



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**DESCRIPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS CULTURALES DE LOS MÉDICOS
DE FAMILIA Y RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA POBLACIÓN LGBT**

TRABAJO DE GRADUACIÓN SOMETIDO A LA CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN
DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA, PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

AUTOR:
DRA. JOSELYN FONSECA ARAGÓN

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
SAN JOSÉ, COSTA RICA

2019

AUTOR:

DRA. JOSELYN FONSECA ARAGÓN

RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR DE TESIS INSTITUCIONAL:

DR. OSCAR MURILLO PICADO

ASISTENTE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ÁREA DE SALUD DE ATENAS

LECTORES DE TESIS:

DRA. SOFÍA BLANCO LARA

ASISTENTE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DRA. CARMEN VARGAS MEJÍAS

ASISTENTE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

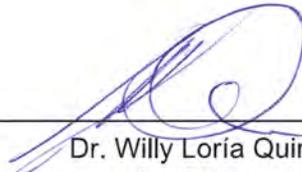
AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios mi creador y a mis padres que me dieron las armas para luchar día a día, mención especial a mi padre que me mira desde el cielo. A mis hermanos Marco, Carolina y María por sus palabras de aliento que me impulsaron a seguir, a mi esposo Carlos quien es fuente de mi admiración y quien siempre me ha apoyado en todos mis proyectos. A mis hijos Ana María y José Carlos por ser la luz y centro de mi vida, gracias por tanto, todos mis éxitos pertenecen a ustedes.

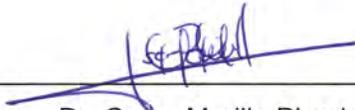
Un agradecimiento especial a quienes fueron mi compañía en este proceso Areliz, Daniela, Diana y Gabriela, el camino se hizo más fácil gracias a su soporte diario, no tengo palabras para expresar la gratitud de haberlas conocido.

A mis profesores a quienes tuve la dicha de conocer, gracias por sus enseñanzas y por darme la oportunidad de aprender de ustedes, por ser mi fuente de inspiración.

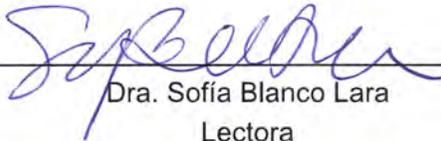
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Medicina Familiar y Comunitaria".



Dr. Willy Loria Quirós
Director del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria



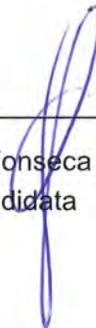
Dr. Oscar Murillo Picado
Tutor



Dra. Sofía Blanco Lara
Lectora



Dra. Carmen Vargas Mejías
Lectora



Dra. Joselyn Fonseca Aragón
Candidata

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

Cartago, 03 de junio de 2019

Los suscritos, Elena Redondo Camacho, mayor, casada, filóloga, cédula de identidad número 3 0447 0799 y Daniel González Monge, mayor, casado, filólogo, cédula de identidad número 1 1345 0416, vecinos de Quebradilla de Cartago, en calidad de filólogos revisamos y corregimos el trabajo final de graduación que se titula: *Descripción de las Competencias Culturales de los Médicos de Familia y Residentes de Medicina Familiar para la Atención Integral de la Población LGBTI*, sustentado por Joselyn Fonseca Aragón.

Hacemos constar que se corrigieron aspectos de forma, redacción, estilo y otros vicios del lenguaje que se pudieron trasladar al texto. La originalidad y la validez del contenido son responsabilidad exclusiva del autor y de sus asesores.

Esperamos que nuestra participación satisfaga los requerimientos de la Universidad de Costa Rica.


Elena Redondo Camacho

Céd. 3 0447 0799

Bachiller en Filología Española

Carné Acfil 0247




Daniel González Monge

Céd. 1 1345 0416

Bachiller en Filología Española

Carné Acfil 0245

San José, 4 de junio de 2019

Dra. Joselyn Fonseca Aragón
Residente del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad de Costa Rica

Estimada doctora:

Me complace informarle que el trabajo con el título: *Descripción de las competencias culturales de los médicos de familia y residentes de medicina familiar para la atención de la población LGBTI*, se conforma con las exigencias de un Trabajo Final de Graduación, por lo que apruebo el manuscrito para su presentación al Comité de Trabajos Finales de Graduación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y le deseo toda clase de éxitos en la realización de la defensa pública de la misma.

Atentamente,



Dr. Oscar Murillo Picado
Tutor del Trabajo Final de Graduación

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimiento y Dedicatoria	iii
Carta de Revisión Filológica	v
Índice de Contenido	vii
Índice de Gráficos	x
Índice de Tablas.....	xiv
Resumen.....	xv
Abstract.....	xvi
Capítulo 1. Introducción	1
1.1. Justificación	2
1.2. Objetivos de Investigación	4
1.2.1. Objetivo General.....	4
1.2.2. Objetivos Específicos	4
1.3. Definición del Problema de Investigación	4
1.4. Hipótesis de la Investigación	4
Capítulo 2. Marco Teórico.....	5
2.1. Antecedentes Internacionales	5
2.2. Antecedentes Nacionales	7
2.3. Población LGBT.....	8
2.4. Atención Integral de las Minorías Sexuales.....	10

2.5. Competencias Culturales en los Médicos de Familia	12
2.6. Glosario de Términos	17
Capítulo 3. Abordaje de Metodología.....	19
3.1. Creación del Instrumento.....	23
3.2. Validación del Instrumento	24
3.3. Aplicación del Instrumento.....	26
3.4. Población Meta	26
3.5. Criterios de Inclusión	27
3.6. Criterios de Exclusión	27
Capítulo 4. Resultados y Discusión	28
4.1. Descripción Sociodemográfica de los Médicos de Familia.....	28
4.2. Descripción de las Competencias Culturales de los Médicos de Familia y Residentes de Medicina Familiar para la Atención de la Población LGBT.....	34
4.2.1. Habilidades Generales	34
4.2.2. Posibles Sesgos en la Atención a Minorías	38
4.2.3. Conocimientos Generales de las Necesidades de la Población LGBT.....	51
4.3. Limitaciones.....	66
Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones.....	67
5.1. Conclusiones	67
5.2. Recomendaciones	68

Bibliografía	70
Anexos	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por rango de edad de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	28
Gráfico 2. Distribución de sexo de los médicos de familia y residentes de medicina Familiar de Costa Rica.....	29
Gráfico 3. Distribución de provincia de residencia de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	30
Gráfico 4. Distribución de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	31
Gráfico 5. Distribución de años de ejercicio profesional de especialistas y residentes de medicina familiar	31
Gráfico 6. Distribución del nivel de atención de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	32
Gráfico 7. Distribución del nivel de formación para atención de la población LGBT de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	33
Gráfico 8. Distribución de orientación sexual de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	34
Gráfico 9. Definición de la orientación sexual, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	35
Gráfico 10. Definición de identidad de género, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	35
Gráfico 11. Porcentaje de médicos de familia y residentes de medicina familiar que abordan la esfera sexual de los pacientes independientemente del motivo de consulta.....	36
Gráfico 12. Porcentaje de médicos de familia y residentes de medicina familiar que preguntan el tipo de práctica sexual de los pacientes	37

Gráfico 13. Suposición de los médicos de familia y residentes de medicina familiar de la orientación sexual e identidad de género, según apariencia física.....	39
Gráfico 14. Relación entre orientación sexual e historia de trauma o abuso sexual como condición condicionante hacia una sexualidad disidente, según los especialistas y residentes de medicina familiar	41
Gráfico 15. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales para tener múltiples parejas en comparación con la población general.....	42
Gráfico 16. Nivel de comodidad al brindar atención a las personas bisexuales, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	43
Gráfico 17. Nivel de comodidad al brindar atención a las personas lesbianas, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	44
Gráfico 18. Nivel de comodidad al brindar atención a los hombres homosexuales, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019.....	45
Gráfico 19. Nivel de comodidad al brindar atención a mujeres transgénero, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	46
Gráfico 20. Nivel de comodidad al brindar atención a hombres transgénero, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019	47
Gráfico 21. Nivel de equiparación de las necesidades de la población LGBT con las necesidades de la población general, según los especialistas en medicina familiar y médicos de familia del 2019.....	48
Gráfico 22. Nivel de empatía para la atención de la población LGBT, según los especialistas en medicina familiar y médicos de familia del 2019	49
Gráfico 23. Nivel de disposición de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 para apelar la objeción de conciencia para no brindar atención a la población LGBT	50
Gráfico 24. Autopercepción de la capacitación para la atención de la población	

LGBT, según los residentes y especialista de medicina familiar en el 2019	51
Gráfico 25. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales al abuso de sustancias psicoactivas en relación con la población general	52
Gráfico 26. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales de padecer trastornos del afecto en relación con la población general.....	53
Gráfico 27. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales de padecer trastornos de alimentación en relación con la población general	54
Gráfico 28. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de suicidio de las minorías sexuales en comparación con la población general	55
Gráfico 29. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de tabaquismo de las minorías sexuales en comparación con la población general	56
Gráfico 30. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de cáncer por parte de las minorías sexuales sin otras comorbilidades en comparación con la población general	57
Gráfico 31. Tipo de neoplasia más frecuente en la población LGBT sin otras comorbilidades, según la opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019.....	58
Gráfico 32. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar acerca de si deberían existir diferencias en los programas de tamizaje de cáncer para las personas transgénero	60
Gráfico 33. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de afecciones cardiovasculares de las minorías sexuales en comparación con la población general.....	61

Gráfico 34. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor prevalencia de asma en las minorías sexuales con respecto con la población general 62

Gráfico 35. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor prevalencia de EPOC en las minorías sexuales con respecto con la población general 63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición operativa de las variables de estudio	20
Tabla 2. Opiniones acerca de la orientación sexual, según los médicos de familia y residentes de medicina familiar del 2019.....	40

RESUMEN

Los médicos de familia, como especialistas en la atención centrada en el paciente, deben prestar especial atención a las poblaciones vulnerables y tomar en cuenta las aristas, biológicas, sociales y psíquicas en el contexto particular de cada grupo.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las competencias culturales que incluyen las habilidades, actitudes, posibles sesgos y conocimientos acerca de la atención a la población LGBT, mediante un cuestionario de preguntas cerradas, en el que se tomaron en cuenta características sociodemográficas de los médicos de familia y una serie de preguntas con base en los distintos rasgos asociados a la población LGBT. Este incluyó conocimientos generales, posibles sesgos culturales y personales y conocimientos en materia preventiva, el cual se aplicó a médicos especialistas y especialistas en formación de medicina familiar y comunitaria de Costa Rica, para describir las competencias culturales para la atención integral de la población LGBT.

El desarrollo de este trabajo y sus alcances epistemológicos, dieron como resultado que, pese a que existe gran empatía con este grupo poblacional, existen carencias en algunas áreas del conocimiento de las necesidades especiales que tienen las minorías sexuales. Esto podría causar omisión en partes importantes del manejo, pues por sus características idiosincrásicas presentan condiciones de riesgo que se deben escatimar durante su valoración.

ABSTRACT

Background and Aim: Family practice doctors as patient centered specialists, must take into consideration the special needs of vulnerable groups, contemplating their necessities in different areas including biological, social and psychological.

Methods: We developed a transversal descriptive study about the cultural competencies, that include the abilities, behaviors, possible biases and general knowledge about the LGBT group. The study was based upon a questionnaire consisting in 36 closed questions, including a sociodemographic description of family medicine doctors and certain questions based on the most important facts regarding LGBT group such as general abilities, culture knowledge and possible cultural and personal biases that may affect the proper attention of this group. The questionnaire that was applied to attendings and family practice residents in Costa Rica, for the purpose of describing the cultural competencies of these doctors in the integrative care of this minority group.

Conclusions: By developing this study, it was concluded that, although there is a lot of empathy from doctors towards the LGBT group, there is however lack of knowledge in some areas regarding the special needs of this population, deriving in neglect in some important parts of the attention of this group, that have some singularities and risk factors which must be considered when taking care of the LGBT group.

Palabras Clave:

Inglés: Physicians, LGBT, sexual minorities, skills, cultural competency, prevention, cancer, medical school, tobacco use, substance abuse, eating disorders.

Español: médicos, minorías sexuales, habilidades, población LGBT, competencias culturales, prevención, cáncer, escuelas de medicina, tabaquismo, abuso de sustancias, trastornos de alimentación.

Capítulo 1. Introducción

El segmento poblacional LGBT tiene características idiosincrásicas que lo diferencian de la población general. El médico de familia, como especialista centrado en el paciente, debe desarrollar las competencias necesarias para el abordaje integral de este grupo.

El tema surge ante el crecimiento del sector LGBT y junto con esto la detección de posibles barreras hacia la equidad en salud descritas en otras latitudes. Estas limitaciones responden a probables sesgos internos, así como desconocimiento de las calidades asociadas a esta población que requieren abordajes especiales, lo que provoca una atención inadecuada en el ámbito social, biológico, psíquico y en materia de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. De momento, en Costa Rica no se cuenta con un estudio realizado a médicos de familia que contemple las habilidades para la atención de grupos minoritarios.

El presente estudio pretende realizar una caracterización sociodemográfica de los médicos de familia y el nivel de conocimiento, limitaciones, familiaridad con este grupo poblacional y posibles sesgos internos y culturales que puede implicar barreras en la atención de salud de la población LGBT.

Para esto, se diseñó un instrumento que procura abarcar distintas variables que permitan describir las competencias culturales de los médicos de familia y residentes de medicina familiar para atender a este sector.

Una vez confeccionado el instrumento, este se sometió a un proceso de validación para posteriormente aplicarlo a la población meta que comprende a los asistentes especialistas y residentes en medicina familiar del 2019, quienes serían contactados por redes sociales y correo electrónico.

Posteriormente, se presentará una descripción general de las competencias culturales de los médicos de familia, con el fin de detectar déficits en el manejo de este grupo poblacional, de forma que se realicen las recomendaciones pertinentes,

con el fin de promover la equidad en la atención en salud de las minorías sexuales.

1.1. Justificación

Hace cuatro décadas, la homosexualidad era considerada como una enfermedad, lo que creó un paradigma patológico de las diferencias de identidad sexual, haciéndola ver como símbolo de estigmatización, sumada a prejuicios que interrumpen un abordaje adecuado asistencial y aislamiento social (Institute Of Medicine, 2011).

En el 2018 Zelin y colaboradores encontraron que un 50 % de la población perteneciente al sector LGBT, indicó haber experimentado discriminación y acoso al buscar atención médica. Esto refleja la preocupación y escepticismo hacia futuros encuentros con el médico y, por ende, una ruptura de la relación médico-paciente, lo que supone una desventaja para estos grupos minoritarios con respecto a la mayoría de la población.

Históricamente, se ha descrito una limitación importante hacia las minorías sexuales para la atención de sus problemas de salud, por barreras existentes como el desconocimiento de las necesidades de esta población, la prevalencia de una mentalidad heterosexista y suponer que no se requiere de ninguna intervención adicional debido a su condición (Institute of Medicine, 2011).

A nivel biológico, se han encontrado algunos riesgos asociados a esta población, los cuales se manifiestan por enfermedades crónicas no transmisibles.

Para establecer las diferencias en el mismo subgrupo LGBT y, de esta forma, proyectar los distintos abordajes, se deben reforzar las competencias de comunicación para estar alerta de todas las variantes en esta población (Rossi, 2017).

Las minorías sexuales son un grupo de vital importancia desde la perspectiva del médico de familia, ya que representan una agrupación especial, con diversos enfoques de interés, con su propia heterogeneidad que lo hace un desafío. Por lo tanto, la intervención debe estar ligada a establecer una relación adecuada médico-

paciente, libre de sesgos o limitaciones personales, para lograr la detección temprana de entidades, con base en una estructura fundamentada en competencias culturales y comunicativas que aporten a esta comunidad una atención de calidad.

Para lograr lo anterior, se deben tomar en cuenta sus necesidades, sus creencias y factores de riesgo asociados, además de ofrecer a los pacientes un abordaje integral en su propio contexto, con el fin de alcanzar la equidad en la atención y lograr una oportunidad de mejora en la disposición para atender a este grupo minoritario.

Los profesionales en medicina familiar son probablemente el puente más importante de acceso de las minorías a la mejoría en el estado de salud y son el portal para identificar los problemas de salud desapercibidos y no tratados. Los elementos que hacen al médico de familia diferente a los otros especialistas resultan del esmero de crear una relación adecuada médico-paciente, la cual favorezca la confianza de sus pacientes.

Varios elementos del manejo integral que el médico de familia aporta tienen un impacto positivo en los pacientes de grupos minoritarios. Una de las estrategias más destacables implica el trabajo con las familias y el interés por el entorno del paciente, con lo que se logran paliar las inequidades que, por lo general, rodean a estas minorías (US Department of Health and Human Services Office of Minority Health, 2012).

El presente estudio pretende describir los conocimientos y competencias culturales existentes entre los médicos de familia y los residentes de medicina familiar, para la atención de minorías sexuales, quienes son una población cada vez más evidente, con necesidades particulares en salud que requieren abordarse por personal capacitado, libre de prejuicios o sesgos que puedan comprometer su estado de salud (Bidell, 2017).

1.2. Objetivos de Investigación

1.2.1. Objetivo General

Describir el conocimiento, preconcepciones y actitudes que tienen los médicos de familia y residentes de Medicina Familiar de Costa Rica en enero del 2019, con respecto a la atención de minorías sexuales.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Especificar las principales variables sociodemográficas de los médicos de familia y residentes de medicina familiar de Costa Rica en 2019.
2. Crear un instrumento de valoración de las principales habilidades, posibles sesgos y conocimiento de la población LGBT para su aplicación a médicos de familia y residentes de medicina familiar del 2019.
3. Presentar los resultados de las competencias culturales del grupo de médicos de familia y residentes de medicina familiar, para la atención de minorías sexuales.

1.3. Definición del Problema de Investigación

Se requiere una descripción de las competencias culturales que tienen los médicos de familia y residentes de Medicina Familiar de Costa Rica con respecto al abordaje de la población LGBT, con el fin de establecer recomendaciones que mejoren las capacidades generales de estos médicos para la atención de este grupo poblacional.

1.4. Hipótesis de la Investigación

Debido a que no existe ningún tipo de educación formal para la atención integral de minorías sexuales, se presume que el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas de los médicos de familia para atender a la población LGBT es limitado y requiere intervención.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes Internacionales

Los aspectos culturales de la salud fueron relevantes hasta la década de los ochenta, cuando la Organización Mundial de la Salud reconoció el impacto de la cultura en el estado de salud (Osorio y López, 2008).

Los programas de entrenamiento para mejorar las competencias culturales de los médicos proliferaron en las escuelas de medicina de los Estados Unidos desde 1998, como respuesta ante el incremento de la diversidad, para, de esta forma, lograr una comunicación médico-paciente efectiva y con esto mejorar las inequidades en salud aunadas a las poblaciones más vulnerables (Kripalani, 2006). Posteriormente, el concepto evolucionó hasta comprender aspectos más específicos como estatus socioeconómico, creencias religiosas o espirituales, orientación sexual e identidad de género (Boroughs y Bedoya, 2015).

El Instituto de Medicina, en el 2003, evidenció los sesgos, prejuicios y estereotipos de los prestantes de salud, lo cual resultó en atención de baja calidad a poblaciones minoritarias, por lo que en el 2004 el Comité de Enlace de Educación Médica (LCME por sus siglas en inglés) solicitó a los médicos un nivel estandarizado de competencias culturales para optar por un título médico (Institute of Medicine, 1999; Smedley, 2003).

A pesar de los múltiples esfuerzos para identificar las necesidades de los grupos minoritarios, el grupo conformado por la población LGBT se encuentra todavía en evolución y, con periodicidad, se dan mejoras acerca de la información pertinente a este sector poblacional, incluyendo aportes al conocimiento biológico, leyes y recomendaciones, así como el reconocimiento de falencias por parte del personal de salud para la atención de este grupo (Surreira, 2014).

En Estados Unidos, en el 2006, se llevó a cabo un estudio en el que por medio de un cuestionario, se evaluaban las competencias culturales de los médicos en formación. En este se encontró que menos de la mitad de los participantes

preguntaba a sus pacientes acerca de su orientación sexual, la mayoría, además, indicó sentirse cómodo al atender a la población LGBT, sin embargo, esta no se asoció a una toma de historia clínica más detallada. Todos los estudiantes demostraron muy poco conocimiento en áreas de riesgo de cáncer, salud mental, riesgo de enfermedades de transmisión sexual y nutrición (Sánchez y Rabatin, 2006).

En Canadá en el 2015, se realizó un estudio a médicos de familia, que consistía en entrevistas directas con estos, en el que se detectó que pese a que se conocía que los pacientes pertenecían a la población LGBT, esta característica se abordaba vagamente y un 80 % indicó saber poco o nada acerca de las minorías sexuales, en especial del grupo de los pacientes transgénero, algunos incluso indicaron que este era simplemente un diagnóstico psiquiátrico. Una minoría expresó haber mejorado sus conocimientos a través de conferencias y de forma autodidacta.

Comúnmente, se expresaba que no existía diferencia entre la atención primaria del grupo LGBT, con respecto a la población general y que la orientación sexual y la identidad de género, eran irrelevantes para la atención en salud de este sector (Beagan, 2015).

En el Reino Unido, durante un estudio realizado en el 2015, se encontró evidencia de la falta de confianza en los prestantes de salud en su habilidad de entender y de suplir las necesidades del grupo poblacional LGBT, con una mayoría que indicaba que la orientación sexual no era relevante para asuntos de salud de la población (Stonewall, 2015).

En cuanto al ámbito latinoamericano, en México se han realizado múltiples estudios en médicos y otros prestantes de servicios de salud, que han determinado ciertas conductas discriminatorias, como el que llevó a cabo en el 2004 el Instituto Nacional de Salud Pública, el cual estableció que existe una reacción negativa a la homosexualidad, con ideas prejuiciosas como asociar a esta población con promiscuidad y asociar las orientaciones sexuales diversas como causalidad de la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (Infante, Zarco y Cuadra,

2006).

