativa en el factor de rechazo de manifestación pública. Si se considera que la actitud cultural hacia la homosexualidad ha evolucionado de una condena y persecución hacia un rechazo sutil y discriminación enmascarada, esto indica que en ambos sexos persiste un rechazo que se desplaza hacia una manifestación sutil; no obstante, los hombres, por unos valores heterosexistas más severos en su

género, se ven motivados a expresar más rechazo hacia la presencia de la homosexualidad en ámbitos públicos aún hoy día, cuando dicha expresión empieza a ser criticada (Herek, 2004).

Claramente se confirma la expectativa de constructo de menor homonegatividad internalizada entre quienes se definieron como no heterosexuales, dijeron tener amistades homosexuales o amistades que viven con VIH. Herek (2000) argumenta que la pertenencia al grupo estigmatizado y el contacto directo y positivo (amistad) con miembros del mismo llevan hacia una posición crítica o de resistencia a la ideología dominante, en este caso el heterosexismo. Congruentemente, el tamaño de efecto de la identidad sexual autodefinida sobre la homonegatividad internalizada fue grande, pues implica una mayor confrontación con estos valores. También el tamaño de efecto de tener amigos que viven con VIH fue de grande a mediano, pues entra en juego del doble estigma (por enfermedad y preferencia sexual) y genera un cambio más profundo.

Entre los estudiantes sexualmente activos hubo menor homonegatividad en los factores de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad y rechazo hacia fantasías, deseos e identidad homosexuales propios en comparación con los sexualmente no activos, pero los estudiantes sexualmente activos mostraron mayor homonegatividad en el factor de concepción de las personas homosexuales como incapaces de intimidad, lo que dio lugar a que la diferencia en la puntuación total de la escala HNI-16 no fuese estadísticamente significativa entre ambos grupos. Las dos primeras diferencias confirman la expectativa. Se esperaba mayor rechazo en las personas sin experiencia sexual, ya que su identidad sexual está en proceso de formación o menos consolidada. No obstante, al ser todos muy jóvenes, su actividad sexual probablemente sea más experimental que expresión de verdadera intimidad, lo que se puede reflejar proyectivamente en el factor de considerar a las personas homosexuales como incapaces de intimidad, que es un factor intermedio entre el rechazo manifiesto y sutil, como en párrafos previos de esta discusión se indicó. Esta hipótesis interpretativa, que acude a un mecanismo de defensa de encubrimiento (American Psychiatric Association, 2013), afirmarí que se atribuye a las personas homosexuales problemas de intimidad y así se alejan de la propia sexualidad. Las defensas del nivel de encubrimiento permiten mantener estos deseos inaceptables fuera de la conciencia, siendo atribuidos a agentes externos.

Como se esperaba, la correlación con la edad fue negativa, esto es, mayor homonegatividad internalizada en adolescentes tardíos; por el contrario, menor homonegatividad en personas más mayores por una mayor consolidación de su orientación sexual (Rowen y Malcolm, 2002; Lingardi et al., 2012), pero no fue significativa, lo que se atribuye al rango limitado y la

marcada asimetría positiva y apuntamiento de la distribución de la edad. Al ser estudiantes universitarios de primeros semestres de carrera, la mayoría tenía entre 18 y 20 años, así correspondían a etapas de la vida muy próximas (adolescencia tardía e inicio de la adultez). Con mayor rango de edad, incluyendo personas de mediana edad, probablemente la correlación con la edad sí hubiera sido significativa, observándose menos homonegatividad internalizada según madura la persona.

