

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

CALIDAD DE VIDA DE VARONES HOMOSEXUALES ASUMIDOS EN RELACION A SUS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS CIUDAD DE CAJAMARCA.2010.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

MAGALI KATHERINE, SOTO BARDALES

Asesor:

DRA. MARLENI, BARDALES SILVA

CAJAMARCA, PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
MAGALI KATHERINE SOTO BARDALES
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA

CALIDAD DE VIDA DE VARONES HOMOSEXUALES ASUMIDOS EN RELACION A SUS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS. CIUDAD DE CAJAMARCA.2010.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

MAGALI KATHERINE SOTO BARDALES

Comité Científico

Dra. Marleni Bardales Silva
Asesora

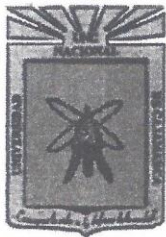
Dra. Margarita Cerna Barba
Miembro de Comité Científico

Dra. Doris Castañeda Abanto
Miembro de Comité Científico

M.Cs. Regina Iglesias Flores
Miembro de Comité Científico

CAJAMARCA, PERÚ

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Escuela de Post Grado


CAJAMARCA - PERU

ACTA DE SUSTENTACION PÚBLICA DE TESIS


Siendo las.....³..... de la tarde del día 19 de diciembre del año 2017, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado, los miembros del Comité Científico Evaluador, presidido por la **Dra. MARGARITA CERNA BARBA**, como Miembro del Jurado Evaluador, **Dra. MARLENI BARDALES SILVA** en calidad de Asesora, **Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO**, **M.Cs. REGINA IGLESIA FLORES**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento de la Escuela de Posgrado, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN PÚBLICA** de la tesis titulada "**CALIDAD DE VIDA DE VARONES HOMOSEXUALES ASUMIDOS EN RELACIÓN A SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. CIUDAD DE CAJAMARCA. 2010**" presentada por la alumna **MAGALI KATHERINE SOTO BARDALES**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS, de la UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, MENCIÓN en SALUD PÚBLICA.**

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado, y luego de la deliberación, se acordó..... *Aprobada*..... la mencionada Tesis con la calificación de¹⁷.....; en tal virtud, la alumna **MAGALI KATHERINE SOTO BARDALES** está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS, de la UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, MENCIÓN en SALUD PÚBLICA.**

Siendo las.....^{4:45}..... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Margarita Cerna Barba
Jurado Evaluador


.....
Dra. Marleni Bardales Silva
ASESOR


.....
Dra. Doris Castañeda Abanto
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Regina Iglesias Flores
Jurado Evaluador

A:

A mi querido y nunca olvidado padre, **Raúl Soto Hernández**; que desde el cielo, me brinda fortaleza para cumplir mis metas. Te amo por siempre.

A mi madre, **Graciela Bardales Bardales**; ejemplo de lucha y dedicación, quien ha velado por mi educación y bienestar, creando en mi sabiduría para lograr las metas que me he propuesto.

A mi amado esposo, **Alexander Benites Mostacero**; por su apoyo incondicional y ejemplo de superación constante.

A **Alexandra, Fabiana y Brunella**; mis preciados tesoros, por ser fuente de inspiración y amor, para ellas van dedicados todos mis logros en la vida.

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Todos los derechos humanos son universales, complementarios, indivisibles e interdependientes.

La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y humanidad de cada persona y no debe ser motivo de discriminación o abuso”

Principios de Yogyakarta.

ÍNDICE

Ítems

Página

AGRADECIMIENTO	x
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ABREVIACIONES	xiii
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.....	03
1.1.1 Contextualización.....	03
1.1.2 Descripción del problema.....	05
1.2 Formulación del problema.....	06
1.3 Justificación e importancia de la investigación.....	06
1.4 Limitaciones de la investigación	07
1.5 Objetivos del estudio.....	08
1.5.1 Objetivo general.....	08
1.5.2 Objetivos específicos.....	08

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	Ubicación del problema en el contexto histórico-social.....	09
2.2	Antecedentes de la investigación.....	13
2.2.1	Antecedentes internacionales.....	13
2.2.2	Antecedentes nacionales.....	18
2.3	Bases teóricas.....	19
2.3.1	Definición de homosexual.....	19
2.3.2	Teoría de género.....	20
2.3.3	Persona homosexual.....	22
2.3.4	Definición de homosexualidad.....	23
2.3.5	Teoría de la concordancia o discordancia de género.....	33
2.3.6	Prejuicios, estereotipos y mitos sobre la homosexualidad.....	34
2.3.7	Calidad de vida.....	37
2.3.8	Percepción.....	41
2.3.9	Percepción desde un enfoque Psicológico.....	43
2.3.10	Percepción de calidad de vida.....	44
2.3.11	Perfil Sociodemográfico.....	44

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1	Hipótesis.....	46
3.2	Operacionalización de variables.....	46

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1	Ámbito de estudio.....	49
4.2	Diseño de la investigación.....	50
4.3	Métodos de investigación.....	50
4.4	Población, muestra, unidad de análisis.....	50
4.5	Técnicas e instrumentos de recopilación de la información.....	51
4.6	Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de la información..	54
4.7	Validación de los instrumentos.....	54
4.8	Consideraciones éticas.....	55

CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1	Presentación de resultados, análisis y discusión	57
------------	--	----

CONCLUSIONES	107
---------------------------	-----

RECOMENDACIONES	109
------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	100
---------------------------	-----

APÉNDICES	117
------------------------	-----

ANEXOS	119
---------------------	-----

AGRADECIMIENTO

- A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca; por haberme albergado en sus aulas y permitirme obtener nuevos conocimientos para poder concluir satisfactoriamente los estudios de maestría.
- Al Mg. Obst. Juan Carlos Noriega Licham, por su invaluable aporte en la elaboración de la primera etapa de la investigación.
- A mi asesora Dra. Marleni Bardales Silva; por su sabiduría, motivación y paciencia fundamentales para culminar con éxito la investigación.
- A la población homosexual asumida; de la provincia de Cajamarca que participó voluntariamente, pues con sus contribuciones se logró llevar a cabo la investigación.
- Al comité científico, por sus valiosos aportes y orientaciones.

Katherine Soto.

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1.1. Características sociodemográficas de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	57
2.1. Calidad de Vida según función física de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	65
2.2. Calidad de Vida según rol físico de los varones homosexuales asumidos que residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	68
2.3. Calidad de Vida según dolor corporal de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	71
2.4. Calidad de Vida según salud general de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	73
2.5. Calidad de Vida según vitalidad de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	75
2.6. Calidad de Vida según función social de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	77
2.7. Calidad de Vida según salud mental de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	79
2.8. Calidad de Vida según rol emocional de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.....	81
3.1. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica edad.....	83

Tabla**Página**

3.2. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica grado de instrucción.....	87
3.3. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica ocupación	91
3.4. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica ingreso económico.....	95
3.5. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica religión.....	99
3.6. Calidad de vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica procedencia.....	103

LISTA DE ABREVIACIONES

APA	Asociación Americana de Psiquiatría.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada a la Salud.
CONAMUSA	Comité Nacional Multisectorial de Salud.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
LGTB	Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales
MHOL	Movimiento Homosexual de Lima.
MINSA	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
UAMPS	Unidad de Atención Médico Periódico de Salud.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de varones homosexuales asumidos según sus características sociodemográficas, mediante un diseño no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal, con metodología inductiva con enfoque cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 34 varones homosexuales asumidos bajo criterios de inclusión y exclusión, utilizando un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de calidad de vida SF-36 versión 1.4 en español. Obteniéndose como resultados, que la mayoría de los varones homosexuales asumidos se encuentran entre 28 a 37 años de edad, con grado de instrucción secundaria, ocupación no profesional, percibiendo un ingreso económico menor o igual al mínimo vital, profesan religiones no católicas y procedentes de la sierra específicamente de la provincia de Cajamarca. En relación a las dimensiones de calidad de vida, presentan una mejor función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC) por encima de la puntuación 50 y las dimensiones salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), salud mental (SM), rol emocional (RE) las perciben como peor, por debajo de la puntuación 50. Se evidenció que existe una relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre la variable calidad de vida con las características sociodemográficas, corroborando la hipótesis de la investigación.

Palabras clave: Calidad de vida, Homosexuales asumidos, Características sociodemográficas.

ABSTRACT

The present research had as objective to determine and analyze the quality of life of homosexual men assumed according to their sociodemographic characteristics, through a non - experimental, descriptive correlational cross - sectional design, with inductive methodology with quantitative approach, the sample consisted of 34 assumed homosexual men under inclusion and exclusion criteria, using a sociodemographic questionnaire and the SF-36 quality of life questionnaire version 1.4 in Spanish. Obtaining, as results, that the majority of assumed homosexual males are between 28 and 37 years of age, with secondary education, with non-professional occupation, receiving an income less than or equal to the vital minimum, profess non-Catholic religions of the mountains. In relation to the dimensions of quality of life, they perceive a better physical function (FF), physical role (RF), body pain (DC) above the 50 score and the dimensions general health (SG), vitality (V), social function (FS), mental health (SM), emotional role (SR) perceived as worse, below the 50 score. It was evidenced that there is a highly significant relationship ($p<0.01$) between the quality of life variable and the sociodemographic characteristics, corroborating the hypothesis of the research.

Key word: Quality of life, Homosexuals assumed, Sociodemographic characteristics,

INTRODUCCIÓN

Científicamente, se ha demostrado que las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo han coexistido con las prácticas entre hombres y mujeres desde el inicio de la humanidad, en todos los tiempos y en todas las culturas, creándose en 1868 el término homosexual para señalar la inclinación erótica a personas del mismo sexo, en 1973 la comunidad científica declaró que la homosexualidad no debe considerarse enfermedad ni trastorno de salud mental, ya que a través de los años y de innumerables teorías desde las más impetuosas hasta las más correctas, no se ha logrado respuesta concreta que afirme el origen para adquirir esta condición.¹

En el Perú la homosexualidad ha ganado mucho terreno dando apertura a mayores niveles de tolerancia, pero aún su situación legal como social no se encuentra del todo ordenada y aceptada siendo aún considerados un problema psicosocial, caracterizado por creencias negativas, homofobia, exclusión; que fomentan la ausencia de equidad, disminuyendo acceso a recursos, limita derechos, provocando desvalorización, deterioro y efectos negativos en su calidad de vida.^{2,3}

El estudio es importante puesto que los resultados son producto de datos reales y de fuente primaria, que deben ser tomados en cuenta esencialmente por autoridades regionales y locales a efectos de elaborar y ejecutar estrategias de promoción y prevención a favor de esta población vulnerable, así como de su entorno familiar y social; las decisiones acertadas que de ellos deriven redundarán en su calidad de vida en los años presentes y venideros.

La investigación se presenta en capítulos, tal como sigue a continuación:

Primer Capítulo: Aborda el problema de investigación: planteamiento del problema, formulación del problema, justificación e importancia de la investigación, limitaciones de la investigación, objetivo general y específicos.

Segundo Capítulo: Contiene el marco teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas.

Tercer Capítulo: Abarca el planteamiento de las hipótesis y variable: Hipótesis y operacionalización de variables.

Cuarto Capítulo: El marco metodológico de la investigación que contiene: Ámbito de estudio, diseño de la investigación, métodos de investigación, población, muestra, unidad de análisis, técnica e instrumentos de recopilación de la información, técnicas para el procesamiento, análisis e interpretación de la información, validación de los instrumentos, consideraciones éticas.

Quinto Capítulo: Se presentan los resultados encontrados, análisis, interpretación y discusión de resultados.

El estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones, bibliografía, apéndices y anexos.

Se considera que todo es perfectible; por lo tanto, esta investigación está sujeta a sugerencias críticas constructivas que contribuyan a su mejoramiento continuo.

La autora.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Contextualización

En la Cuarta Conferencia sobre la Mujer de las Naciones Unidas, realizada en Beijing 1995 se hace referencia, que las diferencias entre los sexos son construidas cultural e históricamente y perpetuadas a través de la educación en roles de género, no estando enraizado en la identidad sexual biológica y fisiológica de varón o mujer, sino que sería voluble, inestable y reasignable; lo que siempre se ha considerado natural no sería más que un constructo social, eventual y artificial.⁴ En nuestra cultura sólo han existido dos concepciones de género lícito, excluyente, obligatorio “varón y mujer” pero con la teoría del género, la heterosexualidad y la homosexualidad se vuelven cualitativamente iguales; simples variaciones, opciones y actuaciones eventuales.⁴

La definición de homosexualidad ha evolucionado a través del tiempo, considerada en un inicio como un trastorno mental, en mayo de 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) considerando abundante evidencia multidisciplinaria la suprime de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la considera una variante de la sexualidad normal refiriendo que personas con estas identidades no tienen por qué ser tratadas diferente.³

Actualmente, se estima que el 1% de la población masculina es homosexual y está penalizada en aproximadamente 80 países⁵, ubicándose el Perú entre los más

homofóbicos, ocupando el lugar 104 de 138 países evaluados, el peor puesto en la región latinoamericana⁶; esto debido a la existencia de tres factores que han influido en este devenir estructural: 1. El comportamiento ambivalente del Estado en políticas económicas y promoción de derechos, 2. Una sociedad normativa que actúa como agente fiscalizador que discrimina, rotula, estigmatiza a quienes son diferentes, 3. Influencia de las iglesias y sus discursos conservadores⁷. Provocando en la comunidad homosexual alteraciones psicológicas y físicas que inducen a estilos de vida y prácticas sexuales de riesgo, auto percepción de desaprobación, desvaloración, deterioro de su calidad de vida y una esperanza de vida menor.³

Estadísticas brindadas por el Comité Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) 2015, evidenció cifras alarmantes de consumo de alcohol, drogas y ejercicio de la prostitución⁸; el Ministerio de Salud (MINSA) 2015, reporta que la epidemia del VIH-SIDA se concentra en comunidades homosexuales, con una prevalencia del 32%, mayor riesgo de cáncer anal, pulmonar e hígado, mayor porcentaje de desórdenes psiquiátricos, depresión, suicidio⁹; el Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) 2015, indica que la defensoría del pueblo ha informado 4 casos de suicidio registrados, 13 asesinatos, 14 casos de discriminación por orientación sexual e identidad de género y que cada 6 días son víctimas de agresiones físicas y verbales.²

A nivel mundial las organizaciones más destacadas en apoyo y defensa de la comunidad homosexual son: El Programa Conjuntos de las Naciones Unidas, El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Corte Europea para los Derechos Humanos¹⁰; a nivel nacional Vía libre, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, Programa de Soporte y Autoayuda de personas viviendo con VIH, siendo el más

representativo el MHOL, fundado en la década de 1980, ha logrado salir de la etapa de visibilización y se esfuerzan por un proceso de ciudadanía³; a nivel local se carece de organizaciones que protejan y aseguren un mínimo de respeto a la vida de estos seres humanos, se evidencia una sociedad Cajamarquina con bajo nivel de tolerancia y aceptación, enraizados a tradiciones y costumbres religiosas que llevan el mensaje de la homosexualidad como inmoral, que pone en peligro los valores y las normas sociales, negando derechos, obligando a vivir su orientación sexual de manera clandestina, expuestos a contraer ITS, VIH/SIDA; a realizar la prostitución, el hurto para obtener sustento económico y al consumo de alcohol, drogas como medio de evasión, siendo más propensos a problemas como depresión, ansiedad, aislamiento, violencia y pensamientos suicidas, así como desórdenes alimentarios.

1.1.2. Descripción del problema

La homosexualidad no es una idea nueva, ha existido en todos los tiempos y en todas las culturas, pero también es una realidad que a través de la historia las sociedades han formado una serie de mitos, estereotipos y creencias negativas, provocando en ellos alteraciones psicológicas y físicas que los conlleva a estilos de vida y prácticas sexuales de riesgo provocando desvalorización y deterioro de su Calidad de Vida.

Nuestro país, no posee ningún marco de protección, no reconoce derechos a la población homosexual, no estando acorde con la política pública nacional que señalan la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades como principios orientadores⁹; los esfuerzos sólo son realizados por miembros de la comunidad homosexual, mientras el gobierno sólo los toma en cuenta para fines políticos. El Perú en los últimos tiempos ha logrado mantener un sistema democrático y ser reconocido como un país de ingreso medio⁸, por

lo cual ya no es considerado por cooperantes como el Fondo Mundial u organizaciones privadas que apuestan por mejorar la calidad de vida de poblaciones vulnerables, siendo más evidente la indiferencia e inacción del Estado que los mantiene en la marginación, exclusión y pobreza.

Al analizar esta realidad, se observa un panorama nada alentador, con ciudadanos y autoridades que niegan acceso formal a derechos indispensables para la vida y el desarrollo humano, conllevando a la población homosexual a poseer una peor calidad de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida de los varones homosexuales asumidos y las características sociodemográficas en la ciudad de Cajamarca.2010?.

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La inquietud por la presente investigación surge a través de la experiencia como coordinadora del proyecto, “Disminución de ITS/VIH/SIDA en poblaciones vulnerables: homosexuales y trabajadoras sexuales de la ciudad de Cajamarca”, donde se evidenció las limitaciones, rechazo, desprotección e indiferencia que los rodea.

La investigación se justifica plenamente, pues no existen estudios referentes al tema por lo que los resultados brindarán un gran aporte, al reconocer la problemática que conlleva al deterioro de la salud física y mental traducida en una peor calidad de vida que tiene implicancias trascendentales para la sociedad. Es importante pues los resultados

contribuirán con el personal de salud para re-direccionar estrategias de intervención. Es relevante, pues demostrará las condiciones de calidad de vida de los homosexuales acorde a su propia percepción. El aporte científico es el conocimiento actualizado y empírico, que permitirá generalizarse a grupos de similares condiciones, siendo soporte de bases que explican la homosexualidad desde esta óptica. El propósito de la investigación es dar a conocer los resultados a la población en general, a las instituciones de salud, a los gobiernos locales; sobre la realidad de la población homosexual asumida de la ciudad de Cajamarca para que se tomen decisiones coordinadas y acertadas en bien de esta comunidad.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de las limitaciones del estudio se encontró escasas investigaciones siendo necesario incorporar futuras indagaciones. El tamaño de la muestra no permitió obtener resultados precisos, en tanto incrementa la posibilidad de incurrir en falsos negativos, aún cuando se haya calculado el tamaño del efecto a fin de minimizar este riesgo, es necesario avanzar con la incorporación de muestras de mayor tamaño. La técnica utilizada para seleccionar la muestra fue muestreo no probabilístico: muestreo por conveniencia, por tratarse de población de difícil acceso lo que impidió obtener una muestra aleatoria de la población en estudio, siendo una limitante importante a la hora de generalizar los resultados.

1.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.5.1. Objetivo general

Analizar la relación entre la calidad de vida de varones homosexuales asumidos y las características sociodemográficas. Ciudad de Cajamarca. 2010.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficos de los varones homosexuales asumidos en la ciudad de Cajamarca 2010.
- Describir la calidad de vida según las dimensiones Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental, Rol Emocional; de los varones homosexuales asumidos en la ciudad de Cajamarca. 2010.
- Establecer la relación entre la calidad de vida de varones homosexuales asumidos y las características sociodemográficas. Ciudad de Cajamarca. 2010.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 UBICACIÓN DEL PROBLEMA EN EL CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL

A lo largo de la historia, las prácticas homosexuales han estado presentes en la vida cotidiana de los pueblos, los registros más antiguos de estas conductas se encuentran en las experiencias religiosas paganas de la antigüedad ya que se incluían en el culto a determinados dioses,¹⁰ si fue el culto el que introdujo las prácticas homosexuales en la sociedad, es algo imposible de determinar, aunque algunas interpretaciones defienden esta versión. Los antropólogos refieren que solo durante el periodo del Japón antiguo y en unos pocas tribus primitivas, estas prácticas eran aprobadas; sin embargo, en casi todos los casos, ha sido condenada como un tabú social y moral su desaprobación no es nada nuevo, esa ha sido la respuesta de la humanidad a través de la historia.¹¹

La Grecia clásica, Roma o Renacimiento pusieron en evidencia las relaciones íntimas entre personas del mismo sexo como el caso entre Alejandro Magno y Hefaistión uno de sus generales, la mutua adoración del Rey Macedonio y el eunuco persa Bagoas, y la historia del batallón Sagrado de Tebas que fomentaban las relaciones homosexuales entre soldados para impulsar su espíritu combativo, luchaban hasta la muerte por proteger a su amado o si éste moría luchaban por vengarlo, esta forma única de crear lazos masculinos se atribuye la grandeza del poderío militar griego, sin embargo los que únicamente cumplían una función pasiva en el sexo anal, se los creía contaminados y se les expulsaba del servicio como indignos de confianza.¹⁰

Cuando algunos segmentos de la sociedad de la Grecia antigua comenzaron a practicarla, el gran legislador persa Hammurabi declaró con desprecio " es una mancha de la que ningún hombre puede limpiarse".¹⁰ En el siglo VI d.c. el imperio Romano proscribió la homosexualidad, debido a la influencia de otras culturas y principalmente a la expansión del Cristianismo. Durante la Edad de Oro de Atenas, fue declarada contra la ley y castigaba severamente, los escritos de Sócrates y Platón demuestran que se oponían vehementemente a la conducta homosexual. En la Edad Media, la sociedad occidental, la cristiana, criticaba este tipo de relaciones, siendo sus partidarios perseguidos masivamente y sometidos a indescriptibles castigos.¹¹

Actualmente es un tema de debate, todavía está perseguida y castigada en su ordenamiento jurídico en al menos 80 países; la mayoría en África y Asia con diferentes grados de penas, siendo la máxima la pena de muerte que se aplica en Los Emiratos Árabes Unidos, Irán, Mauritania, Arabia Saudita, Sudan, Yemen y en algunas lugares de Nigeria y Somalia. En Latinoamérica los países con menor nivel desarrollo económico son los que mantienen mayores niveles de rechazo en sus sociedades.⁶

El matrimonio homosexual se encuentra permitido en 23 países, la mayoría en América y Europa en gran parte del territorio de México y Reino Unido; siendo Holanda el primer país en aprobarlo el 1 Mayo 2001, le siguieron Bélgica 2003, Canadá y España 2005, Sudáfrica 2006, Noruega y Suecia 2009; Portugal, Islandia y Argentina 2010; Dinamarca 2012 y desde entonces cada vez más países lo aprueban cada año, Nueva Zelanda, Uruguay, Francia, Luxemburgo, Brasil, Estados Unidos, Finlandia, Eslovenia, México. En el 2015 la República de Eslovenia e Irlanda aprobaron

legalizar el matrimonio homosexual, en el 2016 Alemania y Colombia, en Marzo del 2017 Finlandia.¹²

En el Perú las prácticas homosexuales dejaron de ser ilegales en 1924, actualmente no tiene ningún tipo de sanción ni civil ni penal, su visibilidad ha ganado mucho espacio sobre todo en redes sociales y medios de comunicación; en el ámbito jurisdiccional en el 2009 el Tribunal Constitucional declaró ilegal la discriminación de homosexuales en la policía y las fuerzas armadas, establece que discriminar por orientación sexual es causal de sanción y considerado un delito; existen asociaciones que promueven la defensa de sus derechos, siendo el más distintivo el MHOL que anualmente celebra la “marcha del orgullo gay” en siete ciudades Lima, Arequipa, Trujillo; Chiclayo; Iquitos, Piura y Cusco.³

Sin embargo a pesar de los innumerables esfuerzos el Perú junto a seis países de América del Sur (Bolivia, Guyana, Paraguay, Surinam y Venezuela) no cuentan con ninguna legislación para el reconocimiento de uniones del mismo sexo, ya sea a través del matrimonio igualitario, la unión civil o el registro de parejas de hecho. Asimismo, en los datos censales del gobierno Peruano, elaborados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), no se lleva registro de las parejas del mismo sexo que viven en un mismo hogar, no siendo consideradas ni para fines estadísticos⁶. En el 2013 Carlos Bruce congresista y activista presentó proyecto de ley para legalizar las uniones civiles entre personas del mismo sexo, que tiene como objetivo brindar a las homosexuales los mismos derechos y obligaciones que gozan las parejas heterosexuales, como acceso a programas de ayuda social del Estado, seguro social, constitución de una sociedad de gananciales y el de heredar, entre otros; habiendo sido planteadas sin éxito proyectos similares en 1993,

2003, 2010 y una vez más en junio del 2014 fue rechazado por la Comisión de Justicia y Derechos Humanos,¹² en marzo del 2015 fue archivado por el Congreso de la República y en abril 2016 se dio a conocer los resultados de la encuestadora nacional IPSOS Apoyo en relación a si la población está de acuerdo con la unión civil entre personas del mismo sexo donde el 65% estaba en desacuerdo¹³, mostrando claramente que aún falta mucho por trabajar en este ámbito.