Cabe destacar que no se encontraron estudios para médicos de familia que midieran sus competencias culturales en cuanto a la atención de la población LGBT y que, además, en este momento no existe un instrumento estandarizado que mida estas capacidades.

2.2. Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, no se cuenta con un número exacto de personas pertenecientes a la población LGBT. En el censo realizado en el 2011 un 3,7 % de los habitantes declaró pertenecer al grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), por lo que se calcula que el grupo de minorías sexuales es mayor a este porcentaje. En la actualidad, no existe estadística sobre esta población en el país y todavía no se encuentra en los registros médicos la posibilidad de escoger entre las diferentes identidades de género existentes, para una documentación más fidedigna (CONASIDA, 2016).

En el ámbito nacional, el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos, en el 2013 se realizó un estudio con trabajadores de centros de salud privada, en el que evaluó actitudes y predisposiciones para la atención de las minorías sexuales. En este se entrevistó a prestantes de salud de disciplinas como Medicina, Odontología, Enfermería, Trabajo Social, Microbiología y Labores Administrativas.

En este estudio se concluyó que la mayoría de los participantes muestran actitudes positivas, aunque existen todavía prejuicios, por ejemplo, la asociación que se atribuye a esta población con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, con tal magnitud que una tercera parte indicó que la orientación sexual debe ser una entidad de declaración obligatoria por su alto riesgo de enfermedades infectocontagiosas. Se determinó, además, que un 17 % reconocía tener temor al atender personas homosexuales. Se encontró un mayor porcentaje de discriminación en los niveles más altos de educación (Fournier, 2013).

En el documento *Situación de Derechos de las Personas LGBT en Costa*

Rica, se exponen algunas actitudes inapropiadas de los médicos para atender las minorías sexuales, con conductas como culpabilización, negación de la atención y del contacto físico con el paciente. Estas actitudes obligaron a la Corte Interamericana de Derechos Humanos a crear el informe: *Violencia contra las personas LGBT*.

Debido a esta situación, el Ministerio de Salud dictó la *Norma Nacional para la Atención en Salud Libre de Estigma y Discriminación a Personas LGBT*, para lograr equidad en salud en esta población. La Caja Costarricense de Seguro Social, por otra parte, ha realizado distintas campañas y decretos para mejorar la atención de los usuarios pertenecientes a las minorías sexuales (Chinchilla, 2018; Caja Costarricense de Seguro Social, 2014).

En cuanto a las universidades, la Universidad de Costa Rica (2019) por medio de la Comisión para la Diversidad Sexual, imparte cursos y asesorías en temas de derechos humanos igualitarios, sin embargo, estas no son exclusivas para estudiantes de pregrado o posgrado.

Por otra parte, según las entrevistas telefónicas realizadas en las universidades privadas en Costa Rica, se constató que de momento no cuentan en su oferta académica con espacios, charlas o recursos destinados a implementar de competencias culturales de los estudiantes en formación.

2.3. Población LGBT

Las minorías se definen como un subgrupo con características especiales que lo distinguen de grupos superiores en número. Su salud implica un abordaje adecuado de la esferas física y mental, predominantemente (Medical Subject Headings, 2018).

Las minorías sexuales (denominadas con las siglas LGBT por las iniciales de cada subgrupo predominante, L: Lesbiana, G: Gay, B: Bisexual, T: Transexual) son individuos cuya identidad u orientación sexual es distinta a la heterosexual o cuya conducta sexual no se adapta a paradigmas tradicionales del género opuesto en un sistema binario, el cual puede incluir las minorías de género cuya identidad de

género no corresponde al sexo asignado al nacimiento (Zelin NS, 2018).

En el ámbito mundial se estima que de un 3-10 % corresponde a las minorías sexuales y en Estados Unidos en el 2013, nueve millones de personas se consideraron pertenecientes a este grupo, aunque estos datos comúnmente están sesgados por aspectos de confidencialidad del paciente, por lo que se estima que esta población es todavía mayor (McNamara y Ng, 2016; Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2016). Según Gallup y su última encuesta, en Estados Unidos estima un 4.5 % de población LGBT, en Costa Rica correspondería de 150 000 a 500 000 habitantes (Newport, 2018; Quinn y Sánchez, 2015).

Pese a que se utiliza el término LGBT indiferentemente para describir a las minorías sexuales, existen diferencias en cada denominación que aumentan la complejidad en su abordaje, lo que confiere un reto para el médico de atención primaria. Un caso relevante es el de la población transexual que en este momento su atención representa un área gris o desconocida para el ámbito médico en especial cuando se asocia el uso de terapia de sustitución hormonal (McNamara y Ng, 2016; Kiely, 2014).

La población LGBT se enfrenta con barreras hacia la equidad en salud que tienen un profundo impacto en el bienestar de un sector vulnerable emocionalmente y que, además, pueden ser más propensos a conductas riesgosas que ameritan un acompañamiento adecuado y consejería en salud (Butler, McCreedy, 2016). Estas conductas de riesgo corresponden a injurias en la salud mental de estos pacientes, propias de su diferencia de identidad a la tradicional, derivadas de un ambiente hostil a nivel familiar, de sus pares y de la sociedad.

Se ha descrito que la comunidad LGBT presenta mayores tasas de fumado, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, violencia física y trastornos de alimentación con respecto a la población general. Los constantes prejuicios, ideas heterosexistas y discriminación que viven los grupos con sexualidad disidente, se refleja en desórdenes mentales como trastornos ansiosos y depresivos que se describe que son 1.5 veces mayor que el resto de la población, 2.5 veces mayor riesgo de suicidio, además, presenta cuatro veces mayor riesgo de hospitalización

en centros de salud mental que la población general.

Esto aumenta, por lo general, cuando todavía existe un conflicto interno acerca de la identidad sexual de la persona y cuando no se cuenta con apoyo familiar u otras redes de confianza para el paciente (Carroll, 2018; Floyd, Pierce y Geraci, 2016).

Según estudios realizados, las minorías sexuales tienden a tener mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, en las que se incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con un 7 % superior a la población general, así como de asma, enfermedad cardiovascular y obesidad (identificado predominantemente en el subgrupo de lesbianas) (Ward, 2017; Cáceres *et al.*, 2017).

En un estudio en Londres en el 2017, la Red Europea de Investigación de Incongruencias de Género (ENIGI por sus siglas en inglés) describió que el grupo poblacional LGBT tiene 5 % más de incidencia de neoplasias que la población general. Entre los factores predisponentes se destacan mayores tasas de fumado y otras actividades carcinogénicas como el uso de máquinas de bronceado y mayor afección por el virus de papiloma humano (VPH), lo que contrasta con menor acceso a la salud que impide un cribado adecuado, según guías nacionales e internacionales de salud y mayor vulnerabilidad para enfermedades de transmisión sexual con sus respectivos riesgos carcinogénicos.

Lo anterior por conductas autodestructivas, por temor, por falta de acceso a los centros de salud por motivos socioeconómicos o por discriminación, lo que afecta, además, las estadísticas nacionales y los registros de enfermedad en esta población (Gibson, Radix, Maingi y Patel, 2017).

2.4. Atención Integral de las Minorías Sexuales

El médico de familia se encuentra regido por nueve principios que significan un contrato sinfín de compromiso hacia el paciente, entre los que se destacan: un entendimiento del contexto de la enfermedad, el uso de cada visita del paciente como una oportunidad para la prevención, la visión de la población como de

constante riesgo y no como solo un paciente, además del reconocimiento de los aspectos subjetivos de la medicina. Estos principios posicionan al médico de familia como pilar en la atención de minorías sexuales, quienes están relacionados con un contexto social y psicológico complejo, por lo que ameritan que se traten desde toda la integralidad de su ser (McWhinney, 1981).

La atención integral propone la asistencia de pacientes en un enfoque de promoción de salud, en el que se encontró que, en estos pacientes y en cualquier población, debe imperar la implementación de estrategias para el mantenimiento de estilos de vida saludable, entre estos el ejercicio físico, la alimentación saludable, la higiene del sueño y el bienestar mente-cuerpo, esto para mejorar la salud. Para lograrlo, se debe facilitar el acceso a los centros de salud para la comunidad, en el que prevalezca un ambiente de equidad e igualdad (Noonan y otros, 2018).

En cuanto a prevención primaria de salud, herramientas como la vacunación y las prácticas de sexualidad segura, con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual, son fundamentales para esta población. Estrategias para prevenir el fumado, abuso de sustancias y valoración de redes de apoyo, puede ser vital, así como el trabajo con las familias para detectar disfunción familiar. Las actividades educativas y grupos de apoyo constituyen una parte crucial para el soporte de las necesidades de los pacientes minoritarios (McNamara y Ng, 2016).

Con respecto a prevención secundaria, la detección temprana de situaciones de riesgo, obesidad, dislipidemia, riesgo cardiovascular, desórdenes de alimentación, osteoporosis y violencia física o sexual, debe abordarse de acuerdo con cada situación. Los tamizajes por ansiedad y depresión deben ser frecuentes en cada visita con el médico de atención primaria (Floyd, Pierce y Geraci, 2016).

Mención especial requiere el tamizaje por cáncer de esta población, ya que se sabe que algunos tipos de malignidad son más frecuentes o existe mayor vulnerabilidad en el grupo poblacional LGBT, por las características idiosincrásicas de este grupo y sus subgrupos. Por este motivo, se debe acentuar la información propagada al cuerpo médico, con el fin de que se pueda brindar un manejo apropiado, en el que se respondan las consultas frecuentes (Carroll, 2018).

Con el advenimiento de la terapia hormonal, se requiere un cuerpo de especialistas competentes, ya que conforme se reconocen las necesidades de la población LGBT, las terapias de transformación de género son más factibles y con estas sus riesgos potenciales, para los que se debe estar actualizado y capacitado (Braun y otros, 2017).

Según la Asociación Americana de Médicos de Familia, la mayoría de médicos no discute la temática sexual con sus pacientes, principalmente porque esto les parece incómodo y se presume una negativa por parte del paciente que puede comprometer la relación-médico paciente. Sin embargo, el abordaje de esta esfera se determina más importante incluso que la relacionada con el tabaquismo y podría desempeñar un papel fundamental en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, por lo que debe incluirse como parte de la toma de la historia clínica. Además, este podría ser el portillo para acceder a otras preocupaciones del paciente que tal vez representen el motivo oculto de consulta (Sweet, 2017).

El progreso de las habilidades médicas para el trato del paciente minoritario, la contemplación de los pacientes con diversidad sexual en un ambiente receptivo y de confidencialidad, así como el conocimiento de las necesidades de esta población, conllevarán a un ascenso para la atención de estos grupos (Carroll, 2018; Zelin NS, 2018).

2.5. Competencias Culturales en los Médicos de Familia

Cada encuentro del médico con un paciente significa un encuentro transcultural, por lo que cada vez es más frecuente que el médico se eduque hacia una tendencia comprensiva del entorno del paciente, para lograr una comunicación más efectiva, de forma que esto logre impactar de manera positiva el estado de salud de la población.

Las competencias culturales conforman una serie de conductas congruentes, con normativas en un grupo de profesionales que permiten un trabajo efectivo en situaciones de diferencias interculturales, tomando en cuenta las creencias, conductas y necesidades de las poblaciones y las comunidades (Medical Subject

Headings, 2018). Esta tendencia para el manejo de poblaciones vulnerables se ha definido con el fin de mejorar las discrepancias sociales en los grupos con menos ventajas.

Se ha propuesto un modelo específico para la población LGBT, distribuido según niveles de atención, a partir de la educación de los profesionales de salud, entre las cuales se destacan la corrección de errores identificados durante la atención de este sector y con énfasis en un uso adecuado del lenguaje inclusivo, interrogatorio correcto, con el fin de recolectar una historia clínica que aborde aspectos sociales y sexuales que sean de interés y rompimiento de esquemas que orienten hacia juicios de valor que comprometan un manejo objetivo de estos pacientes (Butler, McCreedy, 2016).

El concepto de competencias culturales se añadió en el 2008 como descriptor de la base de datos científica Medline, por lo que es un término relativamente novedoso (HRSA Bureau of Health Professions and AMSA Foundation, 2004).

Aunque existen múltiples definiciones de este término, el constructo principal parte de la idea general de tener el entendimiento necesario de proveer los cuidados de salud adecuados para los pacientes de un sector cultural en particular, que podrían ser distintos al contexto cultural del médico tratante y que puede incluir un aumento de la comprensión de ciertas poblaciones o un grupo de herramientas que pueden aplicarse a una cultura en especial para mejorar su calidad de vida (Boroughs y Bedoya, 2015).

Las competencias culturales se consideran en las escuelas de medicina como una garantía de calidad de estas. El Comité de Enlace de Educación Médica (LCME por sus siglas en inglés) indica que las facultades de medicina y los estudiantes deben demostrar un entendimiento de la forma en que las personas de culturas distintas perciben la salud y la enfermedad y cómo responden a los síntomas, enfermedades y tratamientos. Además, los estudiantes de medicina deben aprender a reconocer y dirigir sesgos propios, tanto culturales como de género, en el abordaje en salud, en el que prioricen los problemas de salud del individuo (HRSA Bureau of Health Professions and AMSA Foundation, 2004).

Las diferentes formaciones en competencias culturales significan un reto, ya que, pese a la existencia de distintas tácticas didácticas para su enseñanza, estas no son garantía de la creación de profesionales en salud competentes en el manejo de poblaciones de culturas diversas, sumado al hecho de que la mayoría de las instituciones de enseñanza de la medicina, no han implementado en su oferta académica contenidos acerca de las necesidades únicas que tienen las minorías sexuales (HRSA Bureau of Health Professions and AMSA Foundation, 2004).

A pesar de las múltiples estrategias utilizadas en pro del mejoramiento de las competencias culturales de los profesionales, Borrough y colaboradores de la escuela de medicina Harvard y el Instituto Fenway, propusieron en el 2015 el modelo multicultural de tres dominios que actualmente es el más utilizado, el cual incluye:

- Conciencia de las creencias propias, sesgos y actitudes.
- Conocimientos y entendimiento de los grupos culturales, incluyendo expectativas esperables de la relación médico-paciente y el aporte del propio contexto cultural del prestante de salud.
- Habilidades y herramientas adquiridas para una intervención y manejo del paciente sensible y de acuerdo con sus necesidades.

Como puntos importantes que podrían mejorar las habilidades de los médicos para atender a la población LGBT, se establece:

- Mejorar los conocimientos acerca de orientación sexual, identidad de género y otros términos afines a la población LGBT, para entender la sexualidad más allá del heterosexismo y tener una perspectiva más clara de las necesidades de la población LGBT.
- Actualización constante del conocimiento que rodea al sector poblacional LGBT, posibles riesgos en salud y necesidades de la población en general, tamizaje de cáncer, riesgos de pacientes que reciben hormonoterapia.

- Crear un ambiente adecuado y receptivo para la población LGBT, preguntar abiertamente acerca de identidad de género, utilizar lenguaje inclusivo y género neutral, familiarizarse con los términos, cisgénero, transgénero, respeto por el nombre utilizado por los pacientes, evitar etiquetas que puedan afectar la relación médico-paciente al emplear términos que puedan ser peyorativos para este sector.

La mejora continua de las competencias culturales de las distintas minorías requiere la actualización constante y el aumento de la experiencia al tratar los distintos grupos, ya que estos son dinámicos y se encuentran en un *continuum* de cambios en el ámbito social, de derechos legales y los que determinados por el incremento del conocimiento científico (Boroughs y Bedoya, 2015).

Por lo tanto, las competencias culturales en la población LGBT engloban la sensibilidad y entendimiento de los médicos desde su entrenamiento, acerca de los puntos más relevantes que, de forma única, afectan a las minorías sexuales, así como las inquietudes que engloban a estas poblaciones.

Debido a que las competencias culturales pueden ser medibles, los médicos en formación y los ya graduados, deberían tener las herramientas y habilidades necesarias para enfrentarse a una sociedad cambiante, independientemente de sus creencias y sesgos personales (Boroughs y Bedoya, 2015).

Los médicos de familia son los especialistas que tendrán mayor contacto con el grupo poblacional LGBT, que corresponde a un porcentaje nada desestimable de la población general que, además, su contexto social tan complejo requiere de médicos competentes para su abordaje preventivo, curativo y de rehabilitación.

La medicina familiar es una especialidad que contempla los aspectos holísticos de la medicina y da un enfoque integral con un abordaje biopsicosocial para los pacientes indiferentemente del género, edad o patología. La visión del médico de familia parte del hecho de que son especialistas en la relación médico-paciente (Royen y otros, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA por sus siglas en inglés), la visión centrada en el paciente del médico de familia implica: 1) adaptarse a las circunstancias del paciente, 2) establecer una relación médico-paciente efectiva, en la que se respete su autonomía y 3) garantizar una continuidad de la atención del paciente según sus necesidades, tomando en cuenta perspectivas y preferencias, así como la utilización de estrategias como decisiones compartidas, que mejoran el lazo establecido con el paciente que implica mejoras sobre la salud de la población.

El abordaje integral constituye la capacidad de manejar múltiples patologías, promover el bienestar físico y mental e incentivar la promoción y prevención de la salud o dar un enfoque curativo, de rehabilitación o incluso paliativo cuando este se requiera (Royen y otros, 2010).

En la actualidad, con el advenimiento de las especialidades médicas, el enfoque psicosocial tomó un papel secundario, con consecuente pérdida de la visión humana de la medicina. Aunado a esto, la posición paternalista que ha tenido la figura del médico a lo largo de los años ha concedido que ciertas especialidades no desarrollen estrategias con base en decisiones compartidas, que incluya al paciente en la estrategia terapéutica y la atención centrada en este con un enfoque más personalizado de la atención en salud (Kelly, Payne y Pawlik, 2018).

Lo anterior convierte al médico de familia en el especialista idóneo para abordar los problemas de salud relacionados con las minorías, con el fin de proveer a estas poblaciones información apropiada, en un ambiente de empatía y humanismo (McNamara y Ng, 2016).

Con el aumento de la tecnología y con esto la información, las personas se han empoderado más de sus derechos y, actualmente, se tiene una visión de la atención centrada en el paciente, con base en decisiones compartidas que permitan al paciente ser partícipe de su estado de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, este enfoque centrado en el paciente contempla a los usuarios de salud como participantes y no solo como un ente pasivo ante las decisiones concernientes a su salud y bienestar (World Health Organization, 2015).

Para realizar este tipo de atención, se requiere mejorar las actitudes del médico de familia, para lograr un enfoque claro hacia el paciente, por medio de servicios más humanizados.

2.6. Glosario de Términos

Bisexual: orientación sexual dirigida tanto a hombres como a mujeres.

Cisgénero: aquellas personas cuyo fenotipo sexual coincide con su identidad de género.

Competencias culturales: conocimientos, conductas, actitudes, habilidades y políticas que capacitan a un profesional para trabajar en distintos contextos interculturales.

Disforia de género: discordancia entre identidad de género y características sexuales del nacimiento, que por lo general derivan en ansiedad, irritabilidad y depresión.

Gay: forma de designar predominantemente a personas homosexuales masculinas.

Hombre transgénero: persona cuyo sexo asignado al nacer es femenino, sin embargo, su identidad de género corresponde al sexo masculino.

Homosexual: patrón de atracción u orientación sexual hacia personas del mismo sexo.

Identidad de género: percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género.

Intersexual: persona que presenta características sexuales tanto femeninas como masculinas.

LGBT: sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales.

Mujer transgénero: persona cuyo sexo asignado al nacer es masculino, sin

embargo, su identidad de género corresponde al sexo femenino.

Objeción de conciencia: argumento que, por características éticas, permite el incumplimiento u oposición a una normativa.

Orientación Sexual: es el patrón de atracción sexual y emocional de un individuo hacia otras personas.

Transgénero: personas cuyo sexo asignado al nacer difiere de su identidad de género, por lo que esta no corresponde a su sexo biológico.

Capítulo 3. Abordaje de Metodología

El proceso metodológico empleado en esta investigación consiste en un Estudio Observacional Descriptivo Transversal.

Para esto, se determinaron los tópicos más relevantes relativos a las competencias culturales en la atención de la población LGBT, según los objetivos planteados. Al realizar la revisión de la bibliografía, se establecieron las variables y subvariables de mayor importancia para describir las competencias culturales de los médicos de familia en lo que respecta a la atención integral del grupo poblacional LGBT.

Se consideraron aspectos sociodemográficos de los médicos de familia, que son de importancia para registro y para una caracterización adecuada de la población en estudio, se incluyen grupos de edades, sexo, provincia de residencia, años de experiencia, nivel de atención en la que se labora y experiencia en capacitación relativa a la atención de las minorías sexuales. Además, se pregunta acerca de la orientación sexual de los participantes, con el fin de evidenciar la representación del sector LGBT en el grupo de estudio.

Para la descripción de las competencias culturales de los médicos de familia y residentes de medicina familiar, se contemplan las siguientes variables:

1. Habilidades generales, con preguntas acerca del manejo general de términos utilizados en la cultura LGBT.
2. Sesgos personales o culturales que puedan interferir en una atención adecuada de las minorías sexuales, con preguntas relativas a mitos asociados a las personas con sexualidad disidente.
3. Conocimiento general de los especialistas y residentes de medicina familiar, en el que se valoren aspectos relacionados con la autopercepción del nivel de capacitación para atender a este sector. Además, tipos de riesgos inherentes a las minorías sexuales, comorbilidades asociadas, riesgos de neoplasia y aspectos

relacionados con tamizajes enfocados a las necesidades de las minorías sexuales.

Los objetivos, variables y subvariables se tabulan y se indica el ítem al que corresponde cada una.