Se confirmó la expectativa de validación, de mayor rechazo en cristianos y católicos y menor rechazo en personas sin afiliación a ninguna organización religiosa (Herek, 1987; Wilkinson, 2004). Debe considerarse que, en México, como en otros países latinos, el catolicismo va perdiendo adeptos a favor de movimientos cristianos o bíblicos fundamentalistas y creencias personales (Secretaría de Gobernación e Instituto Nacional de Estadística y Geografía [SEGOB-INEGI], 2011). El cristianismo y el fundamentalismo bíblico en México suponen una revitalización de la religiosidad y una mayor adhesión a los dogmas. Al ser la ideología de la Biblia claramente heterosexista y represora de la sexualidad, se explica que estas personas expresen más rechazo hacia las personas homosexuales.

Limitaciones, conclusiones y sugerencias

Una de las limitaciones de este estudio es el 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 (estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales). Además, la investigación se redujo a instrumentos de autoinforme, así los resultados podrían diferir de los obtenidos con pruebas proyectivas, de tiempos de reacción o medidas psicofisiológicas.

Morrison y Morrison (2002) advierten del sesgo hacia la crítica al evaluarse prejuicios sociales dentro de esta población de estudiantes universitarios, el cual podría atribuirse a un intento de dar una imagen más sofisticada 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 de medicina, una pública de medicina y otra pública de psicología).

En conclusión, desde la puntuación total, el nivel de rechazo es semejante al de otros estudios de actitud y homofobia (un sexto), pero al juntar los casos de ambigüedad-rechazo se alcanza un porcentaje muy alto

(casi dos tercios). Probablemente, esta ambigüedad-rechazo sí se refleje en formas sutiles y automáticas de expresión. El estudio proporciona pruebas de validez para la escala HNI-16. Se cumplen las expectativas de validez convergente: 1) correlaciones de la puntuación total de la escala HNI-16 altas con las puntuaciones totales de las escalas ATLG y HF-8, siendo mayor con ATLG que con HF-8, 2) mayor correlación de la puntuación total de la escala HNI-16 con el rechazo sutil que con rechazo manifiesto hacia hombres homosexuales, 3) el hecho de que la correlación más alta del factor de rechazo hacia la manifestación pública de la homosexualidad de HNI-16 fuese con homofobia externalizada (escala HF-8) y 4) que la correlación más alta del factor de rechazo hacia las fantasías, deseos e identidad homosexuales propios de HNI-16 fuese con rechazo sutil hacia los hombres homosexuales. Se cumplen las expectativas de validez de constructo: 1) mayor promedio de los hombres con diferencia significativa en el factor de manifestación pública de la homosexualidad; 2) menor promedio de las personas con identidad no heterosexual, con amistades que viven con VIH, con amistades homosexuales y en personas sin afiliación a ninguna organización religiosa; y 3) menor promedio en los factores de manifestación pública y deseo interno entre los que son sexualmente activos; 4) correlación negativa con la edad, como se esperaban, pero no significativa por el rango limitado de la edad.

Se recomienda el empleo de la escala HNI-16 en estudiantes de medicina y psicología mexicanos y la baremación de la escala con una muestra probabilística en la población de estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales. Se sugiere replicar este estudio con una muestra probabilística de población general, lo que garantizará una porción equivalente de sexos y mayor rango en variables como la afiliación religiosa (personas sin religión) y edad cronológica (adultos de mediana edad y mayores). También se recomienda medir la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos o religiosidad, además de la afiliación religiosa.

Se sugiere implementar talleres de aceptación de las personas no heterosexuales. En estos talleres se podría invitar a personas que se definen como no heterosexuales para generar un contacto próximo y positivo, se podrían entablar debates de posicionamientos religiosos desde una ética de respeto hacia la diversidad y hacer conscientes manifestaciones sutiles de rechazo y discriminación como expresión de la pertenencia al grupo de orientación heterosexual, el cual es proclamado como sano y natural por la ideología heterosexista dominante. Para generar esta conciencia se podría trabajar con técnicas de investigación cualitativas, como pruebas de asociación libre y entrevistas abiertas, observándose los sesgos discursivos en relación con la ideología heterosexista. Según se va generando un clima de confianza y apertura se podrían abordar dudas y temores sobre orientación sexual en los propios participantes.