La iglesia Católica Peruana se ha pronunciado a través de Monseñor Javier Lozano Barragán, afirmando que *“los homosexuales jamás entrarán en el Reino de los Cielos”*, como se manifiesta en los escritos de San Pablo *“ya que todo lo que va contra de la naturaleza y dignidad del cuerpo ofende a Dios”*; (Cor. 6,10 y Tim. 1,10)”. El Cardenal y Arzobispo del Perú Juan Luis Cipriani Thorne en el 2005 menciona que *“los homosexuales no se encontraban dentro del plan de Dios”* y que existe una especie de club internacional que promociona, promueve las aberraciones sociales y el sexo hedonista como modelo de vida, proponiendo un nuevo feminismo que ignora la maternidad como mayor don de Dios a la mujer.¹⁴

En el 2013 el máximo jefe de la Iglesia Católica, El Papa Francisco Bergoglio, mencionó que la Iglesia no tiene el derecho para interferir espiritualmente en la vida de los gays y lesbianas *“Si una persona es gay y busca al Señor y tiene buena voluntad, quien soy yo para juzgar”*¹⁵ alejando por primera vez el tradicional discurso de rechazo a la homosexualidad; sin embargo, el clero no lo acoge, alegando que las palabras están siendo *“mal interpretadas”*.

Todavía la homosexualidad causa mucha conmoción y su aceptación es muy compleja de tratar, de un lado están los protagonistas que defienden su posición y de otro una

sociedad como la describe Cáceres,² donde los homosexuales no son admitidos como un grupo humano “normal” , considerados como entes enfermos y raros dignos de repulsión , evitación por la tradición conservadora de nuestra nación que sumado a los principios religiosos, desencadenan una condena pública, colocándolos en condiciones de inferioridad, trato desigual y desfavorable negando derechos sociales a miembros de una categoría social particular.² Mientras que el heterosexual obedece el freudiano principio de realidad, contrae nupcias, se aparea, crea una familia y mantiene la estructura de la sociedad, es el hombre del deber; fomentando aún más la intolerancia e incapacidad de aceptarlos como parte inevitablemente de una sociedad basada en el sistema patriarcal que ya ha determinado lo que es o no correcto.⁶

Por lo que, es importante identificar cómo es su calidad de vida ya que de ello dependerá su bienestar, su sistema de valores, sus metas y expectativas; poseer una adecuada calidad de vida actúa sobre el desenvolvimiento psicológico, produce motivación, capacidad de adaptación y creatividad para innovarse y aceptarse dentro de la sociedad.

2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Antecedentes internacionales:

Barrientos J, Cárdenas M. 2013. Chile. En su estudio “Homofobia y calidad de vida gay y lesbianas: una mirada psicosocial”. Concluyeron que el prejuicio tiene repercusiones negativas en la salud y bienestar de las personas afectadas, disminuye posibilidades de acceso a recursos y limita derechos. Se comprobó que la población homosexual tienen mayor riesgo de sufrir depresión, desórdenes psiquiátricos, ataques

de pánico, ascendentes niveles de consumo de alcohol y drogas, peor evaluación de lazos que mantienen con la sociedad y su comunidad, menores niveles de felicidad en comparación a su contraparte heterosexual.¹⁶

Martin J. 2013. Buenos Aires. Su investigación “Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: Demandas de las comunidades homosexuales en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú” estuvo conformada por dos niveles de análisis: El primer nivel integrado por la normativa y documentos técnicos (planes, programas, estrategias) el segundo nivel integrado por 42 personas líderes del movimiento de los países en mención. Concluyeron que los servicios de salud dirigidos a la población gay están reducidos, centralizados y focalizados en el VIH, no son construidas desde un enfoque integral, configurando una de sus causas estructurales de vulnerabilidad y pobreza, trayendo graves consecuencias en la calidad de vida.¹⁷

Rodríguez D. 2013. Ecuador. “Diagnóstico sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población GLBTI”. La muestra estuvo compuesta por 2805 entrevistados: 822 eran gays y de los cuales 66,7% se concentraba en grupos de edades entre 20 y 34 años; 29,1% entre 35 a 65 años y 0,2% de 65 y más años de edad; utilizando metodología denominada “Bola de nieve” y se trabajó con la pirámide de Maslow, se concluyó que el colectivo aún no logra satisfacer necesidades básicas respecto a tener educación, empleo, alimentación y acceso a vivienda por lo que no alcanzan a tener una buena calidad de vida.¹⁸

Gómez F, Barrientos J. 2012. Chile. En su trabajo de investigación “Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays en la ciudad de Antofagasta”. La muestra estuvo compuesta por 110 personas, 55 homosexuales y 55 heterosexuales cuyas edades

fluctuaron entre 18 y 49 años, se incluyeron medidas de bienestar psicológico, bienestar social y distrés psicológico encontrando: 1. No se encontraron diferencias significativas entre personas heterosexuales y homosexuales en las medidas de salud mental. 2. Si se encontraron diferencias significativas en la dimensión integración social, bienestar social, donde los heterosexuales evalúan mejor la calidad, sus relaciones sociales y tienen la capacidad de evaluar positivamente a otros y establecer relaciones sociales positivas en comparación a los homosexuales que no se sienten parte de la sociedad, no desarrollan sentimientos de pertenencia y lazos sociales satisfactorios, presentando mayores niveles de sintomatología depresiva en la medida que aumentan las experiencias de victimización por orientación sexual.¹⁹

Gómez F, Barrientos J. 2012. Chile. En su tesis “Sexualidad, salud y sociedad de la comunidad LGTB”. Obtuvieron datos contundentes, más del 80% de homosexuales encuestadas reportaron haber sido víctimas de violencia y discriminación, las situaciones de violencia más reportadas son de tipo verbal: burlas, insultos y amenazas; en cuanto al trato discriminatorio lo más frecuente es que se reciba de: vecinos, ambientes religiosos, lugares de estudio; conllevando a situaciones de desequilibrio y alteraciones con la sociedad. Esta realidad no es exclusiva de la sociedad Chilena, datos similares ocurren en países de la región como Argentina (Jones, Libson y Hiller 2005), Brasil (Carrara, 2007) y Colombia (Brigeiro, Castillo y Murad 2009).²⁰

Araya K, Echeverría M. 2012. Costa Rica. En su estudio “Problemas sociales asociados a la homosexualidad masculina y las respuestas que se han generado en torno a las necesidades de esta población”, concluyeron que para los gays tener una vida con calidad implica “vivir plenamente en el respeto, sinceridad, cariño y comprensión”; “disfrutar la vida con seguridad para lograr las metas”; “satisfacer las necesidades de salud física y

mental, vestido, alimentación, educación, vivienda y afecto”; “tener derecho a expresar abiertamente su orientación sexual”. Los gays destacan actitudes y realidades no alcanzadas en su vida cotidiana lo que incide en que no disfruten de una vida con calidad.²¹

Barreto I, Sandoval M, Cortés O. 2010. Bogotá-Colombia. En su tesis doctoral “Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB”. Afirmaron que la edad, el promedio de ingreso mensual, la educación, el nivel ocupacional y las experiencias previas de consumo, son las variables que mejor predicen el estilo y calidad de vida de la población LGBT.²²

Cameron P. 2008. Filadelfia. En su estudio “La conducta homosexual reduce la esperanza de vida”. Demostró que el estilo y la conducta homosexual en Noruega y Dinamarca disminuyen la esperanza de vida hasta en 24 años. Siendo Dinamarca, el país con más larga historia en cuanto al matrimonio homosexual refiere que los heterosexuales casados murieron a la edad promedio de 74 años, mientras que los homosexuales varones "casados" a la edad promedio de 51 años. En Noruega, los heterosexuales casados murieron a los 77 años en promedio; mientras que los homosexuales a los 52 años, concluyendo que la reducción en la esperanza de vida para quienes viven la homosexualidad es significativa.²³

Barzani C. 2007. Colombia. En su investigación “Características psicosociales de los homosexuales miembros de la red de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de la ciudad de Riohacha”, concluyó que la mala calidad de vida de los HSH está íntimamente ligada al desconocimiento de sus características psicosociales, lo que hace difícil brindar

programas, proyectos especiales y oportunidades que puedan ayudar a mejorar su calidad de vida, en los aspectos: sociales, económicos, culturales, psicológicos.²⁴

Ortiz L, García M. 2005. México. En su estudio, Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México, concluyeron que los homosexuales víctimas de violencia se culpan de la agresión que reciben, ubicando como causa los rasgos de su personalidad, pensamientos (auto-culpa caracterológica) o las expresiones de atracción, afecto, deseos homoeróticos a personas del mismo sexo (auto-culpa conductual), percibiéndose de forma negativa, incrementando sus niveles de homofobia internalizada, reforzando la creencia que la homosexualidad es una condición denigrante que merece ser castigada, conduciendo a distintos niveles de sufrimiento mental.²⁵

Obando K. 2003. Guatemala. En su tesis “Homosexualidad un problema de discriminación social”. Obtuvo como resultado que dentro del sistema patriarcal, las formas de discriminación en contra de las personas homosexuales inician en la infancia, con el sistema educativo y en el hogar. Se educa a la persona homosexual sobre su inexistencia o lo inadecuado de la misma, iniciándose un proceso en que interioriza todo el odio, rechazo, desprecio y discriminación que han sido expuestos, lo que repercute negativamente en el capital social al no tomarse en cuenta las necesidades de un sector importante de la población.²⁶

Bradford J, Ryan C, Rothblum E. 2001. Miami-Florida. En su investigación “Implications associated with homosexuality” realizada a varones homosexuales que acuden al consultorio y Clínica de Psicología de Florida. Obtuvieron como resultado que

los individuos que llevan una vida homosexual tienen mayor tendencia a experimentar enfermedades mentales y tendencias suicidas, además de una menor esperanza de vida.²⁷

2.2.2. Antecedentes nacionales:

Cáceres C. 2014. Lima. En su estudio “Unión civil en el Perú: Tendencias, trasfondo y la expectativa de una sociedad más inclusiva”, cuya muestra incluyó a 800 residentes en Lima mayores de 18 años (50% mujeres, 50% varones), un 40% reportó nivel educativo secundario, 47% casados, 87% natural de Lima y 91% se declaró católico. Los resultados muestran que 68.9% reconoce que existe discriminación, maltrato, exclusión hacia personas LGTB, 91% señala a la iglesia Católica entre las instituciones más discriminadoras, 80% reconoció la necesidad de leyes que protejan a la población homosexual contra crímenes de odio.

Valdez B, Tataje A. 2012. Lima. En su investigación “Análisis de la gestión social y capacidad organizacional de la ONG IMPACTA para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH mediante el Programa de Atención Médica Periódica” concluyeron que: existe alta incidencia de VIH en población HSH, especialmente en travestis; sufren exclusión y discriminación social; dificultades de acceso a prevención y atención adecuada, acercándose a los servicios de salud pública solo cuando su salud está muy deteriorada debido al VIH-SIDA, por miedo al rechazo, agresiones y maltrato que sufren por parte del personal de salud. La alta incidencia de VIH tiene repercusión en la población general, afectando también a mujeres y niños, con lo cual se convierte en un problema de salud pública.²⁸

Sulmont H. 2005. Perú. En la “Encuesta Nacional sobre exclusión y discriminación social” cuyo objetivo fue conocer los grupos sociales con mayores niveles de discriminación y desigualdad, obteniendo como resultado que los más desfavorables con un 75% fue la población homosexual que presentaron mayores limitaciones para hacer valer sus derechos por lo que no pueden completar sus necesidades básicas que les permita una adecuada calidad de vida.²⁹

2.3. BASES TEÓRICAS:

2.3.1. Definición de Homosexual:

El término homosexual fue empleado por primera vez en 1869 por Karl María Kertbeny en un panfleto anónimo que apoyaba la revocación de las leyes contra la sodomía en Prusia y en 1886 el libro *Psychopathia Sexualis* de Richard Von Krafft-Ebing popularizó el concepto.¹ Deriva de la raíz griega homo, que significa “mismo o igual”, por lo que se denomina homosexual al sujeto que gusta de compartir exclusiva o predominantemente su cuerpo en lo sexual y en lo sentimental con personas de su mismo sexo.¹

En el transcurrir del tiempo un sinónimo que ha llegado a trascender en diferentes culturas con variados idiomas es el concepto “gay”, su origen y utilización habría surgido por parte de la misma comunidad, por lo que la expresión tiene una percepción de mayor alegría y aceptación, con menor connotación negativa y desmedro.³

2.3.2 Teoría de Género

Los términos sexo y género son dos conceptos diferenciados. El sexo, entendido usualmente como concepto binario, alude a las características biológicas de hombres y mujeres, tales como las diferencias fisiológicas, inmunológicas, genéticas y hormonales no conlleva implicaciones sobre cómo se percibe a la persona en la sociedad, en cambio el género es un concepto multidimensional, relacional que se refiere a identidades, roles y relaciones entre hombres y mujeres tal como se han instituido socialmente; se refiere al sexo en determinado contexto (social), incluye la manera en que se definen, perciben y viven, lo que indica que no es estático ni inmutable.³⁰

El enfoque de género no implica que hombres y mujeres sean iguales o que deberían hacer las mismas cosas, pero sí son iguales en derechos que les corresponden, son libres de desarrollar sus habilidades personales y tomar decisiones sin verse restringidos por estereotipos, prejuicios y roles de género rígidos. El enfoque de género permite entender que somos diferentes, que hay relaciones diferentes y en consecuencia, para garantizar la igualdad de derechos y protegerlos es necesario dar respuestas diferenciadas, que incluya a grupos marginados como lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI).⁴

El enfoque de género desde una **visión antropológica**, manifiesta la simbolización que los seres humanos hacen tomando como referencia la diferente sexuación de sus cuerpos, usando *género* para analizar la organización social de las relaciones entre hombres y mujeres; para referirse a las diferencias humanas; conceptualizar la semiótica del cuerpo, el sexo y la sexualidad; para explicar la distinta distribución de cargas y beneficios sociales entre mujeres y hombres; para explicar la identidad y las aspiraciones

individuales. Así, resulta que se ve al *género* como un atributo de los individuos, como una relación interpersonal y como un modo de organización social. El *género* también definido en términos de estatus social, de papeles sexuales y de estereotipos sociales, así como de relaciones de poder expresadas en dominación y subordinación. Después, en los ochenta, se definió al *género* como una pauta clara de expectativas y creencias sociales que troque la organización de la vida colectiva y que produce la desigualdad respecto a la forma en que las personas valoran y responden a las acciones de hombres y mujeres siendo soportes de un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones recíprocas, marcadas y sancionadas por el orden simbólico que contribuyen por igual, reproduciéndolo, con papeles, tareas y prácticas que cambian según el lugar o el tiempo.

El enfoque de género desde una visión teológica, refiere los seres humanos hemos aprendido desde que nacemos a asumir el rol social que nos asignan por ser varones o por ser mujeres, esta aceptación se va desarrollando y consolidando a través de la influencia de diferentes instituciones socializadoras: la familia, la escuela y sobre todo la iglesia. La relación género y teología deja de lado a la otra mitad de la especie cuando de pensar en Dios se trata, sólo varones tienen la posibilidad de hacer teología, apartando a las mujeres, invisibilizándolas de la Iglesia, sólo ellos tienen la voz autorizada para definir cómo es Dios, cuál es su plan para el ser humano y cómo debemos relacionarnos con Él; quizás ésta sea la razón por la que Dios es asociado a lo masculino: “Padre nuestro que estás...”. Por lo que asumir la perspectiva de género en la reflexión y el quehacer teológico requiere un gran esfuerzo y conlleva a una revolución intelectual interna de orden personal, a una revolución cultural de las mentalidades y a una resignificación de la teología en general. Vivimos en el Espíritu y esta es una vivencia real, tanto desde el

ser femenino como del masculino; es una vivencia que fundamenta la correlación y nos hace permanecer más atentos a las diferencias, somos justificados por la fe; no por cumplir de manera arrogante la ley, ni por obras exitosas.

2.3.3. Persona Homosexual

Persona que se siente atraída afectiva y eróticamente por personas de su mismo género, se caracterizan por su sensibilidad a las artes, la creatividad, la ciencia y la religiosidad, que prefieren que se les diga "gay", término inglés que significa alegre y que la comunidad homosexual ha tomado "orgullosamente" como propio.⁵

Las personas homosexuales conforman una de las minorías más grandes de nuestra sociedad, no obstante, la cultura judeocristiana ha sido claramente "homofóbica" y ha considerado la homosexualidad un peligro para las buenas costumbres, presentando argumentos no científicos, muchos de ellos falsos, para tratar de contrarrestar su influjo; dando como producto muchos prejuicios considerándola como una conducta anormal, como un delito, como una enfermedad mental o como un estilo de vida y algunos han interiorizado desprecio y sentido de culpa por su condición homosexual.⁶

En los últimos años la balanza se ha inclinado en la otra dirección y muchos de los homosexuales han declarado públicamente su condición, han realizado festivales y desfiles gays y han defendido de manera extremada, su orientación sexual como "tendencia alternativa"³.

2.3.4 Definición de Homosexualidad

La homosexualidad es la orientación sexual que manifiesta una interacción, una atracción de tipo sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia los individuos del mismo sexo. Plummer lo define como la forma de vida, que aplica a aquellos individuos que se auto declaran homosexuales y que han convertido en una parte decisiva de sus vidas las relaciones con otros de gustos sexuales similares; estas personas normalmente pertenecen a subculturas gay en las que las actividades homosexuales se integran en un estilo de vida concreta.³¹

La homosexualidad es una variante que sale de la regla de lo normal, se califica como una orientación sexual anormal, una desviación; aunque en el lenguaje común la palabra “desviación” suele entenderse como algo inmoral, incorrecto o despreciable, no es ése el sentido con que la usaremos, sino “desviación” que se opone a la “normalidad”.³² ¿Qué es lo natural o lo normal en el hombre? Si por “naturaleza” se entendiera lo empírico, lo normal sería lo común, lo estadísticamente mayoritario; si se entendiera como el fin, la perfección o la plenitud, lo normal sería aquello que la inclina a su autorrealización. La homosexualidad es estadísticamente minoritaria e imposibilita uno de los fines naturales del ser humano, la procreación y una de las características esenciales del amor humano, la complementariedad por lo que se concluye que la homosexualidad es una desviación sexual.²

Según Giraldo O, 2004 entre los varones homosexuales se encuentran las siguientes diferenciaciones:³²

- ✓ Hombres gays: Término para identificar a hombres con apariencia masculina que asumen su atracción física, emocional y sexual por otros hombres.

- ✓ Hombres bisexuales: Hombres que se sienten atraídas físicas, emocional y sexualmente tanto por personas de su mismo sexo como del sexo opuesto.
- ✓ Travestis: Aquellos que expresan su identidad de género ya sea de manera permanente o transitoria mediante la utilización de prendas de vestir y actitudes del género opuesto que social y culturalmente se asigna al sexo biológico femenino; ello puede incluir la modificación o no de su cuerpo.
- ✓ Transexuales: Se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto y optan por intervención médica hormonal, quirúrgica o ambas para adecuar su apariencia física, biológica a su realidad psíquica, espiritual y social.

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS³³, la definición operativa de homosexual abarca a todo aquel cuyas prácticas sexuales incluían sexo oral o anal con otro hombre, independientemente de si el individuo se reconoce como gay, bisexual, transexual, travesti, o cualquier otra denominación que describiera su comportamiento sexual.

Desarrollo del ser humano en cuanto a lo sexuado

Los seres humanos son muy complejos y su sexualidad se inserta dentro de ese mismo contexto, alcanzar la identidad sexual y orientarla de modo adecuado es un proceso largo y delicado, que va a depender de muchas variables, por ello, es importante describir el proceso de diferenciación sexual de los seres humanos desde el momento de la fecundación hasta la edad adulta.³²

Primera Etapa: El carácter sexuado del individuo está presente desde el mismo momento de la fecundación, ya que el cigoto lleva en sí la información de su propio sexo, si el nuevo organismo humano generado en la concepción es de sexo masculino, sus cromosomas sexuales serán X e Y, en cambio, si es de sexo femenino, los cromosomas serán XX, lo que se denomina “sexo genético”.

Segunda Etapa: Se relaciona con la formación de las gónadas, conocido como el “sexo gonádico”, se vincula con la definición de las estructuras anatómicas e histológicas de las glándulas sexuales (en el varón los testículos, en la mujer los ovarios). Las gónadas, que están íntimamente relacionadas con el sexo cromosómico, se empiezan a formar alrededor del día 20 tras la fecundación y demoran aproximadamente 60 días en estructurarse.