Tabla 1. *Definición operativa de las variables de estudio*

Objetivo específico	VARIABLES	Clasificación	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones/subvariables	Valores	Instrumento Cuestionario
Variables sociodemográficas de los médicos de Familia y Residentes de Medicina Familiar	Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo cronológico de vida cumplido en años	Edad cumplida en años, valorado en rangos de 10 años		Rangos de edades: 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años 70 o más años	Ítem 1
	Sexo	Cualitativa nominal	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Femenino: género gramatical, propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre.		Femenino Masculino	Ítem 2
	Provincia	Cualitativa Ordinal	División administrativa territorial en que se organizan algunos estados	San José Alajuela Cartago Heredia Guanacaste Puntarenas Limón		San José Alajuela Cartago Heredia Guanacaste Puntarenas Limón	Ítem 3
	Años de ejercer	Cuantitativa Ordinal	Años completados ejerciendo algún oficio	Tiempo cumplido en años, valorado en rangos de 5 años		0 a 4 años 5 a 9 años 10 a 14 años 15 a 19 años 20 años o más	Ítem 4
	Grado académico	Cualitativa Nominal	Terminación de un programa de estudios	Persona con programa académico completo o incompleto		Especialista Residente (especialista en formación)	Ítem 5
	Nivel de Atención	Cualitativa Nominal	Conjunto de Establecimiento	Primer Nivel: nivel Básico de		Primer Nivel Segundo Nivel Tercer Nivel	Ítem 6

			s de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.	atención, EBAIS Segundo Nivel: Clínicas periféricas, Hospitales periféricos Tercer Nivel: hospitales especializados u hospitales clase A			
	Experiencia en formación en atención en minorías sexuales	Cualitativa Nominal	Actividad docente, administrativa y de investigación	Actividad formativa en atención de minorías sexuales		Sí No	Ítem 7
	Pertenece a la comunidad LGBT	Cualitativa Nominal	Pertenece al grupo de minorías sexuales	Sí: Se identifica como otro género diferente al heterosexual No: Se identifica como heterosexual		Sí No	Ítem 8
Estimar las competencias culturales del grupo de médicos de familia y residentes de medicina familiar, para la atención de minorías sexuales	Habilidades Generales	Cualitativa Nominal	Integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes	Es el grupo de competencias que tiene el médico para abordar apropiadamente a las minorías sexuales	Conocimiento de términos de minorías sexuales Abordaje de esfera sexual	Orientación sexual Identidad de género	Ítems 9 y 10
	Sesgos en la atención de minorías	Cualitativa Nominal	Prejuicio cognitivo o predisposición cognitiva	Grado de influencia por ideas personales que puede afectar un abordaje adecuado de minorías sexuales	Asumir la identidad de género u orientación sexual por apariencia física	Sí No	Ítems 11 y 12
					Concepto global de orientación sexual y su etiología	Casi siempre Usualmente sí Ocasionalmente Usualmente no Casi nunca	Ítem 13
					Relación de	Nacimiento Por elección Por trauma Modificable	Ítem 14
						Totalmente de acuerdo	Ítem 15

					orientación sexual con abuso o trauma	De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	
					Nivel de comodidad, según miembro de comunidad LGBT	Muy cómodo Cómodo Indiferente Incómodo Muy incómodo	Ítems 16-20
					Conciencia de las necesidades específicas de la población LGBT	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 20
					Nivel de empatía para la población LGBT	Muy alto Alto Indiferente Bajo Muy bajo	Ítem 21
					Negativa a brindar atención a la población LGBT	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 22
	Conocimientos de generales de las necesidades en salud de la población LGBT	Cualitativa Nominal	Relación con el control e intervención de los factores de riesgo de las enfermedades	Es la capacidad de los médicos para conocer los principales riesgos a los que las minorías sexuales están expuestas para su detección temprana y abordaje	Autopercepción del nivel de capacitación para atender a la población LGBT	Muy capacitado Capacitado Regular Incapacitado Muy incapacitado	Ítem 24
					Riesgo de Abuso de sustancias	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 25
					Riesgo de Trastornos de alimentación	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 26
					Riesgo de trastornos del afecto	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 27

					Riesgo de Suicidio	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 28
					Conductas sexuales de riesgo	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 29
					Riesgo de Tabaquismo	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 30
					Riesgo de cáncer y tamizaje	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 31
					Tipos de cáncer más frecuentes	Pulmón Colo-rectal Linfoma No-Hodgkin Sarcoma de Kaposi Cáncer Anal	Ítem 32
					Diferencias de tamizaje por cáncer para la población LGBT	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítem 33
					Riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: EAC, Asma y EPOC	Totalmente de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Ítems 34-36

3.1. Creación del Instrumento

Según las variables y subvariables, se crea un instrumento para que lo conteste la población meta (médicos de familia y residentes de medicina familiar), con el fin de lograr la descripción general de las competencias culturales de este

sector, en el que se contemplen las barreras principales que pueden obstaculizar una atención centrada en el paciente que pertenece a las minorías sexuales. Estas barreras incluyen sesgos personales y desconocimiento de esta población (Anexo 1).

Se definieron los aspectos principales y, debido a esto, se plantea la redacción de cada ítem. El constructo es resultado de una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con el tema y de esta surgen las distintas variables. De esta forma, se elaboran ítems que respondan los cuestionamientos más relevantes en cuanto a la atención del grupo poblacional LGBT.

La redacción de cada ítem se confeccionó cuidadosamente por medio de criterios de claridad, brevedad, originalidad, objetividad, de forma que estas no fueran de algún modo motivo de sesgos o de desagrado por parte de los participantes. Por otro lado, la parte semántica, ortográfica gramatical y de redacción se revisó con detalle para evitar errores que produzcan alguna ambigüedad en los usuarios sometidos al estudio.

El orden se implementó según las variables a describir, todas relacionadas con la variable en cuestión, con el fin de que tuviera una secuencia lógica que fuera amigable para los participantes.

Para efectos de este estudio, se llegó a un total de 36 ítems de respuesta cerrada, después de realizar las modificaciones principales sugeridas por el comité de expertos.

3.2. Validación del Instrumento

Una vez confeccionado el instrumento, este se sometió a dos subsistemas para su validación adecuada, primero con la aprobación de una comisión de expertos y segundo mediante un estudio piloto, con una muestra con características similares al grupo de estudio.

La comisión de expertos se seleccionó cuidadosamente y se consultó a grandes conocedores del tema en cuestión, con los siguientes cargos:

Karina Warner, licenciada en Trabajo Social- Universidad de Costa Rica. Máster en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud- Universidad de Costa Rica. Trabajadora Social del Equipo de la Clínica de VIH, Hospital San Juan de Dios. Actualmente, profesora la Universidad de Costa Rica.

Alejandro Cob Sánchez, Especialista en Endocrinología, jefe de Servicio de Endocrinología Hospital San Juan de Dios, coordinador nacional del Posgrado de Endocrinología Universidad de Costa Rica.

Carolina Boza, Psicóloga Clínica, Máster en Ciencias Neurológicas, profesora de la Universidad de Costa Rica, investigadora en clínica de memoria y envejecimiento del Hospital San Juan de Dios y psicóloga de apoyo en Clínica para la atención de pacientes con VIH-SIDA del Hospital San Juan de Dios.

Mauricio Madrigal, Médico General, administrador de Servicios de Salud, profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Centroamérica, coordinador de la Clínica de Enfermedades de Transmisión sexual del CAIS Marcial Fallas Díaz, representante del Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos.

Carlos Brenes, médico de familia, administrador de Servicios de Salud, máster en Gerencia de Salud y máster en Atención Integral del VIH-SIDA.

Posteriormente, se envió el instrumento a cada uno de los integrantes del comité, el cual se sometió al escrutinio de cada uno de estos profesionales quienes corrigieron, aportaron y opinaron, cada uno desde su visión profesional, para su implementación.

Consecutivamente, se tomaron los aportes recibidos para la corrección y modificación del instrumento. Después, el instrumento se creó en la plataforma virtual de toma de encuestas *SurveyMonkey*®, en la que se creó un enlace *web* para la contestación virtual del cuestionario.

Previo a la aplicación del instrumento como plan piloto, el diseño se presentó al comité ético científico central de la Caja Costarricense de Seguro Social para su aprobación, para aplicarlo a los médicos participantes tanto del plan piloto como de

los médicos definidos en la población meta.

Una vez finalizado el instrumento, revisado por el comité ético científico y con la creación del enlace en Internet, se procede a realizar el plan piloto de aplicación, el cual se llevó a cabo con una muestra de 28 médicos generales del Centro de Atención Integral en Salud Marcial Fallas Díaz en Desamparados, el cual contestaron mediante sus dispositivos celulares. Una vez confirmada su claridad y validez, se aplica a la población de médicos de familia y residentes de medicina familiar.

3.3. Aplicación del Instrumento

Para el alcance de la población meta se realizó una búsqueda en el Colegio de Médicos de los profesionales inscritos en la especialidad de medicina familiar. Con estos datos se confeccionó una lista, junto con los estudiantes de la especialidad de medicina familiar y, por medio de redes sociales, se obtuvieron los números telefónicos para contactar por mensaje de texto, en el que se envió el enlace del cuestionario para su contestación, los participantes a la vez, colaboraron con la difusión del instrumento a otros contactos a su alcance. El cuestionario es anónimo por lo que no se logra reconocer la identidad de los participantes y se resguarda la confidencialidad de las respuestas.

Se estimó una población total de 168 médicos de familia activos e inscritos en el Colegio de Médicos y de 37 médicos en formación en el posgrado de la medicina familiar de la Universidad de Costa Rica, para un total de 205 médicos y 136 respuestas al cuestionario.

3.4. Población Meta

La población meta del estudio fueron los médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria activos en el Colegio de Médicos y los residentes activos del posgrado de medicina familiar de la Universidad de Costa Rica.

3.5. Criterios de Inclusión

- Médicos de familia inscritos como especialistas en el Colegio de Médicos y residentes de segundo a cuarto año admitidos en el Sistema de Estudios de Posgrado de Medicina Familiar.
- Disposición a participar en el cuestionario.
- Acceso a dispositivo electrónico para la contestación en línea del cuestionario.

3.6. Criterios de Exclusión

1. Estado inactivo en el Colegio de Médicos.
2. Médicos de otras especialidades y personal no médico.

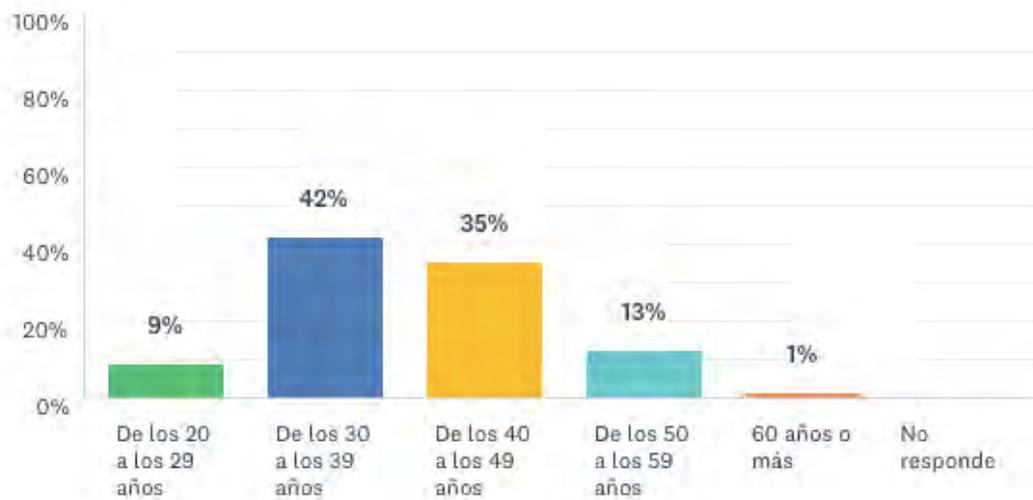
Capítulo 4. Resultados y Discusión

Se recibió un total de 136 respuestas a la totalidad del cuestionario, lo que corresponde a un 69 % de los médicos de familia y a un 100 % de los residentes de medicina familiar, para un 82 % de la muestra total. Se utilizó un muestreo no probabilístico, ya que la muestra se reclutó con un método de conveniencia, sin embargo, se estima un 95 % de confianza y una precisión del 5 %.

El estudio muestra heterogeneidad en el conjunto de competencias culturales de los especialistas y residentes de medicina familiar, pues son médicos muy competentes en algunas aristas, pero con déficits notables en otras áreas valoradas por medio del instrumento. Estas barreras detectadas responden a la limitación en la formación que existe en las universidades acerca de la atención especializada que requiere este sector (Surreira, 2014).

4.1. Descripción Sociodemográfica de los Médicos de Familia

Gráfico 1. Distribución por rango de edad de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019

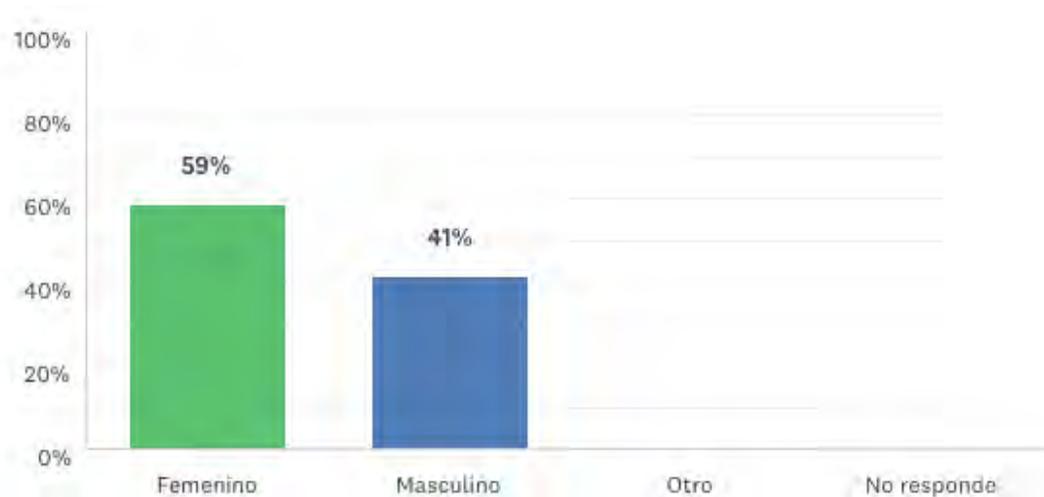


Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En cuanto a la descripción sociodemográfica, se observa que la mayoría de los médicos de familia y residentes de medicina familiar se encuentra en el grupo

de edad de los 30 a 39 años (42 %), seguido por el grupo de 40 a 49 años (35 %). Por lo tanto, se puede establecer que la población de estudio corresponde al grupo de adultos jóvenes y adultos maduros.

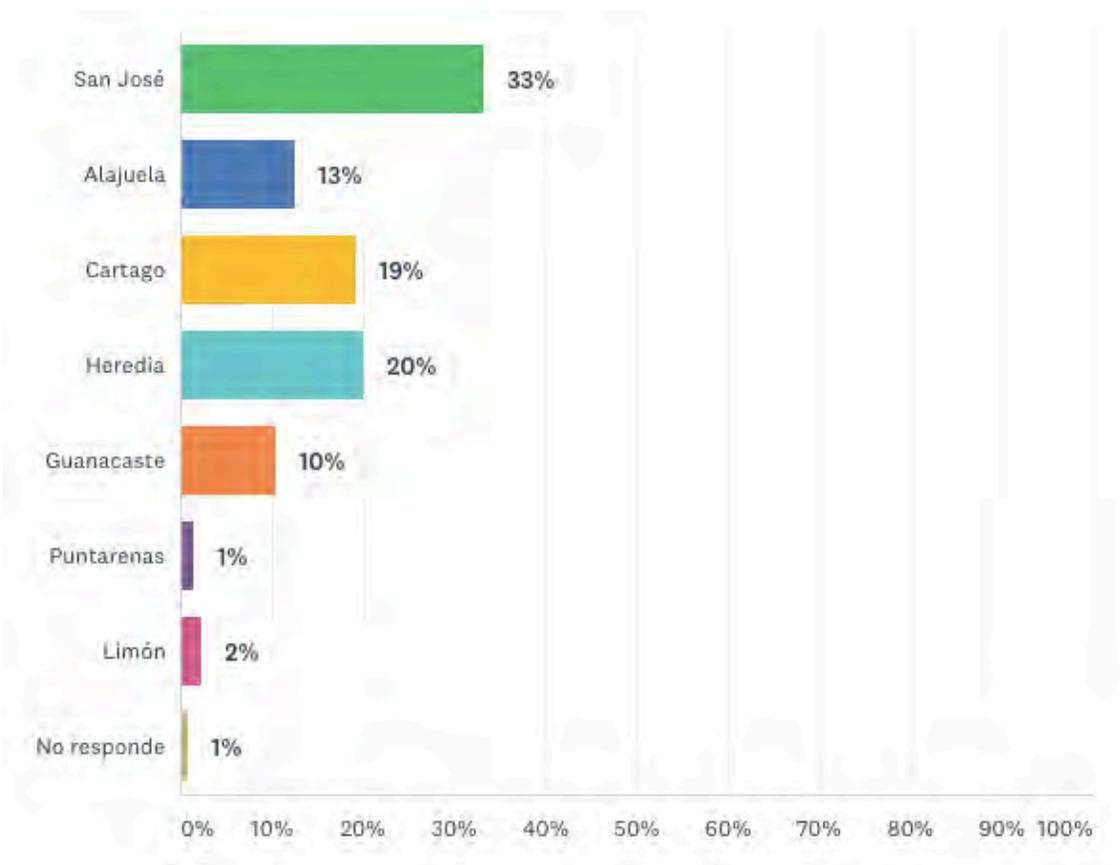
Gráfico 2. Distribución de sexo de los médicos de familia y residentes de medicina Familiar de Costa Rica



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En de la población de estudio se encuentra que existe un discreto predominio de mujeres, ya que un 59 % corresponde al sexo femenino y 41 % al masculino. Se calcula la proporción, según los datos que se tienen de la totalidad de médicos de familia registrados en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y esta corresponde a 52 % mujeres y 48 % hombres, con la misma predominancia hacia el sexo femenino (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2019).

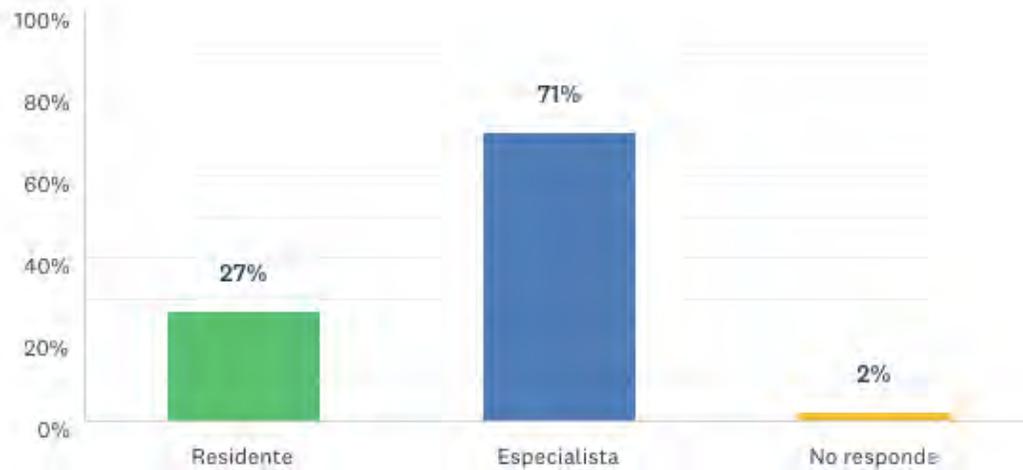
Gráfico 3. Distribución de provincia de residencia de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

La mayor concentración de médicos de familia y residentes de medicina familiar se encuentra en la Gran Área Metropolitana, predominantemente en la provincia de San José, con un 33 % de residentes.

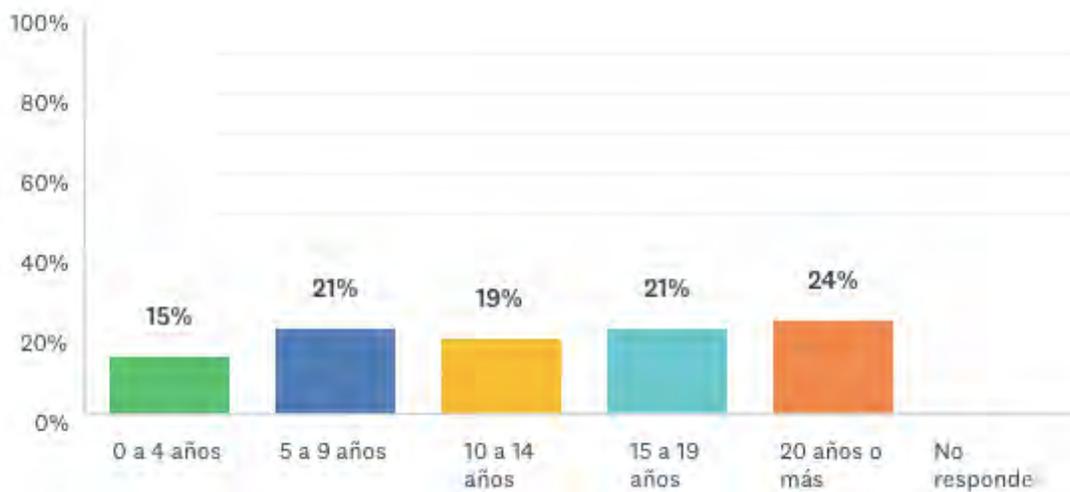
Gráfico 4. Distribución de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se observa que un 71 % de la población en estudio corresponde a especialistas de medicina familiar y un 27 % a especialistas en formación. Se logran valorar más especialistas que residentes de esta especialidad, aunque de los médicos en formación se obtuvo un 100 % de la muestra.