Bibliografía

- Adams, T. (2010). "Paradoxes of sexuality, gay identity, and the closet". *Symbolic Interaction*, vol. 33, núm. 2, pp. 234-256.
- Adrien, Alix, Beaulieu, Marianne, Leane, Viviane, Perron, Michèle y Dassa, Clément (2012). "Trends in attitudes toward people living with HIV, homophobia, and HIV transmission knowledge in Quebec, Canada (1996, 2002, and 2010)". *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 25, núm. 1, pp. 55-65.
- Aguirre, Jaime Javier y Rendón, Abraham Ernesto (2008). *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: hombres que tienen sexo con otros hombres*. México, DF: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baumeister, Roy F., Zhang, Liquid y Vohs, Kathleen D. (abril 2004). "Gossip as cultural learning". *Review of General Psychology*, vol. 8, núm. 2, pp. 111-121.
- Blackwell, Christopher W. y Kiehl, Ermalynn M. (diciembre 2008). "Homophobia in registered nurses: Impact on LGB youth". *Journal of LGBT Youth*, vol. 5, núm. 4, pp. 28-44.
- Campo, Adalberto y Herazo, Edwin (junio 2008). "Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años". *MedUNAB*, vol. 11, núm. 2, pp. 120-123.
- Campo, Adalberto, Herazo, Edwin y Cogollo, Zuleima (septiembre 2010). "Homophobia in nursing students". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 44, núm. 3, pp. 839-843.
- Cárdenas, Manuel y Barrientos, Jaime (noviembre 2008). "Actitudes implícitas y explícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile". *Psykhé*, vol. 17, núm. 2, pp. 17-25.
- Castañeda, Marina (2005). *La experiencia homosexual*. México, DF: Paidós.
- Cohen, Jacob (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Córdova, José Ángel, Ponce, Samuel y Valdespino, José Luis (2009). *25 años de SIDA en México. Retos, logros y desaciertos*. México, DF: CENSIDA.

Currie, Matthew R., Cunningham, Everarda G. y Findlay, Bruce M. (diciembre 2004). "The Short Internalized Homonegativity Scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia". *Educational and Psychological Measurement*, vol, 64, núm. 6, pp. 1053-1067.

Herd, Gilbert y van-de-Meer, Theo (abril 2003). Homophobia and anti-gay violence - Contemporary perspective. *Culture, Health and Sexuality*, vol. 5, núm. 2, pp. 99-101.

Herek, Gregory M. (octubre 1984). "Attitudes toward lesbians and gay men: A factor analytic study". *Journal of Homosexuality*, vol, 10, núm. 1/2, pp. 39-51.

Herek, Gregory M. (enero 1987). "Religious orientation and prejudice: A comparison of racial and sexual attitudes". *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 13, núm. 1, pp. 34-44.

Herek, Gregory M. (enero 2000). "The psychology of sexual prejudice". *Current Psychological Science*, vol. 9, núm. 1, pp. 19-22.

Herek, Gregory M. (enero 2002). "Gender gaps in public opinion about lesbian and gay men". *Public Opinion Quarterly*, vol. 66, núm. 1, pp. 40-66.

Herek, Gregory M. (abril 2004). "Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century". *Sexuality Research y Social Policy*, vol. 1, núm. 2, pp. 6-24.

Herek, Gregory M., Chopp, Regina y Strohl, Darryl (2007). "Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context". En Ian H. Meyer y Mary E. Northridge (Eds.). *The health of sexual minorities*. New York, NY: Springer, pp. 171-208.

Herek, Gregory M., Gillis, J. Roy y Cogan, Jeanine C. (enero 2009). "Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective". *Journal of Counseling Psychology*, vol. 56, núm. 1, pp. 32-43.

Herek, Gregory. M. y McLemore, Kevin A. (enero 2013). "Sexual prejudice". *Annual Review of Psychology*, vol. 64, núm, 1, pp. 309-333.

