



Homofobia y sexismo en estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la Universidad de Los Andes, en Mérida-Venezuela

(Homophobia and sexism among first year's medical students at the University of Los Andes, in Mérida Venezuela)

Guillermo Terán-Angel ^{1,2} ✉, Sharon Patete-Reinoza ³, Yuliana Ramírez-Sánchez ³, Sofía Quintero-Páez ³, Andrés Fuenmayor ³, Arturo Javier Peñaloza ³, Alejandro Enrique Pereira-Leal ³, Shabely Duran-Galvis ³, Katherine Ferrier ³, Jeny Cuevas ³, José Guillen ², Sergio Guzmán ², Nubia Silva-Gutiérrez ^{1,2}.

¹ Instituto de Inmunología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. ² Sociedad Wills Wilde AC, Mérida, Venezuela. ³ Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Recibido: 22 de Junio de 2015.

Aceptado: 21 de Noviembre de 2015.

Publicado online: 24 de Noviembre de 2015

[TRABAJO ORIGINAL]

Resumen (español)

La homofobia es el rechazo hacia las personas homosexuales o que sienten atracción física y emocional por los individuos del mismo sexo. Diversos factores se han asociado a la homofobia, siendo el sexismo, las posturas políticas conservadoras y las religiones ortodoxas las principales desencadenantes. La homofobia y el sexismo inciden negativamente en nuestras sociedades generando estigma y discriminación hacia las personas sexodiversas, limitando el acceso y pleno disfrute de los servicios públicos, principalmente educativos y de salud. En el campo asistencial ha sido ampliamente reconocida la homofobia, traducida en maltrato hacia las personas homosexuales; lo que además de constituir una violación de sus derechos fundamentales, implica una barrera adicional en la lucha contra la epidemia del VIH/sida (por ser aún los homosexuales uno de los grupos vulnerables). El objetivo de este trabajo fue la evaluación de los niveles de homofobia y sexismo en estudiantes del primer año de Medicina de la Universidad de Los Andes en Mérida, Venezuela. Los resultados mostraron un nivel de sexismo del 27% en la población estudiada, el nivel de homofobia fue superior al 40% y el desconocimiento sobre diversidad sexual se ubicó en un 70%. Se encontró que la homofobia estuvo condicionada principalmente por el sexismo, la heterosexualidad y las prácticas religiosas. Los resultados plantean la necesidad de ejecutar intervenciones educativas dirigidas a disminuir la homofobia en los primeros niveles de formación del personal de salud, para evitar el estigma y la discriminación durante la prestación del servicio asistencial por parte de los futuros profesionales.

Palabras clave (español)

Homofobia, sexismo, prejuicio, estigma, estudiantes de medicina

Abstract (english)

Homophobia is the rejection of homosexuals who feel an emotional and physical attraction for individuals of the same sex. Several factors are associated with homophobia, with sexism, conservative political views and orthodox religious beliefs being the principal causes. Homophobia and sexism have a negative impact on society, causing social stigma and discrimination against gender and sexual minorities, limiting their access to and full enjoyment of public services, especially education and health related services. In the field of healthcare, homophobia is widespread and expressed as the mistreatment of homosexuals. In addition to being a violation of human rights, such mistreatment represents a barrier in the fight against the HIV/AIDS epidemic (since homosexuals are still one of the most susceptible groups). The aim of this study was to evaluate the levels of homophobia and sexism among first year's medical students at the University of Los Andes in Mérida Venezuela. The results showed a level of sexism from 27% in the studied population, the level of homophobia was over 40% and ignorance about sexual diversity stood at 70%. Homophobia was primarily driven by sexism, heterosexuality and religious practices. The results suggest a need to implement educational interventions designed to reduce homophobia early on in medical school and other healthcare professional preparation programs, in order to prevent stigma and discrimination in the provision of healthcare services by future professionals.

Keywords (english)

Homophobia, sexism, prejudice, stigma, medical students

Introducción

La edición de 1992 de la guía sobre trastornos mentales y del comportamiento, publicada por la Organización Mundial de la Salud (1), marcó un hito al excluir a la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales, estableciéndola como una opción más dentro de la diversidad sexual de las personas. No obstante, la aceptación de la homosexualidad no es igual en todo el mundo, existiendo todavía países en donde la misma es penada con cárcel e incluso con la muerte (2). La homosexualidad ha sido definida históricamente como la orientación en donde la función sexual (física y emocional) se establece entre individuos del mismo sexo, también se ha definido a partir de la afinidad sexual entre individuos con igual identidad de género, lo que supone un avance reciente en el reconocimiento de la diversidad sexual (3).

El rechazo a la homosexualidad reconocido globalmente como homofobia implica una aprensión hacia las personas homosexuales, que es manifestada a través de expresiones de violencia real o simbólica y de violación de derechos humanos, siendo análoga a otras formas de exclusión como el racismo y la xenofobia. (4, 5). En la actualidad el término homofobia, que implica una fobia o miedo irracional, está siendo reemplazado por expresiones como estigma y prejuicio sexual, que implican una actitud negativa hacia los individuos pertenecientes a grupos definidos por la atracción sexual, conductas y orientación de sus miembros, a los que la sociedad les ha otorgado colectiva y racionalmente estatus de

inferioridad y de falta de poder relativo (6). No obstante el término homofobia es aún de uso extendido en la comunidad biomédica de la región (7).