Gráfico 5. Distribución de años de ejercicio profesional de especialistas y residentes de medicina familiar

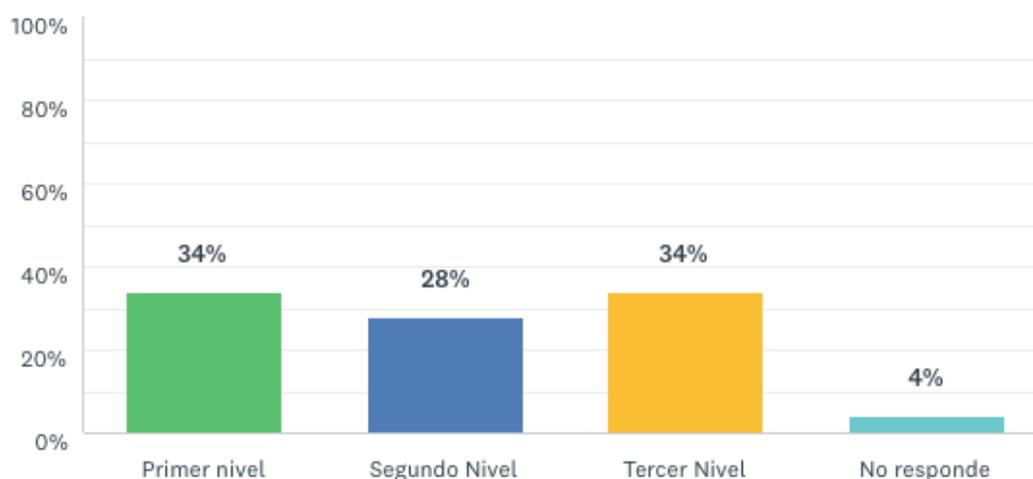


Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

La mayoría de la población de estudio tiene más de 20 años en el ejercicio de la medicina. En igual proporción se encuentra la población con 5 a 9 años y 15 a 19 años, con un 21 %.

Se determina que el 64 % de la población de estudio tiene más de 10 años en el ejercicio de la medicina. Por lo que se considera que la mayoría de los médicos tienen un alto nivel de experiencia en este campo.

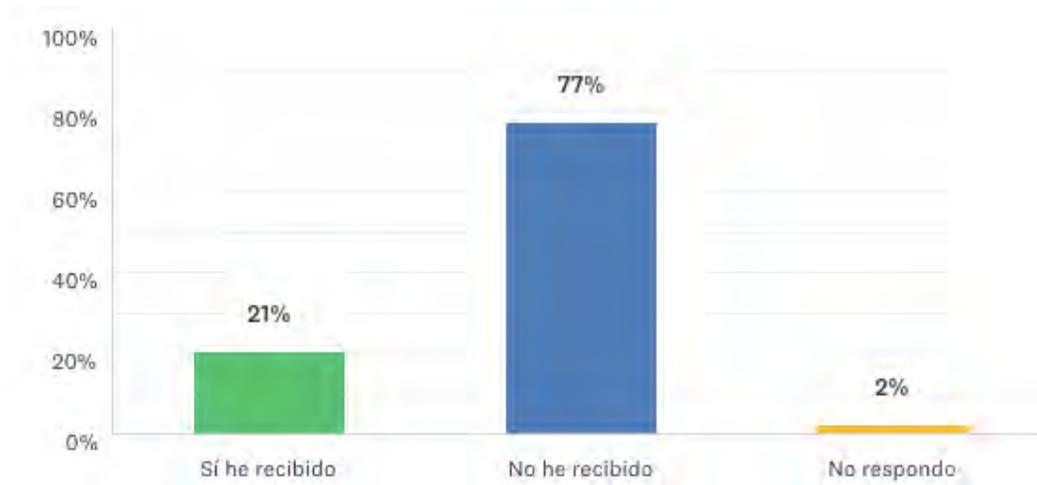
Gráfico 6. Distribución del nivel de atención de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

La mayoría de la población (68 %) trabaja en un primer o un tercer nivel de atención. Se debe señalar que laboran de forma equitativa, tanto en niveles de atención de salud básicos como de mayor complejidad.

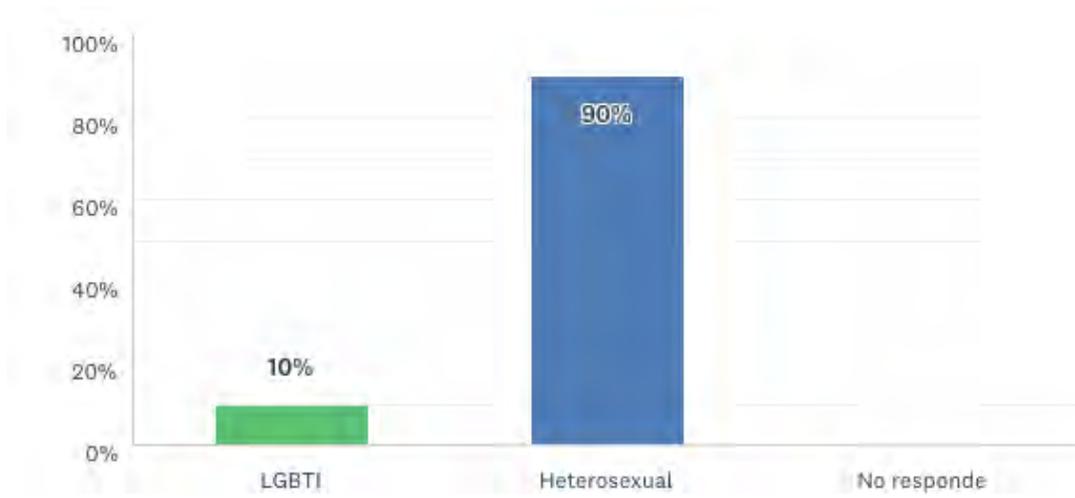
Gráfico 7. Distribución del nivel de formación para atención de la población LGBT de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

El 77 % de la muestra no ha recibido ningún tipo de proceso formativo para atender a la población LGBT. Esto coincide con los datos brindados por el departamento de Salud y Servicios Humanos de los recursos de Salud y Servicios Administrativos de lo Estados Unidos, que indica que, generalmente, una minoría de los profesionales en Medicina busca aumentar su currículum y mejorar sus competencias culturales y, por lo general, los que lo hacen son personas que han experimentado vivencias en otras culturas o pertenecen a una minoría (HRSA Bureau of Health Professions and AMSA Foundation, 2004).

Gráfico 8. Distribución de orientación sexual de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se observa que un 10 % de los participantes de este estudio pertenece a la población LGBT, lo que coincide con las estadísticas mundiales que sugieren que de un 3 % a un 10 % de la población general es parte de las minorías sexuales (Quinn y Sánchez, 2015).

4.2. Descripción de las Competencias Culturales de los Médicos de Familia y Residentes de Medicina Familiar para la Atención de la Población LGBT

4.2.1. Habilidades Generales

Con respecto a habilidades generales, se determinó como crucial el conocimiento de terminología relativa a la población LGBT, así como el abordaje de la esfera sexual de los pacientes.

Gráfico 9. Definición de la orientación sexual, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Es la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género (1)	18% 25
Es el patrón de atracción sexual y emocional de un individuo hacia otras personas (2)	71% 97
Es una discrepancia entre el sexo anatómico de un individuo y la percepción que tiene de sí mismo como masculino o femenino (3)	8% 11
Es una variación por la cual un individuo presenta discrepancia entre su sexo cromosómico y sus órganos genitales, poseyendo por tanto características genéticas y fenotípicas propias de varón y de mujer en grado variable (4)	1% 1
No responde (5)	1% 2
TOTAL	136

Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se determina que un 71 % se encuentra familiarizado con el concepto adecuado de orientación sexual.

Gráfico 10. Definición de identidad de género, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género (1)	82% 112
Es el patrón de atracción sexual y emocional de un individuo hacia otras personas (2)	7% 9
Es una discrepancia entre el sexo anatómico de un individuo y la percepción que tiene de sí mismo como masculino o femenino (3)	6% 8
Es una variación por la cual un individuo presenta discrepancia entre su sexo cromosómico y sus órganos genitales, poseyendo por tanto características genéticas y fenotípicas propias de varón y de mujer, en grado variable (4)	3% 4
No responde (5)	2% 3
TOTAL	136

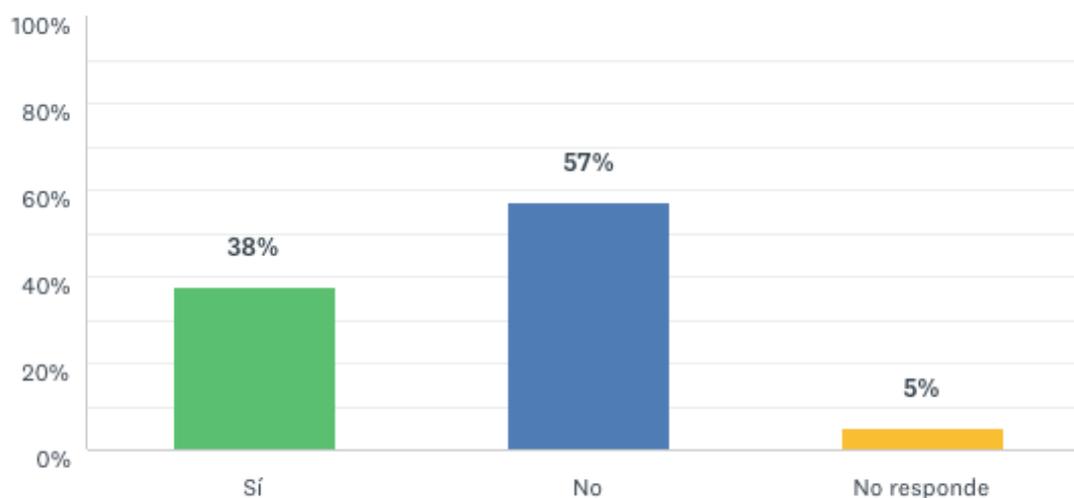
Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se observa que la mayoría de la población en estudio está familiarizada con el término de orientación sexual.

Cabe destacar que es ventajoso que exista un conocimiento adecuado de terminologías comunes que son afines a la población LGBT, lo que indica que un alto porcentaje de médicos de familia se encuentra actualizado en cuanto a temas de importancia en el abordaje de las personas con sexualidad disidente.

Como establece el Instituto Fenway en su guía destinada al equipo en atención en salud, la familiarización con los términos de la cultura LGBT significa un paso más hacia la competencia en el abordaje de estos pacientes, por lo que es importante extender el conocimiento, con el fin de estar capacitado para enfrentar cualquier problema de salud de la población (Makadon, Mayer, Potter y Goldhammer, 2009).

Gráfico 11. Porcentaje de médicos de familia y residentes de medicina familiar que abordan la esfera sexual de los pacientes independientemente del motivo de consulta



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Otro componente implicado en habilidades generales incluye al abordaje de la esfera sexual, en el que se observa que un poco más de mitad del grupo de estudio (57 %), no aborda esta temática con sus pacientes. Este es un tema crucial para la toma de historia clínica, ya que es útil como estrategia de abordaje centrado en el paciente y de toma de decisiones.

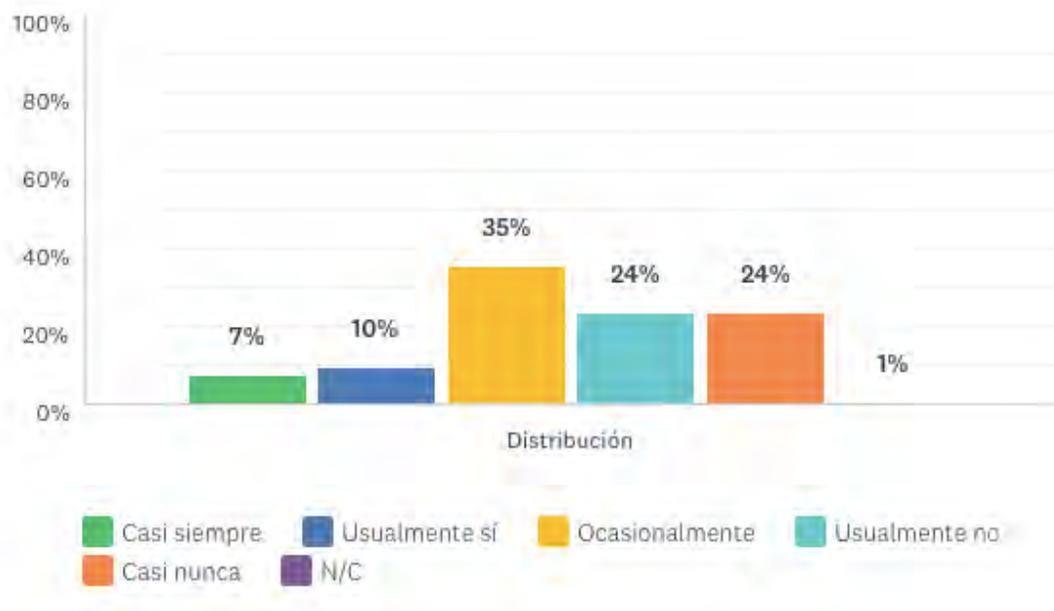
Estos datos no distan de las revisiones internacionales en las que se observó

en un estudio reciente publicado en la Revista de la Asociación Médica Estadounidense, que un 80 % de los médicos no abordan el aspecto sexual de los pacientes (Haider, 2017).

Por otra parte, la Asociación Americana de Médicos de Familia en concordancia con este estudio, reporta que solo un 35 % de los médicos de familia toma la historia sexual de sus pacientes. Se describe que los médicos de familia consistentemente subestiman la prevalencia de inquietudes en el ámbito sexual de los pacientes y excluyen conductas de alto riesgo asociadas, por lo que es el mayor déficit a nivel preventivo.

Un abordaje oportuno de esta esfera sugiere mejorías en las conductas sexuales no saludables. El desarrollo rutinario y la integración de este aspecto al abordaje diario de los pacientes, dará la oportunidad de mejorar la morbi-mortalidad de los pacientes y optimizar su bienestar (Nusbaum, 2002).

Gráfico 12. Porcentaje de médicos de familia y residentes de medicina familiar que preguntan el tipo de práctica sexual de los pacientes



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En esta gráfica se determina que un 17 %, considera la práctica sexual de

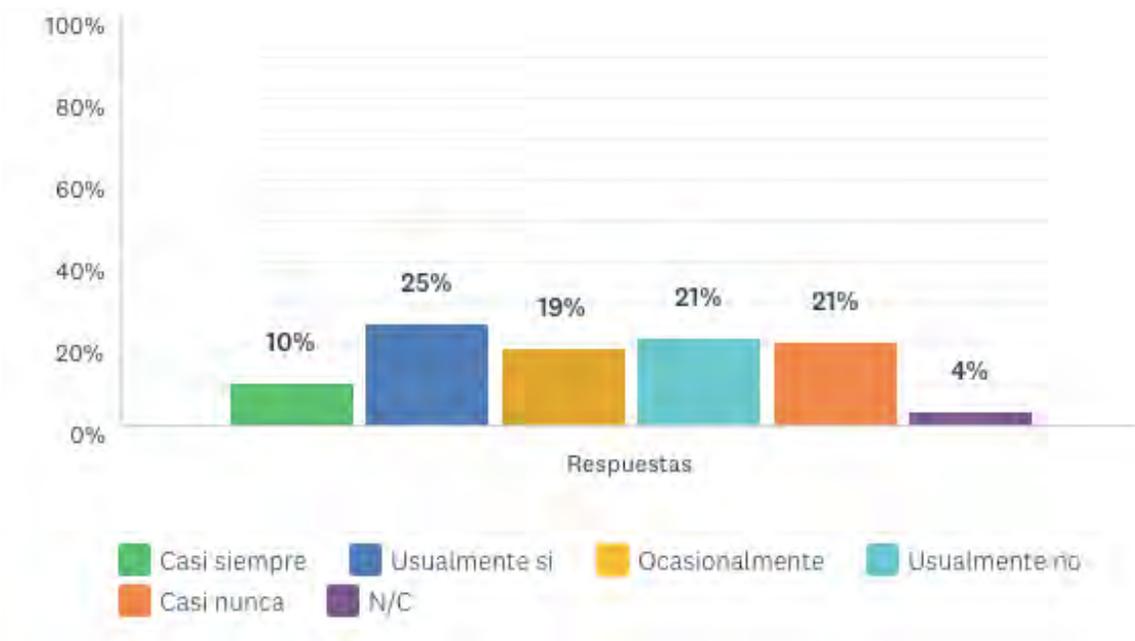
los pacientes como de importancia para el abordaje de sus patologías, con un porcentaje mayor (35 %) que valora este aspecto solo ocasionalmente. Por lo que se observa poca habitualidad en la interrogante de los tipos de prácticas sexuales de los pacientes.

Como explica Clark (2012) en su estudio realizado en médicos de familia para valorar el abordaje de la esfera sexual en los pacientes, las conductas sexuales riesgosas, en los pacientes principalmente adolescentes, son las causas principales asociadas con morbilidad, mortalidad y problemas sociales, por lo que se refuerza la necesidad de realizar un interrogatorio adecuado, en el que se incluya este aspecto en la historia clínica.

4.2.2. Posibles Sesgos en la Atención a Minorías

Existen múltiples sesgos internos o ideas preconcebidas atribuidos a la población LGBT que, por razones personales y culturales ligadas a un estándar heterosexista, generan prejuicios que podrían afectar el abordaje de este grupo poblacional.

Gráfico 13. Suposición de los médicos de familia y residentes de medicina familiar de la orientación sexual e identidad de género, según apariencia física



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se observa que alrededor de un tercio de los entrevistados asume la orientación sexual a partir de la apariencia física del paciente.

En contraste y, como elemento positivo, se aprecia que la mayoría de la población en estudio no tiende a asumir la orientación según apariencia, que se consideraría como una práctica culturalmente competente, ya que entre las limitaciones más importantes hacia la equidad en salud de la población LGBT, predominan algunas ideas sesgadas provenientes del heterosexismo, con ideas neutralistas que imponen ciertas cualidades y pensamientos estereotipados, lo que puede resultar en suposiciones que interfieren en el abordaje de este sector.

Asumir que el paciente con el que se trata pertenece a un grupo mayoritario cierra la posibilidad de intervención más ajustada a las necesidades de este, así como asumir que cierta orientación tiene prácticas sexuales exclusivas, sin interrogar más allá de conductas riesgosas o información de interés para mantener la salud del individuo (Carroll, 2018).

Tabla 2. *Opiniones acerca de la orientación sexual, según los médicos de familia y residentes de medicina familiar del 2019*

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Se nace con una orientación sexual determinada (1)	26%	35
La orientación sexual puede ser elegida en algún momento del desarrollo (2)	40%	54
Está determinada por algún tipo de trauma en el complejo de Edipo o Electra (3)	3%	4
Puede modificarse en cualquier momento de la vida (4)	32%	43
TOTAL		136

Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En esta tabla se muestran algunas ideas relativas al concepto de orientación sexual, los porcentajes indican que la mayoría de especialistas y residentes de medicina familiar consideran la orientación sexual como una elección personal, por otra parte, un 31 % afirma que esta es modificable y que puede darse en cualquier momento de la vida, un 26 % considera que es un rasgo que se da al nacer y una minoría plantea que se encuentra asociada a un trauma en el complejo de Edipo o Electra.

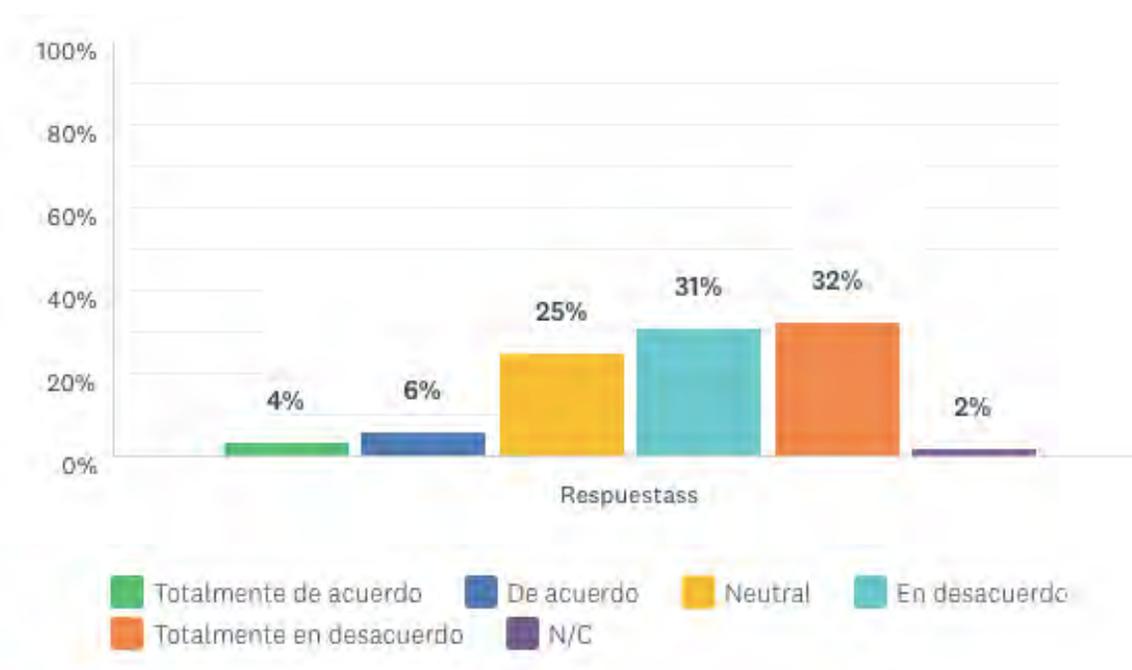
En cuanto a la etiología de los diferentes espectros de la orientación sexual, se observan criterios erróneos como los predominantes en las respuestas de los médicos de la muestra, en las que la mayoría sobresaltan la noción de que la orientación sexual puede elegirse o modificarse en cualquier momento de la vida. En contraste con esta idea, la literatura afirma que las conductas asociadas a las orientaciones sexuales diversas y la identidad de género, no se dan por escogencia *per se* y sus reflejos se exponen desde la niñez (Forcier, 2019).