Hinrichs, Donald y Rosenberg, Pamela (enero 2002). "Attitudes toward gay, lesbian, and bisexual persons among heterosexual liberal art college students". *Journal of Homosexuality*, vol. 43, núm. 1, pp. 61-84.

Hoburg, Robin, Konik, Julie, Williams, Michelle y Crawford, Mary (abril 2006). "Bisexuality among self-identified heterosexual college students". *Journal of Bisexuality*, vol. 4, núm. 1-2, pp. 25-36.

Hon, Kam-lun Ellis, Leung, Ting-fan, Yau, Pak-yuen Yau, Anthony, Wu, Sze-man, Wan, Maxim, Chan, Hoi-yee, Yip, Wing-ki y Fok, Tai-fai (diciembre 2005). "A survey of attitudes toward homosexuality in Hong Kong Chinese medical students". *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 17, núm. 4, pp. 344-348.

Hopkins, Will L. (2002). *A new view of statistics. A scale of magnitudes for effect statistics*. Disponible en: de <http://www.sportsci.org/resource/stats/> (Recuperado el 14/03/ 2014).

Hudson, Walter W. y Ricketts, Wendell A. (diciembre 1980). "A strategy for the measurement of homophobia". *Journal of Homosexuality*, vol. 5, núm. 4, pp. 357-372.

Jewell, Lisa M. y Morrison, Melanie A. (noviembre 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*, vol. 25, núm. 11, pp. 2094-2112.

Jones, Lee Spark (marzo 2000). "Attitudes of psychologists and psychologists-in-training to homosexual women and men: an Australian study". *Journal of Homosexuality*, vol. 39, núm. 2, pp. 113-132.

Jones, Mairwen Kathleen, Pynor, Rosemary Anne, Sullivan, Gerard y Weerakoon, Patricia (diciembre 2002). "A study of attitudes toward sexuality issues among health care students in Australia". *Journal of Lesbian Studies*, vol. 6, núm. 3-4, pp. 73-86.

Klamen, Debra L., Grossman, Linda S. y Kopacz, David R. (enero 1999). Medical student homophobia. *Journal of Homosexuality*, vol. 37, núm. 1, pp. 53-63.

Lingiardi, Vittorio, Baiocco, Roberto y Nardelli, Nicola (septiembre 2012). "Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: a new scale". *Journal of Homosexuality*, vol. 59, núm. 8, pp. 1191-1210.

Lingiardi, Vittorio, Falanga, Simona y D'Augelli, Anthony (enero 2005). "The evaluation of homophobia in an Italian sample". *Archives of Sexual Behavior*, vol. 34, núm. 1, pp. 81-93.

Malyon, Alan K. (agosto 1982). "Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men". *Journal of Homosexuality*, vol. 7, núm. 2-3, pp. 59-69.
Martin, John L. y Dean, Laura L. (1987). *Summary of measures: Mental health effect of AIDS on at-risk of homosexual men*. New York, NY: Division of Socio-Medical Sciences, School of Public Health, Columbia University.

Matharu, Kabir, Kravitz, Richard L., McMahon, Graham T., Wilson, Mabelle C. y Fitzgerald, Faith T. (enero 2012). "Medical students' attitudes toward gay men". *BMC Medical Education*, vol. 12, núm. 1, pp. 71-78.

Mayer, Kenneth H., Bekker, Linda-Gail, Stall, Ron, Grulich, Andrew E., Colfax, Grant y Lama, Javier R. (julio 2012). "Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach". *Lancet*, vol. 380, núm. 9839, pp. 378-387.

Mayfield, Wayne (abril 2001). "The development of an internalized homonegativity inventory for gay men". *Journal of Homosexuality*, vol. 41, núm. 2, pp. 53-76.

Moral, José (julio 2009). "Conducta homosexual en estudiantes universitarios y aspectos diferenciales por género". *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, vol. 3, núm. 29, pp. 75-109.