Tercera Etapa: Comienza en la séptima semana, con el desarrollo de los conductos genitales de Wolff, los genitales internos propiamente masculinos (testículos, epidídimo, conductos deferentes, conducto eyaculador, vesículas seminales, próstata, glándula de Cowper, uretra, cuerpos cavernoso esponjoso) que dará origen a un embrión sexo masculino o conducto de Müller, los genitales internos femeninos (vagina, útero, cérvix, trompas de Falopio, ovarios), que dará formación a un embrión sexo femenino, denominándose “sexo genotípico”.

Cuarta Etapa: Consiste en la formación de los genitales externo, el llamado “sexo fenotípico” que se manifiesta en los órganos genitales propiamente masculino (pene) y femeninos (vagina), es el resultado lógico y natural que conduce el sexo genotípico en un proceso normal de desarrollo.³²

A nivel biológico, todo el proceso de desarrollo de un nuevo ser humano es un continuo claramente ordenado en el que el cuerpo que se está formando se define por su condición de hombre o mujer, con sus peculiaridades propias y específicas, por lo que es necesario señalar el “sexo psicológico” que es la percepción o íntima convicción que cada uno tiene de pertenecer al sexo masculino o femenino (identidad sexual o de género), del cual depende el rol de género que la persona asume en la sociedad, es decir, todo lo que se hace o dice para indicar a los demás o a sí mismo su pertenencia a ese determinado sexo.³²

A. Origen de la homosexualidad

La homosexualidad es una condición cuyas causas hasta hoy no han sido claramente descubiertas, en más de 35 años de investigaciones científicas no se ha podido demostrar que esté relacionada con trastornos mentales, problemas emocionales o sociales.³⁰ En una época se consideró como trastorno mental puesto que se contaba con información tendenciosa, debido a que los estudios se concentraban exclusivamente en personas bajo tratamiento psicoterapéutico, lo que daba un sesgo a las conclusiones; cuando los investigadores comenzaron a analizar la información relacionada con personas que no estaban bajo tratamiento observaron de inmediato que el concepto de la homosexualidad como enfermedad mental era falsa³¹, por lo que en 1973 la Asociación Norteamericana de Psiquiatría separó a la homosexualidad del manual oficial de enfermedades y trastornos mentales.²³ Desde entonces se ha exhortado a los profesionales de diversas disciplinas a eliminar el estigma que vincula la orientación sexual con trastorno mental.

A.1. Teorías sobre el origen de la homosexualidad

Durante años y hasta la actualidad se han originado innumerables teorías tratando de explicar esta condición, no logrando demostrar a través de un sustento científico aceptable cuál es el origen irrefutable de la homosexualidad, siendo un misterio que aún no está del todo resuelto, pero si existe consenso en que no se puede atribuir a un único factor³¹.

La complejidad del proceso de desarrollo del varón y mujer como seres sexuados no hace fácil la explicación del porqué una persona puede sentirse atraída por alguien de su mismo sexo, por lo que la comunidad científica y médica, no tienen un pensamiento claro al respecto y frecuentemente se ve enmarcado en un clima de dudas y prejuicios, conllevando a una profunda relevancia desde el punto de vista de la Bioética, por cuanto compromete la dignidad y calidad de vida de muchos seres humanos.³²

Existen diversas teorías que intentan explicar el origen de la homosexualidad, siendo las más relevantes: teoría biológica, la teoría psicosocial, pero se debe ser especialmente cauto al afrontar su interpretación.³¹

A.1.1. Teoría biológica

En la teoría biológica, podemos determinar la importancia de los aspectos genéticos y biológicos que influyen en la construcción del ser, desde dentro; a pesar del interés que ha habido en probar que detrás de la homosexualidad hay un componente genético, esto nunca se ha llegado a demostrar científicamente.

Los investigadores han estudiado en el cerebro humano y de animales las diversas estructuras en que se expresa el dimorfismo sexual, tratando de encontrar las relaciones que puedan existir con el comportamiento. Se demostró que normalmente el varón tiene un cerebro de mayor tamaño en relación con las mujeres; en animales se pudo establecer morfológicamente que la zona del hipotálamo anterior que está en relación con el comportamiento instintivo y la regulación del metabolismo es significativamente mayor, ocho veces más en las ratas macho que en las hembras y la denomino núcleo sexual dimorfo del APO (sexually dimorphic nucleus of the pre óptica área SDN-POA); en primates, no se ha demostrado este dimorfismo sexual en relación al tamaño celular sino respecto al volumen del núcleo, el SDN-APO, cuyas neuronas poseen gran número de receptores para andrógenos y estrógenos; monos con lesión de esta área se muestran indiferentes a la interacción con hembras y su estimulación hace que el macho se disponga a montar a la hembra.³²

En los estudios de LeVay se comparó una zona del hipotálamo, que se ubica en la región de la base del cerebro (INAH 3), de 16 varones presuntamente heterosexuales con la de 19 varones presuntamente homosexuales fallecidos a causa de SIDA; se encontró que los heterosexuales duplicaban el tamaño de esa zona respecto de los homosexuales, ello llevó a que se defendiera la tesis de que esta diferencia en el cerebro se debía a una constitución genética propia de las personas homosexuales; sin embargo, el autor de la investigación lo corrigió y dijo: “Es importante señalar lo que no se encontró en este estudio. No se probó que la homosexualidad fuera genética ni se encontró una causa genética para ser gay; no se demostró que los varones gay nacieran con tal condición, tampoco se localizó un centro gay en el cerebro; lo que es el error más común que comete la gente al interpretar mi trabajo. Es más probable que la zona INAH 3 sea parte de una cadena de

núcleos relacionados con la conducta sexual de varones y mujeres, que un único centro gay en el cerebro”.

El trabajo de LeVay ha sido ampliamente comentado por su metodología e investigadores del mismo campo critican sus conclusiones, sus resultados no han podido ser repetidos y corroborados por razones técnicas, se le critica que: 1) utilizo técnicas morfométricas excesivamente simples, 2) La edad de los sujetos de estudio, el tiempo premortem y postmortem y los métodos de fijación no fueron uniformes. 3) no se refleja si su resultado es la causa o consecuencia de la orientación sexual o si el tamaño varía en relación a otras variables no identificadas. 4) las diferencias fueron encontradas en cerebros adultos, no se sabe si estas mismas diferencias las encontraremos al nacer o si aparecen más tarde. 5) LeVay utilizo cerebros de homosexuales fallecidos por infección del virus del SIDA (a excepción de 1 caso) por lo que es imposible deducir si la variación del tamaño del núcleo era relativa a su homosexualidad, al estadio terminal de la enfermedad o bien al tratamiento farmacológico seguido.³¹

Otros estudios experimentales que pretenden mostrar la base genética de la homosexualidad se han basado en el análisis de gemelos. Como es sabido, los gemelos monocigóticos (MZ) constituyen la única posibilidad real de que dos personas tengan exactamente la misma identidad genética; en la década de los 50, Kallman presentó un primer estudio comparando un grupo de 44 homosexuales con gemelos monocigóticos (MZ) con otro grupo de 51 homosexuales con gemelos dizigóticos (DZ), el resultado fue una concordancia del 100 % para el primer grupo, todos los gemelos eran también homosexuales, y de un 25 % para el segundo. Si bien la concordancia obtenida en los gemelos monocigóticos reforzaba la hipótesis de la base genética de la homosexualidad la concordancia de los gemelos dizigóticos pesaba más en favor de la influencia del factor

ambiental, ya que éstos no tienen entre sí mayor similitud genética que la de cualquier par de hermanos no gemelares.³²

Posteriormente, en una nueva investigación, en los años 90, Bailey introdujo la variable de que los gemelos fueran criados en ambientes familiares distintos, la concordancia bajó a un 20 % en el caso de los gemelos monocigóticos y a un 0 % para los gemelos dizigóticos, esta conclusión pone en duda la validez de los primeros estudios realizados, puesto que demuestra la importancia del sesgo introducido por la peculiar influencia o mutua dependencia que existe en los gemelos idénticos que comparten un mismo ambiente educativo, familiar y social.³¹

Otro estudio en humanos ha dado resultados dignos de mención: Se ha encontrado alteraciones en la excreción urinaria de metabolitos hormonales, cambios en la concentración de lípidos séricos, la hormona leuteinizante y estradiol, se han encontrado en elevadas dosis y aumento de gonadotropinas circulantes en grupos de homosexuales masculinos,³² en virtud de los estudios realizados se intentó cambiar la tendencia homosexual, modificando la cantidad hormonal por medio de inyecciones, el resultado de los experimentos arrojó un aumento en la libido de los estudiados, lo que nos lleva a pensar que las causas de la homosexualidad pudiesen estar condicionadas más allá de lo físico.³¹

Dean Hamer, investigador del “gen de la homosexualidad”, menciona “los genes son el hardware, los datos de las experiencias de la vida son procesados a través del software sexual hacia los circuitos de la identidad, yo me imagino que el software sexual es una mezcla tanto de los genes como del ambiente, de la misma manera en que el software de una computadora es la mezcla de lo que instalaron en la fábrica y lo que el usuario le

agrega”, cuando se le pregunto a Hamer si la homosexualidad estaba arraigada exclusivamente en la biología, él contestó: Por supuesto que no: nosotros ya sabemos por los estudios que se han hecho con gemelos, que la mitad o de la mitad de la variabilidad en la orientación sexual no es hereditaria, nuestros estudios tratan de establecer con exactitud los factores genético, no de negar los factores psicosociales.³¹

Es justo señalar que ninguna de las investigaciones realizadas con el fin de demostrar que la homosexualidad tiene una base genética es concluyente. Asimismo, el hecho de que muchas personas homosexuales hayan mudado su orientación sexual tras someterse a una terapia, contribuye a hacer todavía más cuestionable la explicación genética del fenómeno, las investigaciones endocrinológicas tampoco han llegado a resultados decisivos, por lo que, desde todos estos puntos de vista, el origen de las desviaciones sexuales permanece en la oscuridad”

A.1.2. Teoría psicosocial

Toma como referencia la postura de S. Freud para explicar las causales de la llamada “inversión”, como denomina a la homosexualidad,³² encontró que esta disposición se pudo haber presentado en la niñez temprana, con abusos y maltratos de orden sexual, por lo que el individuo intentaría resolver los problemas de la niñez en la etapa adulta, convirtiendo la experiencia traumática en una experiencia placentera, según Freud estas situaciones traumáticas tienen la posibilidad de cura con una adecuada terapia temprana, es decir, apenas el suceso traumático ha sucedido; mas, en la práctica no es así, ya que muchas veces este tipo de situaciones se mantiene en reserva por lo tanto estas conductas se internalizan, adquiriéndose la homosexualidad como una mera consecuencia de una situación de abuso. Freud plantea que en general, nuestras actitudes y comportamientos

sexuales están moldeados principalmente por nuestra sociedad y en particular, por los grupos sociales a los que se pertenezca, por lo que se debe considerar además los elementos aprehendidos del medio, lo cual, contempla la familia y la relación simbiótica.

Investigadores como Evans, Snortun y Thompson describen como una figura parental del mismo sexo excesivamente frágil, severo u hostil, imposibilita la identificación del hijo; o una figura paterna ausente o que ha prestado poca importancia a su educación o mala identificación con las figuras paternas a los que consideran distantes y débiles incapaz de ofrecer una imagen masculina gratificante con la que el niño pueda identificarse; como se evidencia en el trabajo de Bene Family Relations test donde padres que desean a toda costa un hijo de un sexo determinado, y si éste no corresponde al esperado debilitan o rechazan inconscientemente el sexo biológico de su propio hijo a través de actitudes que descalifican indirectamente las conductas correspondientes a su rol sexual; en caso de las madres se pueden presentar dos casos: una madre dominante, humillante, hostil o tan desorganizada desde el punto de vista emotivo que establece vínculos de rechazo, desconfianza con las mujeres en general y es un claro factor de inclinación homosexual, o una madre sobreprotectora, posesiva, controladora y ansiosa que niega el papel autoritario del padre estimulando en el varón sentimientos menos masculino, menos viril. En cualquiera de estas situaciones la homosexualidad podría explicarse como el resultado de una evolución sicosexual deficiente, donde la persona no alcanza su madurez sicoafectiva.³¹

Si bien estos estudios son criticables ya que los hallazgos se obtienen de sujetos sometidos a terapia y por lo tanto con psicopatología y elevados niveles neuróticos lo que determinaría un sesgo a la hora de valorar los resultados, no obstante se considera claro el papel que juegan los padres en el desarrollo de conductas homosexuales.

Los estudios disponibles parecieran indicar que al intentar comprender el origen de la homosexualidad, los factores psicológicos y sociales son los que tienen el mayor impacto, como la homosexualidad se vincula a la personalidad del sujeto, es lógico que para explicarla se recurra principalmente a la psicología. Sin embargo, no en todos los casos de personas homosexuales hay una familia o un ambiente social al que se pueda atribuir su orientación, no es menos cierto que existen ciertos denominadores comunes en la situación familiar de muchas personas homosexuales que pueden iluminar el fenómeno.³²

2.3.5 Teoría de la concordancia o discordancia de género

La orientación sexual de un individuo generalmente no es conocida por otros a menos que la persona se identifique públicamente con esa orientación o por manifestaciones de su conducta, por lo que según el género existen 2 tipos de Homosexuales: concordantes también denominados homosexuales no asumidos y discordantes u homosexuales asumidos.³⁰

Homosexuales no asumidos: Se refiere a la concordancia de género, entendida como expresión de aceptación hacia su condición de hombre, se asimilan y se sienten cómodos con “su” sexo/género, para ellos resulta de cierta manera la postura correcta, no se les nota, son los congruentes y pasan más inadvertidos socialmente. Por lo que la concordancia es valorada como elemento favorecedor de más aceptación social y familiar. Este tipo de homosexual considera que el silencio e invisibilidad lo protegerán de males mayores y lo más conveniente es silenciar, esta actitud encuentra su origen en la interiorización, discriminación social e institucional ya que considera que su progreso personal está muy limitado por sentirse atraído hacia personas de su mismo género. Este

hombre ha hecho una elección filosófica y existencial válida de no salir del closet, con el fin de tener un lugar dinámico de crecimiento y de entendimiento propio.³⁰

Homosexuales asumidos: Esta concepción visibiliza, expone a los sujetos homosexuales “se les nota” y por tanto son más visibles y susceptibles de ser identificados, son los que manifiestan una proyección de género incongruente con lo esperado socialmente según su sexo biológico y/o los que expresan claramente su orientación sexual. La discordancia es vista, por los sujetos, como problemática y motivadora de rechazo social. Quienes afirman su homosexualidad tienden a ser precisamente los que juzgan el estilo de vida o la conducta homosexual como "algo enteramente bueno o al menos completamente inofensiva y por tanto merecedora de la aprobación pública.³⁰

En nuestra sociedad la imagen que ha prevalecido socialmente y que funciona de manera mayoritaria como representación social de la homosexualidad es la de “inversión de género”, lo que visibiliza a este sector de la población homosexual cuya imagen sí concuerda con el estereotipo, y es generalizada por la sociedad a la población general. En este sentido se atribuye cierto grado de responsabilidad a los Homosexuales asumidos “Discordantes - incongruentes” en lo referido al rechazo social, al considerarlos que representan una mala imagen y que la totalidad es juzgada a partir de ésta.⁶

2.3.6 Prejuicios, estereotipos y mitos sobre la homosexualidad:

Durante siglos, la homosexualidad ha sido tema de prejuicios, estereotipos, mitos, etc. que derivan en prácticas discriminatorias que impiden a la comunidad homosexual acceder a sus derechos humanos básicos. En el Perú, el mismo estado peruano discrimina a este sector al no concederle los derechos de establecer una unión civil y de formar una

familia; por lo que se encuentran expuestos a las injusticias, al no contar con legislación que penalice y castigue a una sociedad homofóbica y discriminatoria ¹²

- **Prejuicios:** Basada en ideas subjetivas o generalizaciones de observaciones aisladas. Se puede definir como un miedo incontrolado hacia lo que es diferente, un reflejo del temor que incita a comportamientos hostiles, vejatorios, excluyentes o agresivos hacia aquellas personas que consideramos diferentes. Un ejemplo claro de prejuicio es la homofobia “la hostilidad general, psicológica y social, respecto a aquellos que desean a individuos de su propio sexo y/o tienen prácticas sexuales con ellos” Existiendo 2 tipos de homofobia 1. La homofobia afectiva (psicológica) se caracteriza por la condena de la homosexualidad y 2. La homofobia cognitiva (social) que pretende mantener la diferencia homo/ hetero, promoviendo la tolerancia pero no los mismos derechos.⁶
- **Estereotipos:** Opiniones y representaciones sociales cristalizadas, están estrechamente ligados a los prejuicios y a los procesos de categorización que los engloban, constituyendo aspectos puntuales o caricaturas de aquellos. Sirven casi siempre para justificar conductas agresivas, poseen un fuerte componente afectivo-emocional, además de ejercer una función psicosocial.¹⁹
- **Mitos, creencias:** Del griego mythos (cuento), el mito es un relato oral cuyos detalles van variando de acuerdo a la transmisión del conocimiento de generación en generación. Cuando, en la antigüedad, las explicaciones científicas comenzaron a competir con las míticas, el término mito adquirió un contexto peyorativo, que comenzó a utilizarse como sinónimo de una creencia extendida pero falsa o de una patraña. Algunos de los mitos que perjudican a la comunidad homosexual:

- ✓ La homosexualidad tiene cura: Uno de los grandes mitos que quedaron instalados en la sociedad es que la homosexualidad es una enfermedad y que puede ser “curada”, más de 35 años de investigación científica objetiva concluyeron que la homosexualidad no está asociada con trastorno mentales ni problemas emocionales o sociales. Varios organismos internacionales como la OPS, APA expresaron su preocupación por las denominadas “terapias de conversión”, ya que algunas han resultado en graves daños.²¹

- ✓ La homosexualidad se transmite: Uno de los mitos más comunes en la sociedad es que la homosexualidad se “transmite” y que el contacto con ellos aumentaría las probabilidades de "convertirse" en homosexual. La APA sostiene que una persona no puede elegir ser gay o heterosexual y que la orientación sexual se manifiesta a principios de la adolescencia sin ninguna experiencia sexual previa.¹⁹

- ✓ La homosexualidad no es natural: Existen más de 1.500 especies de animales que presentan orientaciones sexuales distintas a la heterosexualidad, esto demuestra que la bisexualidad y la homosexualidad son completamente comunes dentro del reino animal. La diversidad en la orientación sexual se exhibe no solamente en el ser humano, también está presente en pájaros, insectos, ovejas, murciélagos, delfines u orangutanes, por mencionar algunos, destacó el zoólogo Petter Boeckman. El hecho de que la diversidad sexual esté presente en cientos de especies del reino animal derriba el mito de que la homosexualidad “no es natural”.²¹

- ✓ Todos los homosexuales tienen VIH: “La pandemia de VIH no elige a personas por su orientación sexual, creencia, color o cultura. El sida no discrimina”, el

riesgo de exposición al VIH está relacionado con la conducta de una persona, no con su orientación sexual.¹⁹

- ✓ El tipo de actividad sexual que se da entre homosexuales es perversa: en realidad, la actividad sexual es muy parecida al sexo entre un hombre y una mujer. Se expresan sentimientos sexuales de muchas maneras: tocando, besando, frotando, masturbándose, estimulando de manera oral-genital, penetrando analmente, etc. Es una manifestación de sexualidad diferente a la que la mayoría de la gente está acostumbrada, pero no guarda relación con la perversión.¹⁹
- ✓ Las personas homosexuales son más promiscuas que las heterosexuales: Según el reconocido investigador sexual Alfred Kinsey, “una persona promiscua es aquella que tiene relaciones sexuales más frecuentemente que uno mismo” La promiscuidad, se da en parte porque tienen que subsistir dentro de una subcultura sexual, donde tienen dificultad de ser aceptados e integrarse socialmente, lo que se presta para cambios frecuentes de pareja. Pero al igual que con los heterosexuales, entre homosexuales hay todo tipo de personas: promiscuas, monógamas, polígamas, solteras y célibes.¹⁹

2.3.7. Calidad de Vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. La idea de CALIDAD comienza a difundirse en la década de los 60 hasta convertirse en la actualidad en un concepto utilizado en ámbitos

muy diversos, como la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.³⁴

La expresión "Calidad de Vida" comienza a definirse a mediados de los 70 y comienzos de los 80, como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, teniendo un carácter multidimensional ya que hace referencia tanto a condiciones objetivas como subjetivas que está directamente influenciada por la personalidad y el entorno en que se desarrolla y vive el individuo.³⁴

La OMS la define como la percepción personal que un individuo tiene de su condición y su situación en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y en relación con la satisfacción experimentada de sus metas, objetivos, expectativas e intereses.³⁵

Moreno B, manifiesta que Calidad de Vida es un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física (buenas condiciones físicas, resistente a enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas), el estado psicológico (poder disfrutar, combatir la tensión nerviosa y el estrés), el nivel de independencia y relaciones sociales (hacerse cargo de las responsabilidades).³⁵

Dubois declara que calidad de vida en términos generales es “el bienestar, la felicidad y la satisfacción de un individuo” que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.³⁸ Entendiéndose como: bienestar, el estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad; felicidad estado de ánimo de la persona que se siente plenamente satisfecha por gozar de lo que desea o por disfrutar de algo bueno;

satisfacción, sentimiento de placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad³⁶.