Estos criterios, por lo general errados, derivan de los estigmas asociados a la diversidad sexual que pueden suprimir los deseos de los niños y adolescentes y, por esto, expresar actitudes heterosexuales que se consideran como la norma. Las diferencias culturales en lo que respecta a orientación sexual, puede afectar las expresiones de las personas con orientaciones diversas, principalmente en las

culturas en las que la orientación sexual es vista como un sistema binario, se tiende a patologizar la diversidad y cuando un niño o adolescente no se apega a esto, se tiende a estigmatizar tanto al niño como a su familia.

No obstante, otras culturas logran entender el género como un continuo desde hombres hasta mujeres, en un espectro de identidades, lo que facilita la aceptación de la diversidad (Forcier, 2019).

Gráfico 14. Relación entre orientación sexual e historia de trauma o abuso sexual como condición condicionante hacia una sexualidad disidente, según los especialistas y residentes de medicina familiar



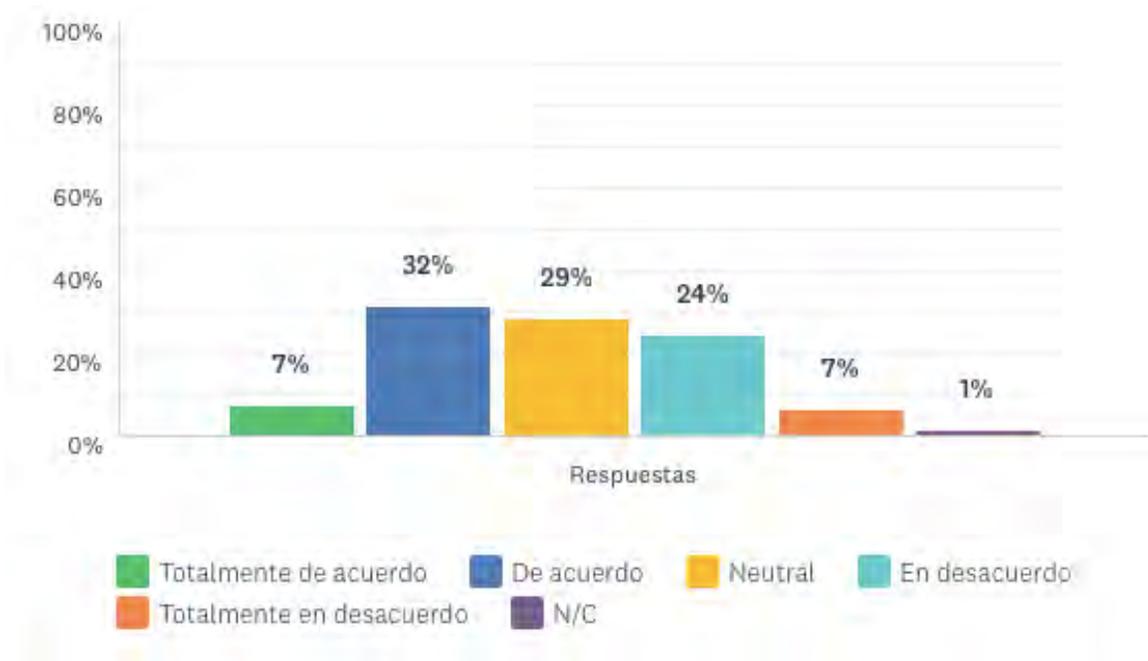
Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Con respecto a la asociación entre el abuso sexual como detonante de una orientación sexual diversa, la mayoría de los médicos de la población de estudio descartan esta idea, lo que demuestra gran competencia, ya que esta asociación corresponde a uno de los grandes mitos asociados a la comunidad LGBT. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) describe una alta prevalencia de abusos perpetuados a personas con sexualidad disidente, asociado a otros estresores en la infancia, como negligencia y maltrato

físico.

Sin embargo, pese a la alta prevalencia que existe de historia de abuso sexual en la población LGBT, estos estresores no deben considerarse un causal directo de la orientación sexual de las personas con diversidad sexual, por lo que se debe establecer la diferencia. En cambio, se considera que las minorías sexuales son víctimas de abuso en probable relación a su conducta sexual distinta a la heterosexual, por lo que se debe tomar en cuenta este punto para protegerlas (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Gráfico 15. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales para tener múltiples parejas en comparación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

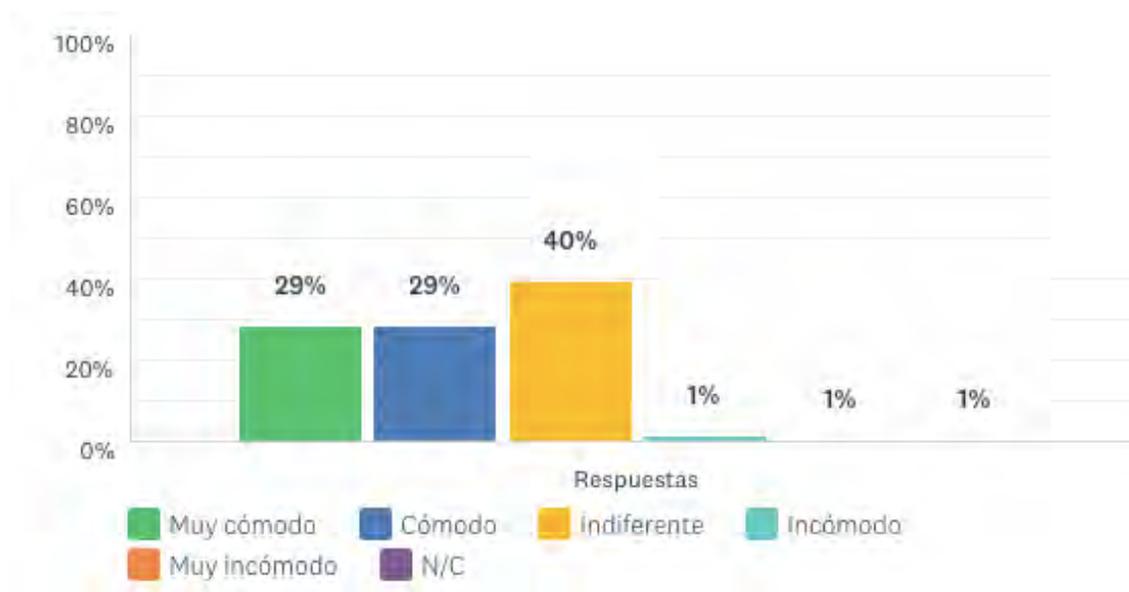
Se observa, además, un 39 % de la población que considera que el grupo LGBT tiende a tener más parejas sexuales que sus pares heterosexuales.

En la muestra se revela que persiste uno de los mayores mitos asociados a la comunidad LGBT, es decir, que se cree que las personas pertenecientes a este grupo son más tendientes a presentar múltiples compañeros sexuales que la

población heterosexual.

Aunque, se requiere un abordaje adecuado para la prevención y curación de enfermedades de transmisión sexual, no se debe derivar de esto la idea errónea de que la población con sexualidad disidente es más *promiscua* que la general. Al igual que el resto de la población, hay muchas personas que incurren en conductas sociales de riesgo que, a la vez, procede de un trastorno social complicado, sin embargo, esto no puede asumirse a la orientación sexual (Brigham and Women's Hospital, 2016).

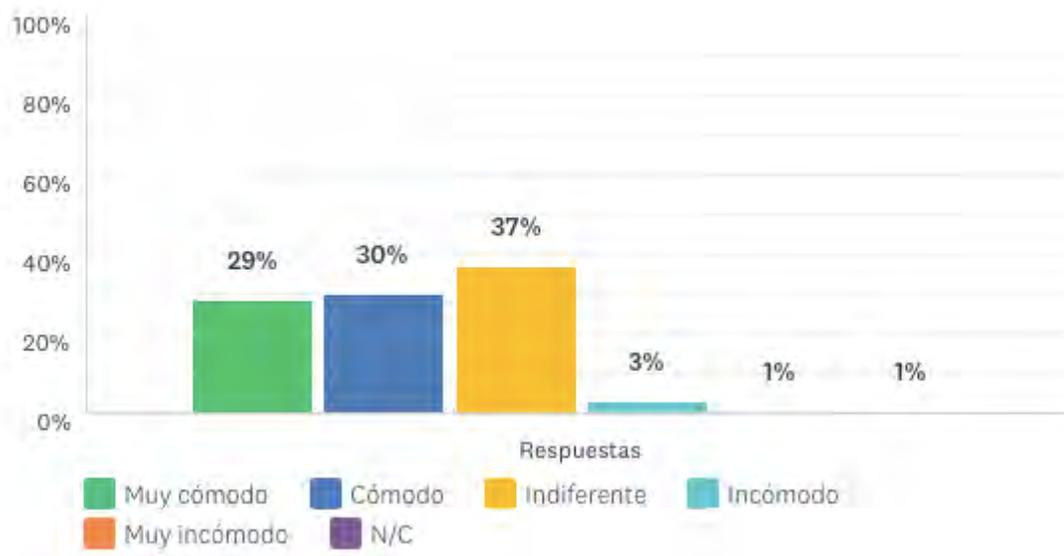
Gráfico 16. Nivel de comodidad al brindar atención a las personas bisexuales, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Según los datos obtenidos, un 58 % de los médicos de familia y residentes de medicina familiar indican sentirse cómodos al atender a un paciente que se reconoce como bisexual, lo que indicaría un nivel de empatía asociado a la atención de esta población. Posteriormente, un 40 % mostró indiferencia de atender a este sector, con un criterio más neutral acerca de su orientación.

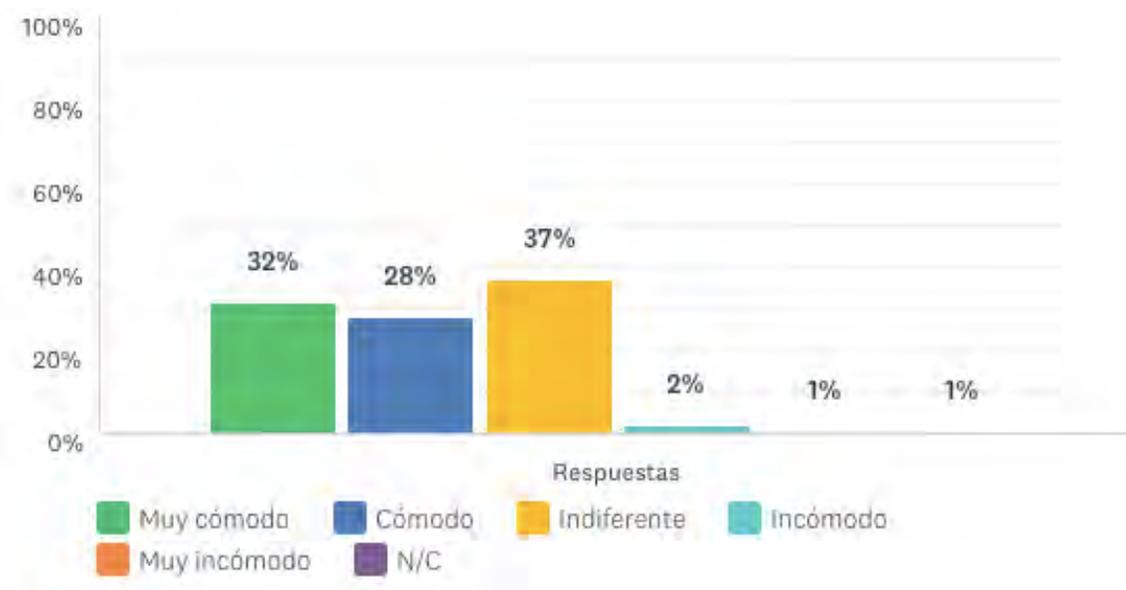
Gráfico 17. Nivel de comodidad al brindar atención a las personas lesbianas, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Según los datos obtenidos, un 59 % de los especialistas y residentes de medicina familiar se siente cómodo de atender a pacientes que se reconocen como lesbianas, un 36 % indicó indiferencia ante esta condición y un 4 % señaló niveles de incomodidad al atender a la población LGBT. Al observarse un incremento en el nivel de incomodidad en comparación con las personas bisexuales, se realiza un control cruzado de respuestas por sexo, en el que se determinó que este aumento corresponde a mujeres.

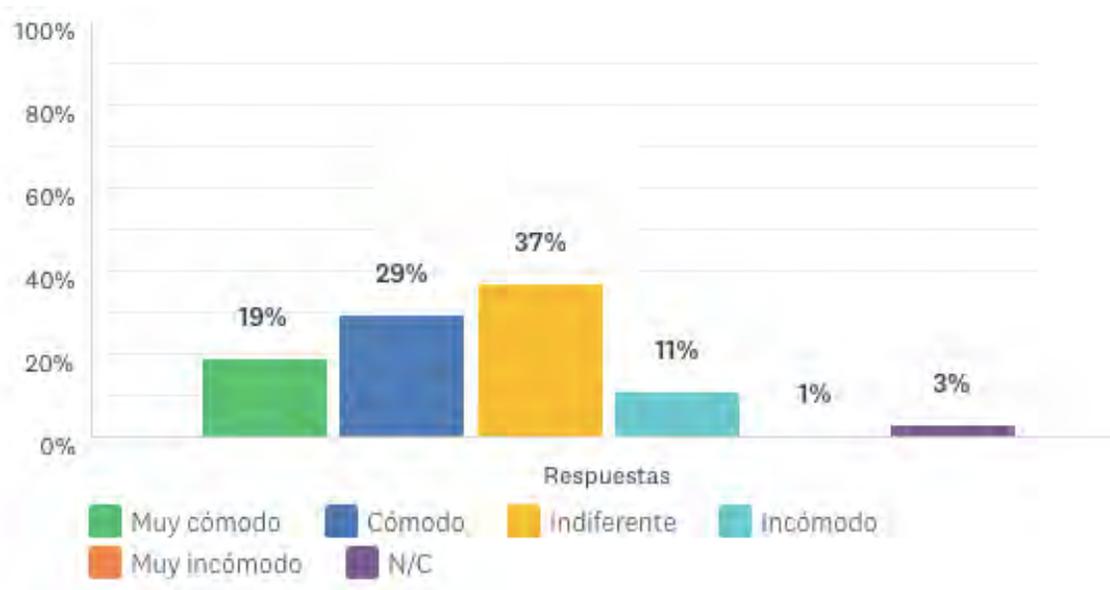
Gráfico 18. Nivel de comodidad al brindar atención a los hombres homosexuales, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En el gráfico se observa un nivel de comodidad de un 60 %, similar a los dos grupos anteriores, a la vez, se puede ver que un 37 % de la población es neutral ante la atención de un hombre homosexual y un 3 % mostró incomodidad. En este caso se determina un discreto aumento de la comodidad durante la atención de este subgrupo de la población LGBT.

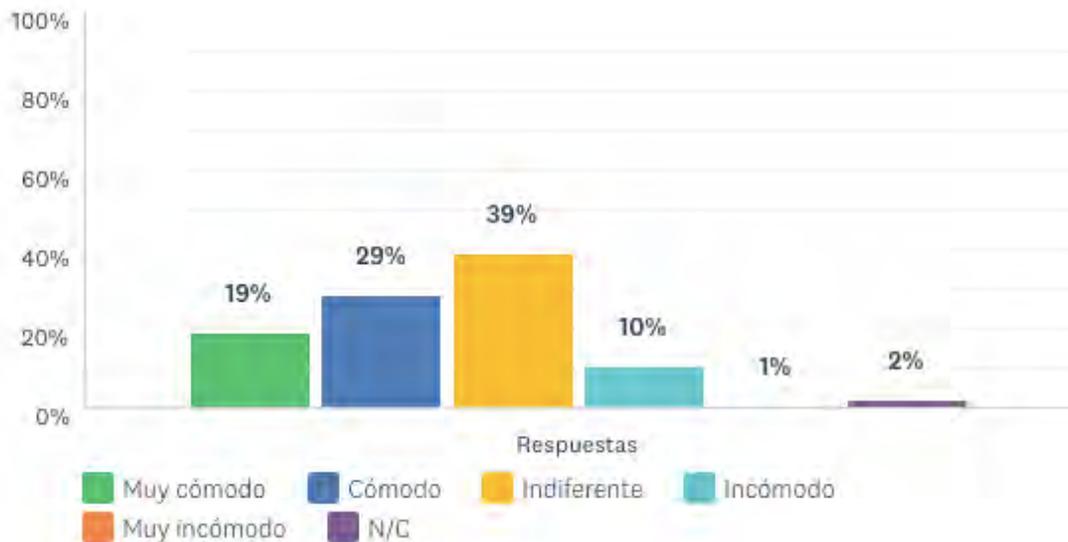
Gráfico 19. Nivel de comodidad al brindar atención a mujeres transgénero, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Este gráfico muestra un 48 % de médicos que reportan comodidad al atender a una mujer transgénero, con una constancia en el porcentaje de neutralidad. Se observa un incremento en el nivel de incomodidad (12 %) y un 3 % que se abstiene de contestar. En este caso se presenta un leve aumento de abstinencia a responder.

Gráfico 20. Nivel de comodidad al brindar atención a hombres transgénero, según especialistas y residentes de medicina familiar del 2019

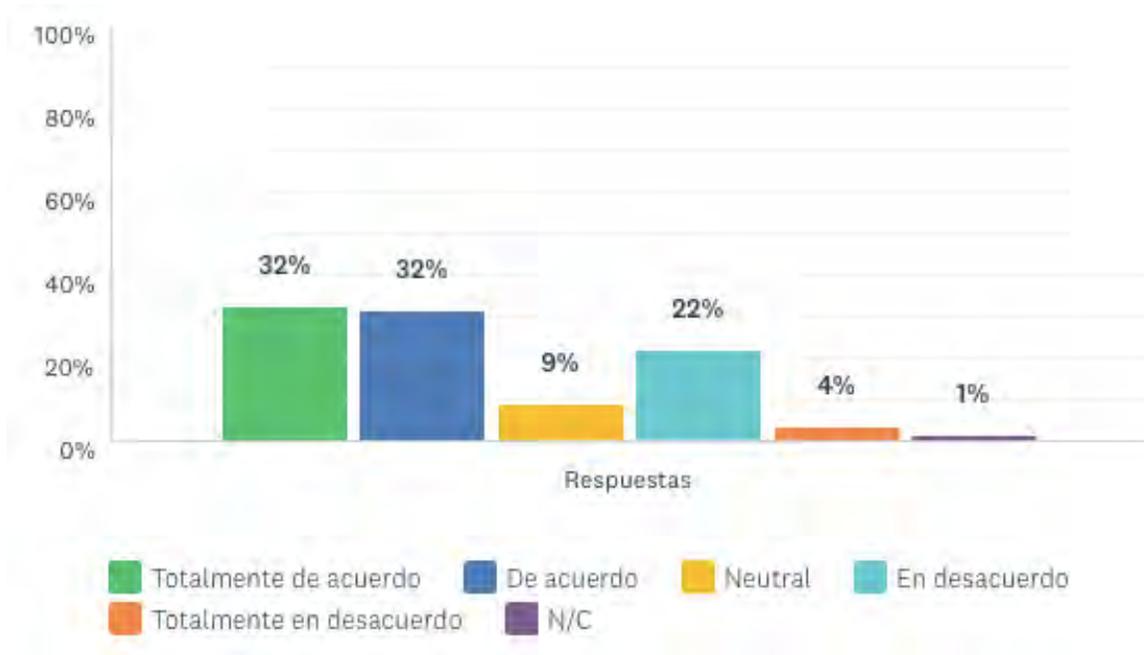


Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Se observa una similitud del nivel de comodidad reportado para la mujer transgénero (48 %), con un leve incremento del porcentaje de neutralidad (39 %) y un nivel de incomodidad similar en comparación con la mujer transgénero (11 %).

Es llamativo que la atención a personas transgénero reportó el menor porcentaje de comodidad. Se ha descrito por la encuesta nacional de discriminación a personas transgénero de los Estados Unidos, que en la población LGBT las personas transgénero presentan los mayores índices de estrés y discriminación y en el ámbito mundial se considera el grupo más poco entendido y más estigmatizado en este grupo poblacional. Por lo tanto, se sugiere especial mejoría de competencias culturales para este sector (Liu, 2017; The US transgender survey, 2015).

Gráfico 21. Nivel de equiparación de las necesidades de la población LGBT con las necesidades de la población general, según los especialistas en medicina familiar y médicos de familia del 2019

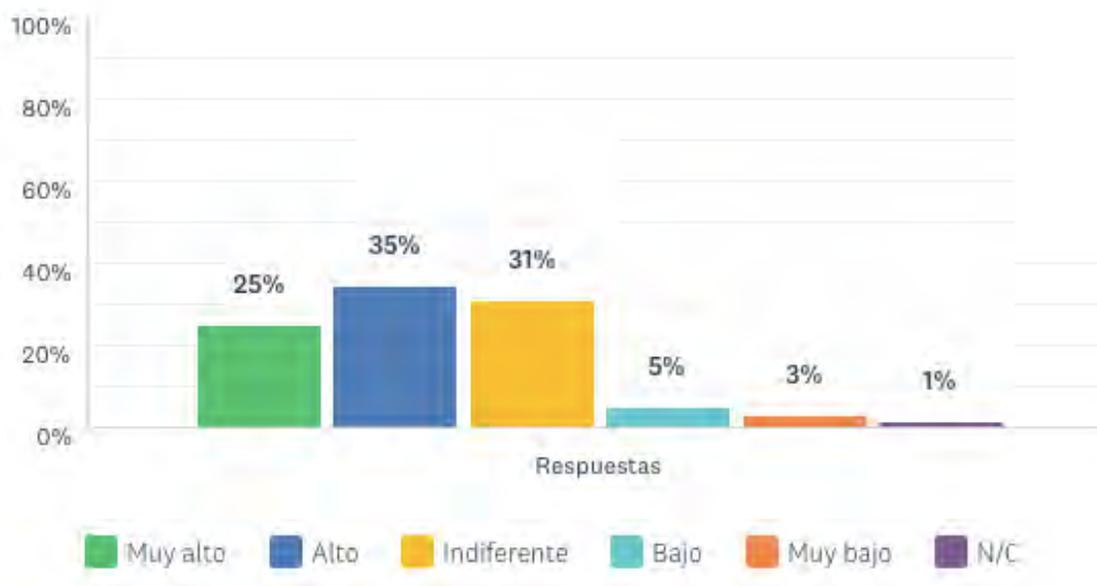


Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

De acuerdo con la gráfica, un alto porcentaje de participantes (64 %) considera que las necesidades de la población LGBT son iguales que las de la población general, un 9 % se muestra indiferente ante la pregunta, un 26 % considera que son distintas y un 1 % se abstiene de responder.