Moral, José (marzo 2011). "Homosexualidad en la juventud mexicana y su distribución geográfica". *Papeles de Población*, vol. 17, núm. 67, pp. 111-134.

Moral, José y Valle, Adrián (octubre 2011). "Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales en México 1. Estructura factorial y consistencia interna". *Revista Electrónica Nova Scientia*, vol. 3, núm. 2, pp. 139-157.

Moral, José y Valle, Adrián (enero 2013a). "Dimensionalidad, consistencia interna y distribución de la Escala Homonegatividad Internalizada en estudiantes mexicanos de ciencias de la salud". *Acta de Investigación Psicológica*, vol. 3, núm. 1, pp. 22-50.

Moral, José y Valle, Adrián (diciembre 2013b). "Propiedades psicométricas de la escala de evaluación de la homofobia externalizada en estudiantes de ciencias de la salud mexicanos". *Salud y Sociedad*, vol. 4, núm. 3, pp. 230-247.

Morrison, Melanie A. y Morrison, Todd G. (febrero 2002). "Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women". *Journal of Homosexuality*, vol. 43, núm. 2, pp. 15-37.

Moss, Donald (enero 2002). "Internalized homophobia in men: wanting in the first person singular, hating in the first person plural". *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 71, núm. 1, pp. 21-50.

Muscarella, Frank (enero 2000). "The evolution of homoerotic behavior in humans". *Journal of Homosexuality*, vol. 40, núm. 1, pp. 51-77.

Parrott, Dominic J. (agosto 2009). "Aggression toward gay men as gender role enforcement: effects of male role norms, sexual prejudice, and masculine gender role stress". *Journal of Personality*, vol. 77, núm. 4, pp. 1137-1166.

Rosario, Margaret, Schrimshaw, Eric W., Hunter, Joyce y Braun, Lisa (enero 2006). "Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual youths: Consistency and change over time". *Journal of Sex Research*, vol. 43, núm. 1, pp. 46-58.

Ross, Michael W., Rosser, B. R. Simon, Neumaier, Eric R., and the Positive Connections Team (diciembre 2008). "The relationship of internalized homonegativity to unsafe sexual behavior in HIV-seropositive men who have sex with men". *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, núm. 6, pp. 547-557.

Rowen, Christopher J. y Malcolm, James P. (abril 2002). "Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men". *Journal of Homosexuality*, vol. 43, núm. 2, pp. 77-92.

Russell, Glenda Marie y Bohan, Janis S. (agosto 2006). "The case of internalized homophobia". *Theory and Psychology*, vol. 16, núm. 3, pp. 343-366.

Sánchez, Nelson F., Rabatin, Joseph, Sánchez, John P., Hubbard, Steven y Kalet, Adina (enero 2006). "Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients". *Family Medicine*, vol. 38, núm. 1, pp. 21-27.

Secretaría de Gobernación e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Panorama de las religiones en México 2010*. Aguascalientes, México: SEGOB-INEGI.

Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. En B. Greene y G. M. Herek (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory, research and clinical application*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 176-205.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a. ed.). México, DF: Editorial Trillas.

Szymanski, Dawn M. y Carr, Erika R. (enero 2008). "The roles of gender role conflict and internalized heterosexism in gay and bisexual men's psychological distress". *Psychology of Men y Masculinity*, vol. 9, núm. 1, pp. 40-54.

Szymanski, Dawn M., Kashubeck-West, Susan y Meyer, Jill (julio 2008). "Internalized heterosexism. Measurement, psychosocial correlates and research directions". *The Counseling Psychologist*, vol. 36, núm. 4, pp. 525-574.

Wilkinson, Wayne W. (enero 2004). "Religiosity, authoritarianism, and homophobia: A multidimensional approach". *The International Journal for the Psychology of Religion*, vol. 14, núm. 1, pp. 55-67.