A. Teorías sobre calidad de vida

La búsqueda de la calidad de vida es una constante en el ser humano, desde el comienzo de los tiempos se ha intentado definir, explicar y analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre, a través de una serie de teorías que han ido evolucionando en el transcurrir de la historia. Siendo la más relevante:

A.1. Teoría de calidad de vida integral: lo objetivo y subjetivo

En la actualidad debido a los diversos cambios económicos, políticos y sociales, el mundo toma conciencia que la calidad la hacen los seres humanos y no las máquinas, por lo que surge la teoría de calidad de vida integral que compone las condiciones objetivas (bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente, relaciones armónicas con la comunidad, salud objetivamente considerada) y condiciones subjetivas (intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal, salud percibida) de la vida logrando la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida y sus valores personales; por lo que se define como “ Calidad de vida a un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las persona” Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.³⁷

Definiciones brindadas por Levi y Anderson (1980) la refieren como una medida compuesta de bienestar físico, mental, social, tal como lo percibe cada individuo y cada

grupo; Shin y Johnson (1978) proponen una definición que puede ser operativizada como: “La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás”, aspectos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

Desde esta perspectiva la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de sus polos, necesita la referencia de ambos para poder ser descrita; por lo cual la calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y en último término, de los valores de los sujetos y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo.³⁸

B. Dimensiones de la calidad de vida

Existen 8 dimensiones para evaluar la calidad de vida, estas pertenecen a 2 grandes componentes de la salud como a continuación se describe:

B.1. Componente de salud física: Conformada por 4 dimensiones, **Función Física**

(FF): Grado en que la falta de salud limita para hacer actividades físicas tales como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o transportar peso y esfuerzos moderados e intensos. **Rol Físico (RF):** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor que el deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. **Dolor Corporal (DC):** Medida de la intensidad del dolor

padecido y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en las actividades del hogar. **Salud General (SG):** Valoración personal del estado de salud que incluye la salud actual y las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.³⁹

B.2. Componente de salud mental: Conformada por 4 dimensiones; **Vitalidad (VT):** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio, desánimo y agotamiento. **Función Social (FS):** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. **Rol Emocional (RE):** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, disminución del rendimiento y una disminución del esmero en el trabajo. **Salud Mental (SM):** Valoración de la Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control emocional y el efecto positivo en general.³⁹

2.3.8. Percepción

El concepto de percepción comenzó a ser estudiada en el siglo XIX, proviene del término latino perceptio y se refiere a la acción y efecto de percibir, de recibir las imágenes, impresiones o sensaciones externas de comprender y conocer algo.³⁸ La percepción es el proceso inicial de la actividad mental, considerándola como un estado subjetivo, que inicialmente realiza la abstracción de información del mundo externo, de experiencias y necesidades o de hechos relevantes; esta información permite la formación de meditaciones, juicios, conceptos, por lo que la percepción es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones, entendida como un permanente acto de conceptualización que permiten a la conciencia adquirir noción de objetos y con

ello afinar su capacidad abstracta. Es innegable que las experiencias durante la vida van marcando fuertemente nuestra percepción van dando significado a ciertas situaciones o sucesos de una manera única para cada persona.³⁸

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema, se apoya en la existencia del aprendizaje.⁴⁰

Características de la percepción:

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

- Es subjetiva, debido a que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo; la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

Componentes de la percepción:

Aun cuando los estímulos sensoriales pueden ser los mismos para todas las personas, cada uno percibe cosas distintas, este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de inputs:

1. Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
2. Los inputs internos que provienen del individuo, como las necesidades, motivaciones y experiencias previas que proporcionaran una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos.

2.3.9. Percepción desde un enfoque Psicológico “Movimiento Gestalt”

Uno de los temas iniciales de la psicología como ciencia es la explicación de “la percepción” siendo el movimiento Gestalt el que ha mostrado mayores esfuerzos en la producción de sus principios explicativos, a través de sus investigadores Wertheimer, Koffka y Kóhler.

A comienzos del siglo XX la psicofisiología refería que la percepción era el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial y la actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión, audición, tacto, etc. Sin embargo el movimiento Gestalt realizó una revolución en psicología al plantear la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales, consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. Inicialmente la percepción determina la entrada de información y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc) por lo cual concluyeron que "las percepciones no nos proporcionan nuestros conceptos, sino que nuestras percepciones nos son dadas de acuerdo con nuestras maneras intrínsecas e innatas de percibir el mundo.

El principal esfuerzo histórico del movimiento gestáltico fue demostrar experimentalmente la íntima relación entre percepción y conceptualización, definiendo la percepción como una tendencia al orden mental como un permanente acto de conceptualizar los eventos del mundo externo, organizarlos a través de juicios que se encargan de encontrar una cualidad que represente de la mejor manera posible a los objetos.⁴⁰

2.3.10. Percepción de calidad de vida

Se define como un proceso activo, constructivo de juicios y conceptos que un individuo tiene de su condición y situación en la vida y su relación con la satisfacción experimentada de sus metas, aspiraciones, expectativas e intereses personales.

Para valorar la percepción de la calidad de vida de los varones homosexuales, se debe tomar en cuenta tanto indicadores subjetivos como objetivos siendo los más fiables los subjetivos, ya que reflejan la percepción del propio individuo sobre su estado físico, emocional y social.³⁸

2.3.11. Perfil Sociodemográfico

El perfil sociodemográfico en una investigación tiene como objetivo estudiar las características de una determinada población y su desarrollo. Siendo el perfil el esbozo de los rasgos generales que definen la identidad de algo o alguien y lo sociodemográfico, hace alusión al tamaño y las características generales de un grupo de población determinado; se puede afirmar que la descripción sociodemográfica es un conjunto de datos que permiten definir el tamaño y las principales características sociales de una

población, que serán utilizados para diagnosticar estilos de vida , condiciones de salud e identificar, evaluar, prevenir, intervenir y monitorear factores de riesgo psicosocial.⁴¹

Para elaborar una descripción sociodemográfica es necesario la descripción de características sociales y demográficas de un grupo determinado, tales como: edad, sexo, grado de escolaridad, ingresos económico, lugar de residencia, estado civil, raza, ocupación, etc; para lo cual es necesario aplicar instrumentos de investigación siendo la encuesta la herramienta ideal para recoger información. Y el producto de la misma es un conjunto de datos numéricos o cuantitativos, que permiten visualizar rasgos más prominentes de la población en términos sociodemográficos; la información servirá como base para realizar un análisis epidemiológico y perfiles de riesgo-protección y la elaboración de planes y programas de desarrollo.⁴¹

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1. Hipótesis

HA: La calidad de vida de los varones homosexuales asumidos guarda relación con las características sociodemográficas.

HO: La calidad de vida de los varones homosexuales asumidos no guarda relación con las características sociodemográficas.

3.2. Operacionalización de variables

Variable independiente: Características sociodemográficas.

Variable dependiente: Calidad de vida de los varones homosexuales asumidos.

3.2.1 Operacionalización de variable Independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable Independiente</p> <p>Características sociodemográficas</p>	<p>Conjunto de características biológicas, socioeconómico -culturales que están presentes en la población sujeto a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles⁴¹.</p>	EDAD	<ul style="list-style-type: none"> . 18 a 27 años . 28 a 37 años . \geq 38 años
		GRADO DE INSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> . Primaria . Secundaria . Técnico Superior . Superior
		OCUPACION	<ul style="list-style-type: none"> . Ocupación profesional . Ocupación no profesional . Otros
		INGRESO ECONÓMICO	<ul style="list-style-type: none"> . Bajo (menor a 1 sueldo mínimo vital) . Medio (entre 1 a 3 sueldos mínimos vitales) . Alto (mayor a 3 sueldos mínimos vitales)
		RELIGIÓN	<ul style="list-style-type: none"> . Católica . No católica . Ninguna
		PROCEDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> . Costa . Sierra . Selva

3.2.2 Operacionalización de variables Dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p style="text-align: center;">Variable Dependiente</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Es la percepción que un individuo tiene sobre su bienestar, felicidad y satisfacción que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento sensación positiva de su vida³⁸.</p>	Función física	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Dolor corporal	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Salud general	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Salud mental	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Función social	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Rol emocional	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Vitalidad	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>
		Rol físico	<p>Mejor función física (Por encima de P₅₀)</p> <p>Peor función física (Por debajo de P₅₀)</p>

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Atención Médica Periódica de Salud (UAMPS) del Hospital Regional de Cajamarca, donde se promueve la promoción y prevención de ITS/VIH-SIDA, brindándose atención integral de salud con enfoque multidisciplinario a la población en general y poblaciones vulnerables (trabajadoras sexuales y homosexuales).

En la UAMPS, se contó con un ambiente designado a la población homosexual, donde se realizaban actividades específicas (charlas, sesiones, talleres educativos), a través de la estrategia de promotores educadores pares de salud; financiado por el Fondo Mundial y la ONG INPPARES que se encontraban en franca lucha para lograr el Objetivo 6, de los objetivos del Milenio (2000-2015): Disminuir las ITS/VIH/SIDA en poblaciones vulnerables.

La ciudad de Cajamarca se encuentra ubicada al norte del Perú a 2750 msnm con una T° media anual de 15.6°C, su nombre proviene del quechua kashamarka “pueblo de espinas” en referencia a la abundancia de cactus que predomina en la zona. La ciudad de Cajamarca representa el núcleo económico, industrial, comercial y minero de la sierra norte del Perú; considerada por la Organización de Estados Americanos como Patrimonio Histórico y Cultural de las Américas y ciudad símbolo de la unidad latinoamericana.⁴¹

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó un diseño no experimental: descriptivo, transversal y correlacional. Analizando la realidad y observando la situación debido a que se analizó la realidad y se observó la situación, recolectando datos en un tiempo único, midiendo la prevalencia de la exposición y del efecto en la muestra poblacional teniendo como propósito describir su incidencia e interrelaciones entre dos o más variables.

4.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación correspondió a un método inductivo con enfoque cuantitativo, pues se formuló conclusiones partiendo de hechos, suposiciones, antecedentes, de un problema concreto, logrando construir un marco teórico y probar una hipótesis pues permitió determinar la calidad de vida de los varones homosexuales asumidos de la ciudad de Cajamarca durante el año 2010, teniendo en cuenta su relación con algunas características sociodemográficas.

4.4. POBLACIÓN, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS

Población: Estuvo constituida por 34 varones homosexuales asumidos, aparentemente sanos que acuden a la UAMPS de la ciudad de Cajamarca.

Muestra:

a) Determinación del Tamaño de la muestra.

Se determinó por conveniencia, no realizándose cálculo, se trabajó con todos, debido a la accesibilidad y proximidad de los sujetos para la investigadora.

b) Definición de la muestra.

La muestra estuvo conformada por varones homosexuales asumidos que acuden a la UAMPS, residentes en la ciudad de Cajamarca durante los meses de abril hasta el mes de setiembre del 2010.

Criterios de inclusión:

- Residentes en la ciudad de Cajamarca.
- Mayores de edad.
- Con capacidad para responder.
- Que voluntariamente firmaron el consentimiento de participación. (Apéndice 1).

Criterios de exclusión:

- Con deterioro cognitivo
- Que consumen medicamentos para tratar problemas Psicológicos, Estrés, VIH/SIDA.
- Que presenten alteraciones psicológicas.

Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los varones homosexuales asumidos de la ciudad de Cajamarca que acudieron a la UAMPS del Hospital Regional de Cajamarca y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.5.1 Técnica de recopilación de la información

Para la recopilación de la información se utilizó el cuestionario, logrando una interrelación y dialogo con el entrevistado, previa firma del consentimiento informado (apéndice 1).

4.5.2 Instrumento de recopilación de la información

Para la recopilación de la información se aplicó como instrumento un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de Calidad de Vida SF-36 versión Española 1.4³⁹.

Cuestionario Sociodemográfico:

El instrumento fue elaborado por la investigadora, para recabar información sobre las características sociodemográficas de los varones homosexuales asumidos, el cual tuvo 6 preguntas relacionadas a edad, grado de instrucción, ocupación actual, ingreso económico, religión, lugar de procedencia. (Apéndice 2).

Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 versión Española 1.4:

Este instrumento fue adaptado por la investigadora, siguiendo las instrucciones del cuestionario indicado por los autores³⁹, lo que permitió obtener información sobre las dimensiones y puntuaciones de la calidad de vida, pertinente a los objetivos del estudio. (Anexo 1). Fue administrado después de la atención médica periódica establecida por el “Programa de los Promotores Educadores Pares de Salud” MINSA 2010.

El cuestionario de Calidad de Vida SF-36 Versión 1.4 en Español, que es uno de los instrumentos que describe la de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), más utilizados y evaluados, diseñado tanto para su uso individual como colectivo en pacientes, población general o subgrupos específicos en estudios descriptivos o de evaluación que proporciona un perfil del estado de salud.³⁹

Estuvo compuesto por 36 preguntas (ítems) que cubrieron los dos componentes principales de salud: 1. “el componente sumario físico” conformado por la valoración de la función física, el rol físico y la presencia del dolor corporal y 2. “el componente sumario mental” conformado por la evaluación de la salud mental, el rol emocional y la función social, asimismo se evaluó la salud general y la vitalidad que mostraron la correlación significativa con ambas componentes,³⁹ estas ocho dimensiones **descritas**, representan los conceptos empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.³⁹

Este cuestionario fue aplicado haciendo hincapié al periodo recordatorio de 4 semanas anteriores, autoadministrado y dirigido a los homosexuales asumidos mayores de 14 años de edad y que decidieron participar voluntariamente en esta investigación. Para el cálculo de las puntuaciones, se realizó los siguientes pasos:

1. Homogeneización en la construcción de la orientación de las respuestas requeridas, con el fin de que todos los ítems siguieran el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”: Cada respuesta tuvo su valor según lo indicado en el cuestionario “Calidad de Vida SF36”
2. Cálculo del sumatorio de todos los ítems que componen la escala de medición (puntuación cruda) (anexo 2).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala) (anexo 2).
4. Para evaluar cada dimensión, los ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 a 100, así puntuaciones

inferiores a 50 indican “peor estado de salud” y puntuaciones superiores a 50 indican “mejor estado de salud.”⁴⁰ (anexo 3).

4.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Después de recolectar la información, se constató la consistencia para precisar las preguntas (prueba alfa de Cronbach (anexo 5), se realizó la revisión y corrección de los datos, luego la codificación para su proceso electrónico a través de claves numéricas y códigos de información registrada en los cuestionarios (apéndice 2, anexo 1); se empleó el paquete estadístico SPSS versión 24, la hoja Electrónica de Cálculo Microsoft Excel 2000; para establecer la relación estadística se utilizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad

4.6.1. Análisis e interpretación de los resultados

El análisis se lo realizó desde un enfoque cuantitativo, se describieron los resultados en base a las estadísticas, porcentajes, valores absolutos, obtenidas durante el procesamiento, teniendo en cuenta los objetivos, para luego ser analizados y contrastados con el marco teórico elaborado.

4.7. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

El cuestionario sociodemográfico aplicado, fue validada por criterio de seis jueces, confrontado con el Coeficiente de validación “V” AIKEN (Anexo 4), con intervalos de confianza al 95%, para determinando la consistencia de las preguntas planteadas de acuerdo a nuestros objetivos; asimismo se realizó una prueba piloto a 10 homosexuales asumidos de la provincia de Jaén que acuden a la UAMPs de su jurisdicción que no

pertenecieron a la muestra de esta investigación, lo que permitió reformular y editar el instrumento final y para determinar la consistencia interna se utilizó en coeficiente estadístico Alfa de Cronbach (0.911) (Anexo 5).

Para evaluar la calidad de vida de los homosexuales asumidos se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 versión 1.4 en español³⁹ que es uno de los instrumentos relacionado con la Salud (CVRS) más utilizado y evaluado a nivel mundial.

Los estudios publicados sobre las características métricas aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad, siendo estos resultados consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internaciones. Al describir las características métricas del cuestionario, el 96% de las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (Alfa de Cronbach de 0.7); las estimaciones agrupadas obtenidas por meta análisis fueron superiores a 0,7 en todos los casos. Sus buenas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.³⁹

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud N° 26842, la investigación no revistió riesgo alguno para las personas que participaron, ya que la información obtenida de la entrevista y cuestionarios no atentó de ninguna manera contra la integridad física, ni moral de la población en estudio.

- Se respetó los principios de la Declaración de Helsinki, para lo cual los participantes del proyecto de investigación fueron individuos voluntarios e informados (principio de autonomía), firmaron el consentimiento informado, accedieron a participar voluntariamente conociendo los objetivos del presente estudio.
- La investigadora protegió, respetó la privacidad, confidencialidad y la dignidad de los homosexuales asumidos quienes conformaron la muestra de estudio.
- Asimismo, antes de aplicar los instrumentos se solicitó la debida autorización a la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca 2010.

CAPÍTULO V

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca, 2010.

Características sociodemográficas	Indicador	N°	%
Edad	18 a 27 años	11	32,35
	28 a 37 años	16	47,06
	≥ 38 años	07	20,59
Grado de instrucción	Primaria	06	17,65
	Secundaria	14	41,18
	Técnico superior	10	29,41
	Superior	04	11,76
Ocupación	Ocupación profesional	04	11,76
	Ocupación no profesional	28	82,36
	Otros	02	05,88
Ingreso económico	Bajo	24	70,59
	Medio	06	17,65
	Alto	04	11,76
Religión	Católica	08	23,53
	No católica	17	50,00
	Ninguna	09	26,47
Procedencia	Costa	10	29,41
	Sierra	17	50,00
	Selva	07	20,59
TOTAL		34	100%

Fuente: Cuestionario características sociodemográficas de varones homosexuales asumidos 2010.

En la tabla 1, se evidencia que 79,51% de los varones homosexuales asumidos, se encuentran entre las edades de 18 a 37 años, con predominio los de 28 a 37 años correspondiente a la etapa de vida de adulto joven (20 a 40 años), nuestros resultados

coinciden con las investigaciones encontradas por Barzani C, hallando el mayor porcentaje de homosexuales asumidos entre las edades de 21 a 30 años (38,5%); igualmente Barreto I y cols, encontraron que el mayor porcentaje se encontraron entre edades de 22 y 32 años (62,9%) y Gómez F, Barrientos J, evidenciaron que homosexuales estudiados se encuentran con mayor frecuencia entre las edades de 28 y 39 años (66,7%).

24,22,19

Adoptar una identidad homosexual es un proceso complejo y prolongado por lo que tardan años en conseguir expresarla por completo e inclusive algunos jamás lo logran, el momento más complicado para un homosexual, es la adolescencia donde no sólo se enfrentan a fuertes cambios físicos y psicológicos sino que también a la fuerte necesidad de confesar la atracción sexual, afectiva e identidad gay “salir del closet”, pero se encuentran con mensajes violentos de rechazo y discriminación de sus padres, familiares, escuela y entorno por lo que silencian su situación, aparentando una vida que no es propia para mantener estándares sociales, ajenos a sus deseos convirtiéndose en “homosexuales no asumidos”; solo en la etapa del adulto joven cuando hay una aparente capacidad de independencia emocional, económica e impera el deseo de determinar su propio estilo de vida es cuando dan a conocer su verdadera opción sexual “homosexuales asumidos”; en la edad del adulto mayor la situación es mucho más difícil ya que toda la vida han sido formados bajo el concepto de que los homosexuales son desadaptados sociales, que esparcen enfermedades como el VIH, SIDA, por lo que es de remarcable valentía declararse abiertamente homosexual en una edad avanzada.^{30,36}

Estos resultados pueden deberse a que la muestra ha sido obtenida en la UAMPS Cajamarca; donde se concentró un grupo de homosexuales asumidos “aparentemente sanos” que trabajaron bajo la estrategia de educadores pares de salud, el Objetivo 6 del

desarrollo del Milenio “Disminuir las ITS/VIH/SIDA en poblaciones vulnerables”, donde acudieron a partir de la etapa adulto joven y refirieron haber retrasado expresar abiertamente su opción, porque perciben una sociedad culturalmente homofóbica, que manifiesta muestras de rechazo y violencia; no hay presencia de organizaciones que busquen bienestar e igualdad de derechos para poder enfrentar la etapa adolescente en forma sana y ser reconocidos con las mismas complejidades e incertidumbres de cualquier ser humano que se encuentra en la búsqueda de las razones para la vida, sobre las que construirán su existencia.^{6,2}

Respecto al grado de instrucción, se determina que la mayor parte de la población homosexual asumida cuenta con un grado de instrucción secundario (41,18%), seguido por técnico superior (29,41%) así como también un mínimo porcentaje con estudios superiores. Coincidiendo con el estudio de Obando M, donde el 58% ha concluido el nivel secundario, igualmente Barzani C, determinó que 46% tiene nivel secundario y parcialmente Rodríguez D, estableció que 40,6% tiene al menos un año de instrucción superior universitario. Contrariamente Barreto I y cols, encuentran en su estudio que la mayoría son universitarios 50,2%; también Ortiz L, García M, mencionan que mayor frecuencia 42% son homosexuales con estudios de post grado; por su parte Gómez F y Barrientos J, demostraron que el mayor porcentaje fueron universitarios (70%).