Con respecto al establecimiento de las diferencias en las necesidades de la población LGBT, en cuanto a la población general, se observa cierta predisposición a creer que estas son similares. Según Surreira (2014) una actitud muy homogénea ante toda la población podría ser contraproducente para una atención adecuada de las singularidades de cada grupo, pese a que todos los pacientes deben atenderse sin distinción, se debe considerar que cada grupo poblacional tiene particularidades que lo diferencian y el médico de familia debe actuar de acuerdo con estas características.

Gráfico 22. Nivel de empatía para la atención de la población LGBT, según los especialistas en medicina familiar y médicos de familia del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

De acuerdo con los resultados de esta pregunta, un 60 % de los especialistas y residentes de medicina familiar indicó un alto nivel de empatía para la atención de la población LGBT.

Gráfico 23. Nivel de disposición de especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 para apelar la objeción de conciencia para no brindar atención a la población LGBT



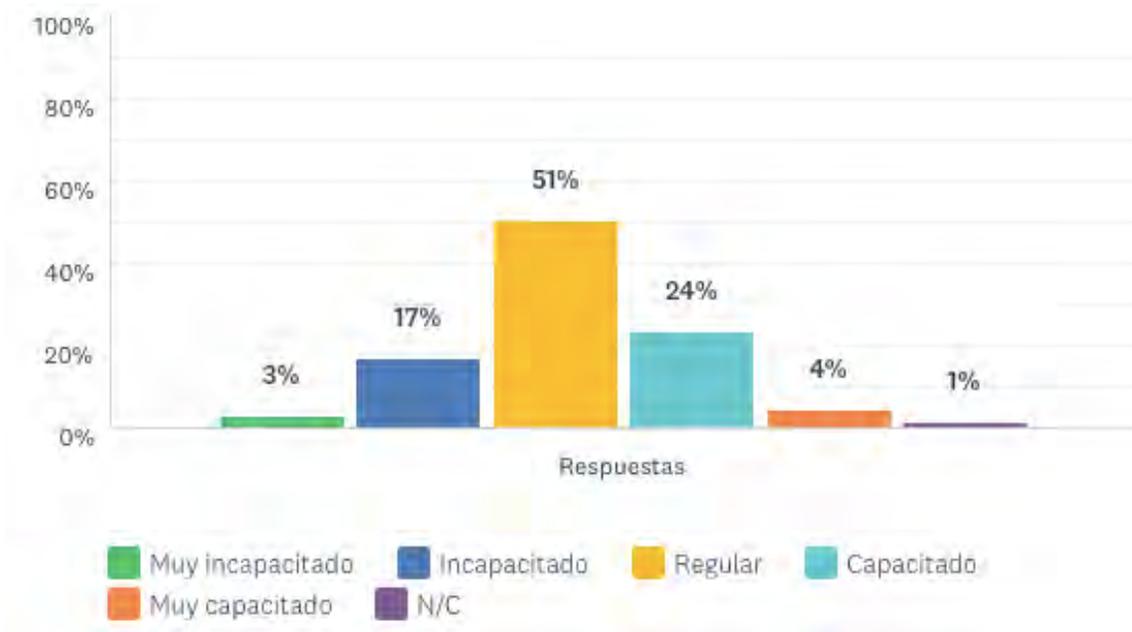
Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Según el gráfico anterior, un 6 % estaría dispuesto a rechazar la atención a la población LGBT, mientras que un 16 % se muestra indiferente y un 5 % se abstiene de contestar la pregunta. Por otro lado, un porcentaje significativo (73 %) se encuentra en contra de la objeción de conciencia, con el fin de negar la atención a las minorías sexuales.

En el ámbito general, se da una tendencia hacia la comodidad al atender todos los subgrupos de minorías sexuales, con una mayoría de médicos quienes reportan sentir empatía por estos grupos, mientras un porcentaje amplio indica que no negaría la atención a las minorías sexuales por objeción de conciencia. Según describe Derksen (2013), la empatía y la satisfacción del paciente son directamente proporcionales, pues esta logra disminuir la ansiedad del paciente y mejorar los resultados en el estado de salud.

4.2.3. Conocimientos Generales de las Necesidades de la Población LGBT

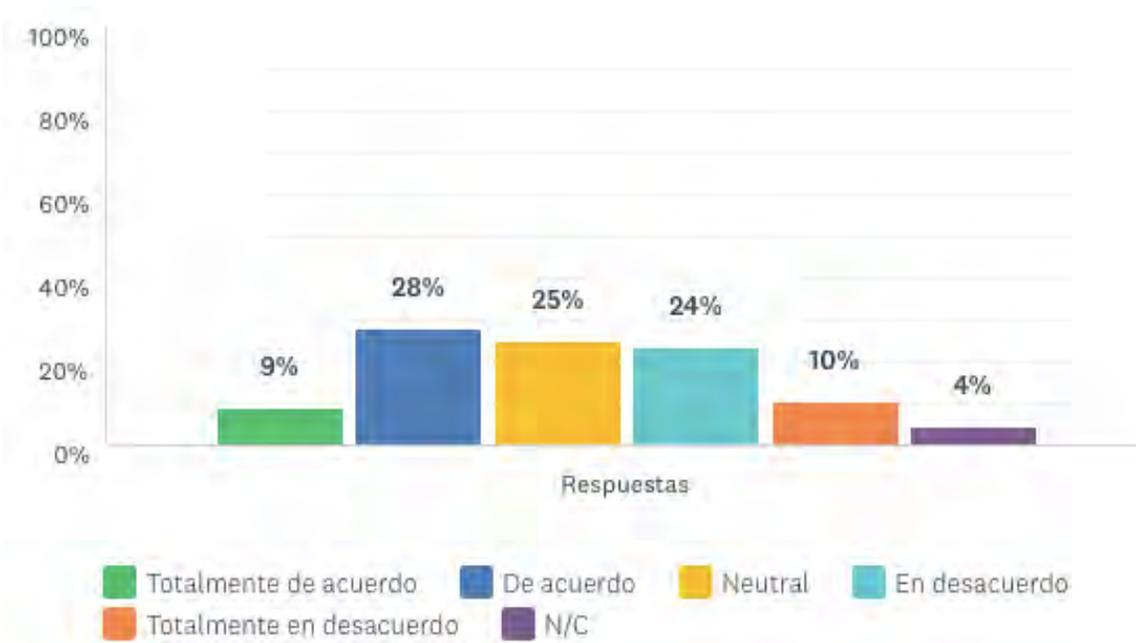
Gráfico 24. Autopercepción de la capacitación para la atención de la población LGBT, según los residentes y especialista de medicina familiar en el 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En cuanto al nivel de capacitación de los especialistas y residentes de medicina familiar para atender a la población LGBT, un 71 % no se autopercebe como adecuadamente capacitado, al igual que se documenta en médicos de familia canadienses en el 2015. Esto evidencia la necesidad de una intervención oportuna dirigida a la atención adecuada a este grupo poblacional, ya que esto es el causante principal de la omisión de aspectos de un grupo social que requiere cuidados especiales (Beagan, 2015).

Gráfico 25. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales al abuso de sustancias psicoactivas en relación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

En cuanto a riesgos asociados a la población LGBT, se determina que un 59 % de los encuestados no asocia a este sector con mayor riesgo de abuso de sustancias psicoactivas.

Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (2017), a partir de la encuesta realizada en el 2015, determinó que la población LGBT estaba ligada a mayor consumo inadecuado de sustancias psicoactivas y adicciones. Entre las causas se destaca el estigma social, la discriminación y otras barreras que no enfrentan los heterosexuales, además del mayor riesgo de acoso y violencia; todos estos estresores derivan en incremento de conductas riesgosas para la salud.

Gráfico 26. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales de padecer trastornos del afecto en relación con la población general

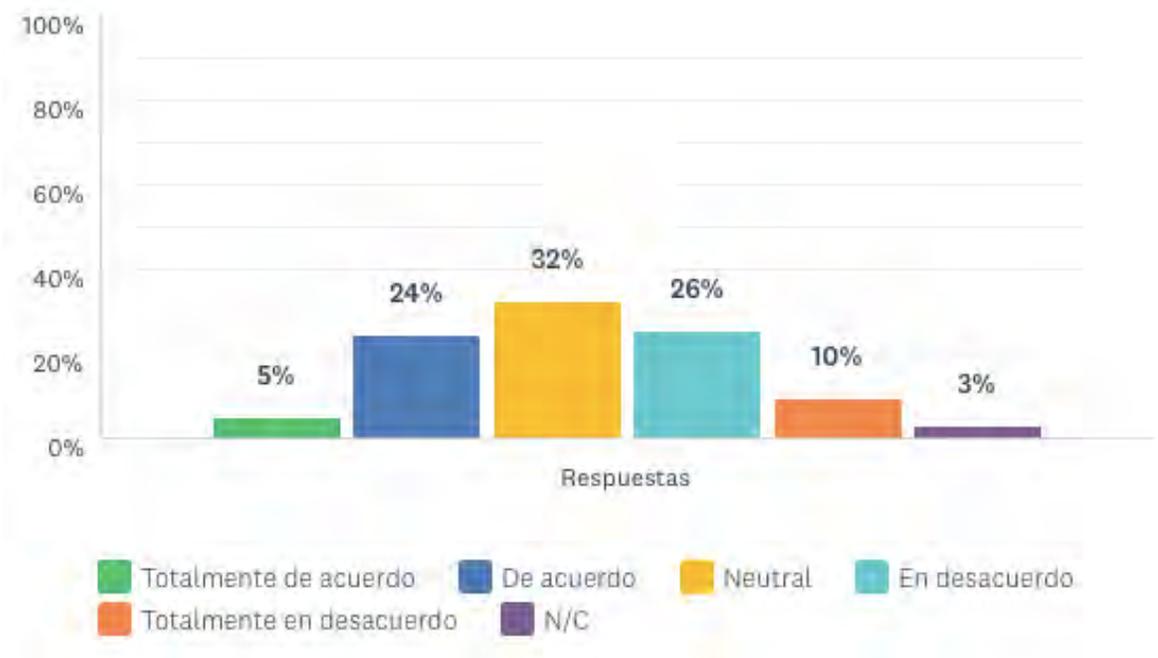


Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Un 60 % considera a la población LGBT con mayor tendencia a padecer trastornos del afecto que la población general.

La mayoría de los médicos de familia muestra una visión adecuada del riesgo asociado a las minorías sexuales de padecer trastornos del afecto. Según la encuesta de morbilidad psiquiátrica en adultos realizada en Inglaterra en el 2007 por el Servicio Nacional de Salud, se observó que la población que se identificó como no heterosexual estuvo mayormente asociada a infelicidad, episodios depresivos, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, psicosis e ideación suicida (McManus, Meltzer, Brugha, Bebbington y Jenkins, 2009).

Gráfico 27. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor tendencia de las minorías sexuales de padecer trastornos de alimentación en relación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

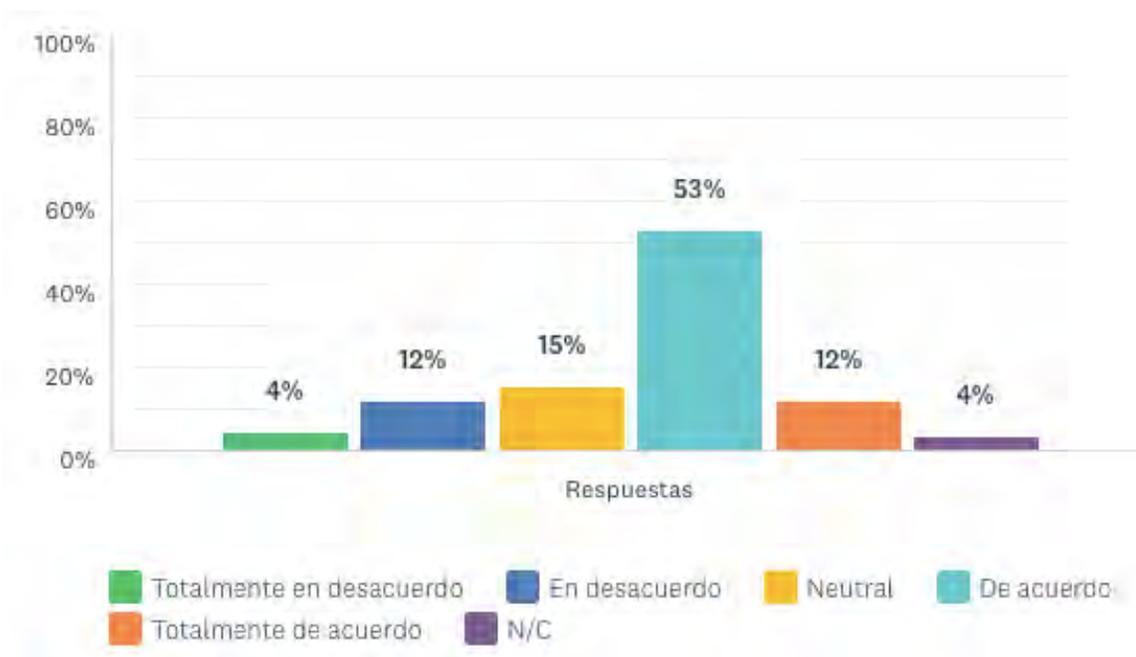
Un 68 % no asocia riesgo de trastornos de alimentación con esta población. En cuanto a conocimientos generales acerca de los riesgos inherentes al grupo poblacional LGBT, se observan ciertos déficits que sugieren la necesidad de educación de los médicos de familia, con respecto a la atención de las personas de sexualidad disidente.

Según la Asociación Americana de Trastornos de Alimentación (2012), en la población LGBT existe un incremento desproporcionado de estos trastornos y es evidente a edades tan cortas como los 12 años, en las que presentan mayor incidencia de atracones y bulimia que sus pares heterosexuales. Además, con respecto a minorías sexuales se ha reportado mayor incidencia de periodos prolongados de ayuno, uso de laxantes, anorexígenos, que la población general. Así como que de la población masculina que presenta trastornos de alimentación un 42 % pertenece a minorías sexuales.

Entre los factores asociados a padecer estos trastornos se destaca el temor

al rechazo por parte de familiares y amigos, como forma de autoflagelación por falta de aceptación de su propia identidad, como manifestación de un síndrome de estrés postraumático, disforia de género o como medio de alcanzar ideales de imagen corporal propias del contexto de la cultura LGBT.

Gráfico 28. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de suicidio de las minorías sexuales en comparación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

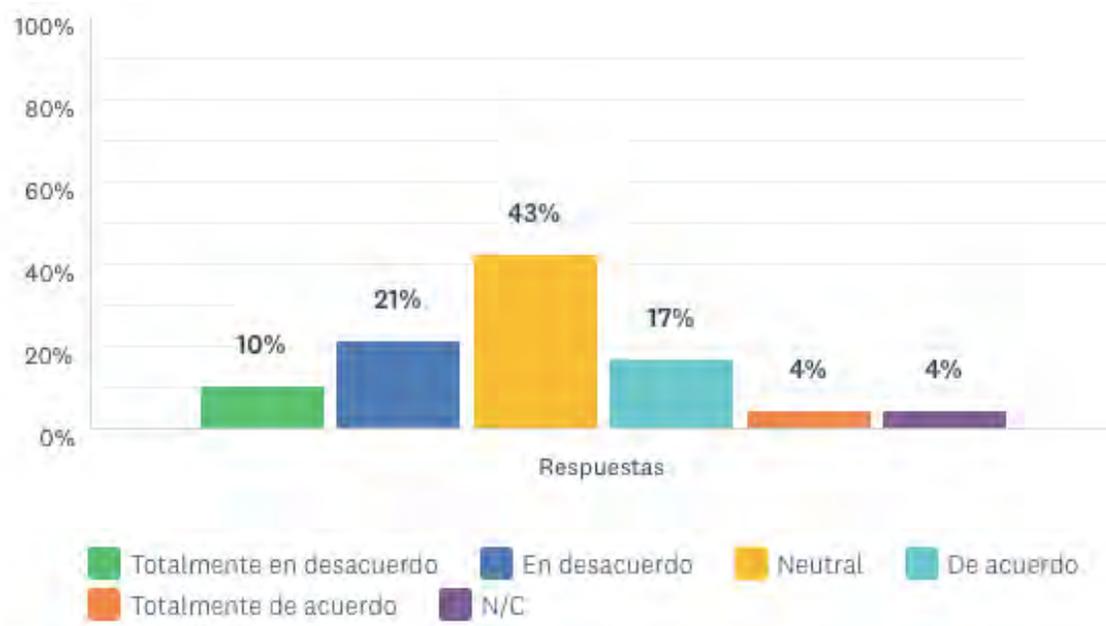
Se destaca alta consciencia del riesgo inherente de suicidio en la población LGBT, indicado por un 65 % de la muestra. Diversos estudios han demostrado el riesgo elevado que existe de suicidio en este sector. Actualmente, no existen datos exactos debido a la carencia de un registro de la orientación sexual o identidad de género en las actas de defunción, sin embargo, de un 12 % a un 19 % de los adultos pertenecientes a minorías sexuales reportan al menos un intento de autoeliminación, en contraste con un 5 % reportado por adultos heterosexuales (Grant y otros, s. f.).

En un metaanálisis de 25 estudios internacionales, se encontró que la prevalencia de intentos de suicidio en la población homosexual era hasta 4 veces

mayor que la heterosexual y en lesbianas fue 2 veces mayor (King, Semlyen, Tai *et al.*, 2008). En la población adolescente, se reflejó que las minorías sexuales tenían tres veces más casos reportados de intentos de autoeliminación y cuatro veces más intoxicaciones medicamentosas (Marshall, Dietz, Friedman *et al.*, 2011).

Las conductas suicidas en la población LGBT, al igual que otras conductas de riesgo relacionadas a este grupo, se asocian al estrés vivido por las minorías sexuales, lo que resulta en aislamiento social sumado a los trastornos del afecto descritos previamente, por lo que se requiere de estrategias adecuadas de detección y manejo oportuno, con el fin de prevenir resultados fatales.

Gráfico 29. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de tabaquismo de las minorías sexuales en comparación con la población general



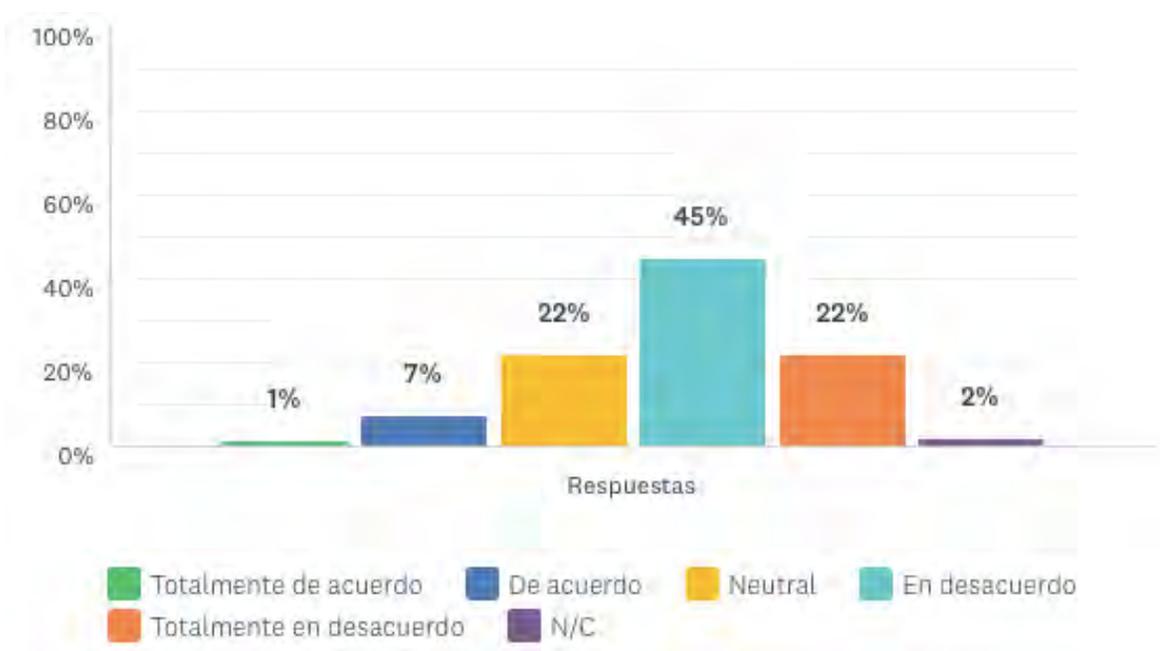
Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Según las respuestas obtenidas, solo un 21 % indicó mayor riesgo de tabaquismo de la población LGBT. De acuerdo con datos de la CDC, la proporción de fumadores en las minorías sexuales es de 1 por cada 5 personas, comparado con la población general que es de 1 a 6 personas, se asocia, además, mayores tasas de tabaquismo pasivo. Sumado a esto, se reporta que este sector es 5 veces

menos propenso a buscar estrategias de cesación de tabaquismo con respecto a la población general y de solicitar asistencia médica (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Los médicos de familia, como el especialista idóneo en materia de prevención, deben tener en cuenta estos riesgos para dar una consejería apropiada que se ajuste a las necesidades de los pacientes.