Numerosos factores influyen en la homofobia, entre los cuales destacan el sexismo o discriminación basada en el sexo/género, las posturas políticas conservadoras y fundamentalmente las religiones ortodoxas (8, 9).

Adicionalmente, luego de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la década de los ochenta (10), se crea la percepción equivocada de la homosexualidad masculina como factor de riesgo, señalándose a los homosexuales como las principales fuentes de transmisión del virus (11). Estos desencadenantes han repercutido en que la homofobia se constituya como una barrera al acceso y al pleno disfrute de los servicios de las personas sexodiversas, principalmente en el ámbito educativo y de salud (12, 13), y más aún, como una barrera en la lucha contra la epidemia del VIH/sida (14).

Diversos estudios han demostrado el menoscabo de la atención en los centros de salud hacia las personas homosexuales. En países como Australia o Brasil, la población de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgéneros e intersexuales (LGBTI) ha experimentado dificultades en el acceso a los servicios de salud debido a su identidad sexual (15, 16). Un estudio realizado en afroamericanos HSH (hombres que tienen sexo con hombres) demostró también que alrededor del 30% había sufrido estigma y discriminación y que el 50% percibió desconfianza en el personal de salud (17). En los países del África subsahariana, la discriminación en los centros de salud

hacia las personas sexodiversas constituye una de las principales agravantes de la epidemia de VIH/sida (2), no obstante, en estos países se ha demostrado que campañas educativas y entrenamientos de sensibilización en el personal de salud disminuye el estigma y mejora la atención asistencial de la población LGBTTI (18).

En Venezuela, estudios discretos han puesto en evidencia la discriminación y el maltrato hacia la población sexodiversa tanto en laboratorios clínicos como en hospitales (19, 20). En la ciudad de Mérida, un estudio reciente reportó que el 40% de la población HSH y transexuales/transgéneros ha recibido maltratos en los centros de salud, fundamentalmente por parte del personal administrativo y de enfermería (7).

La homofobia y la discriminación está presente en el personal de salud desde su proceso de formación; niveles entre 10 y 30% de homofobia se han hallado tanto en estudiantes de medicina como de enfermería (20, 21), lo que plantea la necesidad de estudiar y conocer los niveles y características de la homofobia en estos estudiantes para poder diseñar las estrategias educativas y de intervención adecuadas, tendientes a minimizar el estigma y la discriminación hacia las personas sexodiversas, principalmente durante la prestación de los servicios asistenciales.

En este estudio se miden los niveles de homofobia y sexismo en estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la Universidad de Los Andes (ULA), estado Mérida, Venezuela. Se evalúan además, como posibles factores condicionantes, algunos descriptores culturales, socioeconómicos, y educativos en dicha población estudiantil.

Materiales y métodos

Población de estudio. Los niveles de homofobia y sexismo se determinaron aplicando una encuesta auto-administrada a 152 estudiantes del primer año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes, en la sede de la ciudad de Mérida, Venezuela, en septiembre del año 2014. Se realizó un muestreo probabilístico (22) a partir de una población de 250 estudiantes, se fijó el riesgo en 5% y el poder estadístico en 95%. La muestra se escogió al azar (usando números aleatorios) a partir de los respectivos listados de alumnos. La participación de los estudiantes fue voluntaria, anónima y ajustada a las normativas éticas vigentes.

Medición de los descriptores socioculturales y los niveles de sexismo, homofobia y conocimiento. Se utilizó un instrumento de recolección de datos

modificado a partir de Seijas y col. (7) el cual fue previamente validado en el entorno social y poblacional de la comunidad a estudiar. La encuesta se estructuró en tres partes: en la primera parte se recogieron los datos de los descriptores de la población evaluada, se indagó sobre sexo (femenino o masculino), edad, orientación sexual (heterosexual, bisexual u homosexual), nivel socioeconómico del entorno familiar (bajo, medio o alto), nivel educativo de padre y madre (ninguno, primaria, bachillerato o universitario), orientación política familiar y personal (oficialistas u opositores), orientación religiosa familiar y personal (creyentes no practicantes, creyentes practicantes o no creyentes) y tipo de institución de educación básica de egreso (pública, privada religiosa y privada no religiosa). Se examinó además la presencia de personas LGBTTI en el entorno familiar y personal.

La segunda parte incluyó preguntas de selección simple que permitieron evaluar el nivel de comprensión sobre diversidad sexual y de género, incluyendo el conocimiento de conceptos como sexo, género, orientación sexual, sexualidad, rol, homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, transgenerismo y travestismo.

La última parte se diseñó con preguntas de escala de opinión tipo Likert de cinco opciones (desacuerdo total, desacuerdo parcial, neutral, acuerdo parcial y acuerdo total) sobre enunciados que permitieron medir el sexismo y la homofobia en los individuos encuestados. Las preguntas/enunciados sobre homofobia se dividieron en dos grupos: homofobia tipo I o severa que incluía aspectos sensibles como el matrimonio, la adopción y crianza de niños y los derechos civiles (herencias y sucesiones) por parte de las parejas del mismo sexo/género; y homofobia tipo II o leve que incluía aspectos de convivencia y desempeño cotidiano de las personas sexodiversas como acceso al campo laboral y educativo, liderazgo religioso, inclusión en cuerpos militares, en equipos deportivos y en oficios con estigma sexual (peluquería, diseño de moda, repostería, entre otros).

Además, todas las preguntas sobre homofobia tipos I y II se agruparon como homofobia global. Los niveles de conocimiento, sexismo y homofobia se dicotomizaron con la finalidad de evaluar la asociación entre las diferentes variables medidas, la dicotomización de las respuestas tipo Likert se realizó considerando positividad a partir del desacuerdo parcial.

Análisis estadístico. La asociación estadística se evaluó determinando OR (odds ratios) y aplicando la prueba chi cuadrado con corrección de Yates; la

significancia se consideró para valores de $p < 0,05$. Adicionalmente se realizó un análisis de componentes principales, a partir de la matriz de correlaciones, para visualizar la dispersión de las variables sexismo y homofobia con respecto a los descriptores socioeconómicos, educativos, políticos y religiosos. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 21 (IBM Corporation, New York, US), los gráficos se realizaron con el programa Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, US) y el análisis multivariado de componentes principales se realizó con el programa Past v3.06 (23).

Resultados

Se realizó una encuesta sobre conocimiento, homofobia y sexismo a 152 estudiantes del primer año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes. El instrumento aplicado mostró una fiabilidad de 0,76 (Alfa de Cronbach). La edad promedio de los encuestados fue de 19,9 años, con una desviación estándar de 1,5 ($19,9 \pm 1,5$). La muestra estuvo constituida por 95 (62,5%) estudiantes de sexo femenino y 57 (37,5%) de sexo masculino. La distribución de la orientación sexual de los participantes fue 92,3% heterosexual, 6,3% bisexual y 1,4% homosexual. Al relacionar la orientación sexual con el sexo se evidenció que el 91% de las participantes femeninas se identificó como heterosexual, mientras que en los participantes masculinos la proporción de heterosexuales fue ligeramente mayor (94%).

En la tabla 1 se muestran las frecuencias porcentuales de los principales descriptores culturales, socioeconómicos, y educativos de los participantes en el estudio. Se observó que el 91% de la muestra pertenece a un nivel socioeconómico de clase media; el nivel educativo de los padres es mayoritariamente universitario y la tendencia política es principalmente de oposición al gobierno socialista (~90%). Por su parte, las prácticas religiosas mostraron ser importantes tanto a nivel familiar como personal mostrando frecuencias de 67 y 53%, respectivamente. Con respecto a la existencia de personas sexodiversas en el entorno familiar o personal, aproximadamente el 80% manifestó tener amigos LGBTTI, mientras que solo el 30% indicó poseerlos en sus círculos familiares.

En la figura 1 se muestran los resultados obtenidos de la evaluación de los niveles de homofobia, sexismo y conocimiento sobre diversidad sexual y de género. Se evidenció una proporción de

Tabla 1. Frecuencias porcentuales de los principales descriptores culturales, socioeconómicos, y educativos.

Descriptor	Opciones	Porcentaje
Nivel socioeconómico	Alto	8,0
	Medio	91,3
	Bajo	0,7
Nivel educativo del padre	Básico	38,4
	Universitario	61,6
Nivel educativo de la madre	Básico	28,2
	Universitario	71,8
Orientación religiosa familiar	Practicante	66,7
	No practicante	33,3
Orientación religiosa personal	Practicante	53,0
	No practicante	47,0
Orientación política familiar	Oficialista	10,3
	Opositora	89,7
Orientación política personal	Oficialista	3,5
	Opositora	96,5
Familiares LGBTTI	Si	29,5
	No	70,5
Amigos LGBTTI	Si	79,5
	No	20,5

LGBTTI: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgéneros e intersexuales.

sexismo moderada (27%) en la población estudiada, igualmente los valores de homofobia global y homofobia leve o tipo II fueron moderados, ubicándose por debajo del 40%; no obstante, los niveles de homofobia severa, relacionada con aspectos como la adopción, el matrimonio y los derechos civiles por parte de las parejas del mismo sexo/género, fueron muy elevados (62%). Igualmente, el desconocimiento generalizado sobre diversidad sexual mostró niveles alarmantes, próximos al 70%.

En las figuras 2 y 3 se presentan los resultados del análisis de componentes principales para las variables sexismo y homofobia, respectivamente. Se observa como el sexismo está determinado por variables como la orientación religiosa y política, mientras que las variables relacionadas con la educación de los padres, el entorno LGBTTI y la orientación sexual no son determinantes del mismo.

En el caso de la homofobia, se evidencia que variables como el sexismo y la orientación religiosa son las determinantes principales, mientras que las variables relacionadas con el entorno LGBTTI y la orientación sexual no son condicionantes.

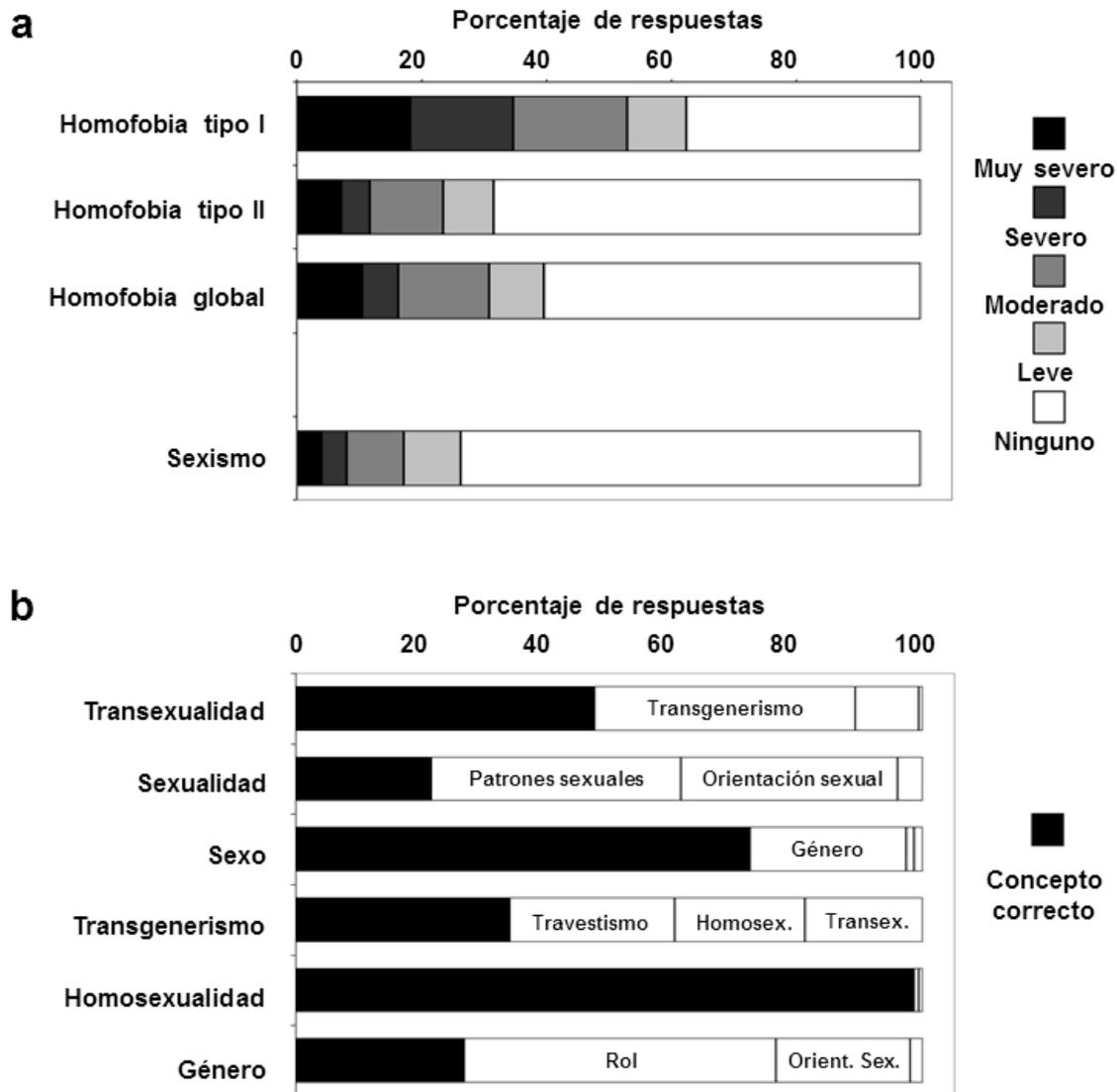


Figura 1. Niveles de homofobia, sexismo y conocimiento en la población evaluada. **1a.** La intensidad de sexismo y homofobia se evaluó con una escala tipo Likert. Se muestra la proporción de respuestas, en porcentaje, luego de la totalización de los diferentes ítems de la encuesta. La homofobia global incluye la totalidad de aspectos considerados tanto en la homofobia tipo I como en la tipo II (ver sección de métodos). **1b.** El nivel de conocimientos sobre diversidad sexual se analizó con preguntas de selección simple. Se muestra la proporción de respuestas correctas para cada concepto evaluado; dentro de cada barra se indican además las opciones incorrectas y sus respectivos porcentajes.

En la tabla 2 se muestra la evaluación de la asociación entre los diferentes factores y su relación con el sexismo y la homofobia en los individuos estudiados. Se presentan sólo las relaciones que mostraron significancia estadística. Los resultados corroboraron lo obtenido en el análisis de componentes principales; factores tales como las prácticas religiosas, el sexismo, el género masculino y la heterosexualidad están asociados directamente con la homofobia y el sexismo, por el contrario factores como la existencia de personas LGBTTI en el entorno

familiar y personal, y las madres con nivel de formación universitario, están asociados inversamente, lo que pudiera reflejar un efecto protector contra la homofobia.

Discusión

En este estudio se midieron los niveles de homofobia y sexismo en estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la ULA-Mérida; se evaluaron

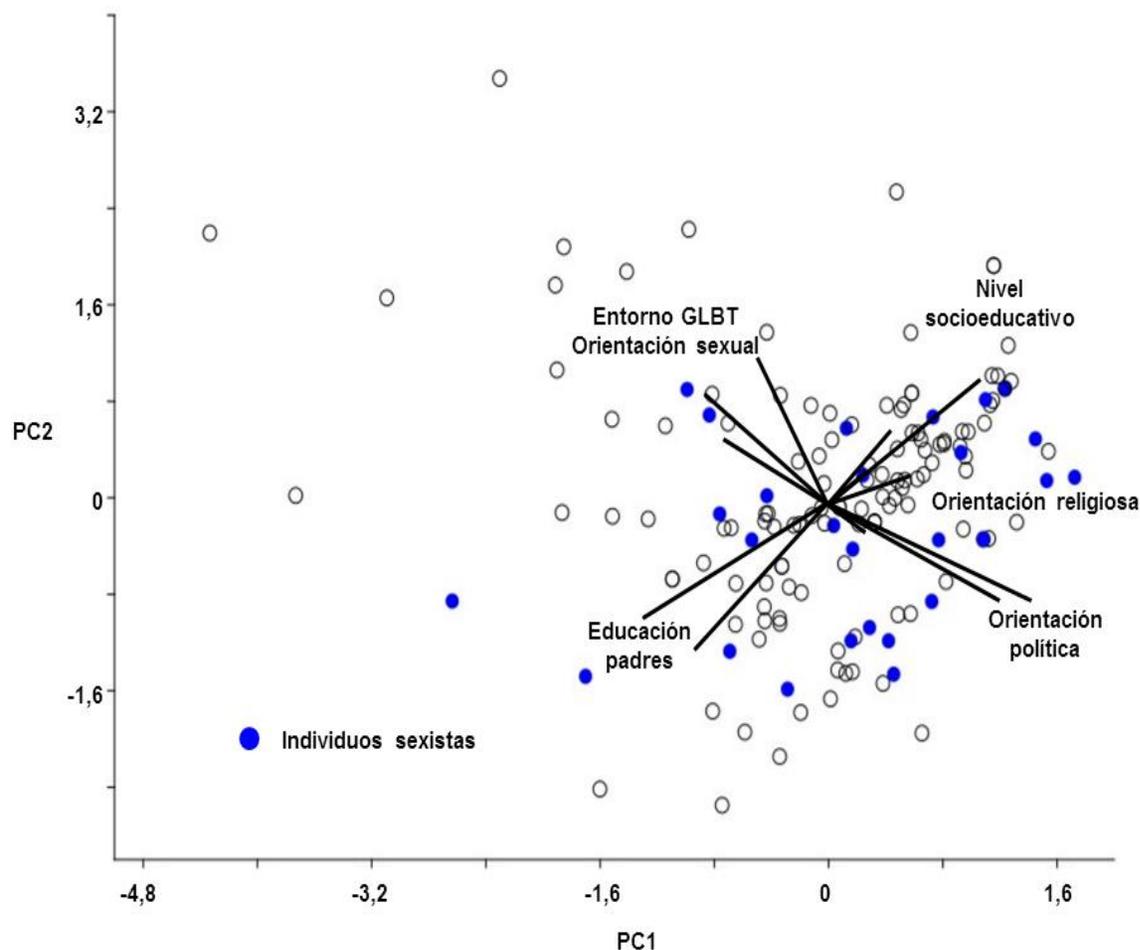


Figura 2. Análisis de componentes principales para el sexismo. Los individuos sexistas se identifican con puntos azules. Se muestran los vectores para cada grupo de variables y la dispersión de los individuos entre cada una de las variables evaluadas. La escala de los ejes de las componentes principales (PC) se representa en eigenvalues.

además algunos factores condicionantes como el nivel socioeconómico familiar, el nivel educativo de los padres, las tendencias políticas y las prácticas religiosas, además de la existencia de personas sexodiversas en el entorno familiar o personal.

Al evaluar la orientación sexual de los participantes se notó que alrededor del 90% se autodefinió como heterosexual, valor similar al reportado previamente en estudiantes de medicina osteopática en Estados Unidos, en donde la heterosexualidad se ubicó alrededor del 85% (24). En el presente estudio, el 6% de los participantes decidió no revelar su orientación sexual, lo que coincide con investigaciones que muestran la percepción de homofobia dentro de la comunidad académica de ciencias de la salud, reflejada por la negativa de los estudiantes sexodiversos para divulgar su orientación por temor al rechazo y al maltrato proveniente de

compañeros y profesores (25, 26). Esta situación recalca la importancia de realizar evaluaciones e intervenciones educativas dirigidas a caracterizar y disminuir la homofobia en los primeros niveles de formación del personal de salud, y evitar de esa manera el establecimiento del estigma y la discriminación durante la prestación del servicio asistencial por parte de los futuros profesionales.

Los resultados demuestran, en la población evaluada, un nivel de homofobia global alrededor del 40%, valor ligeramente superior al de reportes previos que muestran índices de homofobia y discriminación entre 10 y 30% (20, 21, 27, 28).

Al indagar sobre las características de la misma se encontró una marcada distinción entre homofobia leve y homofobia severa: la mayoría (~75%) de los estudiantes acepta y acoge a la población sexodiversa en sus actividades cotidianas (homofobia

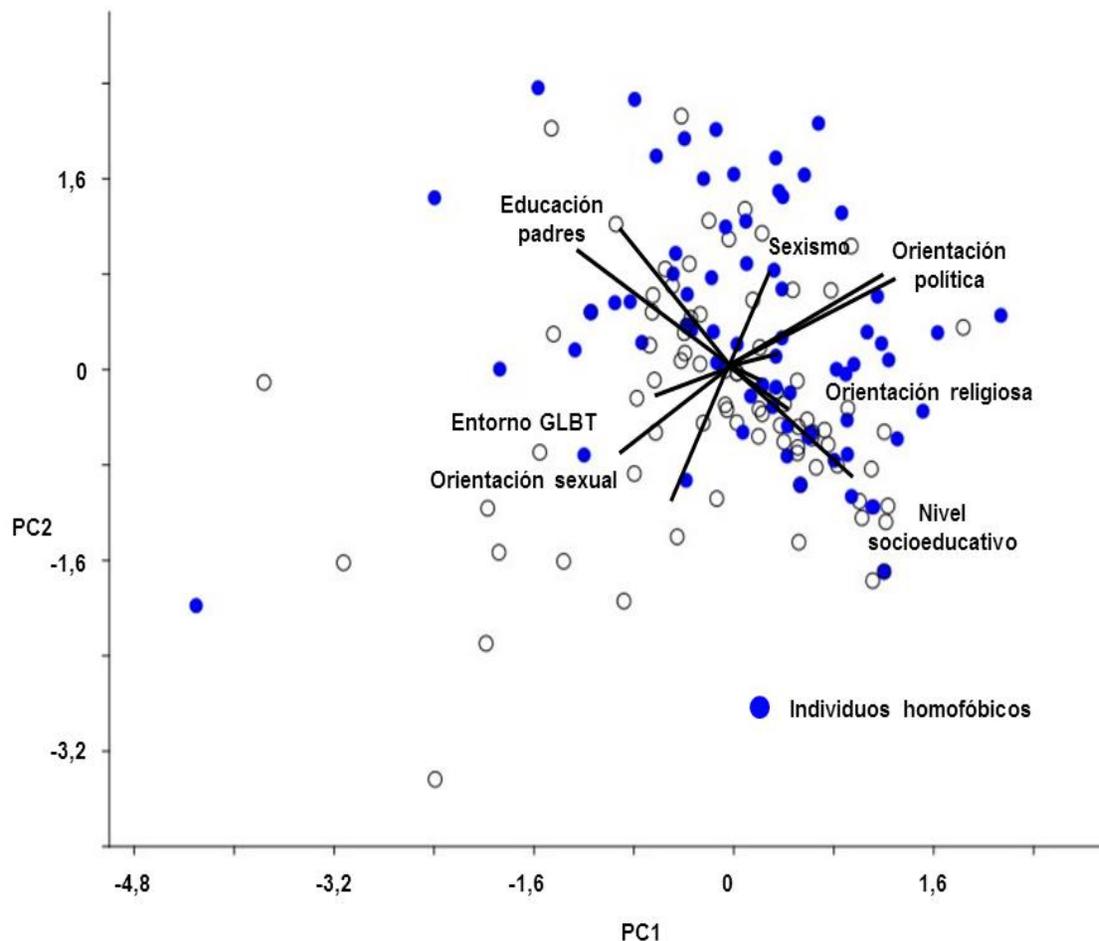


Figura 3. Análisis de componentes principales para la homofobia global. Los individuos homofóbicos se identifican con puntos azules. Se muestran los vectores para cada grupo de variables y la dispersión de los individuos entre cada una de las variables evaluadas. La escala de los ejes de las componentes principales (PC) se representa en eigenvalues.

leve o tipo II), no obstante, el rechazo hacia el matrimonio, la adopción y la adquisición de derechos civiles por parte de las parejas del mismo sexo/género (homofobia severa o tipo I) fue evidente en la mayoría de los encuestados (~62%); de hecho, el 55% de los participantes que no mostró homofobia leve reflejó signos de homofobia severa. Estos hallazgos coinciden con reportes previos en donde se demuestran múltiples visiones en torno a la homofobia por parte de los estudiantes de medicina, con posturas radicales alrededor del 80% (29).

La medición de la homofobia es compleja, dada la naturaleza multifactorial de su origen, por lo tanto es necesario evaluar simultáneamente factores como el sexismo, el nivel socioeconómico, las posturas políticas y las religiosas. En este trabajo, los sujetos encuestados y sus entornos familiares mostraron un patrón conservador, en base a descriptores como nivel socioeconómico medio-alto, nivel de formación de los

padres elevado, profunda religiosidad y posturas políticas antagónicas a las tendencias de izquierda. Adicionalmente, los niveles moderados de sexismo y la elevada falta de conocimiento en materia de diversidad sexual y de género, permiten establecer en conjunto un panorama desfavorable que pudiera estar determinando la presencia de la homofobia. Los análisis de asociación y de correlaciones multivariadas permitieron corroborar este planteamiento, pues la homofobia mostró estar condicionada fundamentalmente por el sexismo, la heterosexualidad y las prácticas religiosas. Adicionalmente y acorde a lo esperado, los análisis evidenciaron cómo la orientación sexual y la presencia de personas sexodiversas en el entorno familiar y personal mostraron un efecto protector contra la homofobia. Estos hallazgos están en consonancia con estudios previos que involucran al sexismo y a la religiosidad como determinantes de la homofobia (28, 30-33).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a sexismo y homofobia.

Factor	Efecto	OR	IC₉₅	χ²	p
Asociación directa o causal					
Sexismo	Homofobia tipo II (leve)	3,4	1,4-8,0	6,9	0,008
	Homofobia global	2,6	1,1-6,2	3,9	0,05
	Homofobia tipo I (severa)	3,0	1,1-8,4	3,7	0,05
Práctica religiosa	Homofobia global	2,1	1,1-4,0	4,3	0,03
	Homofobia tipo I (severa)	2,3	1,2-4,5	5,1	0,02
Género masculino	Sexismo	2,8	1,2-6,5	4,6	0,03
Heterosexualidad	Homofobia global	4,7	1-22,6	3,2	0,07
	Homofobia tipo I (severa)	5,9	1,5-23,2	6,0	0,01
Asociación inversa o protectora					
Familiares LGBTTI	Homofobia global	0,3	0,2-0,7	7,2	0,007
	Homofobia tipo I (severa)	0,4	0,2-0,8	5,4	0,01
	Sexismo	0,3	0,1-0,7	6,8	0,009
Amigos LGBTTI	Homofobia tipo II (leve)	0,2	0,1-0,5	14,1	0,0002
	Homofobia global	0,2	0,1-0,6	9,6	0,001
	Homofobia tipo I (severa)	0,2	0,1-0,6	8,1	0,004
Madre universitaria	Homofobia tipo II (leve)	0,4	0,2-0,9	4,1	0,04

LGBTTI: lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgéneros e intersexuales. OR: odds ratios; IC₉₅: intervalos de confianza al 95%; χ²: chi cuadrado con corrección de Yates; se muestran únicamente las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas, la significancia se consideró para valores de p < 0,05.

La homofobia ha sido reportada ampliamente como una limitante durante la atención médica y como un agravante de la epidemia de VIH/sida (15-18). Recientemente se ha prestado especial atención a la crisis de salud y al aumento descontrolado de infecciones por VIH y muertes por sida en el estado de Mississippi, en los Estados Unidos; los estudios demuestran que tal situación es debida principalmente al deficiente acceso a servicios de salud signados por una gran homofobia y discriminación hacia las personas que viven con VIH (34).

En países caribeños, como Jamaica, se ha demostrado que la homofobia, el estigma y la discriminación, inciden en la falta de motivación de las personas para la realización de la prueba del VIH y para el cumplimiento del adecuado seguimiento médico luego de la infección (35). La situación es similar en los países del África subsahariana, en donde existen los mayores índices de nuevas infecciones por VIH y por otras infecciones de transmisión sexual y en

donde se mantienen políticas de estado homofóbicas que contemplan incluso la pena de muerte (2, 18).

En Venezuela, la epidemia de VIH/sida aun continua siendo un problema de salud pública, se estima que más de 200 mil personas viven con VIH/sida, de las cuales alrededor de 15 mil pudieran estar en el estado Mérida (92 nuevas infecciones durante el primer trimestre de 2015) (36). Aproximadamente el 50% de los casos reportados en el país son personas con edades comprendidas entre 15 y 25 años, con un promedio de años de vida potencialmente perdidos de 50 (36), lo que demuestra que el sector productivo de la nación es el más afectado por la epidemia (37). Esta situación implica la pertinencia de generar acciones preventivas no solo en las poblaciones vulnerables, sino también a los actores o partícipes de la respuesta contra la epidemia, como es el caso del personal de salud.

El presente estudio pone en evidencia la presencia de niveles importantes de homofobia en

estudiantes de medicina de la región, lo que aunado a los reportes de maltrato y discriminación hacia la población LGBTTI en los centros de salud de la ciudad de Mérida, incluso durante las consultas de VIH/sida (7), plantea la necesidad urgente de diseñar estrategias educativas eficientes, tendientes a

minimizar el estigma, el prejuicio y la discriminación tanto en la población estudiantil como profesional del campo de la salud; lo que indudablemente repercutirá en una mayor aceptación de la comunidad sexodiversa, y por extensión en una respuesta más efectiva en contra de la epidemia de VIH/sida.

Referencias

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization; 1992. [\[Google Scholar\]](#)
2. Itaborahy LP, Zhu J. ILGA's state-sponsored homophobia report 2014. Geneva: ILGA, 2014. [\[Google Scholar\]](#)
3. O'Flaherty M, Fisher J. Sexual orientation, gender identity and international human rights law: contextualising the Yogyakarta Principles. *Human Rights Law Review*. 2008; 8: 207-48. [\[Google Scholar\]](#)
4. Madureira AF. The psychological basis of homophobia: cultural construction of a barrier. *Integr Psychol Behav Sci*. 2007; 41: 225-47. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
5. Meyer IH, Ouellette SC, Haile R, McFarlane TA. "We'd Be Free": Narratives of Life Without Homophobia, Racism, or Sexism. *Sex Res Social Policy*. 2011; 8: 204-14. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
6. Herek GM, McLemore KA. Sexual prejudice. *Annu Rev Psychol*. 2013; 64: 309-33. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
7. Seijas C. Implicaciones criminológicas de la violencia y discriminación en población específica masculina con comportamientos sexuales de riesgo de infección por VIH/sida/ITS, en defensa de los derechos humanos [Trabajo Especial de Grado]. Mérida: Universidad de los Andes; 2014.
8. Jackle S, Wenzelburger G. Religion, religiosity, and the attitudes toward homosexuality--a multilevel analysis of 79 countries. *J Homosex*. 2015; 62: 207-41. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Walch SE, Orlosky PM, Sinkkanen KA, Stevens HR. Demographic and social factors associated with homophobia and fear of AIDS in a community sample. *J Homosex*. 2010; 57: 310-24. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
10. Sarngadharan MG, DeVico AL, Bruch L, Schupbach J, Gallo RC. HTLV-III: the etiologic agent of AIDS. *Princess Takamatsu Symp*. 1984; 15: 301-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
11. Strand OA. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in homosexual men--a new public health concern. *NIPH Ann*. 1982; 5: 41-9. [\[PubMed\]](#)
12. Butler AH, Alpaslan AH, Strümpher J, Astbury G. Gay and Lesbian Youth Experiences of Homophobia in South African Secondary Education. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*. 2003; 1: 3-28. [\[Google Scholar\]](#)
13. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Womens Health Issues*. 2013; 23: e341-6. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
14. Santos GM, Beck J, Wilson PA, Hebert P, Makofane K, Pyun T, Do T, Arreola S, Ayala G. Homophobia as a barrier to HIV prevention service access for young men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63: e167-70. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
15. Barbosa RM, Facchini R. Access to sexual health care for women who have sex with women in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25 Suppl 2: S291-300. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
16. Koh CS, Kang M, Usherwood T. 'I demand to be treated as the person I am': experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. *Sex Health*. 2014; 11: 258-64. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
17. Eaton LA, Driffin DD, Kegler C, Smith H, Conway-Washington C, White D, Cherry C. The role of stigma and medical mistrust in the routine health care engagement of black men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2015; 105: e75-82. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
18. van der Elst EM, Smith AD, Gichuru E, Wahome E, Musyoki H, Muraguri N, Fegan G, Duby Z, Bekker LG, Bender B, Graham SM, Operario D, Sanders EJ. Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013; 16 Suppl 3: 18748. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
19. Villasana P, Licon K. Aproximación crítica a las representaciones sociales sobre la atención a población sexogénero-diversa en personal de laboratorios clínicos públicos especializados. *Comunidad salud*. 2013; 11: 37-52. [\[Google Scholar\]](#)
20. Villasana P, Sánchez L, Rojas G. Percepción de docentes de la Escuela de Medicina sede Aragua de la Universidad de Carabobo sobre la atención en salud a población sexo-género-diversa. *Revista Comunidad y Salud*. 2013; 11: 51-7. [\[Google Scholar\]](#)
21. Campo-Arias A, Herazo E. Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años. *Medunab*. 2008; 11: 120-3. [\[Google Scholar\]](#)
22. López Calviño B, Pita Fernández S, Pértega Díaz S, Seoane Pillado T. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria*. 1996; 3: 138-14. [\[Google Scholar\]](#)
23. Hammer Ø, Harper DAT, Ryan PD. PAST: Paleontological statistics software package for education and data analysis. *Palaeontologia Electronica*. 2001; 4: 9. [\[Google Scholar\]](#)
24. Lapinski J, Sexton P. Still in the closet: the invisible minority in medical education. *BMC Med Educ*. 2014; 14: 171. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
25. Birkett M, Russell ST, Corliss HL. Sexual-orientation disparities in school: the mediational role of indicators of victimization in achievement and truancy because of feeling unsafe. *Am J Public Health*. 2014; 104: 1124-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
26. Risdon C, Cook D, Willms D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. *CMAJ*. 2000; 162: 331-4. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
27. Arnold O, Voracek M, Musalek M, Springer-Kremser M. Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: a comparative survey. *Wien Klin Wochenschr*. 2004; 116: 730-6. [\[PubMed\]](#)
28. Hon KL, Leung TF, Yau AP, Wu SM, Wan M, Chan HY, Yip WK, Fok TF. A survey of attitudes toward homosexuality in Hong Kong chinese medical students. *Teach Learn Med*. 2005; 17: 344-8. [\[PubMed\]](#)

29. Parker A, Bhugra D. Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sexual and Relationship Therapy*. 2000; 15: 141-9. [\[Google Scholar\]](#)
30. Harbaugh E, Lindsey EW. Attitudes Toward Homosexuality Among Young Adults: Connections to Gender Role Identity, Gender-Typed Activities, and Religiosity. *J Homosex*. 2015: 1-28. [\[PubMed\]](#)
31. Holland L, Matthews TL, Schott MR. "That's so gay!" Exploring college students' attitudes toward the LGBT population. *J Homosex*. 2013; 60: 575-95. [\[PubMed\]](#)
32. Costa AB, Peroni RO, Bandeira DR, Nardi HC. Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *Int J Psychol*. 2013; 48: 900-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
33. Penna-Tosso M. Homofobia en las aulas universitarias. Un meta-análisis. *Revista de Docencia Universitaria*. 2015; 13: 181-202. [\[Google Scholar\]](#)
34. Hrostowski S, Camp A. The Unchecked HIV/AIDS Crisis in Mississippi. *Soc Work Health Care*. 2015; 54: 474-83. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
35. White RC, Carr R. Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Cult Health Sex*. 2005; 7: 347-59. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
36. IAHULA. Situación Epidemiológica del VIH/sida en Merida, Venezuela. Merida: Departamento de Epidemiología del IAHULA, 2015.
37. UNAIDS. UNGASS: Venezuela 2010 country progress report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010. [\[Google Scholar\]](#)

Como citar este artículo:

Terán-Angel G, Patete-Reinoza S, Ramírez-Sánchez Y, Quintero-Páez S, Fuenmayor A, Peñalosa AJ, Pereira-Leal AE, Duran-Galvis S, Ferrier K, Cuevas J, Guillen J, Guzmán S, Silva-Gutiérrez N. Homofobia y sexismo en estudiantes del primer año de la carrera de Medicina de la Universidad de Los Andes, en Mérida-Venezuela. *Avan Biomed* 2015; 4: 108-17.