26,24,18,22,25,20

No es un misterio que la educación promueve la libertad, autonomía personal; carecer de ella genera desventajas, disminuye oportunidades, niega un legado cultural y conlleva a la pobreza indicador negativo en el desarrollo social, pues el capital humano no es aprovechado en su mayor potencial, no pudiendo tener la calidad de vida deseada y no

la que le impongan por carecer de educación.⁴² La sociedad no debe violentar “El derecho a la educación”, como rige la ley general de Educación N° 28044 y el principio 16 de Yogyakarta: “*Toda persona tiene derecho a la educación, sin discriminación alguna basada en su orientación sexual e identidad de género*”, con lo que se garantiza la igualdad de posibilidades para la formación de personas capaces de elaborar su propio proyecto de vida; constituirse en ciudadanos responsables capaces de consolidar la vida democrática y construir una sociedad más justa y desarrollada.⁴³

Mientras se mantenga oculta la opción homosexual el desarrollo a nivel de grado de instrucción es de manera “normal” pero al dar vislumbres, que es con mayor frecuencia en el periodo de la adolescencia, al parecer se detiene el proceso educativo, posiblemente por ser objeto de discriminación y bullying, por parte de docentes que carecen de conocimiento acerca de las diversidades sexuales y de género; por compañeros desinformados o por desprotección familiar que niegan recursos económicos y como consecuencia deserción escolar en gran porcentaje, no logrando concluir sus estudios y restringiendo sus expectativas de vida.¹⁸

Al analizar la ocupación actual de los varones homosexuales asumidos el mayor porcentaje tienen actividades no profesionales (82,36%), seguido por una ocupación profesional (11,76%) y finalmente otras actividades como trabajo sexual (5,88%). La información obtenida es muy similar a investigaciones de Rodríguez S donde 49,0% tienen actividades no profesionales y 11,3% actividades profesionales; Barreto y cols, concluyeron que 48,2% es empleado no profesional; contrariamente Obando M, Barzani C, encontraron al trabajo sexual como la mayor actividad desarrollada 49% y 54% respectivamente.^{6,22,26,25}

El ser humano a lo largo del desarrollo de su vida, manifiesta constantemente la necesidad de encontrarse y mantenerse activo, por lo que el tipo de ocupación influye y determina la calidad de su salud.; posee un valor significativo que permite construir la identidad personal, social y cultural, es considerada un instrumento para mantener la salud, ya que da respuesta a las necesidades vitales, permite satisfacer las exigencias sociales a las cuales nos vemos sometidos constantemente, proporciona herramientas que fomentan el desarrollo de habilidades y destrezas que posibilitan la adaptación al entorno.^{28,21}

Al parecer la condición homosexual en el Perú implica estar condenado y excluido no adquiriendo conocimientos, habilidades que les permita poseer una profesión u ocupación para desarrollarse y progresar, siendo evidente la relación entre el grado de instrucción y ocupación; colocándolos en desventaja socioeconómica, pues cierra oportunidades de empleo. Pese a lo encontrado estadísticamente en el presente estudio donde predomina la actividad no profesional es conocido que la mayoría de varones homosexuales asumidos realizan trabajo sexual, que por vergüenza o juzgamiento no lo mencionan de manera abierta.^{6,18}

Al analizar el ingreso económico, 70,59% de homosexuales asumidos perciben un ingreso económico mensual bajo, menor al mínimo vital (menos de 850 nuevos soles), un 17,65% un ingreso económico medio (2 a 3 sueldos mínimos vitales) y tan solo 8,82% ingreso económico alto (ingreso mayor a 3 sueldos mínimos vitales). Los resultados son similares a los obtenidos por Barzani C, donde el 42% tiene ingresos igual o menor de 1 sueldo mínimo vital; discrepando con estudios donde existen mejores condiciones económicas como los de Cameron P²⁴ donde el 40% tiene ingresos por encima del salario mínimo legal; asimismo Barreto y cols, donde el 78,5% presenta un nivel económico medio; a la

vez Rodríguez D, afirma que el 45,6% de la población estudiada percibe hasta dos salarios básicos.^{24,23,22,18}

El INEI 2017, señala que la canasta básica mensual por persona es de 328 nuevos soles; sin embargo Romero G, manifiestan que un ingreso económico mensual mayor a 1000 nuevos soles cubre las necesidades básicas de una persona sin carga familiar. Es sabido que la capacidad de disponer de bienes económicos y no económicos, constituye un elemento clave en la calidad de vida, es así que algunos autores han aseverado que la diferencia entre una persona saludable y un enfermo está en la cantidad de dinero disponible, a mayores ingresos más alto nivel de vida, pues permite mayor capacidad para satisfacer necesidades objetivas, disponer de independencia en toma de decisiones, mejora la autoestima, logrando un estado de bienestar total.^{41,3}

En la investigación la mayoría de homosexuales no alcanza a cubrir la canasta básica mensual, debida que al carecer de estudios superiores solo pueden desempeñarse en ocupaciones no profesionales de escaso ingreso económico, siendo considerados en situación de pobreza lo que podría conllevar a un contexto de vulnerabilidad originando un mayor deterioro físico, social y psicológico.¹⁷

Respecto a la religión que profesan, el mayor porcentaje de la muestra, profesan religión no católica (50,00%), y en mínimo porcentaje son católicos (23,53%); la información obtenida coincide con investigaciones de Barreto I y cols. donde el 55,00% son no católicos y el 20,5% manifiesta profesar la religión católica, por su parte Araya K y cols. refieren que el 62% de los homosexuales no sienten culpa o recalcimiento ante Dios por

su comportamiento homosexual, contrariamente en la investigación de Barrientos J y cols un decisivo 78% no adscriben ninguna religión y solo un 22% son religiosos.^{22,21,16}

Las religiones son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural, basadas en textos de carácter sagrado que unen a sus seguidores en una misma comunidad moral. La religión es la fe, devoción por todo lo que se considera sagrado, se trata de un culto hacia entidades que se les atribuyen poderes prodigiosos; es la creencia a través de la cual se busca una conexión con lo divino y sobrenatural, así como cierto grado de satisfacción espiritual para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad, constituyéndose en patrones de conducta de los individuos de una sociedad.¹⁴

El Perú es un país conservador y religioso, influenciado por la doctrina católica, que para el 2015 representa el 77% de la población, habiendo descendido en 12% en los últimos 21 años. La iglesia Católica condena las prácticas homosexuales como pecaminosas basándose en versículos de la biblia que dan sustento a esta posición: *“No te echarás con varón como con mujer; es abominación”* (Levítico 18:22), *“Si alguno se ayuntare con varón como con mujer, abominación hicieron; ambos han de ser muertos, y sobre ellos será su sangre”* (Levítico 20:13). *“¿No sabéis que los injustos no heredarán el reino de Dios?; ni los fornicarios, ni idólatras, ni adúlteros, ni afeminados, ni los que se echan con varones”* (Corintios 6:9-10). El Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú, por lo que los miembros de la comunidad homosexual señalan a la religión como el principal obstáculo para redefinir sus derechos, dejando de asistir a la iglesia organizada y buscan la fe por si solos.^{6,3}

Según el lugar de procedencia de los homosexuales asumidos, 50% son de procedencia de la sierra y los otros 50% proceden de la costa y selva 29,41% y 20,59% respectivamente. Barrientos J y cols. Coinciden en sus resultados y refieren que la mitad de su muestra procede de la ciudad y los demás a otros distritos aledaños. Por su parte Araya K y cols, encontraron que casi la totalidad de la muestra (98.8%) proceden de la zona urbana.^{16, 21}

La procedencia de los individuos suele despertar mitos, tanto positivos como negativos, acerca de sus habilidades y talentos naturales, o bien relacionados con ciertas conductas sociales.²² En esta investigación la mayoría de la muestra procede de la sierra, de provincias o distritos que tratando de ocultarse de sus círculos cercanos como familia, parientes, amigos migran hacia lugares donde puedan manifestarse abiertamente. En la ciudad de Cajamarca en los últimos años se ha evidenciado aumento de la población homosexual, atribuido al desarrollo económico y minero que no trae solo progreso y bienestar sino que también aporta aspectos negativos como aumento de lugares de diversión, discotecas, bares, prostíbulos encontrando la población homosexual oportunidades para identificarse con su sexualidad y a la vez fuente de ingreso económico.²

Tabla 2.1. Calidad de Vida según función física de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

FUNCIÓN FÍSICA	Media	Limitaciones		
		Limita mucho	Limita poco	No, limita
Esfuerzos intensos	2,5	01 2,94%	15 44,12%	18 52,94%
Esfuerzos moderados	2,85	---	05 14,71%	29 85,29%
Coge o lleva la bolsa de la compra	2,94	---	02 5,88%	32 94,12%
Sube varios pisos por la escalera	2,53	---	16 47,06%	18 52,94%
Sube un solo piso por la escalera	2,97	---	01 2,94%	33 97,06%
Se agacha, arrodilla o se pone en cuclillas	2,56	---	15 44,12%	19 55,88%
Camina un kilómetro o más	2,35	---	22 64,71%	12 35,29%
Camina varias manzanas	2,97	---	01 2,94%	33 97,06%
Camina una sola manzana	2,97	---	01 2,94%	33 97,06%
Se baña o viste por sí mismo	2,97	---	01 2,94%	33 97,06%
TOTAL		0,29%	23,24%	76,47%

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN FUNCIÓN FÍSICA

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
Nº	%	Nº	%	Nº	%
03	8,82	31	91,18	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

En la tabla 2.1, al valorar función física (FF) de varones homosexuales asumidos a través de ciertas preguntas ¿su salud actual le limita para hacer algunas actividades o cosas? y considerando que a mayor puntaje menor limitación, se evidencia que las medias más altas (menor limitación) son subir un solo piso por la escalera, caminar varias manzanas, caminar una sola manzana y bañarse o vestirse por sí mismos (2,97 cada una) y coger o llevar la bolsa de la compra (2,94). Y de acuerdo a la distribución por puntuaciones una

amplia mayoría el 91.18% perciben una mejor función física, siendo resaltantes los resultados ya que evidencia que los varones homosexuales asumidos llevan a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.

En este marco, se puede observar estudios que coinciden con la premisa que la función física de los homosexuales no irrumpe sus actividades, como en la investigación de Araya K, Echeverría M que determinaron que 95% de homosexuales asumidos no presentan ninguna disfunción física realizando sus funciones habituales con total normalidad y solo 5% presenta alguna limitación adquirida de nacimiento (dislocación de cadera), que dificulta hacer esfuerzos intensos y moderados. Así mismo, Ortiz L, García M, en su estudio, obtuvieron que 76% percibe su estado de salud físico como bueno o muy bueno y el 3% percibe como malo o muy malo. Además algunos autores como Van de Ven P, en su investigación afirman que gozar de buena salud permite desarrollar actividades saludables que mejoran y mantienen la salud del ser humano; sin embargo, pese a lo dicho, en la actualidad uno de los mayores problemas que se presentan es la vida sedentaria, en tal sentido, es relevante lo que indica López J y cols, destacando la importancia de realizar actividades físicas para un adecuado equilibrio en el desarrollo físico, psíquico y social, que se traduce en mejoras de calidad de vida. ^{21, 25, 44, 45}

Realizar una adecuada función física (150 minutos de ejercicio a la semana o tres veces en semana) dota de energía, previene enfermedades crónicas graves y potencialmente mortales como la hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes II; disminuye trastornos psicológicos como insomnio, depresión, ansiedad y tensión siendo el estado de salud físico un factor fundamental que se combina con otros determinantes

importantes como la dotación genética, edad, situación nutricional, salubridad. López J y cols⁴⁵ destacan la importancia de realizar actividades físicas para el desarrollo físico, psíquico, social ya que otorga una vida larga y un mejor estado de salud.

En la presente investigación una contundente mayoría de homosexuales asumidos, presenta una mejor función física (91,18%) demostrando que su salud actual no desarrolla limitaciones para realizar sus actividades físicas, esto permite comprender que no son diferentes al varón heterosexual; por lo que su elección sexual no es impedimento para disfrutar de una adecuada función física, que ofrece sensación de realización, independencia, control de su vida, prevención de enfermedades degenerativas; mantienen el equilibrio mejorando su estado de ánimo y disminuye la depresión sumándose que la población estudiada mayoritariamente corresponde a personas jóvenes. En este sentido se afirma que la homosexualidad no debe afectar el desarrollo del individuo sino que debe ser igualitario con las mismas oportunidades que los heterosexuales.¹⁷

Tabla 2.2. Calidad de Vida según rol físico de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

ROL FÍSICO	Media	Tiempo dedicado a su trabajo o actividades cotidianas	
		Si	No
Redujo su tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas.	1,74	09 26,47%	25 73,53%
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer.	1,41	20 58,82%	14 41,18%
Dejó de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas.	1,59	14 41,18%	20 58,82%
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas	1,56	15 44,12%	19 55,88%
TOTAL		42,65%	57,35%

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN ROL FÍSICO

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
N°	%	N°	%	N°	%
12	35,29	22	64,71	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales

En la presente tabla, al valorar el rol físico (RF) de los varones homosexuales asumidos a través de ciertas preguntas sobre si ¿han tenido algunos problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? y considerando que a mayor puntaje menor interferencia de está; se observa que las medias más altas (menor limitación) son no tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas (1.74) y no tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus

actividades cotidianas (1.59). De acuerdo a la distribución por puntuaciones el 64,71% percibe un mejor rol físico, evidenciando que los varones homosexuales asumidos no presentan problema con el trabajo u otras actividades cotidianas debido a su salud física.

En este marco, se observan estudios que coinciden con la investigación, como de Gómez F, que concluyó que la mayoría de sujetos con diferentes preferencias sexuales, están satisfechos y se sienten aceptados como trabajadores eficientes y tienen buena salud, coincide con Rodríguez D que concluye la mayoría de trabajadores homosexuales están orgullosos de gozar de una adecuada salud física que les permite realizar actividades en que destacan, demostrando su capacidad para cumplir sus objetivos; asimismo Osma López J establece que los trabajadores gays tienen buen estado de salud y buena percepción de la organización donde trabajan siendo su rendimiento laboral y sus relaciones con compañeros muy buenas, esto es similar a las conclusiones de Barreto I y cols al mencionar que una adecuada salud física y relaciones interpersonales positivas representa un alto porcentaje de satisfacción con el entorno en donde los individuos laboran^{20, 18, 46, 22}

Por lo tanto el trabajo o actividad del hombre es un proceso social que no puede verse sólo como un medio para producir o satisfacer necesidades orgánicas, es mucho más, es un medio de transformación, realización, creación de valores, a la vez, un elemento intrínsecamente relevante dentro de la calidad de vida; el realizarlo adecuadamente va a depender de la salud física como lo menciona Osma López J⁴⁶: “salud física no solo es una clave importante para un cuerpo saludable, es la base de la actividad intelectual,

creativa y dinámica; el gozar de ella, aumenta la satisfacción laboral, la productividad, las capacidades personales y reduce niveles de estrés laboral”.

En la investigación un poco más de la mitad de homosexuales asumidos presentan un mejor rol físico (64,71%) que les permite realizar adecuadamente su trabajo y actividades cotidianas no llegando a la excelencia, al indagar porque se presenta tal situación si gozan de una buena función física, observamos que posiblemente al intervenir factores que los disminuyen, desvaloran como el rechazo, discriminación, estigmatización y sumándose estilos de vida negativos, que menoscaban e influyen impidiendo realizar su trabajo y actividades cotidiana de manera óptima.²⁶

Tabla 2.3. Calidad de Vida según dolor corporal de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

DOLOR CORPORAL	Media	Intensidad del dolor					
		Muchísimo	Mucho	Moderado	Un poco	Muy poco	Ninguno
Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo	4,15	---	02	10	08	09	05
		---	5,88%	29,41%	23,53%	26,47%	14,71%
El dolor le dificulta su trabajo habitual	3,76	---	06	04	16	08	---
		---	17,65%	11,76%	47,06%	23,53%	---
TOTAL		---	11,77%	20,59%	35,29%	25,00%	07,35%

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DOLOR CORPORAL

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
N°	%	N°	%	N°	%
10	29,41	24	70,59	34	100,00

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

En la presente tabla, al valorar el dolor corporal (DC) de los varones homosexuales asumidos, al realizarles ciertas preguntas como: ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo? o ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual? , se evidencia que las medias son 4,15 y 3,76 respectivamente. Y según su distribución por puntuaciones un considerable 70,59% perciben ausencia de dolor corporal, no dificultando su trabajo habitual y sus tareas domésticas, por lo tanto perciben mejor su calidad de vida.

Los estudios de Osma Lopez⁴⁶ y los de Araya K, Echeverría M²¹ coinciden con los resultados encontrados al referirse a la escala dolor corporal percibieron que no presentan ningún tipo de dolor por lo que están activos y llevan adecuadamente sus roles de la vida

diaria y que la condición homosexual no tiene interferencia con algún tipo de dolor corporal por lo que no dificulta sus actividades diarias y sus relaciones con los demás.

El dolor corporal es un mecanismo esencial de supervivencia y protección, su propósito vital es señalar que “algo no está bien en el organismo”, que puede ser una experiencia emocional (subjetiva) o sensorial (objetiva) desagradable asociada a una lesión o expresada como si ésta existiera que al presentarse repercute negativamente en el trabajo y en las actividades cotidianas no permitiendo el desempeño adecuado.⁴⁷

En la investigación se evidencia que los homosexuales asumidos no presentan dolor corporal (70,59%) ni limitaciones debido a él; sin embargo al analizar que una amplia mayoría gozan de una buena salud respecto a su función física, por lo que también una similar mayoría no deberían padecer ningún tipo de dolor; sin embargo se puede deducir que el dolor que experimentan es un dolor psicógeno, relacionada con la parte subjetiva, emocional presentándose en individuos con personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos o que están continuamente sometidos a tensión, este tipo de dolor es el más difícil de remediar debido a que cala en la parte más íntima del ser humano convirtiéndose en dolor crónico que perturba el desarrollo personal.⁴⁷

Tabla 2.4. Calidad de Vida según salud general de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

SALUD GENERAL	Media	Evaluación de su salud				
		Mala/ Totalmente falsa	Regular/ Bastante falsa	Buena/ No lo se	Muy buena/ Bastante cierta	Excelente/ Totalmente cierta
Evalúa su salud	2,41	02	19	10	03	---
		5,88%	55,89%	29,41%	8,82%	---
Se pone enfermo fácilmente	3,21	02	12	01	15	04
		5,88%	35,29%	2,94%	44,12%	11,76%
Se considera sano	2,65	02	13	15	03	01
		5,88%	38,24%	44,12%	8,82%	2,94%
Cree que su salud va a empeorar	3,12	02	09	10	09	04
		5,88%	26,47%	29,41%	26,47%	11,76%
Piensa que su salud es excelente	2,62	05	15	03	10	01
		14,70%	44,12%	8,82%	29,41%	2,94%
TOTAL		07,65%	40,00%	22,94%	23,53%	5,88%

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN SALUD GENERAL

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		Total	
Peor		Mejor			
N°	%	N°	%	N°	%
21	61,76	13	38,24	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

Referente a la salud general (SG) de los varones homosexuales asumidos se aprecia que al realizar la preguntas ¿en general, usted diría que su salud es? se obtiene que la media más alta es, Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otros (3,21) y creo que mi salud va a empeorar (3,12). Y de acuerdo a la distribución por puntuaciones el 61,76%

percibe una peor salud general, teniendo una condición que no permite alcanzar la perfección para realizar sus funciones.

Se presentan estudios que coinciden con los resultados como los de Barrientos J y cols, que concluyeron, homosexuales no tienen buena salud, su esperanza de vida es 30 años menor que la media y que no existe un homosexual feliz y sano; igualmente Cáceres C, encuentran que 85% refieren mala salud general, rechazo social, familiar produciendo efectos negativos que menoscaban su salud física y mental; así mismo el CONAMUSA refiere que los homosexuales son más propensos a presentar una mala salud; se encuentran resultados que coinciden parcialmente con Valdez B, quien afirma que son potencialmente más vulnerables a infectarse de VIH, ITS y presentar mayores problemas de salud en el futuro, en otro extremo el estudio de Van de Ven P, respecto a indicadores del estado de salud donde la mayoría de homosexuales percibe como bueno o muy bueno su estado de salud (76%).^{16,2,8,28,44} Todo ser humano tiene derecho a la salud, es una condición innata, inalienable, aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Según la OMS es condición de todo ser vivo gozar de un absoluto bienestar a nivel físico, mental y social; no sólo la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá.³⁵

En la investigación, los homosexuales asumidos perciben una peor salud general (61,76%) probablemente debido a los factores de riesgo que están expuestos; la misma comunidad gay manifiesta que “son vulnerables a múltiples problemas de salud no solo por su estilo de vida sino también por la discriminación y rechazo de la sociedad”, lo que conlleva al deterioro de su salud y disminución de su expectativa de vida, representando un serio riesgo de salud pública.

Tabla 2.5. Calidad de Vida según vitalidad de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

VITALIDAD	Media	Valoración de su vitalidad					
		Nunca	Solo alguna vez	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre	Siempre
Se siente con vitalidad	3,35	05	08	12	09	---	---
		14,71%	23,53%	35,29%	26,47%	---	---
Se siente con energía	3,29	08	12	12	02	---	---
		23,53%	35,29%	35,29%	05,88%	---	---
Se siente agotado	3,53	---	05	12	11	06	---
		---	14,71%	35,29%	32,35%	17,65%	---
Se siente cansado	3,38	01	03	08	15	07	---
		2,94%	08,82%	23,53%	44,12%	20,59%	---
TOTAL		2,21%	16,17%	36,03%	31,62%	13,97%	---

CALIDAD DE VIDA SEGÚN VITALIDAD

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
Nº	%	Nº	%	Nº	%
20	58,82	14	41,18	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

Al valorar la vitalidad de los homosexuales asumidos a través de ciertas preguntas de, ¿cómo se ha sentido?, se evidencia que las medias más altas son: Se sintió agotado (3,53) y se sintió cansado (3,38). Y de acuerdo a la distribución por percentiles el 58,82% perciben una peor vitalidad, que no les permite realizar sus actividades cotidianas de manera aceptable, sintiéndose cansado y exhausto todo el tiempo.

En este marco, se aprecian estudios que no coinciden con la investigación como Rekers A, donde la vitalidad está íntimamente ligada a si dan a conocer o no su homosexualidad “salir del closet”, por lo que 90% de los que se manifiestan libremente, declaran sentirse con mayor energía y vitalidad; lo mismo en el estudio de Velásquez A y cols demuestran que cuando van descubriendo su orientación homosexual sufren un periodo de crisis caracterizado por desánimo, falta de energía, pero cuando lo asumen llegan a tener alto nivel de satisfacción, mejor grado de adaptación y mejor bienestar físico, funcional traducido en una mejor vitalidad; se observa estudios que coinciden parcialmente con la investigación como Van de Ven P, en la escala de vitalidad la mayoría de homosexuales puntuó en clasificaciones de moderada vitalidad (51.2%).^{48,30,44}

La condición de vitalidad implica presencia de vigor, energía y eficacia en todo cuanto se realiza, brinda un ímpetu especial en lo que se lleva a cabo, por lo que su resultado es esperable que sea muy bueno o extraordinario ya que la energía implicada es sobresaliente y supera a la energía media. Las personas con menor carga de vitalidad son más sensibles a enfermedades físicas; mantienen una peor salud mental, experimentan un sentimiento desagradable e insatisfactorio, fácilmente se amedrentan ante adversidades y están dirigidos a actividades que hacen que la vida no valga la pena.⁴⁸

En la investigación un poco más de la mitad de homosexuales asumidos poseen peor vitalidad (58,82%), esto debido a que en la población estudiada prevalece una identidad real ante una identidad actuada, presentando una mejor vitalidad al relacionarse con sus pares, expresándose libremente sin tabús ni aprensiones; pero al relacionarse con la sociedad experimentan una peor vitalidad debido a que está influenciado por alto nivel de estrés, depresión, autoculpa, entre otros afectando de manera negativa, no pudiendo conseguir sus objetivos o metas de modo satisfactoria.^{34,16}

Tabla 2.6. Calidad de Vida según función social de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

FUNCION SOCIAL	Media	Valoración de la función social				
		Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada
Sus actividades sociales se han dificultado por problemas de salud física o emocional.	3,71	---	05	07	15	07
		---	14,71%	20,59%	44,12%	20,59%
Frecuentemente sus actividades sociales se han dificultado por problemas de salud física o emocional.	3,18	---	08	13	12	01
		---	23,53%	38,24%	35,29%	2,94%
TOTAL		00,00%	19,12%	29,41%	39,71%	11,76%

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN FUNCIÓN SOCIAL

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
Nº	%	Nº	%	Nº	%
20	58,82	14	41,18	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

En la tabla 2.6 al valorar la función social (FS), se evidencia que las medias encontradas son ¿si su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (3,71), y ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (3,18). En la distribución por puntuaciones el 58,82% percibe peor función social; evidenciando que los varones homosexuales asumidos presentan interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.

Existen estudios que coinciden con los resultados de nuestra investigación como los de Osma J que demostró que la función social de los homosexuales está deteriorada manifestándose en relaciones sociales desadaptadas y negativas; Araya K, Echeverría M mencionan que más de la mitad de gays (51%) presentan problemas emocionales y “siempre” deben esforzarse por ser socialmente “aceptados”; Barrientos J, Cárdenas M, 30 % de gays chilenos consideró sentirse “siempre” amenazado por la sanción y el castigo social; Gómez F, Barrientos J. los gay reportan una peor evaluación de los lazos que mantienen con la sociedad, valoran negativamente su contribución a ella. Sin embargo estudios realizados por Van de Ven P en países desarrollados como Holanda y Estados Unidos demostraron que la comunidad LGBT son mejor aceptados, socialmente más activos y fomentan respeto e impulsando una buena calidad de vida.^{46,21, 16, 20,44}

Indiscutiblemente, el ser humano es un ser social y biológicamente es imposible que habitara fuera de ella, es una combinación inseparable donde cada individuo es una pieza que se engrana y se interrelaciona bajo leyes comunes y pautas de comportamiento con el fin de cumplir las finalidades de la vida, para lo cual debe poseer un buen estado de salud físico y mental que es básico para una adecuada relación con la sociedad.²

En la presente investigación una tímida mayoría de homosexuales asumidos experimentan peor función social (58,82%) posiblemente debido a que en nuestra sociedad, el rol social es una imposición que el entorno exige que se cumpla, por lo que el homosexual se enfrenta al conflicto de rol, teniendo dos opciones, ser **no asumidos**, para ser aprobados, desempeñando roles que conllevan a un mayor desgaste pues tendrán que incurrir en comportamientos que no les brinda satisfacción propia u optar por ser **asumidos**, avivando muestras de rechazo o reduciendo su círculo social a sus pares, en cualesquiera da lugar a trastornos psicológicos y perturbación de la personalidad no permitiendo realizar apropiadamente su relación con la sociedad.³⁰

Tabla 2.7. Calidad de Vida según salud mental de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010

SALUD MENTAL	Media	Apreciación de su salud mental					
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se siente muy nervioso	3.85	---	04	07	13	10	---
		---	11,76%	20,59%	38,24%	29,41%	---
Se siente con moral baja	4.21	---	03	04	12	13	02
		---	8,82%	11,76%	35,29%	38,24%	
Se siente calmado y tranquilo	3.32	---	12	04	13	05	---
		---	35,29%	11,76%	38,24%	14,71%	---
Se siente desanimado y triste	3.88	---	04	09	08	13	---
		---	11,76%	26,47%	23,53%	38,24%	---
Se siente feliz	3.38	---	09	08	12	05	---
		---	26,47%	23,53%	35,29%	14,71%	---
TOTAL		---	18,82%	18,82%	34,12%	27,06%	1,18%

CALIDAD DE VIDA SEGÚN SALUD MENTAL

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
N°	%	N°	%	N°	%
23	67,65	11	32,35	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

En la presenta tabla, al valorar la salud mental (SM) de los varones homosexuales asumidos, al cuestionar sobre ¿Cómo se ha sentido? considerando que a mayor puntaje

mejor salud mental, se evidencia que las medias más altas son: Solo alguna vez se sintió tan baja de moral que nada podía animarle (4.21) y solo alguna vez se sintió desanimado y triste (3.88). De acuerdo a distribución por puntuaciones 67,65% percibe peor salud mental asociado a sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.

Existen numerosos estudios que coinciden con nuestra investigación como los de Ortiz L y cols, que perciben la salud mental de los homosexuales como perturbada, con tendencia a la depresión e intento de suicidio igualmente Araya K y col demostraron que tienen trastornos de ansiedad, ideación e intento de suicidio, por su parte Van de Ven P demuestra la prevalencia de trastornos mentales en homosexuales en México, Brasil y Santiago de Chile es de 27%, 34%, 26,7% respectivamente; Osma J demostró que manifiestan depresión y estrés psicológico, siendo factor de riesgo para padecer trastorno mental y parcialmente el estudio de Sánchez N en escala de salud mental el 57,1% de gays puntuó en clasificación de moderada.^{25, 21,44,46,49}

Se debe anhelar tener una salud mental como Sigmund Freud la define²⁷: capacidad para amar, trabajar y jugar cual fuera la opción sexual que se tenga; gozar de un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, afrontando tensiones normales de la vida, induciendo relaciones positivas con otras personas, estando en la capacidad de contribuir con su comunidad.

En la investigación se evidencia que los homosexuales asumidos señalan su salud mental como peor (67,65%), posiblemente por el claro estigma social que menoscaban su interior conllevando a mayor riesgo de sufrir problemas psiquiátricos, depresión y personalidad antisocial presentando una exacerbada sensibilidad emocional.¹⁹

Tabla 2.8. Calidad de Vida según rol emocional de los varones homosexuales asumidos residentes en la ciudad de Cajamarca 2010.

ROL EMOCIONAL	Media	Valoración del rol emocional	
		Si	No
Reduce su tiempo dedicado al trabajo o a actividades cotidianas	1.56	19 55,88%	15 44,12%
Hace menos de lo que hubiera querido hacer.	1.38	21 61,76%	13 38,24%
No hace su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente.	1.38	21 61,76%	13 38,24%
TOTAL		59.80%	40.20%

CALIDAD DE VIDA SEGÚN ROL EMOCIONAL

Por debajo de puntuación 50		Por encima de puntuación 50		TOTAL	
Peor		Mejor			
N°	%	N°	%	N°	%
20	58,82	14	41,18	34	100

Fuente: Cuestionario, Calidad de Vida relacionada con la salud de varones homosexuales asumidos 2010.

En la presente tabla al valorar el rol emocional (RE) de la población en estudio, al preguntar sobre ¿Ha tenido algún problema en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional? (como estar triste, deprimido o nervioso) y considerando que a mayor puntaje menor problemas, se evidencia que la media más alta es: Si tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional (1.56). Y de acuerdo a la distribución por puntuaciones 58,82% observa como peor rol emocional, lo cual es perjudicial, no permitiéndoles realizar sus actividades cotidianas de manera satisfactoria debido a problemas emocionales.

Los resultados tienen similitud con los estudios de Araya K, donde 77 % indicó que las personas heterosexuales tienden a hacerles la vida difícil provocando deterioro en su rol emocional. Osma López J, refiere que las prácticas homosexuales están íntimamente relacionadas a problemas psicológicos y emocionales afectando su desarrollo de forma negativa. Barzani CA evidencian que sufren niveles elevados de estrés afectivo o emocional en la vida cotidiana debido a su estigmatización. Ortiz L y cols manifiestan que los homosexuales presentan más del doble de problemas emocionales que los heterosexuales, acudiendo con mayor frecuencia a centros de salud, disminuyendo el tiempo dedicado a su labores y actividades cotidianas.^{21,46,24,25}

Las emociones cumplen funciones importantes para la supervivencia, convirtiéndose en resortes que impulsan a actuar para satisfacer deseos y necesidades, no se las puede evitar, pero si aprender a regular y controlarlas que es diferente a reprimirlas; las emociones pueden ser positivas o negativas en función a su contribución al bienestar o al malestar, un mal manejo de ellas puede conducir a un bloqueo o incluso enfermedad.²²

En la investigación se obtuvo como resultado que la población homosexual tiene un peor rol emocional (58,82%), siendo consecuencia del inadecuado estilo de vida y su relación con la sociedad, que deteriora su parte emocional, afectando su ámbito laboral, social, por lo que se les debe dotar de pautas para aceptar las emociones y aprender a expresarlas de acuerdo al momento, situación y personas presentes, con lo cual se conlleva al disfrute de una adecuada Calidad de Vida.²⁴

Tabla 3.1. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica edad.

Dimensiones	Calidad de vida	Característica sociodemográfica EDAD			Total	
		18 a 27 años	28 a 37 años	≥38 años	Nº	%
Función Física	Mejor	11	12	04	27	79,41
	Peor	00	04	03	07	20,59
	X²:71.342	p=1.0x10⁻¹³				
Rol Físico	Mejor	09	11	03	23	67,65
	Peor	02	05	04	11	32,35
	X²:4.932	p=0.2943				
Dolor Corporal	Mejor	10	12	03	25	73,53
	Peor	01	04	04	09	26,47
	X²:97.647	p=1.0x10⁻¹³				
Salud General	Mejor	11	11	03	25	73,53
	Peor	00	05	04	09	26,47
	X²:112.231	p=1.0x10⁻¹⁴				
Vitalidad	Mejor	11	10	03	24	70,59
	Peor	00	06	04	10	29,41
	X²:51.208	p=7.480x10⁻¹²				
Función Social	Mejor	08	10	05	23	67,65
	Peor	03	06	02	11	32,35
	X²:36.907	p=9.677x10⁻⁹				
Salud Mental	Mejor	06	11	05	22	64,71
	Peor	05	05	02	12	35,29
	X²:141.81	p=1.0x10⁻¹³				
Rol Emocional	Mejor	05	05	04	14	41,18
	Peor	06	11	03	20	58,82
	X²:37.20	p=1.637x10⁻⁷				

En la tabla 3.1 con respecto la edad de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud, se observa que el adulto joven percibe mejor su calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico, dolor

corporal, salud general y vitalidad; mientras que el adulto maduro, percibe mejor la calidad de vida en las dimensiones función social, salud mental y rol emocional.

Los resultados obtenidos coinciden con la investigación de López J y cols⁴⁵ quienes manifiestan que la edad es condicionante directa para el rendimiento físico estando el adulto joven en su plenitud; igualmente Zaragoza J y cols⁵⁰ determinan que a medida que avanza la edad decrece significativamente la fuerza física, presentando deterioro hasta del 60% a partir de 50 años de edad. Otros estudios relacionados al rol físico y edad como los de Araya Andrade K y col²¹ refieren que el adulto joven transmite resistencia física, rápido aprendizaje y conocimiento actualizado teniendo mayor acceso al mercado laboral; asimismo, el estudio de Cameron P²³ refleja que las mayores ofertas de trabajo están orientadas para las personas entre los 25 a 34 años (53,2%), es decir, que a menor edad mejor rendimiento laboral. En mención al dolor corporal y edad, Osterman J y cols⁵¹ refieren que en edades avanzadas se afecta la integridad estructural y funcional de las áreas cerebrales (córtex pre frontal e hipocampo) involucradas en el procesamiento de mayor intensidad y experiencia del dolor; CONAMUSA⁸ manifiesta que 57,4% de la población mayor de 65 años experimenta dolor fisiológico producido por disminución de masa muscular y densidad ósea y 42,6% experimentan dolor psicológico por pérdida de seres queridos y estatus socioeconómicos entre otros.

Investigaciones relacionadas a salud general y edad como de la OMS³⁵, describen que la adolescencia es el grupo más sano, mientras la edad adulta es más vulnerable a múltiples problemas de salud o discapacidades; Van de Ven P⁴⁴ refiere que en cada grupo de edad existen riesgos específicos para la salud: en adultos jóvenes, enfermedades transmisibles que se pueden evitar con la prevención; en el adulto mayor, enfermedades crónicas, degenerativas de evolución prolongada; agravándose las enfermedades preexistentes. Estudios respecto a

vitalidad y edad, como los de Zaragoza J y cols⁵⁰ encuentran que la etapa del adulto joven está presidida por mayor vitalidad y dinamismo, en el adulto intermedio un declive presentándose incapacidades por enfermedades crónicas e impacto del desempleo, en adultos maduros declive significativo, fase degenerativa, descenso progresivo de la vitalidad cognitiva y física. Contrariamente López J y cols⁴⁵ encontró que la juventud no siempre es sinónimo de alegría y vitalidad, muchos jóvenes padecen depresión trastorno mental que genera infelicidad, angustia y aislamiento. Publicaciones referente a función social y edad, como los de Sánchez Noelia⁴⁹ obtuvieron que el rol del adolescente y joven en la sociedad actual es negativo, poco protagonismo donde la sociedad adulta emite mensaje que no le interesa lo que los jóvenes opinan; mientras Zaragoza Casterad, J y cols⁵⁰ manifiestan que la participación de personas jóvenes en toma de decisiones sociales y políticas contribuye a su bienestar social repercutiendo en su salud y calidad de vida.

Investigaciones en mención a salud mental y edad como los de Caicedo M, Van Gameren E⁵² describen que las personas jóvenes son más sanas con menor prevalencia de Tensión Psicológica no Específica presentando mayor tolerancia frente a la enfermedad mental; De la Cruz-Sánchez E y cols;⁵³ concluyeron que a mayor edad peor valoración de la salud mental propio de la pérdida de salud y apoyo social; Gómez F¹⁹ refiere que los homosexuales presentan mayores niveles de sintomatología depresiva en la medida en que aumenta la edad y acumulan sus experiencias de victimización por orientación sexual. Referente a rol emocional y edad, investigaciones, como las de Ortiz-Hernández L y cols²⁵ manifiestan que en las diversas etapas de vida se muestran dificultades en los componentes de la inteligencia emocional, siendo la etapa adolescente la más crítica; Sánchez Noelia⁴⁹ refiere que el adolescente presenta mayores desequilibrios emocionales por lo que deben adquirir competencias emocionales positivas a fin de prepararse para vivir como un sujeto adulto con capacidad para decidir y actuar por sí mismo.

En el presente estudio la mayor cantidad de población homosexual asumida, se encuentra entre la etapa de vida de adulta joven e intermedio es decir entre los 18 a 37 años (79,41%), por lo que están aparentemente dotados de mejores condiciones físicas que permite un buen desempeño en su rendimiento físico, mejor desarrollando laboral ya que se encuentran en lo máximo de su capacidad e inteligencia, muestran creatividad, dedicación e interés por sus labores, son más conscientes de su salud y sus cuidados adoptando estilos de vida saludables, por lo tanto son menos propensos a sufrir enfermedades crónicas o degenerativas y menor percepción del dolor.

El ciclo del adulto maduro es una etapa de madurez, de cambios positivos, son más realistas, aceptándose tal cual es su opción sexual, presentando mejor salud mental que le permite enfrentar con mayor vitalidad y entusiasmo la vida, establecer mejores relaciones sociales y amorosas estables y duraderas. Sin embargo, se apreció que la dimensión rol emocional en las diversas etapas de la vida se encuentra perturbada posiblemente debido a experiencias traumáticas o trato degradante que deja enseñanzas perturbadoras, percibiendo una sociedad que continuamente los margina y maltrata.

Por tanto, se determinó que existe una relación estadística altamente significativa entre la calidad de vida de los varones homosexuales asumidos en sus dimensiones: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y el rol emocional; en relación a característica sociodemográfica edad, obteniéndose un p valúe de 1.0×10^{-13} , 1.0×10^{-13} , 1.0×10^{-14} , 7.4×10^{-12} , 9.6×10^{-9} , 1.6×10^{-7} , 1.0×10^{-13} respectivamente. No existiendo relación significativa con el rol físico pues el p valúe es 0.29.

Tabla 3.2. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica grado de instrucción.

Dimensiones	Calidad de Vida	Característica sociodemográfica				Total	
		GRADO DE INSTRUCCIÓN				Nº	%
		Primaria	Secundaria	Técnico	Superior		
Función Física	Mejor	04	11	09	04	28	82,35
	Peor	02	03	01	00	06	17,65
	X²:40.159	p=1.904x10⁻⁹					
Rol Físico	Mejor	03	09	08	03	23	67,65
	Peor	03	05	02	01	11	32,35
	X²:83.808	p=5.6x10⁻¹³					
Dolor Corporal	Mejor	02	11	07	03	23	67,65
	Peor	04	03	03	01	11	32,35
	X²:102.576	p=4x10⁻¹⁴					
Salud General	Mejor	02	09	07	03	21	61,76
	Peor	04	05	03	01	13	38,24
	X²:175.223	p=1.4x10⁻¹³					
Vitalidad	Mejor	03	10	09	04	26	76,47
	Peor	03	04	01	00	08	23,53
	X²:2.020	p=0.3642					
Función Social	Mejor	02	10	08	04	24	70,59
	Peor	04	04	02	00	10	29,41
	X²:38.391	p=4.607x10⁻⁹					
Salud Mental	Mejor	02	10	07	04	23	67,65
	Peor	04	04	03	00	11	32,35
	X²:82.87	p=1.4x10⁻¹³					
Rol Emocional	Mejor	01	04	04	01	10	29,41
	Peor	05	10	06	03	24	70,59
	X²:56.03	p=1.950x10⁻¹¹					

En la tabla 3.2 al relacionar el grado de instrucción de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud, se observa que los que tienen educación secundaria, superior técnica o universitaria representado por un 88,24% gozan de mejor calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico,

dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental, pero en relación al rol emocional perciben como peor su calidad de vida. Los que sólo cuentan con educación primaria 11,76% poseen peor calidad de vida en todas las dimensiones.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con investigaciones referente a función física y grado de instrucción como los de De la Cruz E y cols,⁵³ manifiestan que personas con nivel educativo bajo tienen peor condición física; Sánchez N⁴⁹ evidencia que el mejor rendimiento cognitivo tiene relación positiva con la función física optimizando tareas que requieren esfuerzo. En mención al rol físico y grado de instrucción Cuauhtemoc Pinedo R,⁵⁴ afirma que el mayor nivel educativo conlleva a mejoras en el trabajo y en actividades cotidianas generando productos y servicios con mayor valor agregado; López J y cols⁴⁵ determinan que la educación, produce cambios de carácter social, intelectual, emocional, llevando a un mejor rol físico dentro de la sociedad. Investigaciones relacionados al dolor corporal y grado de instrucción como los de Osma López J⁴⁶ manifiestan que estudios superiores inducen efecto positivo ante el dolor disminuyendo tensión, temores y miedos; Osterman J y cols,⁵¹ concluyeron que 46% de personas que tienen un alto nivel educativo tienen dolor tipo psicossomático asociado con ansiedad patológica.

Investigaciones relacionadas a salud general y grado de instrucción como los de De la Cruz E y cols⁵³ hallaron que un bajo nivel educativo se asocia con mayor riesgo de mortalidad, peor percepción de salud y mala o muy mala valoración de la salud general; Mista Roses directora de la OPS³³ destacó la importancia de la educación, existiendo relación positiva entre salud y desarrollo cognitivo contribuyendo a disminuir enfermedad, pobreza y desarrollar plenamente el potencial humano; Cuauhtemoc Pinedo R,⁵⁴ afirma que a mayor nivel educativo mejores condiciones de salud. Indagaciones respecto a vitalidad y grado de instrucción como las de

De la Cruz E y cols⁵³ manifiestan que cada vez el nivel formativo más alto es traducido en mejor vitalidad; Van de Ven P⁴⁴ refieren que la mayor cantidad de aprendizaje se constituye en habilidades que dan seguridad y vitalidad conduciendo a logros concretos. Estudios referidos a función social y grado de instrucción como los de Sánchez N⁴⁹ revelan que los que poseen un nivel educativo alto perciben mayor función social, mayor bienestar y calidad de vida; Moreno González³³, concibe la educación superior como factor clave del desarrollo social, promoviendo mayor grado de igualdad social en las oportunidades de la vida; De la Cruz-Sánchez E y cols⁵³ manifiestan que un nivel educativo bajo se asocia con menor apoyo social siendo un signo de exclusión cada vez más importante.

Estudios relacionados a salud mental y grado de instrucción como los de De la Cruz-Sánchez E y cols⁵³ encontraron que personas con grado de instrucción incompleto se asocian con valores negativos de bienestar y salud mental mientras que un nivel educativo superior, presenta marcada gradiente de salud mental; Caicedo M, Van Gameren E⁵² concluyeron que personas con menos años de escolarización, son más proclives a patologías psiquiátricas como demencia senil o Alzheimer; la OMS³⁵ manifiesta que una mala salud mental individual está determinada por múltiples factores siendo uno de los más evidentes el bajo nivel educativo. Investigaciones sobre rol emocional y grado de instrucción como los de Ortiz-Hernández L y cols²⁵ demuestran que la construcción del aprendizaje constituye un factor favorable en las emociones; Araya K y cols²¹, mencionan que el mayor logro académico es fundamental en el impacto positivo de la inteligencia emocional que ayuda a ser efectiva y exitoso en su formación académica.

En el presente estudio la mayor cantidad de la población homosexual asumida, tiene grado de instrucción secundario 41,18%; sin embargo son conscientes que la educación superior sería su mejor inversión, garantizándoles mayor bienestar y beneficios, brindándoles la oportunidad de participar en programas preventivos y disminuir la probabilidad de cometer excesos por estilos de vida no adecuados y prácticas sexuales de riesgo que dañan su salud, con consecuencias negativas que disminuyendo su esperanza de vida. Así mismo a mayor nivel de educación, mayor productividad laboral siendo más flexibles al entorno, colaborando en la resolución de conflictos, con actitud emprendedora y desarrollando competencias con mejor confianza y vitalidad; permitiendo una mejor cohesión social participando en actividades públicas y políticas, conocedores de sus derechos y con mayor confianza para exigirlos, convirtiéndose en modelos para sus pares contribuyendo en su seguridad y salud mental, generando una comunidad más equilibrada. Sin embargo, se apreció que la dimensión rol emocional la perciben como peor, cualquiera sea su grado de instrucción, esto debido a que la inteligencia intelectual no es suficiente para asegurar el éxito en la vida sino que también es necesario desarrollar capacidades y habilidades relacionadas a la inteligencia emocional que implica la integración del pensamiento, sentimiento y acción.

Al relacionar la variable calidad de vida de los varones homosexuales asumidos en sus dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, salud mental y rol emocional, con la característica sociodemográfica grado de instrucción se encontró significancia estadística, cuyo p valúe encontrado es 1.9×10^{-9} , 5.6×10^{-13} , 4×10^{-14} , 1.4×10^{-13} , 4.6×10^{-9} , 1.4×10^{-13} , 1.9×10^{-11} ; respectivamente y no se encontró relación significativa con el componente vitalidad ($p=0.3$).

Tabla 3.3. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica ocupación.

Dimensiones	Calidad de vida	Característica sociodemográfica			Total	
		Profesional	No profesional	Ninguna	Nº	%
Función Física	Mejor	03	20	02	25	73,53
	Peor	01	08	00	09	26,47
	X²:38.464	p=4.442x10⁻⁹				
Rol Físico	Mejor	03	17	00	20	58,82
	Peor	01	11	02	14	41,18
	X²:74.932	p=4.4x10⁻¹³				
Dolor Corporal	Mejor	04	18	00	22	64,71
	Peor	00	10	02	12	35,29
	X²:35.161	p=4.3x10⁻⁷				
Salud General	Mejor	04	18	00	22	64,71
	Peor	00	10	02	12	35,29
	X²:193.741	p=4.4x10⁻¹³				
Vitalidad	Mejor	04	18	00	22	64,71
	Peor	00	10	02	12	35,29
	X²:6.9	p=0.0317				
Función Social	Mejor	03	18	00	21	61,76
	Peor	01	10	02	13	38,24
	X²:81.565	p=1.0x10⁻¹³				
Salud Mental	Mejor	04	20	00	24	70,59
	Peor	00	08	02	10	29,41
	X²:3.043	p=0.5506				
Rol Emocional	Mejor	01	10	00	11	32,35
	Peor	03	18	02	23	67,65
	X²:49.44	p=4.734x10⁻¹⁰				

En la tabla 3.3 al relacionar la ocupación de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida se observa que un 94.12 % desempeñan ocupación

profesional y/o no profesional, los cuales tienen mejor percepción de su calidad de vida en todas las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental sólo la dimensión rol emocional la perciben como peor. Y la población con ninguna ocupación (ocultándose aquí, los que se dedican a la prostitución y/o delincuencia) 05.88% solo presentan una mejor calidad de vida en relación a la dimensión función física.

Investigaciones referente a función física y ocupación, como los de De la Cruz E y cols⁵³ refieren, que ocupaciones profesionales se relacionan con menor funcionalidad física exigiendo menor actividad y mayor probabilidad de descanso; López J y cols⁴⁵ concluyen, que actividades no profesionales necesitan mayor esfuerzo físico relacionando con mayor desgaste perjudicando su salud mientras actividades profesionales necesitan mayor esfuerzo mental; Caicedo Va Gameron⁵² encuentra que las ocupaciones no profesionales tienen mayor actividad física relacionado con mayores problemas de salud. Estudios relacionados a rol físico y ocupación, como los de Dakduk S y cols⁵⁵ encontraron que los empleados formales (ocupación profesional) buscan trabajos que les otorgue prestigio, competitividad, seguridad social, para el desempeño de un adecuado rol físico; Caicedo Va Gameron⁵² en su investigación encuentran que las ocupaciones no profesionales presentan mal rol físico. En mención a dolor corporal y ocupación, De la Cruz E y cols⁵³ demostraron que ocupaciones no profesionales involucran mayor esfuerzo físico provocando mayor intensidad de dolor y daños a la salud; Dakduk S y cols⁵⁵ refieren que trabajos de mayor esfuerzo y desgaste físico, están asociados a alta prevalencia de dolor muscular y de columna constituyendo un importante problema de salud pública; Caicedo Va Gameron⁵² manifiesta, que el no realizar la ocupación y/o profesión que uno desea provoca un dolor de tipo emocional (subjetivo), repercutiendo negativamente en el trabajo y en actividades cotidianas.

En relación a salud general y ocupación, Dakduk S⁵⁵ manifiesta que trabajadores no profesionales se enfrentan a múltiples riesgos de salud por lo que se debe fomentar el grado más elevado de bienestar físico, mental y social; Gómez F y col²⁰ refieren que los trabajos informales están en relación directa con malas condiciones, insanas e inseguras influyendo en la salud y la seguridad del trabajador. En lo que respecta a vitalidad y ocupación, investigaciones de Pedrajas N⁵⁶ definen una ocupación como vital cuando la participación es activa y creativa que renueva, modifica, haciendo a su entorno importante; Rekers A⁴⁸ refiere que existen ocupaciones con mayor exigencia, mayor pérdida de vitalidad; sin embargo López J y cols⁴⁵ manifiestan que una ocupación que requiera de actividad física aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades. En referencia a función social y ocupación, Barrientos J¹⁶ define que la profesión desempeña una labor de carácter social, organiza la sociedad contribuyendo al bien común; Gómez F¹⁹ las profesiones tienen una función social, satisfacen las necesidades y los complejos problemas de la sociedad dentro del entorno lo cual es su responsabilidad; Araya K²¹ la ocupación profesional provee reconocimiento social, posición y estatus, la pérdida del puesto de trabajo supone una situación de aislamiento social.

En mención a salud mental y ocupación la investigación de López Core R,⁵⁷ concluyó que personal no calificado y desocupado presenta mayor vulnerabilidad laboral y social asociado a mayores trastornos orgánicos con psicosis provocando riesgo de padecer enfermedades mentales como depresión o ansiedad; Caicedo M, Van Gameren E⁵² indican que los desempleados tienen mayor riesgo de presentar Tensión Psicológica no Específica 1.42 veces mayor que un individuo empleado provocando sentimientos de frustración y fracaso; Cuathemoc Pinedo R⁵⁴ sostiene que la formación profesional brinda una mejor salud mental que permite lidiar con diferentes obstáculos y brindar opciones de respuesta ante un entorno que no siempre es sencillo. Investigaciones referentes a rol emocional y ocupación de De la

Cruz-Sánchez⁵³ manifiesta que la ocupación profesional es clave para poder controlar las emociones negativas y generar ambientes armónicos y equilibrados; Araya k²¹ muestra que ocupaciones no profesionales impulsa a los trabajadores a reprimir sus emociones, no permite asumirlas y superarlas con el riesgo es estallar en el momento menos adecuado.

La mayoría de la población homosexual asumida de nuestra investigación realiza actividades no profesionales 82,36%, debido a que solo cuentan con estudios secundarios o estudios superiores incompletos, no estando preparados académicamente para realizar actividades de acuerdo a sus talentos, habilidades e interés, viéndose obligados a inclinarse a actividades donde se identifican con su opción de género como cosmetología, peluquería, chefs y actividades ligadas a la prostitución donde obtienen ingresos económicos necesarios para satisfacer sus necesidades primordiales. Siendo conocedores que las ocupaciones son poderosos agentes que ayudan a organizar la vida, dan significado y crean identidad; los homosexuales asumidos son reflexivos que al poseer una ocupación profesional les permitiría tener mejores condiciones de vida, mejor aceptación dentro de la sociedad, siendo vistos como personas productivas, cultas y preparadas; no sucediendo lo mismo con las ocupaciones no profesionales que implican mayor fuerza, desgaste físico y emocional ya que muchos casos estas ocupaciones no coincide con la vocación, constituyéndose en fuente de malestar y desequilibrio psicológico. Se concluye que cualquiera sea la ocupación, oficio u actividad que realicen, siempre la dimensión rol emocional se encuentra más afectada refiriéndola como peor.

Se determina que la variable calidad de vida en sus dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional con la característica sociodemográfica ocupación tiene alta significancia estadística pues el p valúe encontrado es 4.4×10^{-9} , 4.4×10^{-13} , 4.3×10^{-7} , 4.4×10^{-13} , 0.03, 1.0×10^{-13} , 1.1×10^{-12} y 4.7×10^{-10} , respectivamente.

Tabla 3.4. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica ingreso económico.

Dimensiones	Calidad de vida	Característica sociodemográfica			Total	
		INGRESO ECONÓMICO			Nº	%
		Bajo	Medio	Alto		
Función Física	Mejor	21	05	04	30	88,24
	Peor	03	01	00	04	11,76
	X²:38.464	p=4.4x10⁻⁹				
Rol Físico	Mejor	06	04	03	13	38,24
	Peor	18	02	01	21	61,76
	X²:39.558	p=5.34x10⁻⁸				
Dolor Corporal	Mejor	10	04	04	18	52,94
	Peor	14	02	00	16	47,05
	X²:52.901	p=8.93x10⁻¹¹				
Salud General	Mejor	06	04	04	14	41,18
	Peor	18	02	00	20	58,82
	X²:121.770	p=6.7x10⁻¹³				
Vitalidad	Mejor	10	04	04	18	52,94
	Peor	14	02	00	16	47,05
	X²:23.940	p=6.33x10⁻⁶				
Función Social	Mejor	10	04	04	18	52,94
	Peor	14	02	00	16	47,05
	X²:40.08	p=1.98x10⁻⁹				
Salud Mental	Mejor	06	04	04	14	41,18
	Peor	18	02	00	20	58,82
	X²:56.314	p=1.72x10⁻¹¹				
Rol Emocional	Mejor	04	02	01	07	20,59
	Peor	20	04	03	27	79,41
	X²:61.80	p=1.410x10⁻¹²				

En la tabla 3.4 al relacionar el ingreso económico de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida se observa que un 70,59% posee ingreso económico bajo presentando peor calidad de vida en la dimensión rol físico, dolor

corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional solo en la dimensión función física presentan mejor calidad de vida.

Estudios referidos a función física e ingreso económico como los de De la Cruz E y cols⁵³ manifiestan que a menor ingreso económico peor condición física relacionada con su salud; el INEI⁴¹ menciona que en estatus socioeconómicos más modestos los niveles de actividad física son menores ya que el coste de muchas actividades deportivas actúa como barrera para sectores de menor poder adquisitivo; así mismo Zaragoza J y cols⁵⁰ refiere que en clases socio-económicas más privilegiadas la actividad física juega un importante papel favoreciendo el buen estado de salud en una cultura basada en la imagen y el aspecto físico. Investigaciones referente a rol físico e ingreso económico como los de López J y cols⁴⁵ muestran que un ingreso económico mayor cubre mejor las necesidades básicas y complementarias optimizando el desempeño laboral y la realización de actividades cotidianas; Dakduk S y cols⁵⁵ demostraron que personas con niveles socioeconómicos bajos, otorgan mayor importancia a la familia, al tiempo libre y menor importancia a las actividades del trabajo realizando solo lo necesario para su cumplimiento. En relación a dolor corporal e ingreso económico la OMS³⁵, declara que poblaciones de menores ingresos económicos presentan mayores niveles de dolor, ya que para curar sus dolencias hacen uso de prácticas populares, medicinas caseras, solo al tornarse grave y crónica acuden a servicios de salud brindados por el estado; Luza Yaranga, L⁵⁸ demostró que el nivel de ingreso económico marca gran diferencia en la capacidad de enfrentar los dolores padecidos por la enfermedad, teniendo la población pobre mayor riesgo de enfermar y padecer dolor.

En mención a salud general e ingreso económico Van de Ven P⁴⁴ menciona que personas con ingresos económicos elevados tienen mejoras condiciones de salud, aspirando a vivir más allá de los 60 años y ampliando la esperanza de vida; Luza Yaranga, L⁵⁸ el status socioeconómico y los salarios inferiores, limitan la accesibilidad a cuidados alimentarios y sociales, comprometiendo de forma significativa la salud. Investigaciones sobre vitalidad e ingreso económico como los de Pedrajas N⁵⁶ señalan que contar con buen ingreso económico permite obtener fuentes de vitalidad como la realización de prácticas deportivas y consumo de vitaminas, Luza Yaranga, L⁵⁸ a mejores ingresos económicos mejor vitalidad, mejor influencia directa en la productividad del trabajo; Montes del Castillo⁵⁹ refiere que a menor ingreso económico menos posibilidades de obtener vitalidad, ya que no se contara con los medios para la obtención de comestibles y recursos de calidad. Estudios sobre función social e ingreso económico como los de Guevara H³⁸ indican que de acuerdo al ingreso económico o poder adquisitivo, las personas pertenecerán a una determinada clase social donde comparten una característica común que los vincula social o económicamente; López J⁴⁵ señala que el mayor ingreso económico da motivación positiva del estatus e identidad, promoviendo relaciones sociales positivas.

En relación a salud mental e ingreso económico, Guevara H³⁸ manifiesta que condiciones socioeconómicas adversas incrementa el riesgo de experimentar problemas psicológicos y mentales; Caicedo M, Van Gameren E⁵² encontró que en tiempos de crisis económica aumenta la prevalencia de tensión psicológica no específica provocando problemas de tipo emocional; la OMS³⁵ refiere que presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo para la salud mental convirtiéndose en un indicador de pobreza. En referencia a rol emocional e ingreso económico, Montes del Castillo⁵⁹ menciona que un buen ingreso económico o mayor poder adquisitivo conlleva a afectos, emociones, sentimientos de bienestar y felicidad por lo contrario Dakduk S⁵⁵ deduce que tradicionalmente el salario

monetario era el mayor aliciente, sin embargo el sueldo no lo es todo, existe en el salario emocional que motiva y estimula a los trabajadores igualmente, De la Cruz-Sánchez E⁵³ refiere que no siempre el salario satisface, que el éxito está en combinar pasión con ambición creando bienestar emocional.

En la presente investigación la gran mayoría 70,59% de los homosexuales asumidos perciben ingreso económico bajo, siendo consecuencia del no tener estudios superiores por lo que realizan actividades no profesionales, cuya remuneración solo cubre sus necesidades básica, “trabajando sólo para sobrevivir”. Es sabido que el disponer de mayores recursos económicos es una medida protectora, permitiendo obtener bienes materiales para mejorar la salud, gozar de actividades de recreo y esparcimiento, mejorando las condiciones de vida; sin embargo se observa que a pesar de poseer menos ingresos económicos, la población en estudio, perciben como mejor las dimensiones de la calidad de vida esto debido a que en su mayoría es una población joven que no tienen obligaciones familiares, viven el día a día sin pensar en sus necesidades futuras, por lo que el poco dinero que disponen lo destinan para ocio y recreación. Sólo la dimensión rol emocional lo perciben como peor, posiblemente, porque al no contar con suficientes ingresos económicos o espacios de trabajo, caen en situaciones de desesperación, depresión, pérdida de autoestima llegando a resolver sus necesidades económicas a través de la delincuencia y prostitución que trae consigo una carga psicológica y emocional que acaba por “minar y quemar” a la persona; siendo el costo salarial emocional muy alto.

Al relacionar la variable calidad de vida: en sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional, con la característica sociodemográfica ingreso económico se determinó alta significancia estadística, ya que el p valúe encontrado es 4.4×10^{-9} , 5.3×10^{-8} , 8.9×10^{-11} , 6.7×10^{-13} , 6.3×10^{-6} , 1.9×10^{-9} , 1.7×10^{-11} , 1.4×10^{-12} respectivamente.

Tabla 3.5. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica religión.

Dimensiones	Calidad de vida	Característica sociodemográfica			Total	
		RELIGIÓN			Nº	%
		Católica	No católica	Ninguna		
Función Física	Mejor	04	15	07	26	76,47
	Peor	04	02	02	08	23,53
	X²:34.001	p=4.138x10⁻⁸				
Rol Físico	Mejor	04	14	05	23	67,65
	Peor	04	03	04	11	32,35
	X²:36.074	p=2.79x10⁻⁷				
Dolor Corporal	Mejor	03	13	07	23	67,65
	Peor	05	04	02	11	32,35
	X²:83.536	p=6.9x10⁻¹³				
Salud General	Mejor	05	14	07	26	76,47
	Peor	03	03	02	08	23,53
	X²:158.369	p=3.0x10⁻¹³				
Vitalidad	Mejor	04	12	09	25	73,53
	Peor	04	05	00	09	26,47
	X²:0.112	p=0.9457				
Función Social	Mejor	04	11	07	22	64,71
	Peor	04	06	02	12	35,29
	X²:86.214	p=1.0x10⁻¹³				
Salud Mental	Mejor	03	12	07	22	64,71
	Peor	05	05	02	12	35,29
	X²:50.036	p=2.19x10⁻¹⁰				
Rol Emocional	Mejor	02	03	03	08	23,53
	Peor	06	14	06	26	76,47
	X²:42.86	p=1.109x10⁻⁸				

En la tabla 3.5 al relacionar la religión de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida, se observa que los que profesan religión no católica

perciben como mejor su calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental; pero perciben como peor la dimensión rol emocional.

Investigaciones referente función física y religión como las de Montes A; Martínez J⁵⁹ manifiestan que las primeras apariciones sobre función física, indican la existencia de vínculos con la religión debido a su despliegue de energía, fuerza para honrar a sus dioses y alcanzar sus favores divinos; sin embargo Amy Owen⁶⁰ menciona que en la edad media la religión católica trata de desaparecer a la actividad física en sus cultos, mencionando que todo lo material (cuerpo) es pecado. Estudios relacionados a rol físico y religión como los de Mafla Teran⁶¹ mencionan que “el que está con Dios goza de mejor salud física y espiritual” permitiendo realizar su trabajo y actividades cotidianas lo mejor posible; Montes A; Martínez J⁵⁹, mencionan que para la Iglesia católica, el trabajo distingue al hombre del resto de las criaturas, llevando un signo particular de hombre y de humanidad, “de persona productiva en medio de una comunidad. En mención a dolor corporal y religión, Owen A⁶⁰ refieren que las personas religiosas experimentan estrés en su vida espiritual, por temor al castigo divino, generando “dolor religioso y espiritual” repercutiendo negativamente sobre el cuerpo humano; Osterman J y cols⁵¹ según sus investigaciones la religión católica manifiesta que en el dolor es voluntad de Dios, al cual no se puede rehusar por escandaloso e intenso que sea, sino que lo amará y agradecerá, porque de él ha brotado la salvación.

En relación a salud general y religión, investigaciones de Mafla Teran N⁶¹ refiere que la religión es como la medicina, el uso apropiado conduce a la salud y a una vida sana, por el contrario, el uso imprudente, mal orientada o manipulada puede conducir a la desdicha o llevar a la muerte; Farr A. Curlin, M.D⁶² obtuvo que más del 85% de médicos creen

que la religión y la espiritualidad tienen una influencia positiva en la salud de los pacientes, solo el 7% creen que causan emociones negativas tales como culpabilidad y ansiedad. En lo que respecta a vitalidad y religión, investigaciones de Mafla T⁶¹, refiere que la religión tiene influencia transcendental en el pensamiento, creencias y prioridades siendo vital para la salvación. Farr A. Curlin, M.D⁶², manifiesta que la religión es una fuerza espiritual rica en vitalidad que mantiene unida a la sociedad. En relación a rol social y religión, Mafla T⁶¹ menciona que el papel social de la Iglesia Católica está fundado en la misión de evangelizar el mundo y sus estructuras, ocuparse de los problemas centrales de la sociedad que afecta al matrimonio y a la familia; Farr A. Curlin MD⁶² sostiene que la religión tiene una función social, controlando la conducta de sus miembros y reforzando la estructura social.

En mención a salud mental y religión investigaciones de Mafla T⁶¹ describen que la religión responde a una necesidad espiritual del ser humano y dentro de su papel, es beneficiosa para su salud mental, pero al convertirse en fanatismo se aparta de la realidad social y humana generando conflictos mentales desde alteraciones leves hasta la autodestrucción; Owen A⁶⁰ cuestionan los efectos positivos de las prácticas religiosas a largo plazo sobre el cerebro, los resultados muestran que la religión y la espiritualidad no siempre permiten reducir los niveles de estrés y ansiedad, sino que pueden generarlos. Investigaciones referentes a rol emocional y religión como los de Owen A⁶⁰ concluyó que personas religiosas presentan volúmenes cerebrales inferiores, atrofas del hipocampo, alterando la estructura de las emociones y la formación de la memoria; Mafla T⁶¹ señala que la biblia enseña que las emociones son dadas por Dios, son señales que registran lo que está pasando en su interior, en nuestras relaciones con Dios y con el prójimo.

En la presente investigación la mitad de los homosexuales asumidos 50%, profesan religión no católica, esto debido a que tratan de alejarse de la iglesia católica que junto a la religión islámica son las religiones más homofóbicas, hostiles y radicales, por el permanente mensaje que a través de la historia de la humanidad han dejado plasmado en libros sagrados como el Antiguo testamento y del Nuevo testamento, que condena y desaprueba al homosexual, al rechazo de la sociedad, considerándolos pecaminosos, depravados con desordenados mentales siendo este un efecto no tanto de la fuerza del odio sino de la influencia de la tradición que no es fácil de eliminar creencias osificadas a lo largo de los siglos. Sumándose a ello que los homosexuales que han intentado acercarse “a la iglesia católica” refieren experiencias amargas, manifestando que el problema no es “Dios” sino el ser humano que los estigmatiza y lastima en su aspecto psicológico, emocional al tratar de someterlos a prácticas de sanación para subsanar o corregir través de la fe religiosa, creando sentimiento de culpa que van calando en los profundo, dejando el mensaje que están en contra de los designios Dios, por lo que merecen ser castigados no siendo aceptados por la sociedad, padeciendo enfermedades, no siendo felices y considerados no dignos de confianza, colocándolos en situación de vulnerabilidad que conlleva al deterioro de su calidad de vida.

Relacionando la variable calidad de vida en sus dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional y salud mental, con la característica sociodemográfica religión se determinó alta significancia estadística, pues el p valúe es 4.1×10^{-8} , 2.7×10^{-7} , 6.9×10^{-13} , 3×10^{-13} , 1.0×10^{-13} , 2.1×10^{-10} , 1.1×10^{-8} respectivamente; no encontrando significancia con la vitalidad ($p=0.9$).

Tabla 3.6. Calidad de Vida de los varones homosexuales asumidos en relación a característica sociodemográfica procedencia.

Dimensiones	Calidad de vida	Característica sociodemográfica			Total	
		PROCEDENCIA			Nº	%
		Costa	Sierra	Selva		
Función Física	Mejor	10	10	07	27	79,41
	Peor	00	07	00	07	20,59
		X²:25.781		p=2.52x10⁻⁶		
Rol Físico	Mejor	07	11	05	23	67,65
	Peor	03	06	02	11	32,35
		X²:78.204		p=4x10⁻¹³		
Dolor Corporal	Mejor	09	09	06	24	70,59
	Peor	01	08	01	10	29,41
		X²:116.67		p=3.9x10⁻¹³		
Salud General	Mejor	08	10	05	23	67,65
	Peor	02	07	02	11	32,35
		X²:134.654		p=3.0x10⁻¹³		
Vitalidad	Mejor	08	10	06	24	70,59
	Peor	02	07	01	10	29,41
		X²:17.901		p=1.297x10⁻⁴		
Función Social	Mejor	09	11	07	27	79,41
	Peor	01	06	00	07	20,59
		X²:23.36		p=8.463x10⁻⁶		
Salud Mental	Mejor	09	10	06	25	73,53
	Peor	01	07	01	09	26,47
		X²:129.76		p=5.4x10⁻¹³		
Rol Emocional	Mejor	10	10	07	27	79,41
	Peor	00	07	00	07	20,59
		X²:2.160		p=0.7063		

En la tabla 3.6 al relacionar la procedencia de los varones homosexuales asumidos con las dimensiones de la calidad de vida se observa, que la mitad de la población son procedentes de la sierra 50% presentando peor calidad de vida en las dimensiones: rol

físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional, solo la dimensión función física presentan mejor calidad de vida.

En relación a función física y procedencia, Zaragoza J y cols⁵⁰ concluyen que en la región costa y selva se incentiva más las actividades físicas como prácticas saludables debido a la influencia del medio que los rodea (gimnasios, canchas deportivas); sin embargo López J y cols,⁴⁵ publican que las diferencias entre habitantes rurales y urbanos en cuanto a concepción de prácticas y actividades físicas, son bastante débiles, los únicos aspectos en que hay cierta diferencia son los entornos más rurales donde existe mayor disponibilidad de espacios libres para la práctica de deporte con menor riesgo.

Al relacionar rol físico y procedencia investigaciones de Montes A; Martínez J⁵⁹, refiere que vivimos en una sociedad cada vez más diversificada, donde todos tienen derecho a las mismas oportunidades de empleo y progreso cual fuera su procedencia, descendencia u orientación sexual; El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social⁸ hace cumplir la prohibición de discriminar por la procedencia; refiere que el contar con un entorno laboral favorable fomenta buen rendimiento y desarrollo personal igualmente se manifiesta en relación a lugar de procedencia y salud general, el sistema de salud Peruano es organizado en función de la condición social, siendo la zona rural la más marginada y desposeída, sensible a enfermar y recuperarse más lentamente con mayor probabilidad de mortalidad y morbilidad; OMS³⁵ refiere que el área más afectada en salud es la rural 65,7% siendo más prevalentes las enfermedades transmisibles, produciendo impacto negativo sobre su calidad de vida.

En mención a vitalidad y lugar de procedencia, Lopez Core R⁵⁷ define que las áreas urbanas gozan de mayor vitalidad, donde hay diversidad de personas, habrá energía y capacidad humana de controlar lo inesperado de una forma creativa; Rekers A⁴⁸, manifiesta que una ciudad o barrio sano es donde sus calles gozan de diversidad de personas siendo fuente de energía y vitalidad que permite afrontar cualquier problema en el futuro para mejorar la calidad de vida; sin embargo Iodoño García D⁶³ describe a las ciudades contemporáneas como carentes de vitalidad denominándolas “muerte de la calle” siendo las relaciones sociales en los espacios públicos prácticamente inexistentes.

En relación a rol social y procedencia, Mafla T⁶¹ menciona que la ciudad prioriza el interés social promoviendo proyectos de inversión y mejores condiciones de vida para los más desfavorecidos; Araya K²¹ las sociedades urbanas, siguen siendo el núcleo donde tienen lugar los procesos de identificación y pertenencia a una comunidad al establecer una continuidad en las relaciones sociales. En mención a salud mental y procedencia López Core R⁵⁷, informa que el 67,7%, de desórdenes psiquiátricos se dan en áreas urbanas y que las sociedades modernas están expuestas a la dislocación social y tecnológica, mostrándose fértiles para la aparición de enfermedades mentales, en particular de trastornos neuróticos. Investigaciones sobre rol emocional y procedencia como las de López Core R⁵⁷ manifiestan que en las zonas urbanas y sociedades modernas se presentan mayores alteraciones emocionales propias de lugares alocados, aglomerados; Iodoño García D⁶³ describe a las ciudades contemporáneas, como predominantes de alteraciones emocionales al ver perdido la paz y serenidad para el descanso. En la presente investigación la mitad de los homosexuales asumidos 50%, son de la sierra, presentando peores condiciones de vida en todas las dimensiones de la salud, posiblemente debido a la cercanía a sus familiares, amigos, vecinos que les muestran rechazo o desaprobación y

al no poseer ingresos económicos suficientes o mantener vínculos de dependencia económica de los padres y/o familiares no cuentan con los medios necesarios para poder migrar a otros lugares trayendo con ello disminución de su autoestima fomentando miedos, tabús y prejuicios no expresándose libremente según su condición afectando tanto el aspecto psicológico como físico.

Concerniente a la variable calidad de vida en sus dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental, con la característica sociodemográfica lugar de procedencia se determinó alta significancia, ya que el p valúe es 2.5×10^{-6} , 4×10^{-13} , 3.9×10^{-13} , 3×10^{-13} , 1.2×10^{-4} , 8.4×10^{-6} , 5.4×10^{-13} respectivamente; y sin significancia estadística con rol emocional ($p=0.7$).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos y resultados del estudio, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. En referente a las características sociodemográficas de los varones homosexuales asumidos de la ciudad de Cajamarca, destaca que la mayoría de ellos se encuentran entre las edades de 28 a 37 años, con educación secundaria de ocupación no profesional, con ingreso económico bajo, de religión no católica y son procedentes de la sierra.
2. En su mayoría, los varones homosexuales asumidos, manifiestan mejor calidad de vida en lo que respecta a las dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal y peor calidad de vida en las dimensiones: salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional.
3. Existe relación altamente significativa entre la variable calidad de vida (en sus dimensiones función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional) y la edad; así mismo las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, salud mental y rol emocional con el grado de instrucción. Y las ocho dimensiones de la calidad de vida guardan relación con la ocupación actual.

La función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, salud mental y rol emocional tiene relación altamente significativa con la variable religión. De la misma manera, las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental guardan relación altamente significativa con la variable lugar de procedencia. La variable ingreso económico tiene relación altamente significativa con todas las dimensiones de la calidad de vida los varones homosexuales asumidos.

4. De esta manera queda corroborada la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Gobierno Regional, que consideren los resultados de esta investigación como punto de partida para fortalecer la elaboración de datos oficiales y un marco normativo específico a partir de políticas a favor de esta población con alto grado de vulnerabilidad como la que se ha descrito.
2. Así mismo que formulen e implementen políticas que mejoren las estrategias preventivo-promocionales en favor de estas poblaciones.
3. A los profesionales de la salud, reconocer la realidad de la población homosexual desde una perspectiva científica, para poder responder a su realidad (discriminación) y necesidades particulares.
4. A la comunidad homosexual, mejorar sus condiciones de vida saludables llevando una vida emocionalmente equilibrada y asumir mayor responsabilidad en su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Platero R, Fernández-Laso C. Compilación de Conceptos clave sobre Homosexualidad y Lesbianismo. 31 de mayo de 2010. URL disponible en: http://www.ucm.es/info/rqtr/Conceptos_Clave_sobre_LGTB.pdf. (último acceso 1 de diciembre de 2015).
2. Cáceres C. Unión Civil en el Perú: Tendencias, Trasfondo y la Expectativa de una Sociedad más Inclusiva. 01 de Mayo de 2014. URL disponible en: <http://www.uterop.pe/2014/05/01/este-estudio-de-la-cayetano-demuestra-que-la-sociedad-peruana-es-homofobica/> (último acceso 9 de agosto de 2016).
3. Romero G. Informe anual sobre derechos humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú. 2014-2015. Lima - Perú. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Lettera Grafica S.A.C. Mayo 2015. Depósito Legal en la biblioteca Nacional del Perú N°:2015-06074.
4. Vintimilla D. Un mundo para las mujeres: la plataforma de Beijing y las relaciones internacionales. Revista Globalización. Abril 2015. 15(5). URL disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcw.htm>. (último acceso 1 de diciembre de 2015).
5. Romero J. El 1% de población masculina es homosexual. Revista De Lapsis. Septiembre 2010. 10(3). URL disponible en: <http://infocatolica.com/blog/delapsis.php/1009240239-el-numero-de-lgaysr-no-es-inf-1>. (último acceso 15 de enero 2016).
6. Rodríguez S. Peruanos son los más homofóbicos de la región. Revista DPM. 27 de Mayo 2013. [en línea]. URL disponible en: publimetro.pe/actualidad-peruanos-son-mas-homofobicos-region-1399. (último acceso 16 de agosto de 2016).
7. Rayas L. Traducción: Antecedentes internacionales en jurisprudencia y en políticas contra la discriminación a homosexuales. México 2001. [en línea]. URL disponible en: <http://www.stopdiscriminacion.org/archivos/orientación/Antecedente.JP.pdf>. (último acceso 1 de diciembre de 2015).
8. Allain Santistevan E, Méndez Nina C, Portugal Bernedo J. Contribuciones de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud: CONAMUSA a la política social de respuestas al VIH y SIDA en el Perú. [Tesis Magistral]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima- Perú 2013.

9. Ministerio de Salud. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú 2012. Lima-Perú: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. 2012.
10. Boswell J. Investigación histórica de la homosexualidad. [Monografía en CD-ROM]. Mauricio List Reyes. Versión 2.0. Barcelona-España 1992. Modificada por última vez 21 Marzo 2013. Graffylia; 2013.
11. Rhay F. Historia de la homosexualidad contada para fundamentalistas (1° parte). 14 de Noviembre 2011. [en línea]. URL disponible en: <https://lacienciaysusdemonios.com/2011/11/14/historia-de-la-homosexualidad-contada-para-fundamentalista-la-parte/> (último acceso 15 de julio 2016).
12. Defensoría del Pueblo. Opinión respecto del Proyecto de Ley N° 2647/2013-CR, que establece la unión civil no matrimonial para personas del mismo sexo. Situación de los derechos fundamentales de la población LGBTI en el país. Lima – Perú. Marzo 2014. Informe de adjuntía N° 003-2014-DP/ADHPD.
13. Torres A. Diario el Comercio. Encuesta de IPSOS apoyo. Actitudes de la opinión pública ante el proyecto de ley sobre la Unión Civil entre personas del mismo sexo. Abril 2014.
14. Fonseca Ariza J. Iglesias y diversidad sexual en el Perú contemporáneo. RAAC. 09 Mayo 2015.p.60-66. [en línea]. URL disponible en: <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/iglesias-y-diversidad-sexual-en-el-peru-comtemporaneo.pdf> (último acceso 1 de diciembre 2015).
15. Dávila Norelius S. La Iglesia Católica y el papa francisco: Un análisis del papel de la mujer, la homosexualidad y los abusos sexuales infantiles. DIVA. Abril 2014. p. 24 - 44. [en línea]. URL disponible en: http://www.diva-portal.org/smas/record.jst?pid_diva2%3A734230 (último acceso 15 de julio 2016).
16. Barrientos J, Cárdenas M. Homofobia y Calidad de vida Gay y Lesbianas: Una mirada Psicosocial. RS. Mayo 2013. p.22y314. [en línea]. URLdisponibleen:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282013000100001. (último acceso 15 de julio 2016).
17. Martin J. Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: Demandas de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Buenos Aires/CLACSO-CROP. 2013.ISBN 978-987-1891-

18. Rodríguez D. Diagnóstico sobre las condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población GLBTI. Ecuador 2013. Instituto Nacional de Estadística y censos (INEC).
19. Gómez F, Barrientos J. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. RL. Abril 2012. p.100-123. 10(2) [en línea]. URL disponible en: <http://www.redalc.org/articulo.oa?id=293322076005>. (último acceso 15 de julio 2016).
20. Gómez F, Barrientos J. Sexualidad, Salud y Sociedad de la comunidad LGTB. Abril 2012. p.88-103. 10(3) [en línea]. URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n10/a05n10.pdf>. (último acceso 01 de enero 2015).
21. Araya Andrade K, Echeverría Chavarría M. Los Problemas Sociales Asociados A La Homosexualidad Masculina Y Las Respuestas Que Se Han Generado En Torno A Las Necesidades De Esta Población. [Tesis Pregrado]. Universidad De Costa Rica Facultad De Ciencias Sociales. Costa Rica 2012.
22. Barreto I, Sandoval M, Cortés O. Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. . [Tesis Post grado]. Universidad Santo Tomás. Bogotá-Colombia. 2010.
23. Cameron P. Resultados de los estudios sobre “La conducta homosexual reduce esperanza de vida. En: Convención anual de la Eastern Psychological Association (EPA). Filadelfia-Estados Unidos. 31 Diciembre 2008.
24. Barzani C. Características psicosociales de los homosexuales miembros de la red de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de la ciudad de Riocha. [Tesis doctoral]. Universidad de Cali. Colombia 2007.
25. Ortiz-Hernández L, García Torres M. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. 2005. RS. 21(3). [en línea]. URL disponible en: http://www.scielo.br//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000300026. (último acceso 20 enero 2015).
26. Obando Campos M. Homosexualidad un problema de discriminación social [Tesis Pregrado]. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Noviembre 2003.

27. Bradford J, Ryan C, Rothblum E. Implications Associated with Homosexuality. American Psychological Association. 2001. 62(2). [en línea]. URL disponible:https://www.researchgate.net/profile/Judith_Bradford2/publication/14998326National_Lesbian_Health_Care_Surve (último acceso 20 enero 2015).
28. Valdez Carrasco B, Tataje Candiotti A. Análisis de la gestión social y capacidad organizacional de la ONG IMPACTA para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH mediante el Programa de Atención Médica Periódica. [Tesis Maestría]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima-Perú 2012.
29. Sulmont Haak D. Encuesta nacional sobre exclusión y discriminación social. Lima-Perú. DEMUS Estudio para la defensa y los derechos de la mujer. Febrero 2005.
30. Velásquez A, Gutiérrez J, Quijano M. Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de psicología y de biología. RL. p.34 – 48. 40(3) [en línea]. URL disponible:<http://teocripsi.com/documents/3VELASQUEZ.pdf> 2013. ISSN:2116-3480. (último acceso 06 enero 2015).
31. Soriano Rubio S. Origen y causa de la homosexualidad [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca. España, 2002.
32. Giraldo Neira O. Investigaciones y Teorías sobre Homosexualidad Masculina. RLP. Octubre 2004. 3(3). [en línea]. URL disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26601047_Investigaciones_y_teorias_sobre_homosexualidad_masculina. (último acceso 06 enero 2015).
33. Organización Panamericana de la Salud. Moreno González JM. El Hombre Sexuado. Educación sexual. En: Seminario Mayor San Luis Gonzaga. Jaén-Perú. 2012. p. 56-57.
34. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. RS. Enero 2012. 30(1). [en línea]. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082000100006 (último acceso 08 enero 2015).
35. Organización Mundial de la Salud. Programa envejecimiento y ciclo vital. Septiembre 2015. Madrid-España: Ministerio de Salud.

36. Dubois Migoya A. Informe sobre el desarrollo humano. El Desarrollo Humano como paradigma emancipador de las desigualdades, especialmente de la de género: una visión crítica de las bases teóricas de Sen.
<http://portal.onu.org.do/contenidos/archivos/DH%20y%20generoDubois.pdf>.
37. Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida. [Tesis doctoral]. Universidad de la Sabana. Colombia Abril 2005.
38. Guevara H, Domínguez A, Ortunio M, Padrón D, Cardozo R. Percepción de la calidad de vida desde los principios de la complejidad. RCSP. Mayo 2010. 36 (4) [en línea]. URL disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000400011.
39. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmib L. Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Barcelona-España. Marzo 2004.
40. Neisser. Psicología clásica, En: Aznar Casanova AA. Psicología de la percepción visual. Barcelona-España: 2003. p. 82-88.
41. INEI Perfil socio demográfico de Cajamarca 2007. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú. 2009. [en línea]. URL disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/Est/Lib0838/libro19/Libro.pdf>. (último acceso 15 de diciembre de 2015).
42. Organización de las Naciones Unidas. Derecho a la educación; 2015. [en línea]. URL disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-internatio/>(último acceso 10 de enero de 2015).
43. Marsal C. Los principios de Yogyakarta: Derechos humanos al servicio de la ideología de género. Junio 2011. Rev.Díkaion. 20(1). [en línea]. URL disponible en:<https://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid>. (último acceso 24 de febrero de 2017).
44. Van de Ven P. Indicadores del estado de salud. 2005.
45. López Satué J, Villa Vicente J, Rodríguez Marroyo J. Estudio de los factores condicionantes del rendimiento físico. 2009. URL disponible en: http://www.fire.uni-freiburg.de/sevilla_2007/.../LopezSatue_et_al_TRAGSA_CLM2.pdf (último acceso 20 de junio 2016).

46. Osma López J. Víctimas de la homofobia: Consecuencias psicológicas. 2006. http://www.acgil.org/documents/246_documnets_victimasdelaHomofobia.JorgeOsma.pdf (último acceso 20 de junio 2016).
47. Dolores corporales. [Internet]. Wikipedia. 2017. Recuperado a partir de: <https://en.wikipedia.org/wiki/Dolorescorporales>
48. Rekers George A. Homosexualidad, de la realidad a la esperanza [Internet]. Foro andaluz de la familia. 8 de Marzo 2010. Recuperado a partir de: <https://www.forumvida.org>. (último acceso 27 de octubre 2016).
49. Sánchez N. El rol social de los adolescentes y los jóvenes. 15 de Mayo 2008. Recuperado a partir de: <https://laventanadebetania.blogspot.com/2008/05/el-rol-social-de-los-adolescentes-y-los.htm> (último acceso 25 de noviembre 2016).
50. Zaragoza Casterad J, Serrano Ostariz E, Generelo Lanaspá E. Dimensiones de la condición física saludable: evolución según edad y género. Marzo 2005. Rev.Gac Sanit.29 (1).
51. Osterman J, Gibson S, Veldhuijzen D. Percepción del dolor: relación entre el procesamiento cognitivo y la edad. Agosto 2014. Rev. Cáliz. 27 (3). URL disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art118.asp>.
52. Caicedo M, Van Gameren E. Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en estados Unidos: un análisis epidemiológico. México 2014. p.962.
53. De la Cruz-Sánchez E, Feu S, Vizúete-Carrizosa M. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. Marzo 2013. RS. 12(1) [en línea]. URL disponible en: <https://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1735/3960> (último acceso 15 de enero 2016)
54. Cuauhtemoc R. Educación para la salud. México 2006. p. 23-25
55. Dakduk S, Gonzales A, Montilla V. Relación de variables sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo. Agosto 2008. 42(2)[en línea].URLdisponibleen:http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034 (último acceso 15 de enero 2016)

56. Pedrajas Sanz N. Análisis de la vitalidad como fortaleza de carácter y su relación con la actividad físico-deportiva. Junio 2010 Rev. Digital. 15(2). p.151
57. López Core R. Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un análisis del primer ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico de México. [Tesis Post grado]. Universidad Pontificia de México. 2010.
58. Yaranga L. Manejo del dolor en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho. [Tesis Post grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Perú. 2012.
59. Montes del Castillo A, Martínez Martínez J. Diversidad cultural y religión. 2011. pág. 296.
60. Owen A. Efectos de la religión a largo plazo sobre el cerebro. [Internet]. 2011 Recuperado a partir de: <https://www.mediavida.com/foro/ciencia/experiencias-religiosas-encogen-cerebro-418836>
61. Mafla Teran N. Función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. [Tesis Doctoral]. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá-Colombia. 2013.
62. Farr A, Curlin M. La Religión tiene una influencia importante en la salud de los pacientes. [Tesis Post grado]. Universidad de Chicago-E.E:U:U. 2007.
63. Iodoño García D. Aproximaciones a la dicotomía pública privada en dos barrios de Tunja. 2011. P. 20-24

APÉNDICE 1

Consentimiento de participación

Yo..... por
decisión propia y libre, doy mi consentimiento para participar en el estudio “Calidad de
vida de los varones homosexuales ciudad de Cajamarca. 2010”.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna. Se
me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere
indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo
de investigación.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los..... días del
mes..... de 2010.

.....

Firma

APÉNDICE 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POST GRADO

CUESTIONARIO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Cajamarca,..... de..... del 2010.

Estimado amigo:

La presente encuesta tiene por objetivo comprender y analizar la calidad de vida de varones homosexuales de la ciudad de Cajamarca. Por tal motivo, solicito su respuesta sincera, lo cual contribuirá para dar alternativas de intervención en salud.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

1.1 Edad:.....

1.2 ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico superior ()
- Superior universitario ()

1.3 ¿Cuál es el tipo de actividad que tiene?

- Ocupación profesional ()
- Ocupación no profesional ()
- Otro ()

1.4 ¿Cuánto es la cantidad mensual en soles que gana por su trabajo?

.....

1.5 ¿Cuál es su religión?

- Católica ()
- No Católica ()
- Ninguna () Especifique:.....

1.6 Lugar de procedencia

- Costa ()
- Sierra ()
- Selva ()

Gracias por su gentil colaboración.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA SF-36 Versión Español 1.4

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro, de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:
(Marque un solo número)

Excelente..... 1	Muy buena..... 2
Buena..... 3	Regular.....4
Mala..... 5	

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
(Marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año.....1	Algo mejor ahora que hace un año..... 2
Más o menos igual que hace un año..... 3	Algo peor ahora que hace un año..... 4
Mucho peor ahora que hace un año..... 5	

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?
(Marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física?
(Marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades Cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
(Marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, Por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de Costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
(Marque un solo número)

Nada.....1	Un poco.....2
Regular.....3	Bastante.....4
Mucho.....5	

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
(Marque un solo número)

No, ninguno.....1	Sí, muy poco.....2
Sí, un poco.....3	Sí, moderado.....4
Sí, mucho.....5	Sí, muchísimo.....6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (Marque un solo número)

Nada.....1	Un poco.....2
Regular.....3	Bastante.....4
Mucho.....5	

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas.
(Marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ¿se sintió tan baja de moral que nada Podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ¿tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
(Marque un solo número)

Siempre..... 1
 Casi siempre..... 2
 Algunas veces..... 3
 Sólo alguna vez..... 4
 Nunca..... 5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: (marque un solo número por cada pregunta)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 2

FÓRMULA PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS

ESCALA	Suma final de los valores de los Ítems	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10,30	20
Rol Físico	4a+4b+4c+4d	4,8	4
Dolor Corporal	7+8	2,12	10
Salud General	1+11a+11b+11c+11d	5,25	20
Vitalidad	9a+9e+9g+9i	4,24	20
Función Social	6+10	2,10	8
Rol Emocional	5a+5b+5c	3,6	3
Salud Mental	9b+9c+9d+9f+9h	5,30	25

FÓRMULA DE TRANSFORMACIÓN DE LAS PUNTUACIONES CRUDAS.

$$\text{Escala Transformada} = \frac{\text{Escala} \quad \text{(Puntuación real cruda - puntuación cruda más baja posible)}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \times 100$$

ANEXO 3

“Contenido de las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida SF 36”

Significado de las puntuaciones de 0 a 100			
Dimensión	N° de ítems	“Peor” puntuación (0)	“Mejor” puntuación(100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

ANEXO 4

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

(JUICIO DE EXPERTOS O CRITERIO DE JUECES)

“INTRUMENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS”

COEFICIENTE DE VALIDACION “V” AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C - 1))}$$

Ítems	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Suma	"V" de Aiken	Descripción
Ítem 1	1	1	1	3	1	Válido
Ítem 2	1	1	1	3	1	Válido
Ítem 3	1	1	1	3	1	Válido
Ítem 4	1	1	1	3	1	Válido
Ítem 5	1	1	1	3	1	Válido
Ítem 6	1	1	1	3	1	Válido

A: Acepta (1), B= Rechaza (0)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es valido

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PRUEBA ALFA DE CRONBACH

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	10	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,911	6

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	5,5000	1,611	,969	,862
VAR00002	5,5000	2,500	-,111	,999
VAR00003	5,5000	1,611	,969	,862
VAR00004	5,5000	1,611	,969	,862
VAR00005	5,5000	1,611	,969	,862
VAR00006	5,5000	1,611	,969	,862