Gráfico 30. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de cáncer por parte de las minorías sexuales sin otras comorbilidades en comparación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Con respecto al riesgo de neoplasia asociado a las minorías sexuales, se observa que un 67 % de los participantes no las percibe como una población con mayor riesgo de cáncer en comparación con la población general.

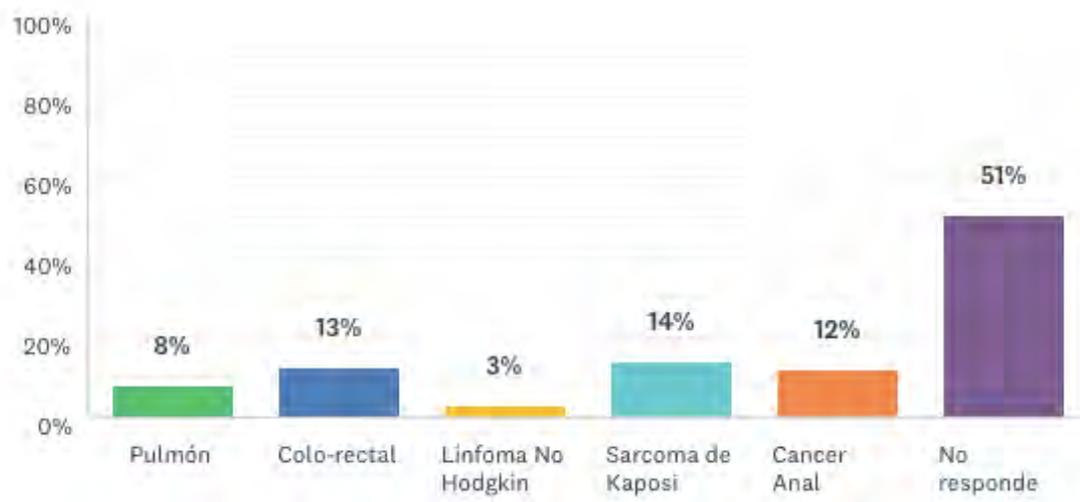
Se ha reportado que la población LGBT tiene un riesgo mayor de presentar algunos tipos de neoplasia, entre los que se destacan el cáncer anal, de mama, cervical, colorrectal, endometrial, de pulmón y de próstata (Tamargo, Quinn, Sánchez y Schabath, 2017). Además, se ha determinado que la población

homosexual es más propensa a ser diagnosticada con cáncer en algún momento de su vida que sus pares cisgénero (Boehmer, Miao y Ozonoff, 2011).

Las minorías sexuales a menudo enfrentan algunas barreras asociadas al cáncer no vistas en la población heterosexual, además, se ven envueltos en conductas cancerígenas a edades muy tempranas. Aunado a esto, estas poblaciones exhiben las menores tasas de tamizaje, como resultado de problemas sociales que derivan en poco acceso a la salud o por discriminación por parte del personal de salud, lo que resulta en diagnósticos en etapas muy tardías de la enfermedad.

La atención centrada en el paciente es un compromiso significativo con los pacientes y sus familias, en la que se debe prestar vital atención a los distintos contextos culturales y tomar en cuenta los riesgos propios de cada población, necesidades y retos que a menudo enfrentan las minorías (Griggs y otros, 2019).

Gráfico 31. Tipo de neoplasia más frecuente en la población LGBT sin otras comorbilidades, según la opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

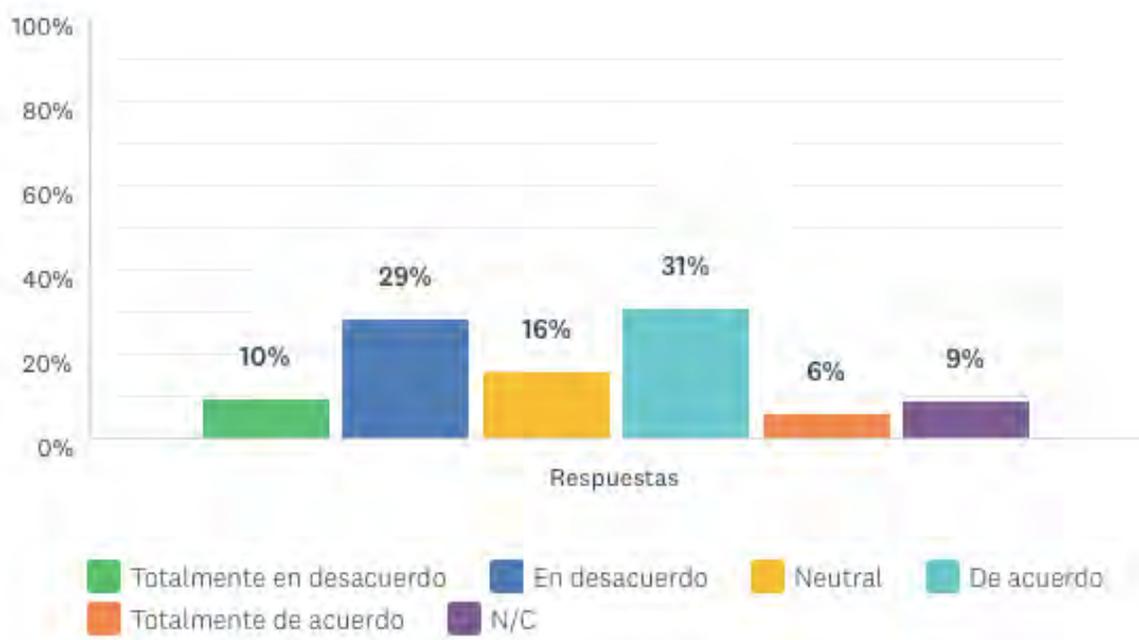
Un 51 % indicó desconocer el tipo de neoplasia más frecuente en la población LGBT, de los que indicaron una respuesta, la mayoría determinó el sarcoma de Kaposi.

Con respecto a la asociación entre el riesgo de neoplasia con la comunidad LGBT, se observa poco conocimiento por parte de los médicos, lo que puede derivar en sesgos en la atención. Durante un estudio en Londres en el 2017, la Red Europea de Investigación de Incongruencias de Género (ENIGI por sus siglas en inglés) encontró que los tipos más comunes entre las minorías sexuales por orden de mayor a menor se encuentran: 1) Carcinomas de pulmón o bronquios, 2) Cáncer anal, 3) Linfoma No-Hodgking, 4) Sarcoma de Kaposi, 5) Cáncer de colon y recto (Braun y otros, 2017).

Según la Red Nacional de Cáncer, en la población LGBT existen mayores probabilidades de diagnosticar con cáncer pulmonar, de mama, anal y hepático; este aumento puede explicarse por una etiología multifactorial al contemplar aspectos conductuales, sociales y económicos. Se debe entender que no es el hecho de pertenecer al grupo poblacional LGBT lo que aumenta el riesgo de cáncer, sino conductas específicas que derivan en mayores posibilidades de desarrollar una neoplasia (The National LGBT Cancer Network, 2019).

Es imperativo tener una visión global de las posibilidades de desarrollar una neoplasia adecuada al contexto del paciente, con el fin de no cometer algún acto negligente ante el desconocimiento de las necesidades de cada población.

Gráfico 32. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar acerca de si deberían existir diferencias en los programas de tamizaje de cáncer para las personas transgénero



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

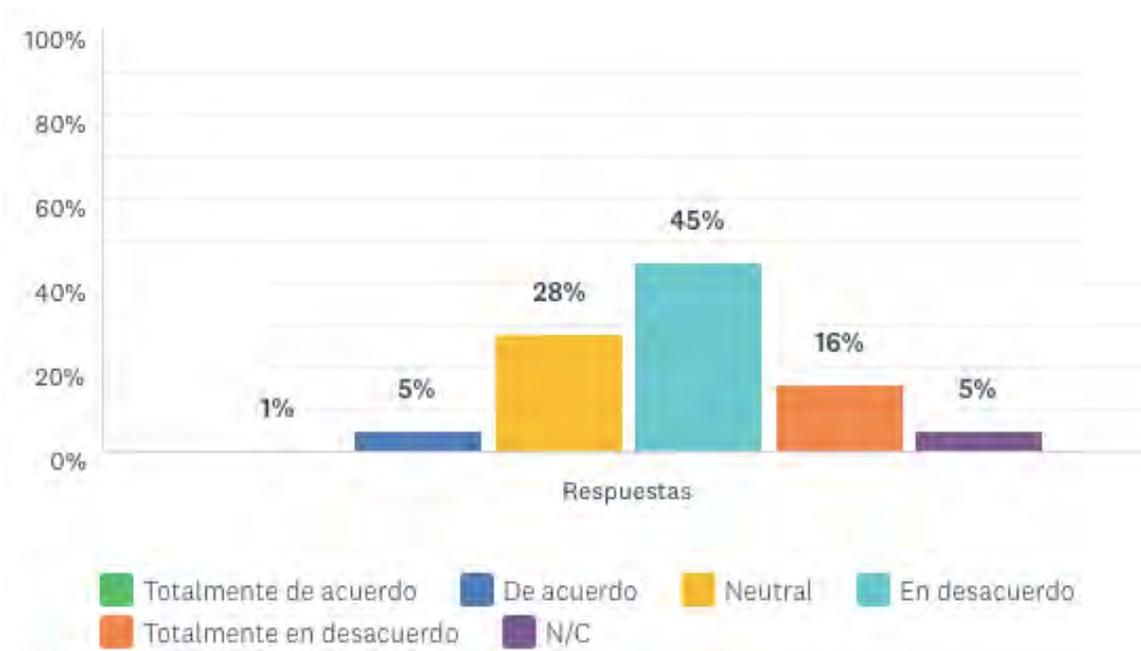
En relación con tamizajes de cáncer para las personas transgénero, un 37 % considera que los programas de tamizaje deben ser distintos a los de la población general.

Existen implicaciones clínicas que exigen el conocimiento de la orientación sexual e identidad de género de los pacientes. Al obtener esta información demográfica, las capacidades de atender de forma personalizada y comprensiva, ajustada a las necesidades de cada paciente, incrementan por medio de un entendimiento mayor del paciente, de su condición y de su atención médica (Ceres, Quinn, Loscalzo y Rice, 2018). Existen guías de tamizaje determinadas por identidad de género, orientación sexual y prácticas sexuales, que se deben tomar en cuenta para mejorar las prácticas clínicas en esta población.

Las personas transgénero constituyen mayor interés para el cribado de cáncer, ya que podría existir omisión de tamizajes propios del género de nacimiento (Papanicolau, mamografías y cribado por cáncer de próstata) (Rossi, 2017).

Sumado a esta problemática, el uso de terapia hormonal podría conferir en algunos casos un factor de riesgo en tumores hormono-dependientes (Braun y otros, 2017).

Gráfico 33. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca del mayor riesgo de afecciones cardiovasculares de las minorías sexuales en comparación con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Con relación a enfermedades crónicas no transmisibles, solo un 6 % consideró que la población LGBT tiene mayor riesgo de afecciones cardiovasculares.

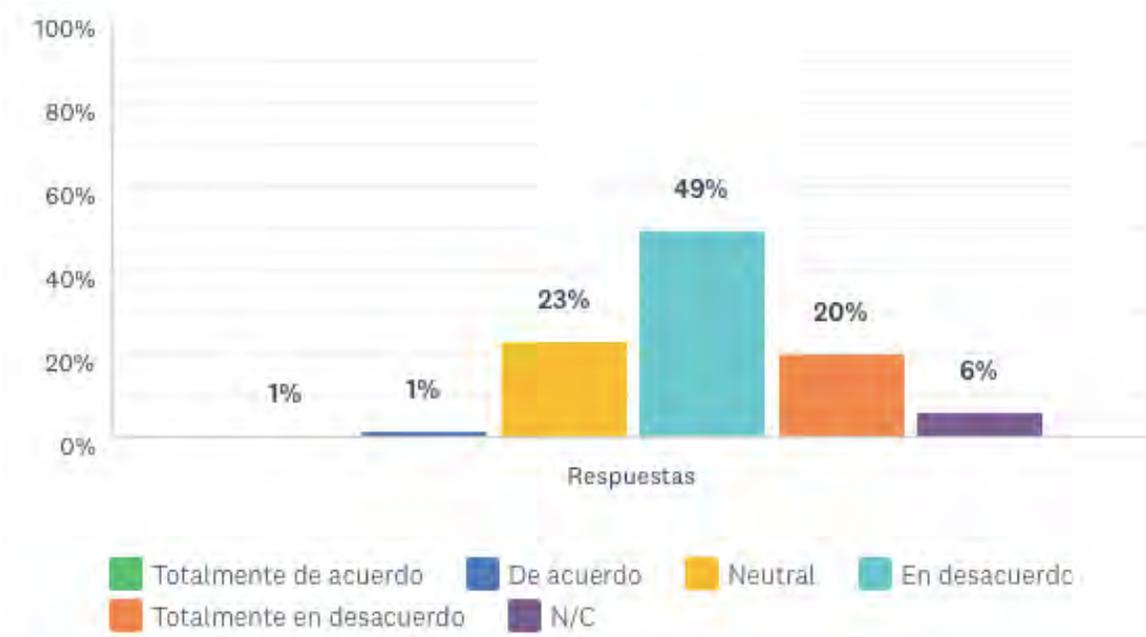
Las afecciones cardiovasculares continúan como la principal causa de muerte en el ámbito mundial y la población LGBT no es la excepción, tomando en cuenta factores de riesgo asociados. Cáceres y colaboradores en el 2017, realizaron una revisión sistemática en la que determinaron que el grupo de sexo biológico femenino perteneciente a minorías sexuales, presentó la mayor prevalencia de riesgo cardiovascular relacionado con tabaquismo, uso de alcohol, uso de drogas ilícitas, salud mental comprometida e índice de masa corporal alto.

Por otra parte, los del grupo de sexo biológico masculino presentan riesgo

asociado al uso excesivo del tabaco, uso de drogas ilícitas y salud mental comprometida (Cáceres y al, 2017).

Las condiciones sociales en esta población ejercen un efecto negativo proclive al aumento de riesgo cardiovascular en las minorías sexuales.

Gráfico 34. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor prevalencia de asma en las minorías sexuales con respecto con la población general



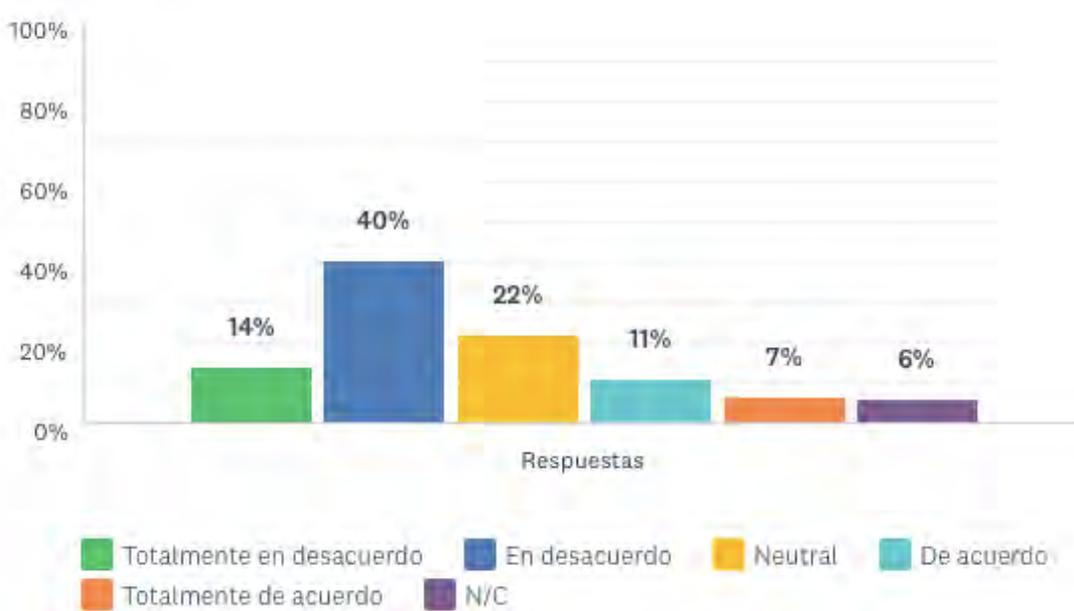
Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Solo un 2 % consideró que el asma en el grupo poblacional LGBT es más prevalente que en la población general.

Estudios han demostrado altas tasas de enfermedades crónicas no transmisibles en la población LGBT. Factores de riesgo como sedentarismo, tabaquismo, obesidad y barreras de acceso al sistema de salud son mayores en las minorías sexuales. El asma se ha identificado con mayor prevalencia en la población LGBT (Heck y Jacobson, 2006). Un análisis del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales indicó un aumento desproporcionado de asma en este sector. El incremento de estrategias preventivas, consejería adecuada en salud y

promoción de estilos de vida saludables, puede generar un gran impacto en la atención a este grupo poblacional (Conron, Mimiaga y Landers, 2010).

Gráfico 35. Opinión de los especialistas y residentes de medicina familiar del 2019 acerca de la mayor prevalencia de EPOC en las minorías sexuales con respecto con la población general



Fuente: Cuestionario sobre competencias culturales para la atención de la población LGBT en especialistas y residentes de Medicina Familiar, febrero 2019.

Un 18 % considera que el EPOC es más frecuente en la población LGBT.

Con el incremento de tabaquismo asociado a esta población, no es sorprendente encontrar un aumento de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En el 2013, se llevó a cabo la entrevista nacional de Salud, la cual determinó un incremento de esta patología en la población LGBT, predominantemente en adultos bisexuales con un doble de la prevalencia general (National Center for Health Statistics, 2013). Al igual que estos datos un estudio realizado en Suecia documentó un aumento en el riesgo de enfermedades graves prevenibles en este grupo, entre estas el EPOC (Bränström, Hatzenbuehler, Pachankis y Link, 2016).

En el ámbito general se observa que pese a que existe un nivel adecuado de empatía para la atención de las minorías sexuales, persisten conductas poco competentes que limitan la equidad en la atención, por lo que se requiere una

estrategia de abordaje de los médicos de familia como las que se desarrollan en otros países.

Múltiples estudios han intentado mejorar las competencias culturales en los prestantes de salud, por ejemplo, en el 2015, Borough realizó un estudio que demostró que en un grupo de psicólogos se requería una mejora de competencias culturales, por lo que se procedió a realizar múltiples intervenciones educativas. Posterior a estas, los prestantes de salud se calificaron como culturalmente conscientes (Boroughs y Bedoya, 2015).

En el 2008 la Universidad de California, en San Francisco, realizó un grupo focal, con una respuesta satisfactoria con respecto a la implementación de las competencias culturales en los estudiantes de medicina de segundo año (Kelley, Chou, Dibble y Robertson, 2008).

Otros entes internacionales se han esforzado para mejorar la atención de minorías sexuales. La Guía de Fenway para la salud de las lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, es uno de los recursos más importantes para proveedores de salud del primer nivel, que ofrece herramientas adecuadas para aumentar el acceso a la salud a estas poblaciones. Esta incluye métodos para toma de historia clínica, comunicación adecuada a las necesidades de la población, prevención, tamizajes y la cobertura de necesidades físicas y mentales específicas para estas minorías (Surreira, 2014).

Según una revisión sistemática realizada en Inglaterra por la Universidad de Birmingham, la mayoría de literatura disponible acerca de distintos entrenamientos para médicos a nivel de competencias culturales, datan de los Estados Unidos, en donde el esfuerzo por mejorar las competencias culturales de las minorías sexuales ha sido una prioridad, con múltiples recursos para que los prestantes de salud, logren la equidad en salud hacia el bienestar de la población LGBT.

Debido a lo anterior, en el pregrado de la Universidad de Yale y Harvard han incluido en su oferta académica cursos con la intención de que, desde el pregrado, las habilidades y herramientas de los médicos en formación para la atención de las

minorías sexuales sean adecuadas (Sekoni, Gale, Manga-Atangana, Bhadhuri y Jolly, 2017).

En cuanto a las asociaciones de médicos de familia, la Asociación Americana de Médicos de Familia, se ha esforzado porque sus asociados se actualicen constantemente, desde una visión integral, para el manejo de la población LGBT. Para esto, ha habilitado múltiples sitios con un contenido importante de guías que mejoren la atención a este grupo poblacional (Asociación Americana de Médicos de Familia, 2019).

Por otro lado, el Colegio Real de Médicos Generales en Irlanda del Norte, ha producido guías para Médicos de Familia como apoyo para el servicio de la población LGBT. Estas guías han sido un esfuerzo de múltiples asociaciones que han tendido interés en los cuidados de la salud y el abordaje social de estas poblaciones en el país europeo (Colegio Real de Médicos generales, 2019).

En el ámbito latinoamericano existen pocos estudios y estrategias que aborden las competencias culturales de los médicos para atender a la población LGBT. En Chile se elaboró la Guía de Orientaciones y Recomendaciones para la Atención de Adolescentes y Jóvenes Gays, Lesbianas y Bisexuales en el Nivel Primario en Salud, por la Universidad de Chile, junto con Organizaciones no Gubernamentales. Esta consiste en la realización de grupos focales, en las que se señalan y se organizan las distintas limitaciones de los jóvenes, derivadas de su orientación sexual o identidad de género (Montero, 2017).

El mejoramiento de las competencias culturales se considera de interés general, con el fin de realizar una detección temprana de riesgos asociados a la comunidad LGBT, con esto se conseguiría una disminución de costos, mortalidad y discapacidad. No poseer la capacidad adecuada de manejo y de atención de las minorías sexuales deriva en un problema de salud pública, al neutralizar constantemente conductas que requieren mayor atención y preparación por parte de los médicos.

Aspectos que podría mejorar el estado de salud de la población LGBT,

incluyen médicos culturalmente competentes para su abordaje, con estrategias que mejoren la calidad de la atención, refuerzo positivo de la identidad sexual, estrategias de disminución de riesgos asociados a las minorías sexuales, disminución de victimización, de ideas sesgadas, conciliación para lograr la aceptación familiar y del medio, promover la resiliencia y seguridad en el medio que mejore la calidad de vida de este grupo poblacional y genere un impacto en la reducción de conductas riesgosas derivadas propiamente del entorno hostil asociado.

4.3. Limitaciones

Conforme a la evidencia y resultados de este estudio, es importante tratar inicialmente las limitaciones que se encontraron para conseguir una muestra adecuada entre los límites preestablecidos de la población. Pese a que se obtuvo una cantidad significativa de médicos y una totalidad de la muestra de residentes de medicina familiar, se utilizó un muestreo no probabilístico, ante la carencia de los datos de contacto de todos los médicos del país.

No contar con la información de contacto del 100 % de la muestra en estudio, limitó el alcance a más participantes, lo que hubiera mejorado el margen de error. Con esto se pudo mostrar inferencias de mayor valor estadístico o, en su defecto, utilizar estrategias aleatorizadas de toma de muestra.

La literatura revisada en este escrito se basó en literatura predominantemente occidental, lo que sugiere que los sesgos en los países latinoamericanos pueden ser todavía mayores que los encontrados en las poblaciones descritas en estos textos.

Elaborar preguntas cerradas dejó dudas del porqué se plantearon algunas respuestas, que pudieron enriquecer las variables a considerar en el estudio.

A la fecha no existe un instrumento estandarizado que mida las competencias culturales de los médicos hacia la población LGBT y los que existen se enfocan en la parte de sesgos personales, sin evaluar otras áreas de conocimiento.

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La población de médicos de familia y especialistas en formación se caracteriza por estar compuesta predominantemente de médicos de distribución similar entre hombres y mujeres, en etapa de adultez joven y madura, con alta experiencia en la práctica de la medicina, concentrados en su mayoría en el área metropolitana y con una importante variabilidad en lugares de atención que discurren entre el primer y tercer nivel, en los que predominan los extremos.

En la realización de este proyecto se logró dilucidar que existe gran empatía, comodidad e intención hacia la equidad en la atención del grupo poblacional LGBT, debido a la formación centrada en las personas que poseen los médicos de familia. Sin embargo, existen déficits producto del desconocimiento y el sesgo estructurado por una tendencia hacia la heteronormatividad arraigada que podría incidir en errores en el momento de atender a este sector.

En cuanto a las habilidades generales, se observa que a pesar de que la mayoría de médicos de familia mantiene una definición adecuada sobre términos como orientación o identidad sexual, todavía existe un porcentaje significativo que no maneja, de manera correcta, las definiciones pertinentes. Otra limitación importante radica en la omisión de la esfera sexual durante la atención médica.

Detectar riesgos de la práctica clínica y, probablemente, de la clínica médica, mejorará la percepción de conductas de riesgo que sean necesarias para el abordaje de la población general, lo que promueve actividades de tamizajes y prevención de la población LGBT que sean personalizadas y adecuadas a la condición y prácticas sexuales de cada paciente.

Con respecto a sesgos, queda demostrado que todavía existen ideas erróneas acerca de la etiología de la diversidad sexual, al considerar la identidad de género y la orientación sexual como una elección que se puede modificar, lo que podría generar un deterioro en la relación médico-paciente ante la percepción del

desconocimiento de los médicos, quienes deberían figurar como líderes en la atención de las particularidades de cada grupo social.

En relación con otras conductas preconcebidas y conocimiento de riesgos como trastornos del afecto y riesgo de suicidio, los médicos de familia mostraron actitudes globales competentes. No obstante, no existe consciencia de riesgos como abuso de sustancias, trastornos de alimentación, tabaquismo y enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedad cardiovascular, asma, EPOC y riesgo de cáncer en la población LGBT.

Un porcentaje importante de médicos de familia reconoce tener carencias en brindar una atención integral a la población LGBT, a pesar de tener un buen entrenamiento y sentirse con suficiente experiencia en su práctica médica para atender a este grupo. Por lo anterior, se requiere de elementos teórico-prácticos y científicos y el uso de herramientas que mejoren la atención de las minorías sexuales.

El sistema de salud y de educación médica ha mostrado limitaciones en la equidad en salud de la población LGBT. La violación constante de derechos y aislamiento social histórico hacia este grupo ha tenido repercusiones para permitirles llevar una vida en plenitud. Afortunadamente, este sector ha evolucionado a una mejoría de condiciones y aceptación y los médicos de familia requieren ser partícipes de esta evolución para impactar en el estado de salud de la sociedad.

5.2. Recomendaciones

- Se sugiere una intervención más oportuna durante el interrogatorio con el paciente, con abordajes apropiados de la esfera sexual de los pacientes, con el fin de detectar factores protectores o de riesgo que pudieran influir en el proceso salud-enfermedad de la población.
- Se requieren más estudios que brinden una estimación más cercana de la realidad de las distintas minorías sexuales, las barreras más

importantes que enfrentan estos pacientes en la atención en salud, así como estrategias de intervención que sean medibles para el mejoramiento de las habilidades para los cuidados de salud de esta población.

- Se recomienda realizar estudios cualitativos que no solo describan, si no interpreten desde un paradigma fenomenológico los hallazgos en esta investigación. De la misma manera, se sugiere la desarrollar estudios analíticos que puedan determinar asociaciones causales entre variables relacionadas con prejuicios, mitos o creencias de los médicos de familia acerca del abordaje y atención de las personas LGBT.
- En cuanto al posgrado, se podría exhortar a los especialistas en formación a la mejoría de competencias culturales de algunas poblaciones vulnerables, con el fin de mejorar la oferta de servicios a los centros de salud, con una visión dinámica ajustada a las necesidades actuales de una sociedad cambiante.
- Se deben crear espacios de diálogo e intercambio de ideas entre profesionales especialistas en medicina familiar para compartir experiencias en el tema del abordaje de la población LGBT y el impacto que las diferentes estrategias han tenido o pueden tener en el bienestar de este sector.
- Se debe estimular la adquisición de estrategias de comunicación por parte de residentes y especialistas en medicina familiar, con el fin de que el médico ofrezca un espacio de seguridad y confianza al paciente, libre de prejuicios con respecto a la sexualidad y en el que el médico pueda servir como un guía o consejero de su paciente, sin imponer sus creencias religiosas, valores o principios éticos.

Bibliografia

- Beagan, B. & E., F. (2015). Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. *Canadian Medical Education Journal*, 14-22.
- Beagan, B. (2015). Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. *Canadian Medical Education Journal*.
- Bidell, M. (2017). The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a New Interdisciplinary Self-Assessment for Health Providers. *Journal of Homosexuality*, 1432-60.
- Boehmer, U.; Miao, X. & Ozonoff, A. (2011). Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer*, 3796–3804.
- Boroughs, S. M. & Bedoya, A. E. (2015). Toward Defining, Measuring, and Evaluating LGBT Cultural Competence for Psychologists (New York). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 151-171.
- Bränström, R.; Hatzenbuehler, M.; Pachankis, J. & Link, B. (2016). Sexual orientation disparities in preventable disease: a fundamental cause perspective. *A. m. J Public Health*, 1109–1115.
- Braun, H.; Nash, R.; Tangpricha, V.; Brockman, J.; Ward, K. & Goodman. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 93–107.
- Brigham and Women's Hospital. (2016). *LGBT Welcoming Toolkit for Primary Care Practices*.
- Butler, M.; McCreedy, E. y, N., S. (2016). Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. Agency for Healthcare Research and Quality, No. 170.

- Caceres, B. & Al, B. E. (2017). A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities. *Amerivan Journal of Public Health*, e13–e21.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Acuerdo, N.º 8744: 9 de octubre, 2014.
- Carroll, N. E. (2018). Medical care of sexual minority women. Retrieved from www.uptodate.com
- Centers for Disease control and prevention. (2015). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief.
- Ceres, M.; Quinn, G.; Loscalzo, M. & Rice, D. (2018). Cancer Screening Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. *Seminars in Oncology Nursing*, 37-51.
- Chinchilla, H. (2018). Situación de Derechos de las Personas LGBT en Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Clark, J. (2012). The Delivery of Sexuality-related Patient Education to Adolescent Patients: A Preliminary Study of Family Practice Resident Physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*.
- CONASIDA. (2016). Norma Nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBT) y otros hombres que tienen sexo con hombre (HSH). Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Conron, K.; Mimiaga, M. & Landers, S. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *A. m. J Public Health*, 1953-1960.
- Derksen, F. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 76-84.

- Floyd, S.; Pierce, D. y Geraci, S. (2016). Preventive and Primary Care for Lesbian, Gay and Bisexual Patients. *American Journal of Medical Sciences*, 637–43.
- Forcier, M. (2019). Gender development and clinical presentation of gender diversity in children and adolescents. UpToDate.
- Fournier, M. (2013). Estudio CAP con proveedores de salud sobre barreras para la atención de la población LGTB en la gran área metropolitana de Costa Rica. Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC); COC Nederland.
- Gale, N.; Manga, B. & Bhadhuri, A. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*.
- Gibson, A.; Radix, A.; Maingi, S. y Patel, S. (2017). Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations. *Future Oncology*, 1333–44.
- Grant, J.; Mottet, L.; Tanis, J.; Harrison, J.; Herman, J. & Keisling, M. (n.d.). Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
- Griggs, J.; Maingi, S.; Blinder, V.; Denduluri, N.; Khorana, A.; Norton, L. & Rowland, J. (2019). American Society of Clinical Oncology Position Statement: Strategies for Reducing Cancer Health Disparities Among Sexual and Gender Minority Populations. *Journal of Clinical Oncology*.
- Haider, A. (2017). Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity: The EQUALITY Study. *JAMA Internal Medicine*, 819-828.
- Heck, J. & Jacobson, J. (2006). Asthma diagnosis among individuals in same-sex relationships. *J Asthma*, 579-584.

- HRSA Bureau of Health Professions and AMSA Foundation. (2004). Cultural competency in medical education: a guidebook for schools.
- Infante, C.; Zarco, A. y Cuadra, S. (2006). Estigma y discriminación relacionados con el VIH en los servicios de atención de la salud de México. *Salud Pública de México*, 141-150.
- Institute of Medicine. (1999). *The unequal burden of cancer: an assessment of NIH research and programs for ethnic minorities and the medically underserved*. Washington, DC: Academy Press.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kelley, L.; Chou, C.; Dibble, S. & Robertson. (2008). A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 248-253.
- Kelly, E.; Payne, N. & Pawlik, T. (2018). Understanding patient expectations around therapeutic benefits, risks, and the chance of cure. *American Journal of Surgery*, 12-14.
- Kiely, D. (2014). Transgender Patient Screening. *Clinical Journey of Oncology Nursing*, 67-70.
- King, M.; Semlyen, J.; Tai, S. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8-70.
- Krehely, J. (2009). How to close the LGBT health disparities gap. Retrieved from Center for American Progress: <https://cdn.americanprogress.org/wp>
- Kripalani, S. (2006). *A Prescription for Cultural Competence in Medical Education*.

Journal of General Internal Medicine, 1116- 1120.

Liu, H. (2017). Marital Status and Perceived Discrimination among Transgender People. *Journal of Marriage and Family*.

Makadon, H. J.; Mayer, K.; Potter, J. & Goldhammer, H. (2009). *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health*. ACP Press.

Marshal, M.; Dietz, L.; Friedman, M. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*, 115-123.

McManus, S.; Meltzer, H.; Brugha, T.; Bebbington, P. & Jenkins, R. (2009). *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey*. NHS Information Centre.

McNamara, M. & Ng, H. (2016). Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 531-541.

McWhinney, I. (1981). Teaching the Principles of Family Medicine. *Canadian Family Physician*, 801–804.

Montero, A. (2017). *Guía de Orientaciones y Recomendaciones Para La Atención de Adolescentes y Jóvenes Gays Lesbianas y Bisexuales en El Nivel Primario de Salud*. Universidad de Chile.

National Center for Health Statistics. (2013). *National Health Interview Survey (NHIS) public use data release: survey description*. Retrieved from National Center for Health Statistics.

National Center for Transgender Equality. (2015). *The US transgender survey*.

National Eating Disorders Association. (2012). *Eating Disorders in LGBT (Gay/Lesbian/Bisexual/Transgender) Populations*. Retrieved from <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandout>

s/LGBTQ.pdf.

National Institute on Drug Abuse. (2017). Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

Newport, F. (2018). In U. S., Estimate of LGBT Population Rises to 4.5 %. Gallup.

Noonan, E.; Sawning, S.; Combs, R.; Weingartner, L.; Martin, L. y Jones, V. (2018). Engaging the Transgender Community to Improve Medical Education and Prioritize Healthcare Initiatives. *Teaching and Learning in Medicine*, 119-132.

Nusbaum, M. (2002). The Proactive Sexual Health History. *American Family Physician*, 1705-1713.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2016). Lesbian , Gay , Bisexual, and Transgender Populations. Retrieved from *Healthy People 2020*: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>

Osorio, M. y López, A. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm*, 266-270.

Quinn, G. & Sánchez, J. (2015). Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ). *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 384-400.

Rossi AL, L. E. (2017). Contextualizing Competence: Language and LGBT-Based Competency in Health Care. *Journal of Homosexuality*, 1330–49.

Royen, P.; Beyer, M.; Chevallier, P.; Eilat-Tsanani, S.; Lionis, C.; Peremans, L. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in europe. part 3. results: Person centered care, comprehensive and holistic approach. *European Journal of General*

Practice, 113-119.

Sánchez, N. & Rabatin, J. (2006). Medical Students' Ability to Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgendered Patients. *Family Medicine*, 21-27.

Sekoni, A.; Gale, N.; Manga-Atangana, B.; Bhadhuri, A. & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*.

Smedley, B. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. The National Academies Press.

Stonewall, S. C. (2015). *Unhealthy Attitudes: The Treatment of LGBT People in Health and Social Care Services*. Stonewall.

Surreira, C. (2014). *Culturally Competent LGBT Care*. University of Massachusetts Amherst.

Sweet, D. (2017). Taking Sexual History in Primary Care Settings: Where to Start? *American Academy of Family Physicians Journal*.

Tamargo, C.; Quinn, G.; Sánchez, J. & Schabath, M. (2017). Cancer and the LGBTQ Population: Quantitative and Qualitative Results from an Oncology Providers' Survey on Knowledge, Attitudes, and Practice Behaviors. *Journal of Clinical Medicine*.

The National LGBT Cancer Network. (2019). Retrieved from <https://cancer-network.org/cancer-information/>

US Department of Health and Human Services Office of Minority Health. (2012). *Eliminating Disparities through the Integration of Behavioral Health and Primary Care Services for Racial and Ethnic Minority Populations, Including Individuals with Limited English Proficiency*. Patient Centeres Primary Care Collaborative.

Ward, B. (2017). Selected Diagnosed Chronic Conditions by Sexual Orientation: A National Study of US Adults. *Preventing Chronic Disease*, 192.

World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services.

Zelin NS, H. C.-J.-V. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: a pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario para Descripción de Competencias Culturales en Médicos Especialistas y Médicos en Formación de Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica

Cuestionario autoadministrado para valorar competencias culturales para la atención de la población LGBT.

Este cuestionario pretende recolectar información para determinar el grado de conocimiento, habilidades, valores y creencias en la atención de minorías sexuales, por parte de los médicos de familia y residentes de medicina familiar, con el fin de realizar una descripción de estas.

La información quedará bajo el anonimato, para que la identidad de los participantes sea resguardada.

1. ¿Dentro de qué grupo de edad se encuentra?

- 1) 20 a 29
- 2) 30 a 39
- 3) 40 a 49
- 4) 50 a 59
- 5) 60 a 69
- 6) 70 o más

2. ¿Cuál es su sexo biológico?

- 1) Femenino
- 2) Masculino
- 3) Otro

3. ¿Cuál es su provincia de residencia?

- 1) San José
- 2) Alajuela
- 3) Cartago
- 4) Heredia
- 5) Guanacaste
- 6) Puntarenas
- 7) Limón

4. ¿Cuántos años tiene de ejercer como médico?
 - 1) 0 a 4 años
 - 2) 5 a 9 años
 - 3) 10 a 14 años
 - 4) 15 a 19 años
 - 5) 20 años o más

5. ¿Es usted residente o especialista en medicina familiar?
 - 1) Residente
 - 2) Asistente

6. ¿En cuál nivel de atención labora?
 - 1) Primer nivel
 - 2) Segundo Nivel
 - 3) Tercer Nivel

7. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de formación para la atención de la población LGBT?
 - 1) Sí he recibido
 - 2) No he recibido

8. ¿Es su orientación sexual o su identidad de género diferente a la heterosexual?
 - 1) Sí
 - 2) No

9. ¿Qué es orientación sexual?
 - 1) Percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género.
 - 2) Es el patrón de atracción sexual y emocional de un individuo hacia otras personas.
 - 3) Es una discrepancia entre el sexo anatómico de un individuo y la percepción que tiene de sí mismo como masculino o femenino.
 - 4) Es una variación por la cual un individuo presenta discrepancia entre su sexo cromosómico y sus órganos genitales, poseyendo, por lo tanto, características genéticas y fenotípicas propias de varón y de mujer, en grado variable.

10. ¿Qué es la identidad de género?
 - 1) Percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género
 - 2) Es el patrón de atracción sexual y emocional de un individuo hacia otras personas
 - 3) Es una discrepancia entre el sexo anatómico de un individuo y la percepción que tiene de sí mismo como masculino o femenino.
 - 4) Es una variación por la cual un individuo presenta discrepancia entre su sexo

cromosómico y sus órganos genitales, poseyendo, por lo tanto, características genéticas y fenotípicas propias de varón y de mujer, en grado variable.

11. ¿Aborda la esfera sexual de sus pacientes independientemente del motivo de consulta?
 - 1) Sí
 - 2) No

12. ¿Dentro de su abordaje clínico es frecuente que pregunte el tipo de práctica sexual del paciente?
 - 1) Casi siempre
 - 2) Usualmente sí
 - 3) Ocasionalmente
 - 4) Usualmente no
 - 5) Casi nunca

13. ¿Asume la identidad de género u orientación sexual del paciente, según su apariencia física?
 - 1) Casi siempre
 - 2) Usualmente sí
 - 3) Ocasionalmente
 - 4) Usualmente no
 - 5) Casi nunca

14. ¿Considera usted que las personas con orientación sexual o identidad sexual diferente a la heterosexual tienen una historia de trauma o abuso sexual que fue el motivante principal de esta condición?
 - 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Neutral
 - 4) En desacuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo

15. Con respecto a la orientación sexual, ¿cuál o cuáles afirmaciones considera válidas?
 - 1) Se surge con una orientación sexual determinada
 - 2) La orientación sexual puede ser elegida en algún momento del desarrollo
 - 3) Está determinada por algún tipo de trauma en el complejo de Edipo o de Electra
 - 4) Puede modificarse en cualquier momento de la vida

16. ¿Cuál es su nivel de comodidad al atender a un paciente que se identifica como bisexual?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

17. ¿Cuál es su nivel de comodidad al atender a un paciente que se identifica como lesbiana?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

18. ¿Cuál es su nivel de comodidad al atender a un paciente que se identifica como homosexual?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

19. ¿Cuál es su nivel de comodidad al atender a un paciente que se identifica como mujer transexual?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

20. ¿Cuál es su nivel de comodidad al atender a un paciente que se identifica como hombre transexual?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

21. ¿Considera que las necesidades de la población con sexualidad disidente son iguales a las de la población general?

- 1) Muy cómodo
- 2) Cómodo
- 3) Indiferente
- 4) Incómodo
- 5) Muy incómodo

22. ¿Cuál considera usted que es su nivel de empatía para la atención de la población LGBT?

- 1) Muy alto
- 2) Alto
- 3) Indiferente
- 4) Bajo
- 5) Muy bajo

23. ¿Si tuviera la oportunidad, apelaría usted a la objeción de conciencia para no brindar atención a la población LGBT, debido a su sexualidad disidente?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

24. Si le correspondiera dar atención a la población LGBT, ¿cuál sería su nivel de capacitación?

- 1) Muy capacitado
- 2) Capacitado
- 3) Regular
- 4) Incapacitado
- 5) Muy incapacitado

25. ¿Considera que las minorías sexuales son más propensas a abusar de sustancias psicoactivas que la población general?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

26. ¿Considera que las minorías sexuales son más propensas a padecer trastornos del afecto que la población general?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

27. ¿Considera que las minorías sexuales son más propensas a padecer trastornos de alimentación que la población general?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

28. ¿Considera que las minorías sexuales tienen mayor riesgo de suicidio?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

29. ¿Considera que la población con sexualidad disidente es más promiscua que la población general?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Neutral
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

30. ¿Considera que las minorías sexuales tienen mayor riesgo de tabaquismo que la población general?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo

31. ¿Considera que la población LGBT sin otras comorbilidades, tiene mayor riesgo de cáncer que la población general?
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Neutral
 - 4) En desacuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
32. ¿De los siguientes, cuál cree usted que es el tipo de neoplasia más frecuente en la comunidad LGBT sin otros factores de riesgo o comorbilidades?
- 1) Pulmón
 - 2) Colo-rectal
 - 3) Linfoma No Hodgkin
 - 4) Sarcoma de Kaposi
 - 5) Cáncer Anal
33. ¿Considera usted que deben existir diferencias entre los programas de tamizaje de cáncer en personas transgénero?
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Neutral
 - 4) En desacuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
34. ¿Considera que las minorías sexuales tienen mayor riesgo de tener afecciones cardiovasculares?
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Neutral
 - 4) En desacuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo
35. ¿Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, usted cree que el asma es más frecuente en la población LGBT que en la población general?
- 1) Totalmente de acuerdo
 - 2) De acuerdo
 - 3) Neutral
 - 4) En desacuerdo
 - 5) Totalmente en desacuerdo

36. ¿Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, usted cree que el EPOC es más frecuente en la población LGBT que en la población general?

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) Neutral
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo