

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**Calidad de Vida (bienestar psicológico y social) en una muestra  
masculina homosexual de Guatemala**

Sandra Ma. Pellecer Estrada

Guatemala

2010



**Calidad de Vida (bienestar psicológico y social) en una muestra masculina homosexual de Guatemala**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades

**Calidad de Vida (bienestar psicológico y social) en una muestra  
masculina homosexual de Guatemala**

Trabajo de investigación presentado por

Sandra María Pellecer Estrada

para optar al grado de Licenciada en Psicóloga General

Guatemala


2010

Vo. Bo. :

(f)   
Asesor: Dra. María del Pilar Grazioso

Tribunal Examinador:

(f)   
MSc. Claudia García de la Cadena

(f)   
MA. Lucía Cazali

(f)   
Dra. María del Pilar Grazioso

Fecha de aprobación: Guatemala, 8 de Diciembre del 2010.

## PREFACIO

El proyecto de *Calidad de Vida en Homosexuales Guatemaltecos* se desarrolló a partir del proyecto “Calidad de Vida y Trastornos Alimentarios en sujetos Gay en Latinoamerica” que se inició como resultado de las investigaciones del Dr. Alfonso Urzúa de la Universidad del Norte de Chile y el Dr. José Toro-Alfonso de la Universidad de Puerto Rico. El proyecto surgió como una combinación de los intereses de ambos investigadores: psicología de la salud y masculinidad en minorías sexuales. Se llevó a cabo en diez países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Chile, Cuba, Guatemala, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Puerto Rico. El objetivo de reclutamiento quedó establecido en una muestra por disponibilidad de 200 participantes en cada país. A la fecha se han recopilado 1,400 encuestas entre los diez países.

Interesada en el tema de la homosexualidad por las relaciones de amistad que he desarrollado en los últimos años con personas que tienen una orientación homosexual y como conocedora de personas que tienen una actitud de rechazo hacia homosexuales me involucré en el proyecto del Dr. José Toro, participando en la recolección y codificación de datos. Sin embargo, para mi tesis tomé sólo una porción de la base de datos de Guatemala, enfocándome únicamente en las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general y roles de género; y dejando fuera las variables relacionadas a autoimagen, trastornos alimentarios y hábitos sexuales.

Quiero agradecer al Dr. José Toro-Alfonso por haberme permitido ser parte del estudio y por brindarme ayuda siempre que la necesité. También agradezco a la

Licenciada García de la Cadena y a la Dra. Grazioso por supervisar el proyecto y por guiarme durante la elaboración del mismo. Agradezco también a Williams Cruz, coordinador de proyecto en “Colectivo Amigos contra el Sida”, así como a Carlos Valdes, coordinador de Proyecto Unido, quienes colaboraron en el proceso de reclutamiento de sujetos para la realización del proyecto; sin ellos nada hubiera sido posible. Además agradezco el apoyo incondicional de mi familia, mi novio, Francisco Ureta y Paola Quintero quienes me motivaron a siempre seguir adelante. Finalmente, le agradezco a Dios porque sin él nada sería posible en mi vida.

## TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
PREFACIO	vi
LISTA DE CUADROS	ix
LISTA DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
A. Homosexualidad	4
B. Bienestar y Calidad de Vida	22
C. Bienestar en Homosexuales	26
III. MARCO METODOLÓGICO	30
A. Pregunta de investigación	30
B. Objetivos	30
C. Hipótesis	31
D. Definición Operacional de las variables	31
E. Muestra	32
F. Instrumentos	33
G. Procedimiento	37
IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
V. RESULTADOS	41
VI. DISCUSIÓN	63
VII. CONCLUSIONES	71
VIII. RECOMENDACIONES	73
IX. REFERENCIAS	75
X. ANEXOS	82

## LISTA DE CUADROS

Título	Página
Cuadro No.1: Análisis de fiabilidad para las escalas del estudio	37
Cuadro No.2: Medias de las variables del estudio en una población de hombres homosexuales guatemaltecos.	42
Cuadro No.3: Regresión Lineal: Calidad de vida vrs bienestar psicológico, bienestar social, roles de género, y salud general.	45
Cuadro No.4: ANOVA de calidad de vida vrs bienestar psicológico, bienestar social, roles de genero, y salud general.	46
Cuadro No.5: ANOVA de calidad de vida vrs bienestar psicológico y salud general.	47
Cuadro No.6: Comparación entre las medias de las variables para la población homosexual y bisexual	53
Cuadro No.7: Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de calidad de vida	53
Cuadro No.8: Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de bienestar social	54
Cuadro No.9: Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de bienestar psicológico	54
Cuadro No.10: Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de roles de género	55
Cuadro No.11: Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de salud general	55
Cuadro No.12: Prueba Chi cuadrado: Pensamiento suicida vrs nivel de estudio	57

Cuadro No.13: Prueba Chi cuadrado: Pensamiento suicida vrs nivel de ingreso mensual	57
Cuadro No.14: Comparación de medias de población homosexual y bisexual: Pensamiento suicida	58
Cuadro No.15: Prueba T para muestras independientes: Pensamiento suicida vrs. orientación sexual	58
Cuadro No.16: Comparación de medias de población homosexual y bisexual: Tratamiento psicológico	60
Cuadro No.17: Prueba T para muestras independientes: Tratamiento psicológico vrs. orientación sexual	60
Cuadro No. 18: Prueba Chi-Cuadrado: pensamiento suicidio vs tratamiento psicológico	61
Cuadro No. 19: Prueba Chi-Cuadrado: nivel de escolaridad vs tratamiento psicológico	61
Cuadro No. 20: Prueba Chi-Cuadrado: nivel de ingreso mensual vs tratamiento psicológico	62

## LISTA DE FIGURAS

Título	Página
Figura No.1: Correlación: Calidad de vida vs bienestar psicológico	43
Figura No.2: Correlación: Calidad de vida vs salud general	44
Figura No.3: Histograma de residuos: calidad de vida vs bienestar psicológico y salud general	47
Figura No.4: Correlación: calidad de vida vs bienestar social	48
Figura No.5: Correlación: calidad de vida vs roles de género	49
Figura No.6: Correlación bienestar social vs bienestar psicológico	50
Figura No.7: Correlación bienestar social vs nivel de escolaridad	51
Figura No. 8: Correlación roles de género vs nivel de escolaridad	52
Figura No. 9: Porcentaje de hombres homosexuales guatemaltecos con pensamientos suicidas	56
Figura No.10: Porcentaje de hombres homosexuales guatemaltecos que han recibido tratamiento psicológico por alguna condición de salud.	59

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo principal determinar el nivel de calidad de vida en una muestra de hombres homosexuales guatemaltecos, considerando la influencia que ejerce el bienestar psicológico y social, la salud general y los roles de género sobre la muestra. Para ello se aplicó un instrumento que contenía escalas para medir cada variable y una pregunta sobre pensamiento suicida en un estudio conformado por 162 hombres guatemaltecos, de los cuales 83% refirieron ser homosexuales y 17% bisexuales para lo cual se aplicó un instrumento compuesto por escalas de salud general, roles de género, estrés minoritario, homofobia internalizada, bienestar psicológico y bienestar social. Entre ambos grupos se encontró que no existe una diferencia significativa con respecto a ninguna de las variables. Además se encontró que los hombres encuestados tienen niveles aceptables de calidad de vida, salud general, bienestar psicológico y social. Tienen también roles de género con baja adherencia a los modelos tradicionales de masculinidad hegemónica. Los resultados evidenciaron que las variables que más influencia tienen sobre la calidad de vida son las de bienestar psicológico y salud general, aunque no logran explicar en su mayoría la varianza de esta variable y por lo mismo existen otros factores importantes involucrados en la determinación de calidad de vida. En la muestra de encuestados sólo un 12% ha tenido pensamientos suicidas recientemente, mientras que un 86% no los ha tenido, demostrando así que están conformes con su vida y que han llegado a una aceptación de su orientación sexual.

## I. INTRODUCCIÓN

La homosexualidad es un tema que ha cobrando importancia en las últimas décadas. Los homosexuales son las personas cuyo foco de interés sexual, romántico y afectivo está dirigido hacia personas del mismo sexo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010). A lo largo de la historia estas personas han sido consideradas como desviadas y “anormales”. Aunque en 1986, se eliminó por completo el término homosexualidad de la tercera versión revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III-R) y se reconoció que la homosexualidad no es una enfermedad mental o una patología, las personas homosexuales y bisexuales son víctimas de prejuicios a nivel social, cultural e incluso en el campo de profesionales de salud mental en la mayoría de culturas (Greene & Herek, 1994). Este miedo, prejuicio y discriminación dirigida a hombres y mujeres homosexuales por su orientación sexual, se define como homofobia (Cordón, 2009).

El estigma social y la discriminación hacia los homosexuales tienen efectos significativos en la salud mental de los homosexuales. De acuerdo a José Toro-Alfonso & Nelson Díaz (SF), las homosexualidades están acompañadas por estigma, silencio y rechazo social que imponen un costo a nivel individual y a nivel social. De hecho, se ha encontrado un mayor riesgo de ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos entre los homosexuales que entre los heterosexuales por esta misma razón (Papalia *et al*, 2010).

Guatemala es un país con una cultura machista, religiosa y conservadora, en donde las personas homosexuales son víctimas constantes de discriminación, prejuicios y rechazo. Obando (2003) hizo un estudio que se llevó a cabo con hombres homosexuales del centro (zona 1) de Guatemala. Éste encontró que los homosexuales de la ciudad de Guatemala se ven empujados a abandonar sus hogares, trabajos, estudios y otras actividades debido a que huyen por sentimientos de culpa o son maltratados y discriminados por personas de otra orientación sexual. En nuestro país, revelar su homosexualidad no sólo supone reacciones por parte de la familia sino también representa sufrimiento a causa de la

homofobia social. Según lo encontrado en la investigación de Obando (2003) el 81% de hombres homosexuales es objeto de múltiples maltratos al dar a conocer su preferencia sexual ante los padres y son señalados como perversores del sistema familiar y se les expulsa del hogar. Además, el 92% de los homosexuales entrevistados comentó que al solicitar servicios básicos, no son atendidos de forma amable y que a la hora de solicitar un empleo se les cuestiona su preferencia sexual, y se les priva del derecho bajo la excusa de que no llenan los requisitos. El 98% de hombres homosexuales guatemaltecos expresaron que la sociedad guatemalteca les demuestra rechazo, que son víctimas de burlas, insultos, bromas, expresiones de odio y menosprecio, y que no cuentan con apoyo legal. El 2% manifestó que si ocultan la preferencia sexual son respetados.

Este estudio determina el nivel de calidad de vida en una muestra de hombres homosexuales guatemaltecos. La calidad de vida se define como «la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida» (Urzúa & Jarne, 2008). En este estudio se habla particularmente de la calidad de vida en función del bienestar psicológico, el bienestar social, la salud general y los roles de género que posee el individuo.

Para lograr el objetivo se aplicó un cuestionario a una muestra de 162 hombres homosexuales guatemaltecos que fueron contactados por medio de ONG's (Organizaciones No Gubernamentales) y a través de la técnica de bola de nieve. El cuestionario consta de diversas escalas: bienestar psicológico, bienestar social, calidad de vida, roles de género, salud general, estrés minoritario y homofobia internalizada.

Según los resultados, se prueba la hipótesis del estudio que indica que la calidad de vida tiene una relación con los niveles de bienestar psicológico y social, salud general y roles de género, por lo que mientras más altos son los puntajes para estas escalas, mayor será el nivel de calidad de vida. Entre estas variables las que tienen mayor influencia sobre la calidad de vida son las de salud general y bienestar psicológico, aunque logran explicar sólo 40% de la varianza. Los encuestados mostraron niveles aceptables de

calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general y roles de género poco machistas. También se encontró que la mayoría (86%) no ha tenido pensamientos suicidas y que, de un 60% de participantes que respondieron a la pregunta, un 34% ha recibido tratamiento psicológico y un 26% no ha recibido.

## II. MARCO TEÓRICO

### A. Homosexualidad

1. Identidad y sexualidad. Según Erickson (1968) la identidad es una concepción coherente del yo que está formada por valores, creencias, y metas con las que las personas se comprometen. Para que la identidad se forme, los jóvenes deben resolver tres problemas principales: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y por qué vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Por lo tanto, se afirma que la identidad sexual de todo ser humano es parte esencial de su identidad y por lo mismo lo va a afectar en sus relaciones y en su imagen propia. Para adquirir la identidad sexual es necesario que las personas se vean a sí mismas como seres sexuales, reconozcan su propia orientación, acepten los cambios sexuales y establezcan vínculos románticos. Este proceso es regido biológicamente, pero su expresión se define mediante la cultura (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010).

2. Identidad de género. Además de tener una identidad sexual, la identidad de género también es un factor importante en la sexualidad de las personas. La identidad de género es una autoclasificación como hombre o mujer en base a los estereotipos culturales de hombres y mujeres. Es decir que a través de la identidad de género se asumen los pensamientos, sentimientos y comportamientos con base al esquema que hemos creado de ser hombre o mujer. Aunque la identidad de género se asume a nivel individual, se desarrolla por medio de aprendizaje, de interacciones y de la cultura (Leiva, 2005). Por lo mismo, la sociedad hace una construcción social de ideologías masculinas y femeninas a las que las personas se deben apegar. Así surge el concepto de masculinidad hegemónica, que se refiere a la manifestación de la masculinidad asociada al poder y al dominio. Esta categoría restringe a las masculinidades subordinadas, que se definen como las masculinidades que no cumplen con el paradigma tradicional del dominio y el poder. Los hombres homosexuales caen dentro de esta categoría de

masculinidad subordinada y por lo mismo, son restringidos por el concepto de masculinidad hegemónica (Toro & Díaz, 2006).

De acuerdo a Leiva (2005) se han creado tres corrientes que intentan explicar la identidad de género. La primera es la sociobiológica que explica el comportamiento de género con base al origen biológico y a las estrategias adoptadas por hombres y mujeres a lo largo de la evolución. La segunda es la corriente socio-cultural que plantea que la identidad de género es una construcción de lenguaje, historia y cultura en un tiempo y lugar específico. Esto es importante en el caso de Guatemala debido a que es un país multicultural y por lo mismo la identidad de género puede variar entre cada subcultura. Finalmente la tercera corriente, propone que la identidad de género es un proceso de identidad primaria ya que los niños tienen su objeto de deseo en la madre y se identifican con el padre, mientras las niñas tienen su objeto de deseo en el padre y se identifican con la madre. De las tres corrientes, la corriente socio-cultural es la que ha asumido mayor fuerza en la actualidad.

Cadena (2008) expone la teoría de Ross-Gordon (1999) que incluye tres factores socioculturales que intervienen en la formación de identidad de género. El primer factor se refiere a la relación del niño y niña con sus padres. Según Ross Gordon, los adultos perciben el género infantil de manera estereotípica y por lo tanto se refleja en los patrones de interacción. De hecho, antes de que el bebé nazca, cuando los padres conocen el sexo del mismo, se forman ideas y expectativas con base al esquema de género que se han formado. Así, si el bebé es hombre pintan el cuarto de diferente color, le compran diferentes juguetes, y le asignan tareas caseras diferentes a la de las niñas. Incluso se ha observado que las expectativas de rendimiento escolar son diferentes ya que se espera que los hijos tengan mejor rendimiento en matemática y participen en clases de computación y deporte. Se ha observado además, que los padres suelen ser más estrictos al imponer roles sexuales en los hijos que en las hijas y que los estereotipos que tienen de género son menos flexibles que el de las madres.

El segundo factor es el ambiente escolar, en el que los niños y adolescentes pasan la mayor parte del tiempo. Por lo mismo aprenden de manera directa e indirecta sobre el comportamiento basado en género a través de material de enseñanza que contiene imágenes y contenido estereotipado de mujeres y hombres, expectativas de los y las maestras, e interacción entre compañeros y compañeras (Cadena, 2008).

Finalmente, el tercer factor está constituido por estereotipos culturales y se refiere al aprendizaje a través de imágenes y de interacción en distintos contextos culturales; que incluye: modelaje de grupos de presión, exposición a medios de comunicación, observación e interacción con adultos de la comunidad. Así, los niños y niñas aprenden a autoevaluarse con respecto al esquema de género aceptado cultural y socialmente. Se ha encontrado que a partir de la edad de 3 años los niños ya son capaces de auto identificarse como niño o niña y por lo tanto es aquí cuando se logra la identidad de género. A los cinco años ya tienen una concepción bien establecida sobre cómo se debe comportar una niña y un niño debido a que el conocimiento sobre los estereotipos de género ya se encuentra bien establecido. Sin embargo, conforme aumenta la edad, los estereotipos se vuelven menos rígidos (Cadena, 2008).

A pesar de que el género no es un sinónimo de sexo, puesto que el primero se refiere a un rol y el segundo a características biológicas, la mayoría de personas piensa que sí son sinónimos. La transgresión de género o el transgénero se refiere a todas las personas que desobedecen las conductas asignadas a cada género y así desafían los papeles sexuales. Esta transgresión abarca diferentes expresiones desde manifestaciones de moda hasta conductas consideradas propias del otro sexo. Las personas que transgreden las categorías reguladoras que la sociedad ha impuesto se consideran como desviadas de la norma e incluso como seres patológicos y por lo mismo constituyen un diagnóstico clínico (Rodríguez & Toro, 2002). Es por eso que hemos observado tantas veces que a las personas no les gusta convivir con hombres afeminados, por ejemplo, ya que rompen con el esquema de lo que la sociedad ha etiquetado como “normal”.

3. Orientación sexual. Según Papalia *et al.* (2010) la orientación sexual se define como «el foco del interés sexual, romántico y afectivo». Existen diferentes tipos de orientación sexual, ya que la persona se puede sentir sexual, romántica y afectivamente atraída hacia personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual). La heterosexualidad predomina en casi todas las culturas del mundo.

a. Orígenes de la Orientación Sexual. En la actualidad se ha dedicado una buena parte de la investigación sobre la orientación sexual a encontrar una explicación para la homosexualidad. Se ha encontrado que la orientación sexual parece ser influida, al menos en parte, por factores genéticos. La primera investigación identificó que los cromosomas 7, 8 y 10 están involucrados (Papalia *et al.*, 2010). En Myers (2010) se describen varios estudios sobre los orígenes de la homosexualidad. Dos estudios significativos son el de Ray Blanchart (2008) y otro el de Anthony Bogaert (2003), que encontraron que entre más hermanos biológicos mayores tenga un hombre, más probable es que sea homosexual, ya que cada hermano biológico mayor incrementa en 33% la probabilidad de un hermano menor de ser homosexual. Una posible explicación para este fenómeno es que con cada embarazo de un feto masculino, los anticuerpos maternos se vuelven más fuertes y pueden impedir que el cerebro del feto se desarrolle de forma típica. Cabe resaltar que el efecto de orden de nacimiento no aplica en el caso de mujeres con hermanas mayores y en hombres que no son diestros. Por otro lado, el estudio de Savid y Lindstrom (2008) encontró que existen semejanzas entre la estructura cerebral de homosexuales y heterosexuales del sexo opuesto, por lo que los cerebros de hombres homosexuales y mujeres heterosexuales son simétricos, mientras que los cerebros de mujeres lesbianas y hombres heterosexuales tienen el hemisferio derecho más grande.

Se ha encontrado evidencia de la genética involucrada en la orientación sexual por medio de estudios con gemelos. Según los hallazgos, el gemelo idéntico de un homosexual tiene una probabilidad más grande de ser homosexual que los gemelos fraternos. Finalmente también se cree que el proceso prenatal y los factores

hormonales juegan un papel importante en la homosexualidad, ya que cuando los niveles de hormonas sexuales femeninas son altos en un feto de cualquier sexo entre el segundo y el quinto mes después de la gestación, es probable que la persona (femenina o masculina) se sienta atraída hacia mujeres (Myers, 2010).

A pesar de los factores genéticos que se ven involucrados, se ha encontrado que los gemelos idénticos no siempre presentan una concordancia perfecta de su orientación sexual por lo que se hace evidente que existen influencias no genéticas. Es importante recalcar que la orientación sexual también se ve influida por factores psicológicos y sociales ya que los adolescentes que se identifican como homosexuales a menudo se sienten aislados en un ambiente hostil y pueden ser expuestos a prejuicios y discriminación. Las diferentes culturas incluso pueden tener un efecto sobre la toma de conciencia y la actitud hacia la orientación sexual. Por ejemplo, se ha encontrado una conciencia más temprana de la homosexualidad en jóvenes latinos debido a que es una cultura rígida y los jóvenes que no se ajustan a la norma masculina toman conciencia temprana de su diferencia. Se ha encontrado que alrededor de 64% de las diferencias individuales en orientación sexual se pueden explicar mediante factores ambientales no compartidos (Papalia *et al*, 2010).

4. Continuo de homosexualidad-heterosexualidad. Aunque se establecen diferencias entre homosexuales, bisexuales y heterosexuales, el Dr. Alfred Kinsey (1949) y sus colaboradores establecieron que existen diferentes grados de sexualidad en el ser humano y por lo tanto hay niveles de homosexualidad. Él propuso un concepto denominado “el continuo hetero-homosexual” cuyo propósito es medir el grado de respuesta sexual que tienen las personas hacia miembros del mismo y de otro sexo. Por lo tanto, con el continuo se busca admitir que no hay una polarización perfecta entre heterosexual y homosexual, sino más bien hay una gama de comportamientos entre un extremo y el otro. Así, las personas heterosexuales pueden tener pensamientos, sueños e incluso fantasías con miembros del mismo sexo y los homosexuales pueden tenerlos con miembros del sexo opuesto (Johnson, 2010). De hecho, Papalia *et al* (2010) explica que 4.5% de los

hombres y 10.6% de las mujeres entre 15 y 19 años, reportan al menos un encuentro homosexual. El continuo de homosexualidad-heterosexualidad consta de 7 niveles (Johnson, 2010):

NIVEL	INTERPRETACIÓN
Nivel 0	Exclusivamente heterosexual
Nivel 1	Predominantemente heterosexual con alguna experiencia homosexual
Nivel 2	Predominantemente heterosexual con significativa experiencia homosexual
Nivel 3	Igualmente heterosexual y homosexual
Nivel 4	Predominantemente homosexual con significativa experiencia heterosexual
Nivel 5	Predominantemente homosexual con alguna experiencia heterosexual
Nivel 6	Exclusivamente homosexual

5. Historia de homosexualidad. La homosexualidad no es un concepto nuevo para la humanidad. De hecho, se ha encontrado evidencia de prácticas homosexuales en las primeras civilizaciones como lo son las civilizaciones de antigua Grecia y Roma. En estas civilizaciones se aceptaba la homosexualidad, pero no se hacían distinciones entre estas prácticas y la heterosexualidad, ya que ambas se consideraban naturales. Por ejemplo, en el caso de la civilización de Roma se celebraban las relaciones del mismo sexo y en la civilización Griega era natural que los jóvenes tuvieran mentores mayores con quién se aceptaba el intercambio sexual. De hecho en Grecia, las relaciones del

mismo sexo eran una norma social y aunque no sustituían el matrimonio entre hombre y mujer ocurrían antes y simultáneamente del mismo (Kulkarni, 2010).

Al principio del siglo XII, aparecen muestras de hostilidad y discriminación hacia la homosexualidad y esto se esparció rápidamente en toda Europa por medio de las instituciones religiosas. Se condenaban las prácticas homosexuales como no naturales por la Iglesia y pronto se incorporaron las enseñanzas religiosas en las sanciones legales; por lo que se empezó a penalizar la homosexualidad y en algunos lugares incluso se penalizaba con la muerte. A fines del siglo XIX, la medicina y la psiquiatría se involucraron y empezaron a competir con la religión y las leyes para tener potestad sobre la sexualidad. Por lo mismo, inició una discordia sobre homosexualidad ya que por una parte se consideraba una patología y por otra se consideraba un pecado y un crimen. Esto, en su tiempo simbolizó un progreso para los homosexuales porque una persona enferma era más aceptada que un criminal o un pecador.

A principios del siglo XX, Ellis (1901), argumentó que la homosexualidad era innata y por lo tanto no era una enfermedad. También evidenció que muchos homosexuales habían hecho contribuciones importantes en la sociedad. Freud también apoyó a Ellis en que la homosexualidad no debía ser vista como una patología, aunque él creía que todos los humanos eran bisexuales desde el nacimiento y que se volvían heterosexuales u homosexuales como resultado de la interacción con padres y compañeros. Posteriormente se adoptó una visión más tolerante de la homosexualidad en 1949 cuando Alfred Kinsey publica el continuo de homosexualidad-heterosexualidad y demuestra que las personas podían involucrarse en prácticas homosexuales por lo menos alguna vez a lo largo de sus vidas (10% en hombres, 2-6% en las mujeres). En 1957, Hooker empezó a cuestionar las diferencias en ajuste psicológico entre homosexuales y heterosexuales y recolectó una muestra de homosexuales que tenían un funcionamiento normal. Ella les pidió a expertos que evaluaran el ajuste psicológico de las personas sin conocer la orientación sexual, quienes clasificaron a dos tercios de homosexuales y dos tercios de heterosexuales en las tres categorías más altas de ajuste. Cuando se les pidió que

identificaran a los homosexuales, no pudieron distinguir entre la orientación sexual de los participantes (Herek, 2009).

A pesar de que todos estos cambios fueron contribuyendo al movimiento de derechos de los homosexuales, uno de los avances más importantes se dio en 1973, cuando la Junta Directiva de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA por sus siglas en inglés: American Psychiatric Association) remueven el término de homosexualidad de la segunda versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II) pero lo sustituyen con el término de “homosexualidad egodistónica”, que se refiere a homosexuales que no están conformes con su forma de actuar, pensar y sentir, y así el término sigue formando parte de la clasificación internacional de enfermedades.

En 1986 se elimina el término de homosexualidad egodistónica del DSM-III-R. Esto constituye un gran cambio porque ya no se reconoce a los homosexuales como enfermos mentales o como seres patológicos. Además, antes de los cambios en la nomenclatura diagnóstica la psicoterapia de homosexuales iba dirigida hacia cambiar la orientación sexual debido a que la heterosexualidad era la norma psicológica y por lo mismo era más deseada y aceptada. Sin embargo, los esfuerzos de cambiar la orientación sexual en pacientes homosexuales aún persiste. A pesar de esto, en la actualidad se está orientando la psicoterapia hacia la aceptación de la homosexualidad por parte del cliente y hacia el afrontamiento frente a la cultura. En 1991, la APA comentó que las terapias de conversión son solo esfuerzos por reparar a la homosexualidad y por lo tanto representa una forma de prejuicio social (Greene & Herek, 1994).

6. Actitudes hacia la homosexualidad. Aunque cada vez existe más aceptación de la diversidad humana en varios planos, el tema de homosexualidad sigue provocando intensas reacciones emocionales en muchas personas, y se percibe a los individuos homosexuales como desviados. También existe una tipificación del rol sexual por lo que se impone a cada sexo determinado comportamiento que es el único “natural” y se prohíben los otros porque se consideran fuera o en contra de la naturaleza. En cuanto a

los homosexuales se han encontrado razones de carácter religioso, moral, social y de salud pública, históricamente apoyadas para justificar el rechazo a las personas homosexuales. Según Carmen Cordón (2009), a pesar de que la homosexualidad dejó de ser diagnosticada como patología por la Asociación Americana de Psiquiatría, sigue siendo un tema polémico que se ve acompañado por fuertes prejuicios a nivel social, cultural e incluso en el campo de los profesionales de salud mental. En los adolescentes, la homosexualidad es poco aceptada y se acompaña con muchos prejuicios. De hecho, la autora expone un estudio de Pachankis y Goldfried (2004) en el que se determinó que la forma más fuerte de hostigamiento era ser llamado “gay” y por lo mismo la mayoría de adolescentes homosexuales tienen tanta dificultad en el proceso de revelación de la orientación sexual. El miedo, prejuicio y discriminación dirigida a hombres y mujeres homosexuales por su orientación sexual se define como homofobia (Cordón, 2009).

a. Factores que influyen en las actitudes hacia la homosexualidad. La edad y el sexo de las personas influyen en los prejuicios que las personas tienen hacia los homosexuales. En cuanto a las actitudes de hombres y mujeres hacia los homosexuales del mismo y del otro sexo, la evidencia muestra que las actitudes de hombres son negativas en mayor proporción cuando la persona homosexual es hombre, y tanto los hombres como las mujeres heterosexuales presentan actitudes más negativas hacia personas homosexuales de su mismo sexo. Según el estudio de Acuña y Oyuela (2006) mientras más jóvenes son las personas, más actitudes positivas tienen frente a la homosexualidad, lo que puede indicar apertura de pensamiento debido a que la modernidad nos ha alejado de patrones más conservadores. El estudio también muestra que aunque hay diferencias significativas en las creencias de acuerdo al desarrollo psicosocial, no hay diferencias significativas en las actitudes, aportando así nuevos conocimientos con respecto a la interacción entre actitudes y creencias. Este mismo estudio, en relación al sexo, encontró que las mujeres tenían más actitudes y creencias positivas que los hombres. En los hombres se observa un patrón interesante ya que los hombres más jóvenes (adulthood temprana) son los únicos que tienen más

actitudes y creencias positivas que negativas y en la adultez media y tardía sucede lo contrario (Acuña & Oyuela, 2006).

Estos hallazgos se confirman en el estudio de Toro & Díaz (2004) en el que se aplicó un cuestionario y una escala para identificar los niveles de prejuicio en estudiantes universitarios en Puerto Rico hacia la población de gays y lesbianas. En este estudio se encontró que entre los universitarios había un nivel moderado de prejuicio. Además, los hombres reflejaron niveles más altos de prejuicio hacia hombres gays y lesbianas. En cuanto a distancia social los hombres muestran niveles más altos hacia los gays en comparación con las mujeres, pero no se observa diferencia significativa entre los grupos en relación a las mujeres lesbianas. También se observó que las personas que conocían a un gay o a una lesbiana tenían niveles más bajos de prejuicios y distancia social, mientras que los que participaban de forma activa en actividades religiosas tenían más prejuicios.

Un estudio que se llevó a cabo en Guatemala es el de Nadia Alvarado (2003) que confirma los hallazgos previamente mencionados. El estudio pretendía analizar las actitudes de los estudiantes de la Universidad del Valle de Guatemala hacia la homosexualidad. Los resultados demostraron que los hombres de la muestra tenían una actitud más negativa hacia los homosexuales que las mujeres, y esto aplicaba tanto para los homosexuales de sexo masculino como las de sexo femenino. Se observó también que los hombres tenían una actitud más negativa hacia hombres homosexuales, mientras que las mujeres tenían una actitud más negativa hacia mujeres homosexuales. También se encontró que el 46% de los hombres opinó que los homosexuales de sexo femenino y masculino son indeseables en la sociedad, mientras que sólo el 20% de las mujeres compartía este pensamiento, demostrando así que los hombres tienen un sistema de creencia de género más marcado que las mujeres. El estudio también encontró que a niveles más altos de estudio, los estudiantes tenían actitudes menos negativas. Finalmente, en cuanto a actitudes se encontró que, a pesar de que la mayoría de las personas encuestadas tenían actitudes negativas hacia la

homosexualidad, ya no tienen el estereotipo de que los homosexuales son enfermos mentales, por lo que algunos prejuicios sí han cambiado.

b. Violencia y discriminación hacia homosexuales. La evolución sexual ha producido una mayor aceptación de la homosexualidad. A pesar de esto, muchos adolescentes que se identifican abiertamente como homosexuales son sometidos a discriminación o violencia. Existen tres niveles de violencia hacia personas homosexuales o bisexuales. Los tres niveles varían en cuanto a intensidad y origen pero son circulares y simultáneos ya que unos generan a otros y se ven interrelacionados. El primer nivel es la violencia individual que es ejercida por individuos o grupos particulares. Aquí podemos incluir la homofobia que se define como el sistema de pensamiento y las prácticas que resultan del mismo y que excluyen o eliminan a las personas homosexuales. Esta homofobia se puede dar de forma externa cuando proviene de otras personas o se puede dar de forma interna cuando el pensamiento homofóbico es reproducido por los mismos homosexuales hacia sí mismos. El segundo nivel es el de la violencia gubernamental que es la ejercida por el gobierno y se caracteriza por la ausencia de los derechos de los homosexuales y bisexuales en el ejercicio cotidiano de la política y la legislación. Finalmente está el nivel de violencia sociocultural que es el nivel más amplio de violencia ya que se encuentra en todos los espacios sociales e incluye los dos niveles previos de violencia. La mayoría de sociedades asume la postura de un sistema simbólico hegemónico en donde se privilegia a la heterosexualidad como norma de la organización social y cualquier otra orientación u opción sexual se considera como anormal, enfermedad, rareza, pecado (Platero & Fernández, 2010).

Es importante recalcar que aunque los homosexuales constituyen una minoría, generalmente se identifican por medio de auto revelación. Por lo mismo, cuando las personas no se han identificado a ellas mismas como homosexuales, el resto de la comunidad asume que las personas son heterosexuales y los tratan de la misma manera. Esto dificulta la auto revelación y la aceptación de las personas

homosexuales porque involucra una adaptación a un nuevo estilo de vida en una cultura que sostiene actitudes intensas y reacciones negativas hacia estas personas (Greene & Herek, 1994).

c. Identidad de género y actitudes hacia homosexualidad. La identidad de género influye en las actitudes que se tienen hacia la homosexualidad. La mayoría de las personas creen que la homosexualidad es equivalente a la transgresión de género, ya que se piensa que los hombres gay son varones femeninos y las lesbianas son mujeres masculinas. Aunque a veces este pensamiento se cumple, aún es un pensamiento equívoco debido a que hay varones homosexuales que son masculinos, y mujeres lesbianas que son femeninas por lo que la homosexualidad no es equivalente a transgresión de género. Sin embargo, el pensamiento que asocia la homosexualidad y la transgresión de género es popular debido a que se refuerza por medio de chistes, lenguaje popular, y medios masivos de comunicación. Una explicación de este vínculo entre homosexualidad y transgresión de género es que a través de él las personas logran darle una explicación a la homosexualidad: si un hombre entabla una relación erótico afectiva con otro hombre, entonces uno de ellos tendrá que adoptar un rol femenino y otro masculino, y lo mismo con las mujeres. Debido a que culturalmente se asocia a la homosexualidad con la transgresión de los estereotipos de género, los individuos que no se apegan a los esquemas de género de cada cultura específica corren el riesgo de ser considerados homosexuales. Además los homosexuales que no transgreden los estereotipos sufren menos discriminación y rechazo por parte de las personas que los que sí los transgreden ya que esto los visibiliza ante la sociedad (Hernández, 2004).

Socialmente los homosexuales transgreden el sistema de género de dos maneras, la primera es que no cumplen con la heterosexualidad exclusiva que dicta el sistema de géneros ya que se involucran de forma erótica y afectiva con personas del mismo sexo y así se da una transgresión en la identidad sexual. La segunda es que algunos de los homosexuales son varones femeninos o mujeres masculinas por lo que sus

cuerpos y sus comportamientos no van de acorde a lo que ha delimitado la sociedad y así se da una transgresión en su identidad y rol de género. Es necesario recalcar que la homosexualidad en los hombres es más sancionada que la homosexualidad en las mujeres (Hernández *et al*, 2006).

En el trabajo de Miriam Obando (2003) se expone la teoría de la Doctora Laura Archard de la Asociación de Psicoanalítica Internacional de la Universidad Metropolitana de México, quien dice que las personas homosexuales manifiestan perturbaciones en la identidad de género que responde a múltiples factores genéticos, familiares, relaciones interpersonales, acontecimientos y experiencias en la infancia. Según la autora, entre los factores predominantes de la homosexualidad, se pueden mencionar los siguientes: a) los hijos de matrimonios en donde ambos padres trabajan y que quedan bajo el cuidado de personas ajenas a la familia o del mismo seno, quienes abusan del niño; b) familias en donde el padre es un hombre violento que maltrata a la madre delante de los hijos, provocando un trauma y una mala imagen paternal en los hijos; y c) en casos de desintegración familiar en los que la madre cuida al hijo, éste se identifica con la misma y proyecta esa misma imagen. A pesar de esto, en la actualidad se han rechazado estas postulaciones.

d. Mitos sobre la homosexualidad. La mayoría de personas que tiene una actitud negativa hacia la homosexualidad se ve influenciada por mitos de la homosexualidad que han interiorizado. Un mito es «una idea o un conjunto de ideas que pretenden reflejar y explicar una determinada realidad, pero que de hecho la distorsionan y ocultan» (Monterroso, 2004). De acuerdo a Ezequiel López (SF) algunos mitos sobre la homosexualidad incluyen la idea de que los homosexuales son degenerados y patológicos. Como se mencionó con anterioridad, la homosexualidad dejó de ser considerado un trastorno psicológico desde el año 1973 cuando fue eliminado del DSM III. Otro mito importante es que con una buena terapia se puede convertir un homosexual a heterosexual. El objetivo de la terapia no es transformar a las personas sino más bien ayudar a las personas y a su entorno a asumir sus deseos y

convivir con los mismos. Según Monterroso (2004) uno de los mitos más divulgados es el de que los homosexuales son afeminados, aunque se ha comprobado que muchos homosexuales no actúan de forma femenina. Otro mito poderoso mencionado por Monterroso, es el que dice que los homosexuales masculinos se dedican a ser bailarines, decoradores de interiores, estilistas u otras carreras comunes para mujeres. Sin embargo, se ha comprobado que un homosexual se puede dedicar a cualquier profesión.

Octavio Orozco (2009) hace una reseña sobre el trabajo de José Ignacio Baile Ayensa, quien menciona algunos mitos sobre la homosexualidad. Uno de estos es que la homosexualidad se debe únicamente a factores genéticos, ya que Baile clarifica que existen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y del desarrollo que contribuyen a la homosexualidad. Además la idea de que es imposible para los homosexuales tener conductas parentales adecuadas también es errónea porque los homosexuales tienen la misma capacidad para criar a un niño que una persona heterosexual.

Los mitos son importantes porque la homosexualidad no es un problema a menos que los miembros de la sociedad lo conviertan en uno a través de sus prejuicios, mitos y leyes restrictivas (Monterroso, 2004).

e. Efectos de la discriminación y la violencia. Ortiz & García (2005), realizaron un estudio que tenía como objetivo medir la prevalencia de ideación suicida, intentos suicidas, desórdenes mentales y alcoholismo en poblaciones bisexuales y homosexuales en la ciudad de México, así como analizar la relación entre la violencia, la discriminación, y la salud mental de los mismos. De acuerdo al estudio, las formas más frecuentes de discriminación hacia los homosexuales y bisexuales incluían el que no los contrataron en un empleo (13%), amenaza, extorsión y detención por policías (11%), y maltrato por parte de empleados (10%). Las formas de violencia más frecuentes incluían ofensas verbales (32%), acoso

sexual (18%), abuso sexual (15%), asalto (12%), persecución (12%), y amenazas verbales (11%). Además entre los hombres bisexuales y homosexuales se encontró más víctimas de ofensas verbales, mientras que en mujeres más agresión física. También se encontró que cuatro de cada diez entrevistados había tenido ideaciones suicidas y que aproximadamente 25% había intentado suicidarse. Una tercera parte presentó síntomas de trastornos mentales comunes y una quinta parte presentó riesgo de alcoholismo. Al analizar los datos, se observó que la discriminación dentro del trabajo estaba asociada a mayor riesgo de presentar intento de suicidio y trastornos mentales, el maltrato por empleados de servicios estaba asociado a intentos suicidas, la violencia verbal se asoció con trastornos mentales comunes y las experiencias de daño, asalto o robo de propiedades resultaban en mayor riesgo de suicidio, trastornos mentales comunes y alcoholismo.

Cualquier víctima de violencia tiene repercusiones negativas, pero los bisexuales y los homosexuales son particularmente vulnerables a los efectos psicológicos negativos de la discriminación y de la violencia por odio debido a varias razones. En primer lugar la mayoría de la población tiene una actitud negativa hacia los bisexuales y homosexuales y por lo mismo éstos pueden llegar a creer que ellos se merecen esa agresión. Incluso llegan a considerar que su orientación sexual es negativa, es decir que desarrollan homofobia internalizada, y esto los hace vulnerables. Se ha observado que las víctimas de violencia frecuentemente buscan explicaciones de por qué fueron agredidas y se culpan a sí mismas de la violencia que recibieron. La auto-culpa se puede desarrollar de dos formas. La primera es la auto-culpa caracterológico, en la que la persona identifica algún rasgo de su personalidad que es responsable de la agresión. La segunda es la culpa conductual, en la que la persona identifica alguna conducta responsable de la agresión recibida. La primera refuerza una auto-imagen negativa, provoca una sensación de que se merecía la agresión e incrementa la homofobia internalizada; mientras que la segunda le da un sentido de control a la persona y reduce así su percepción de vulnerabilidad (Ortiz & García, 2005).

En el estudio de Frost y Meyer (2009) se define la homofobia internalizada como las actitudes sociales negativas que una persona homosexual dirige hacia sí mismo. La homofobia internalizada se caracteriza por un conflicto intrapsíquico entre las experiencias de afecto y deseo hacia personas del mismo sexo y la necesidad de ser heterosexual. Por lo mismo, en sus formas más extremas, puede conducir al rechazo de la orientación sexual que el individuo tiene. La homofobia internalizada también se ha asociado al estrés minoritario que se refiere a la tensión que los individuos experimentan como resultado de las desventajas que tienen en cuanto a posición social y a la necesidad que enfrentan de adaptarse a este ambiente social hostil. Una parte importante del estrés es constituido por las herramientas de afrontamiento de los individuos, y en el caso del estrés minoritario los individuos buscan a otros miembros de comunidades minoritarias como técnica de afrontamiento (Frost & Meyer, 2009).

La homofobia internalizada puede resultar en rechazo de la propia orientación sexual y en una autoimagen negativa, pero también se ha observado que está asociada a síntomas depresivos y a problemas de relaciones. Así, puede llegar a afectar a las personas en sus relaciones íntimas y en la satisfacción de los homosexuales con respecto a las mismas. También se ha observado una relación entre niveles altos de homofobia internalizada y problemas en las relaciones familiares y de amistad, por lo que muchas veces la homofobia internalizada resulta en soledad (Frost & Meyer, 2009).

7. Desarrollo de identidad y conducta homosexual. En los hombres homosexuales el desarrollo de la identidad sexual es más flexible y rápida que en el caso de las mujeres homosexuales y bisexuales. Se ha comprobado que los adultos tienen mayor probabilidad que los adolescentes de identificarse como homosexuales, ya que la homosexualidad supone muchas tensiones en el adolescente. Además, la identificación homosexual es más común en las grandes ciudades. Sin embargo, debido a la fuerte desaprobación social hacia la homosexualidad, la revelación abierta de la orientación homosexual es un proceso lento y doloroso (Papalia *et al*, 2010).

Para que una persona logre vivir su homosexualidad de forma satisfactoria, debe atravesar varias fases. La primera de éstas consiste en un proceso de sensibilización en donde la persona se siente diferente de los demás y empieza a tener preocupaciones, dudas y confusión por los deseos y sentimientos sexuales que aún no comprende. Luego empieza la etapa de toma de conciencia en donde la personas inician el proceso de entender que los deseos y sentimientos sexuales se dirigen hacia personas del mismo sexo. Luego viene el reconocimiento de la homosexualidad en donde la confusión sobre los sentimientos y deseos sexuales desaparecen y aparecen las preocupaciones por el futuro. Luego se acepta la homosexualidad y por lo mismo se percibe la orientación sexual como respetable y se desea vivir de forma positiva. Finalmente se integra la homosexualidad a la identidad personal y así se llega a la aceptación y a la satisfacción (Ruiz, 2008).

Las teorías del desarrollo de identidad entre personas homosexuales y bisexuales indican que la homofobia internalizada es experimentada en el proceso de desarrollo de identidad y que sobrepassarla es esencial para el desarrollo adecuado de autoconcepto y la aceptación de la orientación sexual (Frost & Meyer, 2009).

8. Homosexualidad en Guatemala. El contexto social guatemalteco es conservador, machista y posee fuertes influencias religiosas. En cuanto a la religión, Guatemala es un país en donde predomina el cristianismo y el catolicismo, que ha asentado prohibiciones y represiones sexuales en donde se considera que la sexualidad sólo es buena cuando su objetivo es la reproducción, y cuando se da en parejas heterosexuales, adultas y casadas. Además, en el contexto guatemalteco las vivencias de sexualidad son influenciadas por grupos dominantes que tratan de resaltar valores con orientación conservadora. Existen también dos esquemas sociales importantes, propuestos por Díaz (2009). El primero es la matriz adulto céntrica en donde el adulto es valioso y lo que es producido o reproducido por los jóvenes no tiene valor, y así se les posterga para el futuro cuando sí podrán opinar y ser valiosos. El segundo esquema social es la matriz patriarcal que discrimina a las mujeres en favor de los hombres y así produce condiciones de desigualdad para las

mujeres y las personas con orientación no heterosexual. Así, los guatemaltecos nos encontramos ante un conflicto de valores, ya que por un lado comprendemos los cambios mundiales y la necesidad de mayor apertura hacia temas tabú como la sexualidad y la homosexualidad; y por otro lado entra en conflicto las normas católicas y cristianas que rechazan la homosexualidad y promueven la matriz patriarcal, y los valores conservadores que caracterizan la cultura guatemalteca. Así, la comunidad homosexual en Guatemala no ha alcanzado aceptación completa por parte de la sociedad y esto hace más difícil la vida de homosexuales en comparación con la de heterosexuales (Díaz, 2009).

En la investigación de Miriam Obando (2003) se realizaron entrevistas estructuradas a un grupo de jóvenes homosexuales de la zona 1 de la ciudad de Guatemala. De acuerdo a lo encontrado en esta investigación, las formas de discriminación contra las personas de diferente orientación sexual inician en la infancia, con el sistema educativo que se propicia en el hogar. También se encontró que se le niega un cuidado digno de salud e igualdad legal a las personas homosexuales.

Los homosexuales de la ciudad de Guatemala se ven empujados a abandonar sus hogares, trabajos, estudios y otras actividades debido a que huyen por sentimientos de culpa o son maltratados y discriminados por personas heterosexuales. En Guatemala, el hecho de dar a conocer la preferencia sexual ante la familia puede significar la realización o la destrucción personal como ser humano ya que resulta en diferentes reacciones por parte de los padres. Por lo mismo, y por diversos motivos, un gran porcentaje de homosexuales vive una vida doble. Para los homosexuales revelar su homosexualidad no sólo supone reacciones por parte de la familia sino también representa sufrimiento a causa de la homofobia social, en especial en un país machista como es Guatemala. Según la investigación de Obando (2003) el 81% de hombres homosexuales es objeto de múltiples maltratos al dar a conocer su preferencia sexual ante los padres y son señalados como perversores del sistema familiar y lanzados del hogar. Por otro lado, 19% es aceptado y se le permite vivir con la familia pero se les condiciona con reglas y se

esconde su preferencia sexual. Además, el 92% de los homosexuales entrevistados comentó que al solicitar servicios básicos, no son atendidos de forma amable y que a la hora de solicitar un empleo se les cuestiona su preferencia sexual, y se les priva del derecho bajo la excusa que no llenan los requisitos. El 98% de hombres homosexuales expresaron que la sociedad guatemalteca les demuestra rechazo y que son víctimas de burlas, insultos, bromas, expresiones de odio y menosprecio. El 2% manifestó que si ocultan la preferencia sexual son respetados. Además el 98% indican que en Guatemala no existe una ley específica que proteja al homosexual, mientras que el 2% manifiesta que si existe en la Constitución de la República un artículo que establece que todos los guatemaltecos somos iguales en derechos y obligaciones, aunque no es específica para homosexuales. Entre las carreras de los homosexuales entrevistados se encontró que 49% son sexo servidores, 23% son estilistas, 12% son bailarines, 5% conserjes, 4% meseros, 3% operarios de maquila, 2% cajeros de banco y 2% psicólogos.

Además, a diferencia de las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas de la tercera edad y otras poblaciones vulnerables; los homosexuales no cuentan con un respaldo jurídico que les permita hacer denuncias cuando se violan sus derechos como ser humano. El artículo 4to de la Constitución de la República de Guatemala dice que «en Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí» (Congreso de la República de Guatemala, 2002). Aunque no protege a los homosexuales porque no especifica la orientación sexual de la persona, recalca que la dignidad en derechos sea respetada (Obando, 2003).

## B. Bienestar y Calidad de Vida

1. Concepto de bienestar. Según Julián Morales (2008) el bienestar se define como «aquella situación en la que se está cuando se satisfacen las necesidades y cuando se

prevee que han de seguir siendo satisfechas». Esto se debe a que los humanos, a diferencia de los animales, no se dejan llevar sólo por instinto sino que tienen la capacidad de autocontrol que permite que a veces no se satisfagan las necesidades de inmediato. Por lo mismo, la segunda parte de la definición se refiere a la crisis de bienestar que se da cuando aún no se han satisfecho las necesidades y por lo tanto se introduce la crisis del bienestar o el malestar. Aún así, definir el bienestar resulta complicado ya que no se sabe cuáles y cuántas son las necesidades que se deben de satisfacer para conseguir el bienestar. Según García y González (2000) el bienestar es parte de la salud porque se manifiesta en todas las esferas de actividad humana. Mientras mayor sea el bienestar de un individuo mayor será su productividad, su sociabilidad, su creatividad, su felicidad, su capacidad de amar y relacionarse, y su proyección hacia el futuro. Además, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010), la salud mental es un estado de bienestar en el cual una persona es consciente de sus capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida y trabajar en forma productiva, brindando una contribución a su comunidad. Para la OMS, la salud es un estado de completo bienestar social, físico y mental, y no se limita sólo a la ausencia de enfermedades. Así, el bienestar de un individuo se convierte en componente esencial en la determinación de su salud.

De acuerdo a Abello *et al.* (2008) el bienestar consta de varios componentes. En primer lugar se debe resaltar el bienestar subjetivo, que es la categoría que las personas usan para juzgar su vida de forma global y para evaluar en qué medida están conformes con la vida que llevan. En el bienestar subjetivo se hacen importantes las dimensiones de satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. Cabe resaltar que mientras más afectos positivos existan y menos afectos negativos, mayor será el bienestar subjetivo.

Otro componente del bienestar es el de bienestar psicológico que, según García y González (2000) consiste en «el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo». Es decir, que en el bienestar psicológico se mide el funcionamiento

del ser humano a nivel físico, psíquico y social y se toma en cuenta la utilidad que le da el ser humano a su propia persona. Para alcanzar este tipo de bienestar las personas deben hacer un esfuerzo por perfeccionarse y realizar su propio potencial, por lo que se desarrolla a través del ciclo de vida. Diener (1994), en Coronel (SF), menciona que el bienestar psicológico se caracteriza por tres elementos: su carácter subjetivo, debido a que depende de las experiencias de cada individuo; su dimensión global porque incluye una valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva ya que no se limita a la ausencia de factores negativos. En Ballesteros, Medina & Caycedo (2006), Ryff (1989) definió seis dimensiones del funcionamiento psicológico positivo que son las siguientes: autonomía, que se refiere al sentido de autodeterminación e independencia de los individuos; la autoaceptación que se define como la apreciación positiva de sí mismo; las relaciones positivas con otros, que involucra alta calidad en los vínculos personales; el dominio ambiental, que requiere la capacidad del individuo para manejar de forma efectiva el medio y la vida propia; el propósito en la vida que se refiere a la creencia de que la vida tiene un propósito y significado; y finalmente el crecimiento personal en donde el individuo tiene un sentimiento de que va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006; Coronel, SF).

Existe también el componente de bienestar social que se define como la valoración que las personas hacen de las circunstancias y del funcionamiento que tiene dentro de la sociedad (Abello *et al.* 2008). Sus dimensiones son las siguientes: integración social, que se refiere la evaluación de la calidad de vida que las personas mantienen con la sociedad y la comunidad; aceptación social, que se refiere al sentimiento de pertenencia reflejado en actitudes de confianza y aceptación; contribución social, en donde la persona se siente útil y siente que lo que aporta es valorado; actualización social, que se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones son entes dinámicos y que por lo tanto la sociedad controla su destino y lo dirige hacia el cumplimiento de metas; y finalmente coherencia social que se refiere a la capacidad que tienen las personas para entender la dinámica social (Blanco y Díaz, 2005).

2. Concepto de calidad de vida. La calidad de vida se define como «la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida» (Urzúa & Jarne, 2008). Por lo mismo, el bienestar subjetivo, psicológico y social son factores influyentes en la evaluación de la calidad de vida de los individuos. Debido a que las personas se enfrentan constantemente a situaciones estresantes, como enfermedades, factores psicológicos y sociales, se ha relacionado la calidad de vida y los estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son las acciones específicas que la persona utiliza para enfrentarse a una situación determinada. Las circunstancias que surgen en la vida causan estrés y se ha encontrado que a mayor estrés percibido por la persona, menor es la calidad de vida reportada. Por lo mismo, cuando las personas tienen mejores estilos de afrontamiento, el estrés y el efecto que tiene en la vida disminuye. Se ha encontrado una mayor relación entre los estilos de afrontamiento activos y centrados en la resolución de problemas con una alta calidad de vida; y una baja calidad de vida se ha vinculado a estilos de afrontamiento evitativos y centrados en la emoción (Urzúa & Jarne, 2008).

Gómez & Sabeh (SF) citan a Borthwick y Duffy, quienes propusieron, en 1992, tres conceptualizaciones sobre la calidad de vida. La primera conceptualización define la calidad de vida en función de las condiciones de vida que tiene una persona. La segunda la define como la satisfacción experimentada por una persona con respecto a las condiciones de vida que ésta tiene. Finalmente, se considera la calidad de vida como la combinación de componentes objetivos (calidad de condición de vida de una persona) y subjetivos (la satisfacción que el individuo experimenta). A estas tres concepciones Felce & Perry (1995) añaden una conceptualización de calidad de vida como la combinación de condiciones de vida y satisfacción personal evaluada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Así, se han creado enfoques para operacionalizar la calidad de vida por medio del estudio de diferentes indicadores como los sociales, en los cuales encontramos condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el vecindario y la vivienda; también se toman en cuenta indicadores

psicológicos, que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de experiencias; y finalmente los indicadores ecológicos que miden el ajuste entre recursos del individuo y las demandas del ambiente.

La satisfacción con la vida surge de la interacción que hay entre el individuo y su entorno, por lo que las condiciones objetivas materiales y sociales influyen en la misma al brindarle al hombre oportunidades o limitantes para la realización personal. Entre estas condiciones se puede mencionar la disponibilidad de fuentes de trabajo, las condiciones de vivienda, los servicios de atención médica con los que se cuenta, la disponibilidad de alimentos, el transporte, entre otros. Así el grado en que se satisfacen las necesidades humanas a través de indicadores cuantitativos constituye un determinante en el bienestar de las personas. Por otra parte, el modo de vida también es una categoría que está estrechamente relacionada con la calidad de vida y el bienestar. El modo de vida se define como la forma en que los miembros de una sociedad particular utilizan y desarrollan las condiciones de vida y como éstas a su vez, modifican al individuo. Además del aspecto social, el modo de vida también se determina en función de las cualidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona en particular, que define un estilo de vida para cada persona. El estilo de vida abarca hábitos que tienen las personas (de higiene personal, laborales), la cultura material (manera de vestirse, útiles domésticos), relaciones sociales, sexualidad y prácticas o comportamientos (García & González, 2000).

### C. Bienestar en Homosexuales

1. Diferencias entre homosexuales y heterosexuales. El estigma social y la discriminación contra la homosexualidad tienen efectos importantes en la salud mental de los gays y las lesbianas. De hecho, se ha encontrado un mayor riesgo de ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos entre los homosexuales que entre los heterosexuales por esta misma razón (Papalia *et al*, 2010).

Los hombres homosexuales representan una población de alto riesgo a la contracción de enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que los hombres heterosexuales también pueden contraer enfermedades de transmisión sexual, la práctica de sexo con hombres pone a la población de hombres homosexuales en mayor riesgo. De acuerdo al estudio de Morales, Hernández, Caal & Ramírez (2010), que tomó en cuenta datos de 6 ciudades de Guatemala: la ciudad de Guatemala, Quetzaltenango, Escuintla, Mazatenango, Puerto Barrios y Cobán; el número estimado para la población nacional de hombres que tienen sexo con hombres fue de 7,772 a 12,681, tomando como referencia los hombres sexualmente activos entre 15 y 19 años de edad. En Guatemala la epidemia de VIH muestra una tendencia al aumento sostenido, siendo las poblaciones más vulnerables los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales y, en menor medida, los usuarios de drogas inyectables. En el año 2008, se habían reportado un total de 11,822 casos, con una incidencia acumulada de 90.8 casos por 100,000 habitantes. De acuerdo a Toro & Díaz (SF) existen factores estructurales que inciden en la vulnerabilidad de estas comunidades. Entre estos factores podemos mencionar la pobreza, el comercio sexual, la falta de acceso a información y de servicios de salud.

La salud mental es otro factor que se diferencia entre ambas poblaciones. Según Whitehead (SF) hay varios estudios que demuestran que la salud mental de homosexuales y heterosexuales son distintas. Entre estos estudios Whitehead menciona el de Ramafedi (1998) quien encuentra que los intentos de suicidio entre homosexuales eran 6 veces más de la media. También menciona el estudio de Herrel (1999) en el que se concluía que los homosexuales varones tenían 5.1 más de probabilidad de intentos suicidas que sus colegas heterosexuales. Finalmente, el autor menciona otro estudio realizado por Sandfort *et al* (2001) en Holanda, mostraba que había un alto nivel de problemas de salud mental entre homosexuales y que los sujetos con infección VIH no eran más propensos a padecer problemas de salud mental que los que no estaban infectados, por lo que los problemas se atribuían a otros factores además de la infección.

El SIDA es una enfermedad cuya prevalencia ha aumentado en la población de homosexuales a nivel mundial. Esto tiene un efecto importante en la vida de las personas porque no sólo supone un daño a nivel biológico sino también se acompaña de estigma y prejuicio, y por lo mismo resulta en rechazo y exclusión. La infección de VIH y SIDA ha afectado en especial a la población con encuentros homosexuales. De hecho, a nivel latinoamericano este grupo es el más afectado y constituye una fracción significativa de personas infectadas con el virus. Cuando se estableció una asociación entre el SIDA y los estilos de vida de hombres que tienen sexo con hombres, empezó a surgir la idea de que los homosexuales tenían enfermedades propias (Toro & Díaz, SF). Por lo tanto, aunque algunos estudios muestran que la infección de VIH SIDA no es la causante de los problemas de salud mental en los homosexuales, se puede afirmar que sí ha causado mayores prejuicios que se reflejan en rechazo hacia los homosexuales y que este rechazo social si puede llegar a afectar la salud mental de los homosexuales.

Como se mencionó anteriormente los homosexuales deben enfrentar el estrés minoritario que resulta de sanciones culturales, discriminación, prejuicio y estatus social inferior; y también deben lidiar con la homofobia internalizada. Estos estresores son únicos a la orientación sexual de los homosexuales y por lo tanto constituyen parte del estrés relacionado a la homosexualidad que tiene efectos negativos a nivel físico y psicológico. El estudio de Lewis, Derlega, Griffin y Krowinski (2003) tenía como objetivo examinar la relación que existe entre el estrés relacionado a la homosexualidad y los síntomas depresivos. De acuerdo a los resultados, no hay diferencias según sexo en cuanto a apertura acerca de la orientación sexual, la conciencia de estigma, homofobia internalizada, síntomas de depresión, estrés relacionado a la homosexualidad o estrés de vida, por lo que estas variables se dan uniformemente entre hombres gay, lesbianas y bisexuales. Por otro lado, se encontró que el estrés de vida y el estrés relacionado a la homosexualidad estaban asociados de una forma positiva significativa con los síntomas de depresión, por lo que los individuos que reportaron mayor estrés de vida y estrés relacionado a homosexualidad, también reportaron más síntomas depresivos. Se encontró que la homofobia internalizada y la apertura sobre la orientación sexual no estaban

relacionados con la depresión, pero que el estrés relacionado a la homosexualidad y la conciencia del estigma tienen una relación muy estrecha con los síntomas depresivos, comprobando así la importancia que las personas le atribuyen a la aceptación social. Se aclara que los resultados de homofobia internalizada y apertura sobre la orientación sexual pueden no ser válidos debido a que la mayoría de los participantes reportaron que habían salido del closet y eran abiertos sobre su orientación, por lo que la medición de estas dos variables pudo haber sido afectada. En otros estudios se ha encontrado que ambas son significativas en relación a la depresión (Lewis *et al.* 2003).

### III. MARCO METODOLÓGICO

#### A. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre la calidad de vida de los homosexuales y el bienestar psicológico y social, la salud general y los roles de género que ellos poseen?

#### B. Objetivo general

Determinar si la calidad de vida de hombres homosexuales guatemaltecos se ve favorecida o afectada por el bienestar social, físico y psicológico que poseen.

#### C. Objetivos específicos

1. Evaluar cuál de los factores tiene mayor incidencia en la calidad de vida de hombres homosexuales guatemaltecos.
2. Analizar la actitud y la percepción de aceptación o de rechazo que presentan los hombres homosexuales frente a la situación que enfrentan.
3. Determinar el grado de satisfacción que tienen los hombres homosexuales con la vida que llevan.
4. Determinar la influencia de la edad sobre la actitud que los hombres homosexuales tienen sobre su orientación sexual y la calidad de vida que perciben.
5. Analizar los roles de género de hombres homosexuales para confirmar o rechazar los mitos existentes con respecto a transgresión en los roles de género.

#### D. Hipótesis

Ho: La calidad de vida de hombres homosexuales es independiente del nivel de bienestar psicológico, el bienestar social, salud general y roles de género que ellos poseen.

Hi: La calidad de vida es dependiente del nivel de bienestar psicológico, bienestar social, salud general y roles de género, por lo que mientras más altas son las últimas, más alto será el nivel de calidad de vida.

#### E. Definición Operacional de las Variables

1. Homosexualidad - conjunto de hombres que se sienten atraídos sexual o afectivamente hacia personas del mismo sexo en algún momento de sus vidas. No es exclusivo por lo que se incluyeron bisexuales por cumplir con el criterio de sentirse atraídos hacia personas del mismo sexo en algún tiempo de sus vidas.
2. Calidad de vida -grado de satisfacción que tienen los homosexuales a nivel personal en el área social y psicológico. En el estudio, la conceptualización sobre la calidad de vida se definirá en función de una combinación entre los componentes objetivos (calidad de condición de vida de una persona) y subjetivos (la satisfacción que el individuo experimenta) de la vida de una persona. Debido a que la satisfacción con la vida surge de la interacción que hay entre el individuo y su entorno, las condiciones objetivas materiales y sociales son importantes ya que le brindan al hombre oportunidades o limitantes para la realización personal.
3. Bienestar psicológico - el funcionamiento del ser humano a nivel físico, psíquico y social, así como la utilidad que le da el ser humano a su propia persona y el nivel de realización que tienen las personas consigo mismas. El bienestar psicológico debe ser apreciado con base a su carácter subjetivo, ya que depende de las experiencias

de cada individuo; su dimensión global ya que incluye una valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva ya que no se limita a la ausencia de factores negativos. El bienestar psicológico debe tomar en cuenta el nivel de autonomía, autoaceptación, relaciones positivas, dominio ambiental, propósito de vida y crecimiento personal que tiene la persona.

4. Bienestar social - la valoración que las personas hacen de las circunstancias, del funcionamiento y la utilidad que tiene dentro de la sociedad, tomando en cuenta las siguientes dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social.
5. Salud general - funcionamiento físico adecuado que le permite al individuo realizar las actividades cotidianas sin limitarlas de ninguna manera.
6. Roles de género - los pensamientos, sentimientos y comportamientos que asumen las personas en base al esquema social que se ha creado de ser hombre o mujer. Éste se asume a nivel individual pero se desarrolla por medio de aprendizaje, interacciones y cultura.

#### F. Muestra

Este trabajo de graduación forma parte de un proyecto que se llevó a cabo a nivel internacional en diez países latinoamericanos: Argentina, Colombia, Chile, Cuba, Guatemala, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Puerto Rico. En cada país la muestra fue constituida por 200 participantes. Para este trabajo, se tomó en cuenta únicamente la base de datos de Guatemala, en donde se obtuvieron 192 cuestionarios. Los criterios de inclusión consideraban a hombres con orientación homosexual, los cuáles fueron reclutados para la investigación mediante la técnica de muestreo de bola de nieve y por medio de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) como: Amigos contra el Sida, que es una organización comunitaria que realiza actividades de incidencia política,

promoción de los derechos civiles, y prevención de VIH y enfermedades de transmisión sexual, con comunidades vulnerables como lo son la comunidad lesbiana, homosexual, bisexual y transexual; Proyecto Unido, que es una organización dirigida hacia hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres cuyo propósito es brindar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, y de VIH/SIDA; y la Oficina del Centro de control de enfermedades y el Programa global de prevención de SIDA (CDC/GAP por sus siglas en inglés), que se dedica a la investigación, vigilancia, prevención y control de enfermedades. Se eligieron estas ONG's porque tienen acceso a la comunidad de hombres homosexuales.

Los sujetos reclutados participaron de forma voluntaria, teniendo conocimientos de los objetivos del estudio que se pretendía realizar y firmando un consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos.

Se repartieron 200 cuestionarios, de los cuales sólo fueron regresados 192. De éstos, 24 fueron excluidos porque no respondieron a escalas esenciales para el análisis, 4 fueron excluidos por no ser guatemaltecos y 2 por no cumplir con el criterio de ser hombres homosexuales; teniendo así una muestra final de 162 hombres homosexuales y bisexuales.

#### G. Instrumentos

El instrumento que se utilizó para el estudio está compuesto de diversas escalas que se describen a continuación:

Número de reactivos	Nombre de la escala	Referencias
7 reactivos	Escala de Datos demográficos	
26 reactivos	Cuestionario de Calidad de Vida – WHOQOL-Brief	World Health Organization, 1994
1 reactivo	Pensamiento suicida	Sin autor, es una pregunta directa sobre pensamiento suicida.
9 reactivos	Escala de Homofobia Internalizada	Herek, 1984
28 reactivos	Escala de Salud GHQ-28	Goldberg, 1978, adaptación al castellano de Lobos, 1986.
39 reactivos	Escala de Bienestar Psicológico	Ryff, 1995, adaptación al castellano de Díaz <i>et al</i> , 2006
32 reactivos	Escala de Bienestar Social	Keyes <i>et al</i> . 2002, adaptación al castellano por Blanco & Díaz, 2005.
30 reactivos	Escala de roles de género	Levant, 1995, Adaptación de Toro-Alfonso & Varas Díaz, 2002
10 reactivos	Escala Estrés minoritario	Rosario <i>et al</i> . 2002, 2006

1. Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud de Calidad de Vida- Bref (World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL) – Bref): Creado por el Grupo WHOQOL en 1998. Las preguntas que contiene el cuestionario son autoevaluaciones de la calidad de vida de las personas. Las preguntas del instrumento se formularon a partir de grupos de opinión compuestos por personas en contacto con servicios sanitarios

(pacientes), personal sanitario y personas de la población general. Así, el WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas y casi en 40 países. Se han validado dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL-100 y el WHOQOL- BREF. Para este estudio se utilizó el segundo, que consta de 26 preguntas y cada una con 5 opciones de respuesta ordinales tipo likert que producen un perfil de 4 áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las puntuaciones del WHOQOL-BREF mostraron correlaciones alrededor de 0.90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. Es una prueba con validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas (Murguieri, 2009).

2. Escala de homofobia internalizada: Fue diseñada por Herek en 1984. Evalúa la interiorización de conceptos y creencias que reflejan aversión o rechazo hacia lo no heterosexual. La escala está compuesta por 14 afirmaciones a las cuales se responde mediante una escala likert de 4 puntos, siendo 4=totalmente de acuerdo y 1=totalmente en desacuerdo (Trujillo, Villalobos, Trevisi, González, & García, 2003).

3. General Health Questionnaire (*GHQ- 28*): Es una escala de salud general creada por David Goldberg en los años 70's que pretende medir la salud mental de las personas. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, pero se han elaborado versiones más cortas de 30,28, y 12 ítems. El que se usó para el estudio es el que tiene 28 ítems. Cada uno de estos ítems se califican con una escala del 1 al 4, en donde 1=más de lo usual, 2= lo usual, 3= menos de lo usual, 4=mucho menos de lo usual (en ítems positivos) y 1=para nada, 2=no más de lo usual, 3= más de lo usual, 4= mucho más de lo usual (para ítems negativos) (Montazeri *et al*, 2003).

4. Escala de bienestar psicológico (BIEPS): Es una escala tipo likert que mide actitudes o predisposiciones individuales, en donde quien contesta debe expresar qué piensa o siente seleccionando entre cinco opciones que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Fue creada por Ryff en 1989 y está basada en 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio

del ambiente, propósito en la vida, crecimiento personal. El BIEPS evalúa una dimensión global y cuatro específicas: control de situaciones, vínculos psicosociales, proyectos de vida y aceptación de sí mismo (Casullo & Solano, 2001).

5. Escala de bienestar social: Blanco y Díaz (2005) citan a Keyes (1998), quien desarrolló el instrumento mediante el siguiente procedimiento: definió teóricamente cinco dimensiones del bienestar social: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. Luego generaron diez ítems por cada una (cinco positivos y cinco negativos), este banco pasó en un primer estudio piloto a una muestra de sujetos procedentes de Wisconsin, tras analizar las propiedades psicométricas de las escalas, en un intento de maximizar su fiabilidad y validez, Keyes seleccionó treinta y tres ítems que pasaron a componer el instrumento final. Posteriormente desarrolló una versión reducida de las escalas compuestas por quince ítems (tres por cada dimensión). La escala utiliza un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

6. Escala de roles de masculinidad, versión adaptada a población gay: Escala adaptada de la escala de roles de masculinidad de Levant. La escala posee 30 reactivos que se contestan estilo escala Likert, totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indeciso, parcialmente en desacuerdo, y totalmente en desacuerdo. La escala intenta evaluar el nivel de adherencia de los participantes a los modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica (Toro & Díaz, 2006).

7. Escala Estrés minoritario: Es una escala creada por Rosario, Schrimshaw, Hunter & Gwadz (2002). Es una escala dicotómica (con respuestas de “Sí” o “No”) que presenta diferentes situaciones estresantes relacionadas a la homosexualidad. La persona debe indicar si ha experimentado la situación en los últimos tres meses.

Cabe resaltar que de acuerdo al análisis de fiabilidad del estudio, todas las escalas son confiables, ya que, como se observa en el Cuadro No. 1, los niveles de alfa de Cronbach fueron superiores a 0.70 para todas las escalas, demostrando su consistencia.

**Cuadro No. 1**

Análisis de fiabilidad para las escalas del estudio

Escala	Alfa de Cronbach
Calidad de Vida	0.918
Homofobia Internalizada	0.777
salud general	0.940
Bienestar Psicológico	0.901
Bienestar Social	0.853
Roles de Género	0.925
Estrés minoritario	0.859

#### H. Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño descriptivo en donde no se manipula ninguna variable, sino simplemente se observan las conductas y pensamientos de los homosexuales en su ambiente natural y luego se analizan, y por lo mismo el estudio constituye una investigación transversal ya que sólo se recopilaron los datos en un momento único. El procedimiento que se llevó a cabo fue el siguiente: a) la construcción del instrumento que se realizó bajo la guía del Dr. José Toro, b) contacto con ONG's en donde había una población de homosexuales, así como la utilización del método de la bola de nieve para contactar a los 200 participantes del estudio, c) Se les explicó los objetivos del estudio diciéndoles que nos interesaba conocer el nivel de calidad de vida (bienestar psicológico, social, de salud y los roles de género) que existe en homosexuales guatemaltecos para conocer un poco más acerca de las prácticas y calidad de vida de los mismos. Se les aseguró el anonimato de la información y también se les comentó que los resultados iban a ser publicados y por lo tanto ayudarán a esclarecer la realidad homosexual, d) se les

entregó el consentimiento informado a los participantes en donde se explicaron las generalidades del estudio, los objetivos, los instrumentos a utilizar y la participación voluntaria y se les pidió que lo firmaran, e) se les entregaron los cuestionarios y se les explicaron las instrucciones, y, f) Se tabularon los datos utilizando el programa de computadora *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 15.0, se limpió la base de datos quedando una muestra final de 162 participantes y posteriormente se analizaron los datos obtenidos mediante el uso de diversos métodos estadísticos. Cabe mencionar que para el análisis estadístico, se combinaron las escalas de bienestar psicológico y homofobia internalizada para formar la escala de bienestar psicológico final, así como la escala de bienestar social y estrés minoritario para formar la escala de bienestar social final.

#### IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la Correlación de Pearson para determinar si hay relación lineal entre las variables de calidad de vida y bienestar psicológico, calidad de vida y bienestar social, calidad de vida y salud general, calidad de vida y roles de género y, finalmente, bienestar psicológico y bienestar social. La ecuación a utilizar es la siguiente:

$$\text{Covarianza} = \frac{\sum(\bar{X} - X) * (\bar{Y} - Y)}{n - 1}$$

$$r = \frac{\text{covarianza}}{S_x * S_y}$$

El valor del índice de correlación varía en el intervalo [-1, +1], lo que puede significar varias cosas: a) Si  $r = 1$ , existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa, es decir cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace, b) Si  $0 < r < 1$ , existe una correlación positiva, c) Si  $r = 0$ , no existe relación lineal, aunque esto no implica que son independientes ya que pueden existir relaciones no lineales entre las dos variables, d) Si  $-1 < r < 0$ , existe una correlación negativa, y, e) Si  $r = -1$ , existe una correlación negativa perfecta por lo que hay una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa, y así cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye. Serafini (1984) cita a Pereira (1965) quien propone los siguientes lineamientos para la interpretación de las correlaciones: un índice de 0.9 a 1.00 indica una correlación perfecta, uno de 0.7 a 0.89 indica una correlación alta, uno de 0.4 a 0.69 indica una correlación moderada, uno de 0.2 a 0.39 indica una correlación baja y finalmente uno de 0.0 a 0.19 indica una correlación nula.

También se utilizaron pruebas T para comparar las medias de poblaciones independientes (homosexuales y bisexuales) y ver si la diferencia entre ambas era significativa. Se utilizó esta prueba T para contrastar ambas poblaciones con respecto a

las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general, roles de género y pensamiento suicida.

Luego se utilizaron pruebas de independencia Chi- cuadrado, para analizar dos variables categóricas y determinar si tienen relación de dependencia o independencia. Se utilizó esta prueba para comparar las variables de pensamiento suicida y nivel educativo, así como pensamiento suicida y nivel de ingresos. La ecuación que se utilizó es la siguiente:

$E_{ij} = (\text{total del renglón } i) (\text{total de columna } j) / \text{tamaño de muestra}$ . Así se obtiene el valor esperado. Una vez calculado el valor esperado, se saca el estadístico de prueba:

$\chi^2 = \sum_i (f_i - e_i)^2 / e_i$ . En donde  $f_i$  es la frecuencia observada y  $e_i$  es el valor esperado.

Una vez obtenido el estadístico de prueba, se aplica la regla de rechazo:

Rechazo  $H_0$ : si  $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}$  (en donde  $\alpha$  es nivel de significancia y grados de libertad es # de categorías -1). De lo contrario rechazo  $H_1$ .

Finalmente se utilizaron medias para hacer generalizaciones de las distintas variables en la población. Se utilizó la siguiente ecuación:

$$\bar{x} = \sum x_i / n \quad \text{y En donde } \sum x_i = x_1 + x_2 + x_3 \dots + x_n$$

## V. RESULTADOS

La presente investigación obtiene datos acerca de la calidad de vida, el bienestar psicológico y social, los roles de género, y la salud de los hombres homosexuales guatemaltecos. De acuerdo a los resultados obtenidos, la población encuestada estuvo constituida por un grupo de hombres homosexuales (83%) y bisexuales (17%) guatemaltecos con una media de 27 años de edad y un promedio de ingresos mensuales que se encuentra entre Q.2,401.00 y Q2,800.00. El promedio en el nivel de estudio fue estudios técnicos incompletos, por lo que la mayoría no logró conseguir una enseñanza universitaria completa y por lo mismo no tienen título.

De acuerdo al análisis estadístico, el máximo puntaje que se puede obtener de la escala de vida, que indica una calidad de vida óptima es 130. La media de la población encuestada es 93.42, que se encuentra en el centil 71.86 demostrando que la mayoría de los encuestados está por encima de la media de la variable calidad de vida y por lo mismo tienen nivel de calidad de vida aceptable. El valor que indica el nivel máximo de bienestar social es 165. La media de la población encuestada es de 110.73, que corresponde a un porcentaje de 67.10. Nuevamente éste se encuentra por encima de la media para la variable de bienestar social y por lo mismo demuestra que la mayoría de hombres homosexuales guatemaltecos gozan de bienestar social aceptable. El nivel óptimo de bienestar psicológico se define con un valor de 234 y la media de la población encuestada para ésta variables es de 151.60, que es igual a 64.78% y por lo mismo está en un nivel aceptable también. La escala de salud general está construida de tal forma que a menor valor obtenido en la escala se indique mayor salud general. El menor valor que se puede obtener es de 28, indicando una buena salud, y una salud terrible era asociada un valor de 112. La media de la población encuestada se encuentra en 46.26, que corresponde a 74.64% y por lo tanto refleja una salud general buena. Finalmente, la escala de roles de género asocia un valor máximo de 150 con roles de género menos machistas. La media de los hombres homosexuales guatemaltecos para esta variable es

117.28 que corresponde a 78.19% y por lo tanto refleja que los encuestados no están de acuerdo con los estereotipos de género machistas.

Todas las medias obtenidas están a menos de 3 desviaciones estándares del nivel óptimo para las variables, lo que demuestra que los hombres homosexuales guatemaltecos poseen un rango adecuado y aceptable de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general y que tienen roles de género poco machistas.

### Cuadro No. 2

Medias de las variables del estudio en una población de hombres homosexuales de Guatemala.

	Media	Desviación Típica	Puntaje Máximo	Percentil
Escala de Calidad de Vida	93.42	14.756	130	71.86
Escala de Bienestar Social	110.73	19.607	165	67.1
Escala de Bienestar Psicológico	151.60	33.142	234	64.78
Escala de Roles de género	117.28	23.549	150	78.19
Escala de Salud	46.26	13.657	28	74.68

#### A. Correlación: calidad de vida vs bienestar psicológico y salud general

De acuerdo a los resultados, las variables que están más correlacionadas con la calidad de vida son las de bienestar psicológico y salud. Existe una correlación moderada positiva entre las variables de calidad de vida y el bienestar psicológico, con un índice de correlación de 0.492, que es significativa al nivel 0.01. La correlación entre salud general y calidad de vida también es moderada, con un índice de Pearson de -0.601 y una significancia al nivel 0.01. Cabe resaltar que a pesar de un índice negativo, la relación entre las variables es positiva debido a que la escala que se utilizó para medir salud general estaba diseñada de modo que una menor suma de la escala indicaba mayor salud general en el individuo y esto debe tenerse presente a lo largo de la interpretación. Así, como se observa en la Figura 1 y Figura 2, existe una relación positiva entre ambas variables y calidad de vida, por lo que se puede afirmar que mientras más altas sean las dos variables, bienestar psicológico y salud general, más alta será la calidad de vida.

**Figura No. 1**

Correlación: Calidad de vida vs Bienestar psicológico

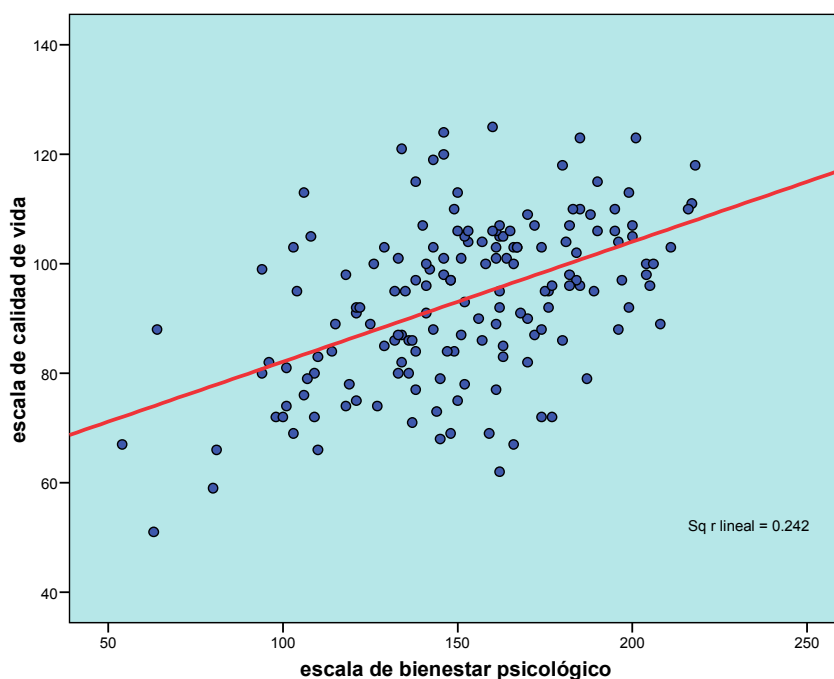
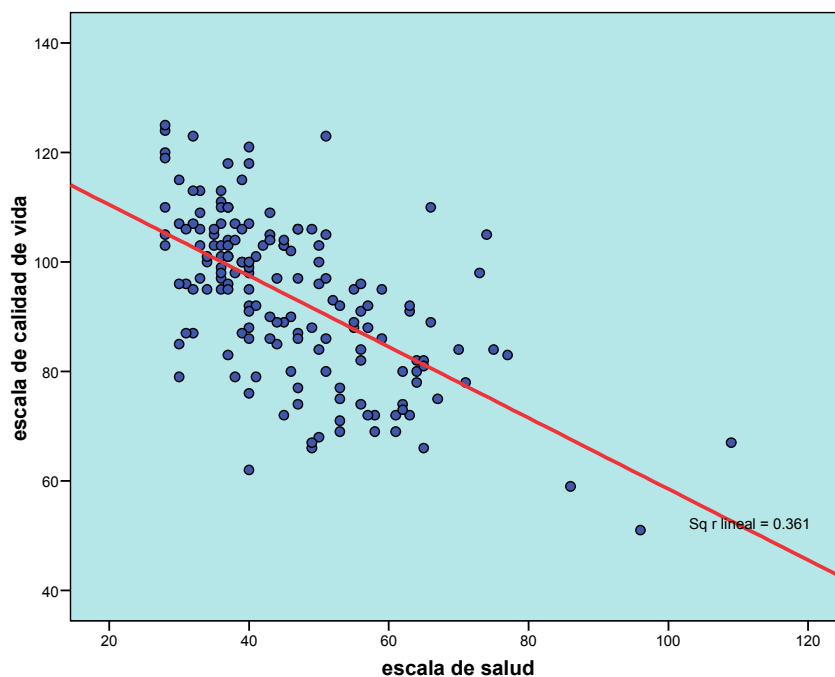


Figura No. 2

Correlación: Calidad de vida vs Salud general



Como se muestra en el Cuadro No. 3, al realizar la regresión lineal de las variables independientes (bienestar psicológico, bienestar social, roles de género, salud general), se encontró que la variable de *calidad de vida* se obtiene mediante la siguiente ecuación:  $\text{Calidad de vida} = 91.447 + 0.81 (\text{bienestar psicológico}) + 0.33 (\text{roles de género}) + 4.89 (\text{salud general}) + 0.75 (\text{bienestar social})$ . Por otro lado, se observa que el valor T es significativo ( $t > +2$ ,  $t < -2$ ) sólo para la variable de salud general ( $t = -6.243$ ) y se acerca mucho en la variable de bienestar psicológico ( $t = 1.989$ ) por lo que éstas pueden tener valores predictivos.

Posteriormente se hizo una ANOVA tomando en cuenta estas mismas variables y se encontró que la varianza de estas variables explican 41.7% de la varianza en la variable *calidad de vida*. Adicionalmente, como se muestra en el Cuadro No. 4, se encontró que el modelo tiene un buen ajuste debido a que el nivel de significancia es menor a alfa

(<0.05). Sin embargo, la suma residual de los cuadrados es mayor que la suma de regresión, por lo que se concluye que el modelo, explicado mediante la ecuación mencionada anteriormente, no logra explicar en su mayoría la variación de la variable dependiente (calidad de vida) y por lo mismo existen factores adicionales que explican en mayor proporción la varianza de la variable dependiente.

### Cuadro No. 3

Regresión Lineal: Calidad de vida vs bienestar psicológico, bienestar social, roles de género, y salud general.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coef. Est	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	91.447	9.588		9.537	.000
	Escala de bienestar psicológico	.081	.041	.183	1.989	.048
	Escala de roles de género	.033	.040	.053	.838	.403
	Escala de salud general	-.489	.078	-.452	-6.243	.000
	Escala de bienestar social	.075	.066	.100	1.142	0.26

#### Cuadro No. 4

ANOVA de calidad de vida vs bienestar psicológico, bienestar social, roles de género, y salud general.

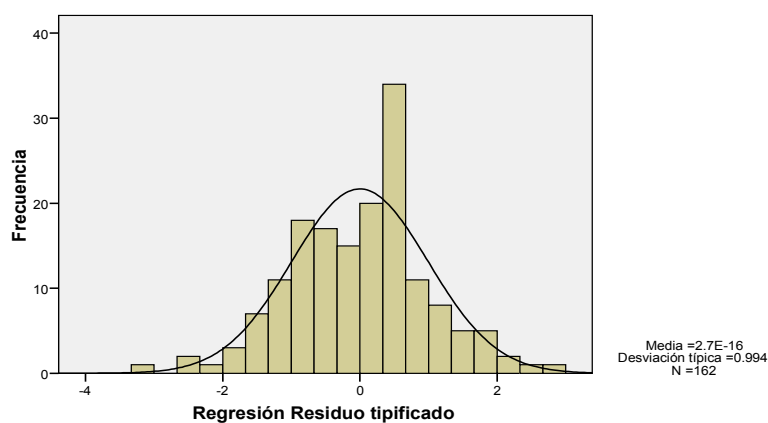
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14607.031	4	3651.758	28.035	.000(a)
	Residual	20450.425	157	130.257		
	Total	35057.457	161			

Debido a estos hallazgos, se hizo una regresión sólo con las variables de bienestar psicológico y salud general, ya que eran las más significativas y por lo tanto al ser analizadas podrían explicar en mayor proporción la varianza. Se encontró que éstas explican el 40.9% de la varianza en la calidad de vida de hombres homosexuales y que la ecuación que describe el modelo para esta variable es la siguiente:  $\text{calidad de vida} = .113 (\text{bienestar psicológico}) + .511 (\text{salud general}) + 99.939$ . Aunque esto demuestra que son estas variables las que explican la varianza en calidad de vida, cabe mencionar que este modelo debe ser tomado con reserva, ya que, como se mostró anteriormente, se observó una correlación entre las variables de calidad de vida y salud general (Figura No. 2), así como calidad de vida y bienestar psicológico (Figura No. 1) por lo que la relación entre éstas puede afectar la explicación que la varianza de una tiene sobre la varianza de la otra. Además, el histograma (ver Figura No. 3) muestra que algunos residuos son atípicos y por lo mismo pueden no apegarse bien al modelo. Adicionalmente, como muestra el Cuadro No. 5, se encontró que la suma residual de los cuadrados es mayor que la suma de regresión, por lo que se concluye que el modelo no logra explicar en su mayoría la variación de la variable dependiente (calidad de vida) y existen factores adicionales que explican en mayor proporción la varianza de la variable dependiente. Así, se concluye que las variables de bienestar psicológico y salud general explican solamente el 40.9% de la varianza en la calidad de vida de hombres homosexuales y por lo mismo existen

variables alternativas que ayudan a explicar de mejor manera la varianza en calidad de vida.

**Figura No. 3**

Histograma de residuos: Calidad de vida vs Bienestar psicológico y Bienestar social



**Cuadro No. 5**

ANOVA de Calidad de vida vs Bienestar psicológico y Salud general

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14341.227	2	7170.614	55.035	.000(a)
	Residual	20716.230	159	130.291		
	Total	35057.457	161			

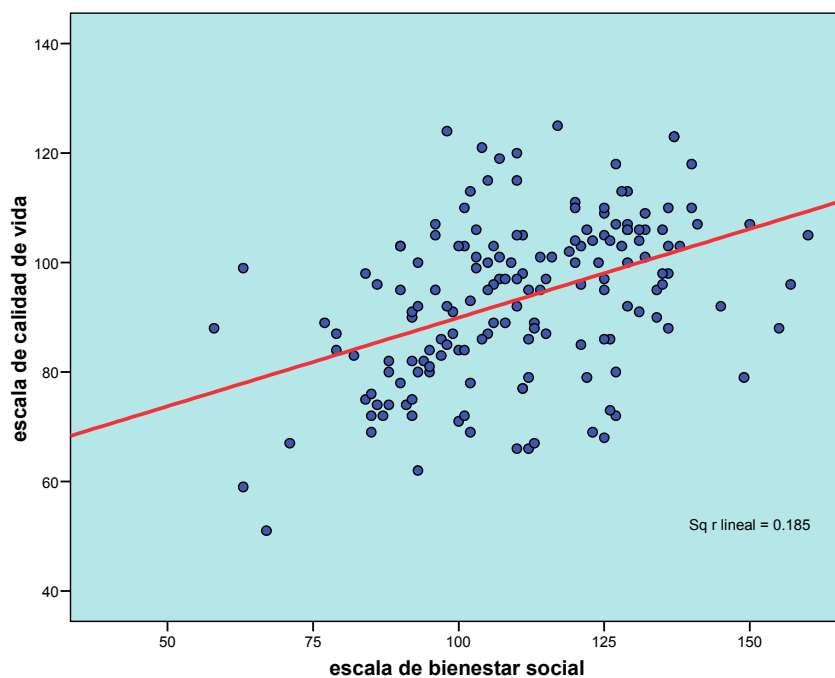
#### B. Correlación: calidad de vida vs bienestar social

En cuanto a la variable de bienestar social de hombres homosexuales, existe una correlación moderada entre la calidad de vida y ésta, con un índice de Pearson de 0.431 que es significativa al nivel de 0.01. Esta relación es positiva, por lo que mientras la

variable de bienestar social incrementa, la variable de calidad de vida también incrementa (ver Figura No. 4).

**Figura No. 4**

Correlación: calidad de vida vs bienestar social

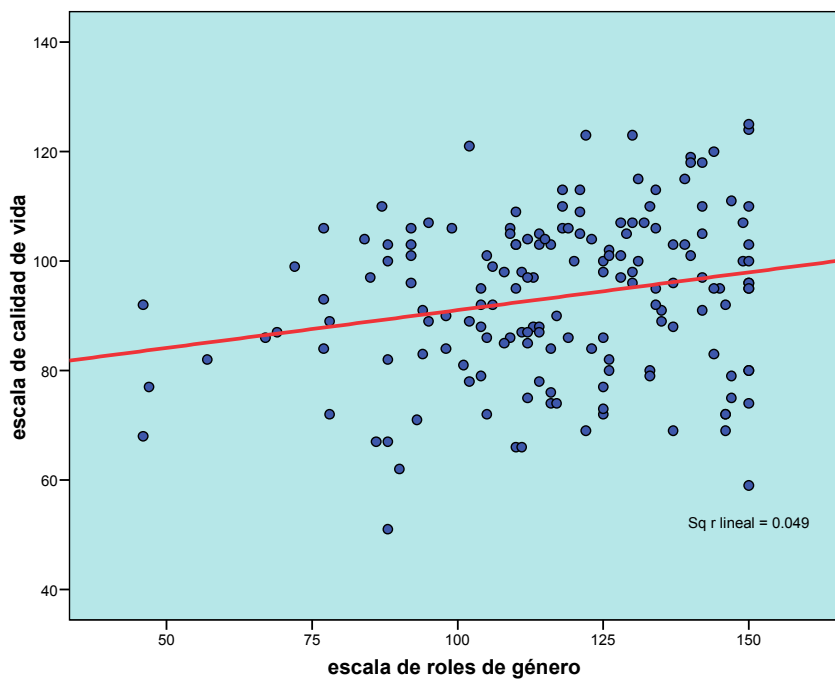


### C. Correlación: Calidad de vida vs Roles de género

En el caso de roles de género, existe una correlación baja positiva con un índice de Pearson de 0.220 y es significativa a nivel de 0.01. Aunque la correlación es baja, es significativa, por lo que se puede concluir que lo que existe es una tendencia consistente positiva. Por lo mismo, como se observa en la Figura No. 5, existe una tendencia positiva, y debido a que la escala de roles de género está diseñada para reflejar menos adherencia a los modelos tradicionales de masculinidad hegemónica, mientras menos estereotipos adopten de una masculinidad asociada al poder y al dominio, mayor será su nivel de calidad de vida.

**Figura No. 5**

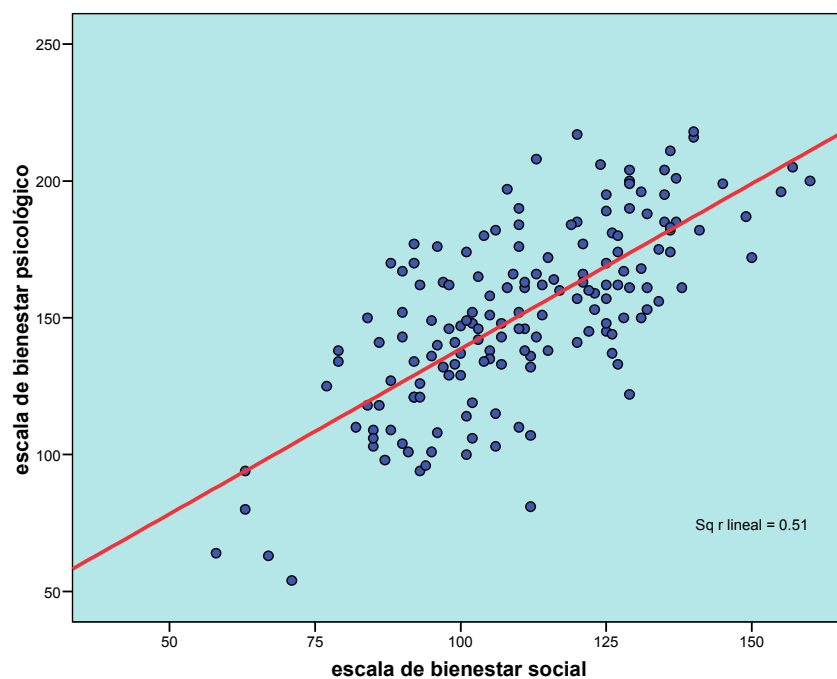
Correlación: Calidad de vida vs Roles de género

**D. Correlación: Bienestar social vs Bienestar psicológico**

Se hizo un análisis de correlación entre las variables de bienestar psicológico y bienestar social para determinar la relación y la influencia que una tiene sobre la otra. De acuerdo a los resultados, existe una correlación alta positiva, con un índice de Pearson de 0.714, que es significativa al nivel de 0.01. Como se muestra en la Figura No. 6, mientras más alto es el bienestar social más alto es el bienestar psicológico.

**Figura No. 6**

Correlación Bienestar social vs Bienestar psicológico



#### E. Efecto de la edad sobre las variables

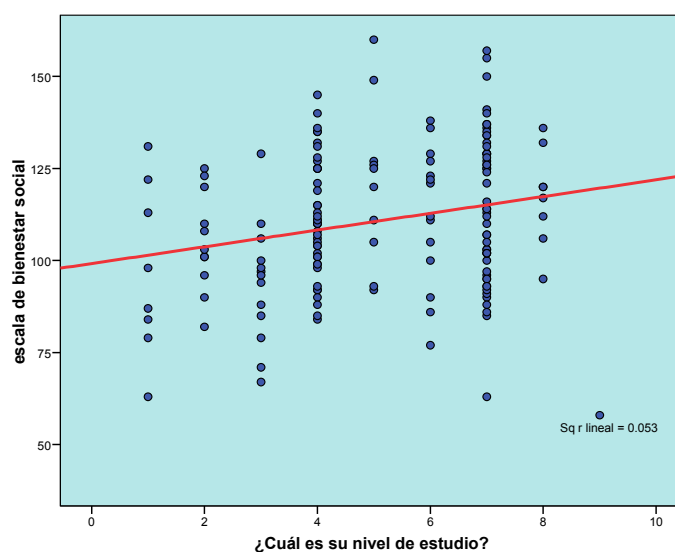
Se hizo un análisis sobre la correlación entre la edad de la persona homosexual y las distintas variables del estudio. De acuerdo a los resultados, la edad no estaba correlacionada significativamente con ninguna de las variables y por lo tanto no se puede asumir una relación lineal entre las variables. Se encontró que existe una correlación nula, con un índice de Pearson de -0.118 que no es significativa, entre la calidad de vida y la edad; una correlación nula, con un índice de Pearson de 0.147 que no es significativa entre bienestar social y edad; una correlación nula de 0.129 que no es significativa entre el bienestar psicológico y la edad; una correlación nula de 0.023 que no es significativa, entre edad y roles de género; y finalmente una correlación nula de 0.047 que no es significativa entre edad y salud general.

## F. Efecto del nivel de escolaridad sobre las variables

Se hizo también un análisis del efecto que tiene el nivel de escolaridad sobre las distintas variables. De acuerdo a los resultados, no existe una correlación fuerte entre el nivel de escolaridad y las distintas variables. Existe una correlación nula positiva con un índice de Pearson de 0.164 que es significativa al nivel 0.05 entre el nivel de escolaridad y los roles de género, indicando una *tendencia* positiva entre ambas; una correlación nula positiva, con un índice de Pearson de 0.111 que no es significativo, entre calidad de vida y nivel de escolaridad; una correlación baja positiva con un índice de Pearson de 0.231 que es significativa al nivel de 0.01, entre bienestar social y nivel de escolaridad, indicando un *tendencia* positiva entre ambas; una correlación nula positiva, con un índice de Pearson de -0.115 que no es significativa, entre salud general y nivel de escolaridad; y una correlación nula con un índice de Pearson de 0.073 que no es significativa entre bienestar psicológico y nivel de escolaridad. Así se puede concluir que la variable de nivel de escolaridad está relacionada solamente con la variable de bienestar social y roles de género y que no existe una correlación entre ellas, sino una tendencia positiva consistente (ver Figura No. 7 y Figura No. 8).

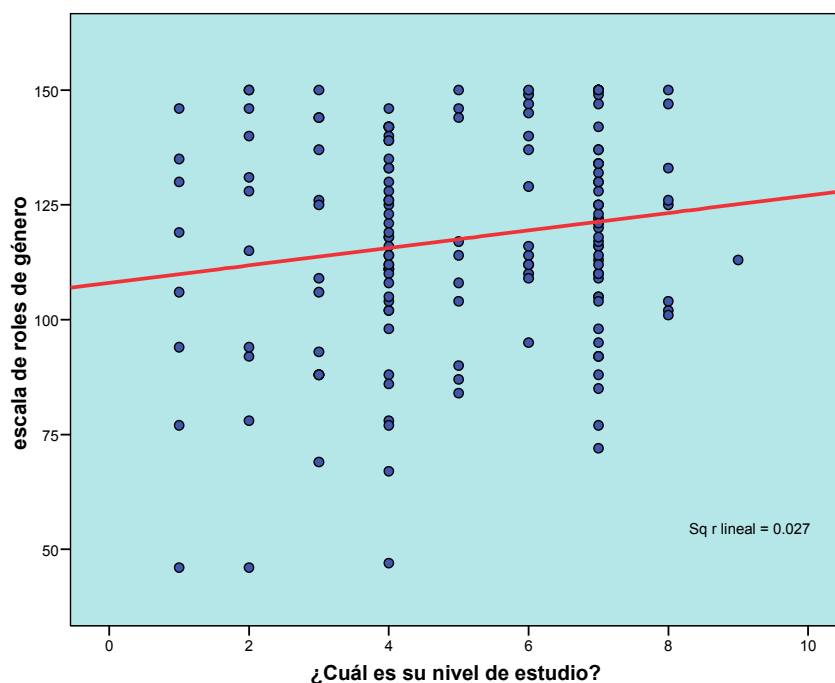
**Figura No. 7**

Correlación Bienestar social vs Nivel de escolaridad



**Figura No. 8**

Correlación Roles de género vs Nivel de escolaridad



#### G. Diferencia de las variables según orientación sexual

Se hizo una prueba T para comparar las medias de las personas homosexuales y las personas bisexuales y observar si existe una diferencia significativa entre ambas poblaciones. De acuerdo a lo que se encontró, no se puede concluir que existe una diferencia entre personas homosexuales y bisexuales para las variables de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social, salud general y roles de género. Como se observa en el Cuadro No. 6, la diferencia entre las medias de ambas poblaciones es insignificante. Además como se puede observar en el Cuadros No. 7, 8, 9, 10, 11 los niveles de significancia son altos (todos son mayores de 0.05) y el intervalo de confianza contiene el valor de 0, por lo que se concluye que no existe diferencia significativa entre las medias de ambas poblaciones.

**Cuadro No. 6**

Comparación entre las medias de las variables para la población homosexual y bisexual

	Calidad de vida	Bienestar social	Bienestar psicológico	Roles de género	Salud general
Media homosexual	92.55	111.5	152.96	118.42	46.63
Media bisexual	97.56	108.81	143.33	115.44	45.74

**Cuadro No. 7**

Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de calidad de vida

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Calidad de vida Se han asumido varianzas iguales	.446	.593	-1.599	154	.111	-4.979	3.114	-11.16	1.159	

**Cuadro No. 8**

Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de bienestar social

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Escala de bienestar social	Se han asumido varianzas iguales	1.659	.200	.659	155	.511	2.731	4.147	-5.460	10.923

**Cuadro No. 9**

Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de bienestar psicológico

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Escala de bienestar psicológico	Se han asumido varianzas iguales	.190	.664	1.362	155	.175	9.628	7.071	-4.340	23.596

**Cuadro No. 10**

Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de roles de género

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tít. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Escala de roles de género	Se han asumido varianzas iguales	.004	.950	.603	155	.547	2.979	4.940	-6.780	12.738

**Cuadro No. 11**

Prueba T para medias de población homosexual y bisexual con variable de salud general

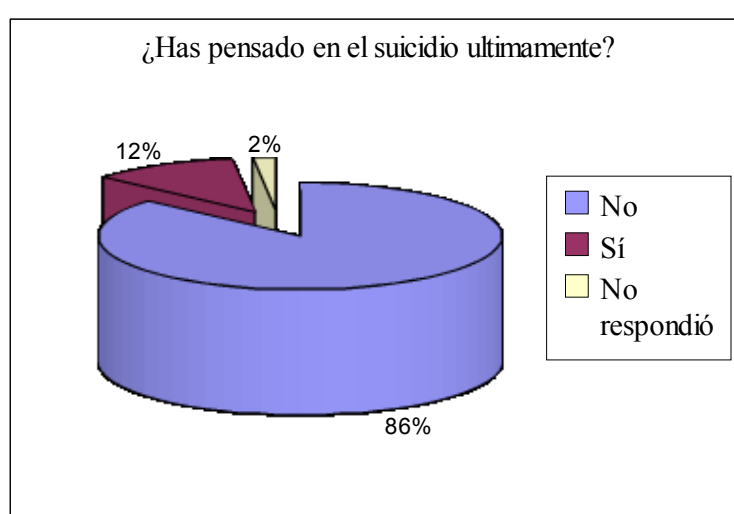
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error tít. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Escala de Salud General	Se han asumido varianzas iguales	.154	.695	.305	155	.761	.890	2.920	-4.879	6.659

## H. Pensamiento suicida en hombres homosexuales guatemaltecos

De acuerdo a los resultados, el 86% de hombres homosexuales guatemaltecos no ha tenido pensamientos suicidas recientemente, el 12% sí ha tenido pensamientos suicidas recientemente y el 2% no respondió la pregunta.

**Figura No. 9**

Porcentaje de hombres homosexuales guatemaltecos con pensamientos suicidas



Adicionalmente se hizo un análisis de Chi-cuadrado para conocer si existe una relación entre dos variables categóricas: pensamiento suicida y nivel de estudio; y pensamiento suicida y nivel de ingreso. Se encontró que hay una significancia de .000 entre el nivel de estudio y el pensamiento suicida y entre ingreso mensual y pensamiento suicida. Siendo este valor menor que el alfa (0.05), se rechaza la hipótesis de independencia y se concluye que las variables están relacionadas (ver Cuadro No. 12, 13). Además en ambos casos 0% tienen frecuencias esperadas menores que 5, por lo que los valores son válidos. Debido a que mientras más grande es el valor de Chi-cuadrado, mayor es la diferencia entre los recuentos observados y esperados, y mayor es la relación entre las variables, se puede concluir que la relación es más fuerte entre el pensamiento suicida y el nivel de estudio que entre el pensamiento suicida y el nivel de ingreso.

**Cuadro No. 12**

Prueba Chi cuadrado: Pensamiento suicida vs Nivel de estudio

	¿Ha pensado recientemente en el suicidio?	¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Chi-cuadrado(a,b)	92.082	134.377
gl	1	8
Sig. asintót.	.000	.000

**Cuadro No. 13**

Prueba Chi cuadrado: Pensamiento suicida vs Nivel de ingreso mensual

	¿Ha pensado recientemente en el suicidio?	¿Aproximadamente cuál es su ingreso mensual?
Chi-cuadrado(a,b)	92.082	34.842
Gl	1	6
Sig. asintót.	.000	.000

Finalmente, se hizo una prueba T para determinar si existe una diferencia entre homosexuales y bisexuales en cuanto al pensamiento suicida y se encontró que no hay una diferencia significativa entre ambas poblaciones. Como se observa en el Cuadro No. 14, la diferencia entre las medias de ambas poblaciones es insignificante. Además como se puede observar en el Cuadro No. 15, el nivel de significancia es alto ( $> 0.05$ ) y el intervalo de confianza contiene el valor de 0, por lo que se concluye que no existe diferencia significativa entre las medias de ambas poblaciones.

**Cuadro No. 14**

Comparación de medias de población homosexual y bisexual: Pensamiento suicida

	Orientación sexual	N	Media
¿Ha pensado recientemente en el suicidio?	Homosexual	127	.12
	Bisexual	27	.11

**Cuadro No. 15**

Prueba T para muestras independientes: Pensamiento suicida vs orientación sexual

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
¿Ha pensado recientemente en el suicidio? Se han asumido varianzas iguales	.042	.837	.102	152	.919	.007	.069	-.128	.142	

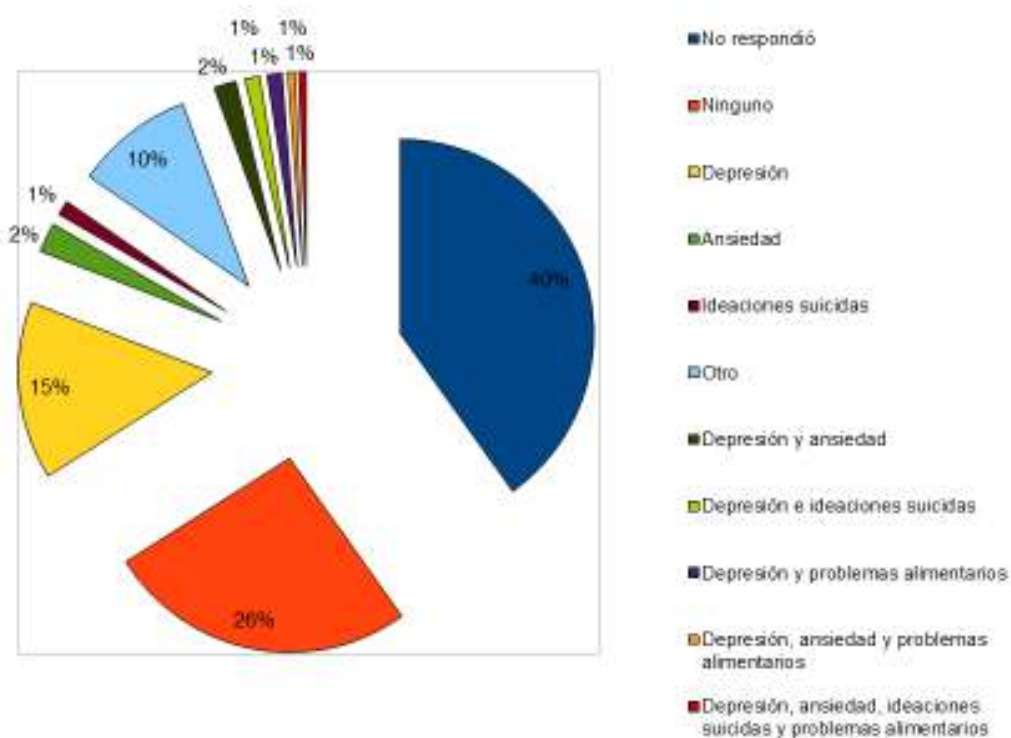
#### I. Tratamiento psicológico o psiquiátrico en hombres homosexuales guatemaltecos

En el instrumento se tomó en cuenta la variable de tratamiento psicológico o psiquiátrico para poder evaluar la utilidad de éste sobre la calidad de vida de los hombres homosexuales. De acuerdo a lo encontrado, el 26% de los hombres homosexuales no ha recibido ningún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico; el 34% ha recibido algún

tipo de tratamiento psicológico, de los cuales un 15% es por causa de depresión; y finalmente un 40% no respondió a la pregunta.

**Figura No. 10**

Porcentaje de Hombres Homosexuales guatemaltecos que han recibido tratamiento psicológico por alguna condición de salud.



Adicionalmente se realizó una prueba T para comparar la media para esta variable y observar si existe o no una diferencia significativa entre homosexuales y bisexuales con respecto a recibir tratamiento psicológico. Como se muestra en el Cuadro No. 16 y en el Cuadro No. 17, no existe una diferencia significativa entre las medias de ambas poblaciones.

**Cuadro No. 16**

Comparación de medias de población homosexual y bisexual: Tratamiento psicológico

	Orientación sexual	N	Media
¿Has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguna de las siguientes condiciones de salud?	4.00	127	.12
	6.00	27	.11

**Cuadro No. 17**

Prueba T para medias independientes: Tratamiento psicológico vs orientación sexual

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias	Error típ. de la dif.	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Sup.	Inf.
¿Ha recibido tratamiento psicológico para alguna de las siguientes condiciones de salud?	Se han asumido varianzas iguales	.812	.370	-474	91	.636	-.341	.719	-1.769	1.087

Posteriormente se realizaron pruebas de chi cuadrado para evaluar si existe una relación entre la variable de tratamiento psicológico con las variables de ingreso mensual,

pensamiento suicida y nivel de escolaridad. De acuerdo a los resultados (ver Cuadro No. 18, 19 y 20) todas las variables están relacionadas, ya que la significancia es menor que 0.05 en todos los casos; y los valores son válidos debido a que 0% tienen frecuencias esperadas menores de 5.

### Cuadro No. 18

Prueba Chi cuadrado: pensamiento suicida vs tratamiento psicológico

	¿Ha pensado recientemente en el suicidio?	¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguna de las siguientes condiciones de salud?
Chi-cuadrado(a,b)	92.082	190.928
gl	1	10
Sig. asintót.	.000	.000

### Cuadro No. 19

Prueba Chi cuadrado: nivel de escolaridad vs tratamiento psicológico

	¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguna de las siguientes condiciones de salud?	¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Chi-cuadrado(a,b)	190.928	134.377
gl	10	8
Sig. asintót.	.000	.000

**Cuadro No. 20**

Prueba Chi cuadrado: nivel de ingreso mensual vs tratamiento psicológico

	¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguna de las siguientes condiciones de salud?	¿Aproximadamente cuál es su ingreso mensual?
Chi-cuadrado(a,b)	190.928	34.842
gl	10	6
Sig. asintót.	.000	.000

## VI. DISCUSIÓN

Guatemala es un país con muchas características, entre las cuales destacan los valores conservadores, la religión católica, el machismo y el patriarcado (Díaz, 2009). Todas estas características hacen que la aceptación de una orientación homosexual sea compleja. Investigaciones como la de Obando (2003) han demostrado que los homosexuales son víctimas de discriminación a nivel familiar, legal e incluso en cuando solicitan servicios básicos. Adicionalmente, cabe mencionar que en Guatemala, la epidemia de VIH muestra una tendencia al aumento sostenido, siendo las poblaciones más vulnerables los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres trabajadoras sexuales y, en menor medida, los usuarios de drogas inyectables (Morales, Hernández, Caal & Ramírez, 2010). Así, el conjunto de características de Guatemala constituye un ambiente poco favorable para personas homosexuales, y por lo mismo es importante evaluar el impacto de estas características sobre la calidad de vida de los homosexuales, el bienestar, la salud y los roles de género en esta población.

En este estudio se tomó en cuenta a hombres homosexuales y bisexuales. Una de las creencias previas a la realización del estudio era que posiblemente no se iba a encontrar diferencia entre ambas poblaciones con respecto a las diferentes variables, ya que a pesar de que en los dos existe una atracción afectiva y sexual hacia personas del mismo sexo, en el caso de los bisexuales también existe una atracción hacia personas del sexo opuesto y por lo mismo se creyó que la aceptación social sería más alta, por lo que el nivel de bienestar psicológico y calidad de vida también se verían afectados. A pesar de esto, se encontró que no existe una diferencia significativa entre la calidad de vida, el bienestar psicológico, bienestar social, roles de género y salud general entre homosexuales y bisexuales. Esto podría deberse a que, aunque también existe la atracción hacia personas del sexo opuesto, los bisexuales toman los mismos riesgos de salud y tienen el mismo estigma social que los homosexuales cuando se involucran con personas del mismo sexo. Por lo mismo, a lo largo de la discusión se hablará de personas homosexuales, pero se

hace énfasis en el hecho de que también las personas bisexuales participaron en el estudio.

Con respecto a los resultados de las escalas principales, se puede concluir que la mayoría de los hombres guatemaltecos que fueron encuestados, ya ha llegado a la aceptación de su homosexualidad y por lo mismo presentan niveles aceptables de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social y salud. Es importante recordar que el promedio de edad es 26 años, por lo que la mayoría ya pasaron la adolescencia, en donde hay mucha confusión con respecto a la orientación sexual y no se ha logrado adaptar la misma a la identidad. De acuerdo a Ruiz (2008), los homosexuales deben pasar por varias etapas antes de poder vivir su homosexualidad de forma satisfactoria, y por lo mismo, el hecho de que la mayoría tiene arriba de 21 años y son considerados adultos, implica que han tenido tiempo para explorar y entender su sexualidad y la han aceptado como parte de sus vidas. Esto explicaría los niveles aceptables de calidad de vida, bienestar psicológico (que incluye la variable de homofobia internalizada) y bienestar social (que incluye la variable de estrés minoritario). En cuanto a la variable de salud general, la población mostró un nivel de salud buena. Esto puede estar influido por el hecho de que la escala de salud no incluye preguntas sobre prácticas sexuales y enfermedades de transmisión sexual, sino que se enfoca más hacia hábitos de sueño, alimentación y ausencia de síntomas de enfermedades y ansiedad. Además, el promedio de edad es bastante bajo, por lo que la juventud de los mismos se ve reflejada en los resultados de salud.

También se encontró que los hombres homosexuales tienen una baja adherencia a los roles de género correspondientes a la masculinidad hegemónica. Esto puede ser debido a que los homosexuales transgreden los roles de género a través de sus conductas, profesiones y puntos de vista. El hecho de que Guatemala es un país con una cultura machista y de patriarcado, hace que el estigma y la discriminación que va asociada a las conductas que contradicen los valores machistas y los roles de género establecidos por la sociedad provoque una actitud negativa o de desaprobación hacia las mismas por parte de los hombres homosexuales. Además, tomando en cuenta el hecho de que poseen un nivel

aceptable de bienestar social, lo más probable es que reciban aceptación por parte de sus familiares y amigos y esto los hace estar más conformes con sus conductas y roles de género más adheridos a una masculinidad subordinada.

De acuerdo a las correlaciones que se hicieron en el estudio, la calidad de vida de los hombres homosexuales tiene correlaciones moderadas y significativas con las variables de salud general, bienestar psicológico y bienestar social y tiene una correlación baja con la variable de roles de género. Esto quiere decir que la calidad de vida, que en este estudio se define como el nivel de satisfacción que tienen las personas con la vida que llevan, se relaciona con factores internos (psicológicos y de salud) y externos (sociales) que les permiten a los homosexuales sentirse a gusto con su vida. La correlación que la calidad de vida tiene con las variables de bienestar psicológico, bienestar social y salud general es positiva, por lo que mientras más alto es el bienestar psicológico, el bienestar social y la salud general, más alto será la calidad de vida. La variable de roles de género no tienen una relación tan grande con la calidad de vida porque si los homosexuales aceptan y se sienten bien con su orientación sexual (bienestar psicológico), reciben aceptación de parte de sus seres queridos (bienestar social) y no tienen limitantes de salud que no les permitan llevar la vida de la forma que quieren, los valores y los roles de masculinidad que tiene la sociedad pierden importancia. Es decir, si los homosexuales se aceptan a sí mismos y se sienten aceptados, la transgresión de roles de género o la aceptación de roles más flexibles no tiene un impacto muy grande en la calidad de vida. Sin embargo, cabe resaltar que sí se observa una tendencia entre la calidad de vida y los roles de género menos machistas, por lo que mientras menos machistas sean los roles asumidos por los homosexuales, mejor es la calidad de vida. Esto puede deberse a que muchos de ellos tienen profesiones que no se apegan a los roles de género masculinos, o que tienen conductas femeninas y por lo mismo, tener roles de género poco machistas les causa menos conflicto en la forma en que llevan sus vidas y contribuye a la satisfacción que sienten con respecto a la misma.

Al realizar la regresión lineal, se encontró que las varianzas en las variables de bienestar psicológico y salud general explicaban de forma significativa la varianza en la

calidad de vida (40.1%). Esto tiene sentido debido a que la calidad de vida se define como el nivel de satisfacción que tienen las personas con la vida que llevan. Por lo mismo, es probable que los roles de género y el bienestar social no impacten tanto porque la calidad de vida tiene más que ver con factores personales e internos que externos, es decir es una valoración subjetiva. Además la calidad de vida se ve muy influenciada por la salud, porque las enfermedades tienen una connotación negativa en el sentido de que limitan mucho a las personas con respecto a actividades y por lo mismo pueden afectar la satisfacción que los mismos sienten. Así, si una persona se siente bien psicológicamente y no tiene limitantes en cuanto a las actividades que puede realizar y la forma en la que puede llevar su vida, es probable que no se deje influenciar por factores sociales. Estos resultados deben ser tomados con reserva debido a que la escala de calidad de vida toma en cuenta aspectos de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Esto puede incrementar la relación que tienen las escalas y por lo mismo, la influencia que tienen una sobre la otra se ve afectada por el hecho de que miden algunas de las mismas cosas.

En todo el estudio, la correlación más fuerte existe entre las variables de bienestar psicológico y bienestar social, por lo que se concluye que estas variables sí tienen una relación lineal bien definida y que mientras mayor sea el bienestar social mayor será el bienestar psicológico y viceversa. Probablemente éstas son las variables que tienen una relación más fuerte porque el bienestar psicológico de una persona se define como la valoración positiva y constructiva del ser humano acerca de sí mismo; mientras que el bienestar social se define como la valoración positiva que las personas hacen de las circunstancias y funcionamiento dentro de la sociedad. Para que las personas se consideren a ellos mismos de forma positiva y constructiva, es necesario que se sientan útiles y aceptados dentro de la sociedad. De hecho el bienestar psicológico consta de seis dimensiones, una de las cuales es tener relaciones positivas con los demás. Por lo mismo, el bienestar social influye en el bienestar psicológico.

Al hacer correlaciones entre la edad de los hombres homosexuales y las distintas variables del estudio se esperaba encontrar una influencia significativa, ya que de acuerdo

a lo investigado la adolescencia es un período de mucha confusión en la que la orientación sexual aún no es clara y no se ha integrado a la identidad de la persona. Conforme la persona va creciendo, va explorando y va aceptando gradualmente su orientación sexual hasta llegar al punto de aceptación total y de integración de la orientación sexual a la identidad, por lo que ya lo consideran como algo importante en la definición de su persona. Así, la hipótesis era que a mayor edad los niveles de calidad de vida, bienestar psicológico y bienestar social serían mayores debido a que habría más aceptación propia de la homosexualidad y también habría más aceptación social debido a que las personas significativas ya habrían tenido más tiempo para adaptarse a la homosexualidad y aceptarla. En el caso de la salud general se esperaba que a mayor edad, menor fuera la salud general debido a que es más probable que se desarrollen problemas y enfermedades con la edad. Finalmente con respecto a los roles de género, no se esperaba que hubiera cambio con la edad, ya que éstos son establecidos por patrones culturales y sociales desde la infancia. A pesar de esto, los resultados indican que la edad no tiene una relación significativa con ninguna de las variables. Esto se debe a que la media de edad es de 26 y encontramos muy pocas personas cuya edad estuviera por encima de 40 años, por lo que la homogeneidad de la muestra no nos permitió ver un espectro diferente en relación a las distintas variables del estudio.

También se hizo un análisis sobre el efecto que tiene el nivel de estudio en el bienestar psicológico, bienestar social, calidad de vida, roles de género y salud general y se encontró que no existe una relación significativa entre éstas, exceptuando una tendencia positiva que se da entre nivel de estudio y bienestar social. El nivel de calidad de vida no se ve afectado por el nivel de estudio, probablemente, porque las personas logran sentirse satisfechos con la vida que llevan en la actualidad sin necesidad de verse afectados por un nivel bajo de estudio. Cabe resaltar que Guatemala es un país en donde el valor que se le da a la educación no es muy alto y que muchas personas prefieren empezar a trabajar que continuar con los estudios. Por lo mismo, no es tan importante el nivel de estudio que alcanzan sino la satisfacción que sienten con la vida que llevan y con la decisión de dejar el estudio en el momento en el que lo hicieron. Al considerar la relación entre el

bienestar psicológico y el nivel de estudio, tiene sentido que la relación no sea muy fuerte debido a que las personas pueden tener estabilidad emocional y un funcionamiento psíquico adecuado sin tener un nivel de estudio alto. La relación entre nivel de estudio y la salud general no es significativa, porque la salud no tiene que ver con un título que ha sido alcanzado. En el caso de roles de género, se encontró una tendencia positiva con respecto a la variable de escolaridad, debido a que la escuela es un ámbito de interacción social que le permite a las personas convivir con personas que tienen diversos puntos de vista respecto a roles de género (Cadena, 2008). Finalmente, se esperaba que hubiera una tendencia positiva entre nivel de estudio y bienestar social porque los logros académicos y el éxito son factores que la sociedad considera valiosos y por lo mismo lo asocian a la aceptación social; por lo que a mayor nivel de estudio, se esperaba mayor bienestar social. A pesar de esto, se encontró que no existe una correlación positiva fuerte sino sólo una tendencia positiva. Esto implica que hay personas que no tienen un nivel alto de estudio pero aún así logran obtener aceptación social a través de otros medios. Por ejemplo, hay personas que a pesar de no tener un nivel alto de estudio, logran obtener un buen trabajo y son exitosas.

Se analizó también una pregunta que hacía alusión a los pensamientos suicidas. De acuerdo a la literatura, los homosexuales constituyen una población vulnerable más propensa a trastornos depresivos e intentos suicidas. Whitehead (SF) cita el estudio de Ramafedi en donde se encuentra que los intentos de suicidio entre homosexuales son seis veces más altos de la media. Según el estudio de Ortiz & García (2005), que se llevó a cabo en México con población homosexual y bisexual, cuatro de cada diez entrevistados habían tenido ideaciones suicidas y aproximadamente 25% había intentado suicidarse. Sin embargo, en este estudio se encontró que sólo el 12% de los encuestados tenía pensamientos suicidas. Esto refuerza el hecho que la mayoría de personas que fueron encuestadas tienen un nivel aceptable de calidad de vida, bienestar psicológico, bienestar social y salud general, así como una aceptación de su homosexualidad que ha causado que sientan satisfacción con su vida y que por lo mismo no quieran terminarla. También se encontró que este pensamiento estaba relacionado con el nivel de estudio y el nivel de

ingreso, pero en una medida más fuerte con el nivel de estudio. Esto es debido a que las personas con un nivel bajo de estudio y con un nivel bajo de ingreso tienden a sufrir de rechazo social y recursos económicos insuficientes que hacen que sus necesidades básicas no se satisfagan. La relación es más significativa cuando el nivel de estudio es más bajo, porque limita mucho a las personas en cuanto al respeto que reciben y también resulta en un ingreso bajo ya que afecta la capacidad que tienen para aplicar a trabajos que provean de una remuneración satisfactoria. Se encontró que la diferencia de medias entre la población homosexual y bisexual para ésta pregunta no es significativa, probablemente debido a que la mayoría tenía una calidad de vida aceptable y no había diferencia en cuanto a bienestar psicológico, social, roles de género y salud entre ambas poblaciones. Así, debido a la homogeneidad en las condiciones de vida de homosexuales y bisexuales, existe poca diferencia en cuanto a la ideación suicida.

El estudio analizó también el porcentaje de hombres homosexuales guatemaltecos que han recibido tratamiento psicológico. Los resultados demostraron que un 40% de los participantes no respondió a la pregunta, limitando así la validez de ésta interpretación, pero al mismo tiempo proveyendo información importante ya que muy probablemente el índice alto de personas que no respondieron se debe a que el tratamiento psicológico se ve acompañado por un estigma social que no permite que las personas lo reconozcan abiertamente. No obstante, tomando en cuenta el 60% de participantes que sí respondió, se observó que 26% de los encuestados no había recibido tratamiento psicológico en comparación con un 44% que sí había recibido algún tipo de tratamiento. De este 44%, un 15% de los participantes recibió apoyo para lidiar con depresión, y un 6% adicional recibió apoyo para lidiar con problemas de depresión y algún otro problema concomitante. Así, se puede concluir que la depresión es uno de los problemas a los que los homosexuales y bisexuales le prestan más atención y constituye una de las razones principales para buscar ayuda psicológica y psiquiátrica. Además, de acuerdo a los resultados, la mayoría (73.33% de los participantes que contestaron) sí han recibido algún tipo de apoyo psicológico y esto puede haber contribuido al desarrollo de habilidades de afrontamiento que les ha permitido a estos individuos tener una buena calidad de vida.

Se encontró también que no hay una diferencia significativa en las medias de homosexuales y bisexuales, por lo que ambas poblaciones tienen una valoración similar en cuanto a recibir tratamiento psicológico. Es posible que esto se vea influido como resultado de que no hay diferencia significativa en la calidad de vida, el bienestar psicológico y el social de ambas poblaciones y debido a los niveles aceptables con respecto a estas variables, ninguna de ellas percibe una necesidad de obtener un servicio de ayuda psicológica.

Se encontró una relación entre la variable de tratamiento psicológico y el pensamiento suicida. Esto puede ser debido a que el apoyo psicológico ayuda a mejorar el bienestar general del individuo y así reduce los índices de suicidio, explicando el índice tan bajo de ideación suicida (12%) que se observó en la muestra del presente estudio. También existe una relación entre tratamiento psicológico e ingreso mensual, ya que probablemente una persona con un ingreso mensual muy bajo, no puede pagar un psicólogo. Tomando en cuenta que el promedio de ingreso de los participantes está por debajo de Q3,000.00 es muy probable que esto haya influido en que no reciban tratamiento. Finalmente, se encontró una relación entre el tratamiento psicológico y el nivel de escolaridad. Esto puede ser porque a un nivel de escolaridad más alto, hay mayor conocimiento sobre los beneficios de un tratamiento psicológico y hay una actitud más positiva hacia el mismo.

## VII. CONCLUSIONES

1) No existen diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales del estudio con respecto a la calidad de vida, el bienestar psicológico, el bienestar social, los roles de género, la salud general, el pensamiento suicida, y la asistencia a un tratamiento psicológico ya que ambas poblaciones tienen condiciones de vida y prácticas comunes que les permiten tener un nivel de calidad de vida y un bienestar general (físico, psicológico y social) aceptable.

2) La mayoría de hombres homosexuales encuestados tiene roles de género con poca adherencia a la concepción tradicional de masculinidad hegemónica, a pesar de estar sumergidos en una cultura guatemalteca que es machista y patriarcal.

3) La calidad de vida de hombres homosexuales del estudio se relaciona de forma moderada con la salud general, el bienestar psicológico y el bienestar social. Por lo que mientras más altas sean éstas variables, mayor será la calidad de vida. Es decir que una persona con buena salud general, bienestar psicológico y bienestar social tendrá un buen nivel de calidad de vida, ya que se sentirá satisfecho con la vida que lleva.

4) La salud general y el bienestar psicológico son las variables analizadas en el estudio que mejor explican o definen la calidad de vida ya que explican un 40% de su varianza. A pesar de esto, sólo explican una parte de la calidad de vida, por lo que existen otros factores y otras variables que explican de mejor manera la calidad de vida. Entre éstas probablemente se encuentren factores ambientales, factores materiales, seguridad pública, habilidades de afrontamiento y factores circunstanciales.

5) La calidad de vida de los hombres homosexuales encuestados muestra una tendencia a incrementarse conforme los roles de género son menos adheridos a los roles tradicionales de la masculinidad hegemónica, ya que al ser así los hombres valoran su homosexualidad de forma más positiva y son capaces de conducirse sin preocuparse por los estereotipos de género.

6) Las variables más relacionadas del estudio son las de bienestar psicológico y bienestar social, que presentan una relación fuerte y positiva, por lo que a mayor bienestar social, mayor será el bienestar psicológico.

7) La edad no muestra una relación significativa con ninguna de las variables, aunque se debe tomar esta conclusión con reserva ya que la media de edad era muy joven y no había mucha varianza en edad.

8) Mientras mayor es el nivel de escolaridad, la tendencia es que los hombres homosexuales tengan menor adherencia a los roles tradicionales de masculinidad hegemónica y mayor bienestar social.

9) El 84% de los hombres homosexuales no han tenido pensamientos suicidas recientemente, reflejando nuevamente un bienestar y una calidad de vida adecuados.

10) El pensamiento suicida se relaciona con el nivel de estudio y el nivel de ingresos, ya que son importantes en el abastecimiento de necesidades básicas y son fuente de reconocimiento y aceptación social.

11) Recibir tratamiento psicológico conlleva un estigma social que no permite que los hombres homosexuales entrevistados hablen abiertamente del tema.

12) Recibir tratamiento psicológico se relaciona con el nivel de ideación suicida, escolaridad e ingreso mensual.

13) La causa principal por la que los homosexuales encuestados reciben ayuda psicológica o psiquiátrica es por depresión y enfermedades relacionadas.

## VIII. RECOMENDACIONES

1) Debido a la importancia y a la novedad del tema, es necesario seguir haciendo estudios que contribuyan al conocimiento de esta población.

2) Hacer un estudio con más varianza en la edad e ingreso socioeconómico para poder obtener conclusiones sobre el efecto de éstas en las distintas variables y poder complementar este estudio, que a causa de su homogeneidad con respecto a estas variables no permitió realizar estas conclusiones.

3) Realizar estudios futuros que tengan como objetivo evaluar el efecto de variables alternativas en la calidad de vida de los homosexuales, entre estas: inteligencia emocional, habilidades de afrontamiento, estrés, burnout, etc.

4) Fomentar programas que se implementen en las ONG's que brindan información psicoeducativa, apoyo emocional y espacios de recreación y ampliación del círculo social, para que puedan acudir las personas que están en riesgo por pensamiento suicida, que están confundidas o que no aceptan su homosexualidad.

5) Realizar investigaciones que permitan evaluar el nivel de concientización que hay en Guatemala respecto al tema de homosexualidad y el efecto de programas de psicoeducación sobre el estigma social que implica ser homosexual.

6) Realizar estudios que ayuden a comprobar el efecto que tiene el tratamiento psicológico en la calidad de vida y en el bienestar de hombres homosexuales para eliminar las creencias irracionales que se tienen con respecto a involucrarse en un proceso de terapia.

7) Realizar estudios que permitan evaluar qué elementos de bienestar psicológico y bienestar social tienen mayor influencia sobre la calidad de vida, ya que en este estudio no se pudo realizar ese análisis.

8) Con base a la influencia que tiene la salud general y el bienestar psicológico sobre la calidad de vida de los hombres homosexuales, se recomienda que se fomenten programas en la ONG's, que tienen acceso a éstas poblaciones, que se enfoquen en la prevención de enfermedades (ya sea de transmisión sexual, hábitos de sueño, hábitos alimenticios), y en la importancia de la ayuda psicológica en el proceso de autoaceptación, para así ayudar a eliminar el estigma social que acompaña el llevar un proceso terapéutico. También es importante que estas ONG's brinden espacios grupales de apoyo en donde se pueda trabajar con material emocional y problemas psicológicos.

9) Fomentar la participación de estudiantes de la Universidad del Valle de Guatemala en proyectos internacionales como este, con el fin de que, como profesionales, se pueda brindar un aporte significativo con respecto a diversas áreas: social, psicológica, educativa, etc.

10) Se recomienda que en futuras investigaciones el investigador tenga contacto directo con las personas encuestadas y que esté presente en la aplicación de los instrumentos para resolver cualquier duda de la forma más eficiente y asegurar una recolección de datos más completa y precisa, así como brindar un mejor acompañamiento a las personas que participan en el estudio.

## IX. REFERENCIAS

- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D., & Arciniégas, T. (2008). Bienestar, Autoestima, Depresión y Anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Revista de Investigación y Desarrollo*, 16 (2), 214-231.
- Acuña, A., & Oyuela, R. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 18, 58-88.
- Consultado el 30 de Mayo del 2010, en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21301804>
- Alvarado, N. (2003). *Actitudes de los estudiantes de la Universidad del Valle de Guatemala hacia la homosexualidad* (Tesis Publicada de Licenciatura). Universidad del Valle, Guatemala.
- Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). *El Bienestar Psicológico Definido por Asistentes a un Servicio de Consulta Psicológica en Bogotá, Colombia*. Consultado el 15 de Mayo del 2010, desde:  
[http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:h1hXQc66noIJ:sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php%3Fid%3D119+bienestar+psicol%C3%B3gico&hl=es&gl=gt&pid=bl&srcid=ADGEESiMMJ4OUS2dxOrw\\_5SwexcZusfXuvpBITflyk9Hen4qh8G8QApjdPQsgWS747NrHZDcLk8eonG6KZ-kcMPWD6djD5La10qPvE7VZZY1TD9LEF\\_lgTjZxwLTta0HSpuBNkwHuhIj&sig=AHIEtbROiGYSxTCnzTBDzwDeUogw8HDreQ](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:h1hXQc66noIJ:sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/descarga.php%3Fid%3D119+bienestar+psicol%C3%B3gico&hl=es&gl=gt&pid=bl&srcid=ADGEESiMMJ4OUS2dxOrw_5SwexcZusfXuvpBITflyk9Hen4qh8G8QApjdPQsgWS747NrHZDcLk8eonG6KZ-kcMPWD6djD5La10qPvE7VZZY1TD9LEF_lgTjZxwLTta0HSpuBNkwHuhIj&sig=AHIEtbROiGYSxTCnzTBDzwDeUogw8HDreQ)
- Blanco, A & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589. Consultado el 25 de Abril del 2010, en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72717407.pdf>

- Cadena, B (2009). Influencia en el desarrollo de identidad de género: Estereotipos de niños y niñas en edad preescolar. En J. Toro (Ed.), *Reflexiones en torno a la sexualidad y el género* (pp. 97-113). Guatemala, GT: F&G Editores.
- Congreso de la República de Guatemala (2002). *Constitución Política de la República de Guatemala*.
- Casullo, M., & Solano, A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (2), 29-140.
- Cordón, C. (2009). El adolescente homosexual el proceso de revelar su orientación sexual y sus implicaciones en terapia. En J. Toro (Ed.), *Reflexiones en torno a la sexualidad y el género* (pp. 219-237). Guatemala, GT: F&G Editores.
- Díaz, M. P. (2009). La homosexualidad en la adolescencia. En J. Toro (Ed.), *Reflexiones en torno a la sexualidad y el género* (pp.141-155). Guatemala, GT: F&G Editores.
- Diggs, J. (2002). *The Health Risks of Gay Sex*. Consultado el 7 de mayo del 2010, en: <http://www.catholiceducation.org/articles/homosexuality/ho0075.html>
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Frost, D., & Meyer, I. (2009). Internalized Homophobia and relationship quality among lesbians, gay Men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97-109.
- García, C., & González, I. (2000). *La Categoría del bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales*. Consultado el 27 de Mayo del 2010, desde: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_6\\_00/mgi10600.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi10600.htm)

- Gómez, M., & Sabeh, E. (SF). *Calidad de Vida: Evolución del Concepto y su Influencia en la investigación y la Práctica*. Consultado el 07 de mayo del 2010, desde: <http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories/Integracion/cdvevolucion.pdf>
- Greene, B., & Herek, G. (1994). *Lesbian and Gay Psychology: Theory, Research, and clinical applications*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Herek, G. (2008). *Facts about Homosexuality and Mental Health*. Consultado el 01 de mayo del 2010, en: [http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/HTML/facts\\_mental\\_health.HTML](http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/HTML/facts_mental_health.HTML)
- Hernández, L. (2004). *La Oposición de Minorías Sexuales desde la Inequidad de Género*. Consultado el 20 de Mayo del 2010, en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/267/26702209.pdf>
- Instituto Municipal de Investigación Médica (SF). *Descripción del instrumento: Cuestionario de Salud SF-12*. Consultado el 27 de Abril del 2010, en: [http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion\\_SF-12\\_BiblioPRO.pdf](http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf)
- Johnson, R. (2010). *The Kinsey Scale: How Gay Are you?* Consultado el 1 de Abril del 2010, desde: <http://gaylife.about.com/cs/gay101/a/kinsey.htm>
- Kulkarni, D. (2010). *History of Homosexuality*. Consultado el 01 de mayo del 2010 desde: <http://www.buzzle.com/editorials/7-17-2004-56743.asp>
- Leiva, P. (2005). *Identidad de Género: Modelos Explicativos*. Consultado el 1 de mayo del 2010, desde: [http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num7/esritospsicologia7\\_revision4.pdf](http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num7/esritospsicologia7_revision4.pdf)
- Lewis, R., Derlega, V., Griffin, J., & Krowinski, A. (2003). Stressors for gay men and lesbians: life stress, gay-related stress, stigma consciousness and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22 (6), 716-719.

- López, E. (SF). *Mitos sobre la homosexualidad*. Consultado el 20 de Noviembre del 2010, desde:  
[http://www.sexuar.com.ar/divulgacion/mitos\\_sobre\\_la\\_homosexualidad.htm](http://www.sexuar.com.ar/divulgacion/mitos_sobre_la_homosexualidad.htm)
- Montazeri, A., Harirchi, A., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M., & Fateh, A. (2003). *The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version*. Consultado el 25 de Abril del 2010, en:  
<http://www.hqlo.com/content/1/1/66>
- Monterroso, P. (2004). *Factores Socioculturales Causantes de Depresión en el Joven Homosexual Varón* (Tesis Publicada de Licenciatura). Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Morales, J. (2008). *Sociedad y Bienestar: El concepto de Bienestar*. Consultado el 31 de Marzo del 2010, en:  
<http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/3312/1/6.%20SOCIEDAD%20Y%20BIENESTAR.%20EL%20CONCEPTO%20DE%20BIENESTAR,%20JULI%20%81N%20MORALES.pdf>
- Morales, M., Hernández, B., Caal, M. & Ramírez, L. (2010). *Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH: hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en seis ciudades de Guatemala*. (pp. 7-108). Guatemala: Guatemala.
- Murguieri, M. (2009). *Escalas de Valoración Geriátrica*. Consultado el 25 de Mayo del 2010, en:  
[http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias\\_vernoticia.php?codigonoticia=17621](http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621)
- Myers, D. (2010). Motivation and Work. *Psychology* (9na ed.) (pp. 471-477). New York: Worth Publishers. Consultado el 20 de Julio del 2010, desde:  
<http://www.davidmyers.org/davidmyers/assets/Sex-Orient-9e.pdf>

- Obando, M. (2003). *Homosexualidad Un Problema de Discriminación Social* (Tesis Publicada de Licenciatura). Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Consultado el 20 de Abril del 2010, desde:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
- Orozco, O. (2009). Reseña de “Estudiando la homosexualidad. Teoría e investigación” de JoséIgnacio Baile Ayensa. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 7 (2), 155-158.
- Ortiz, L. & García, M. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos Saúde Pública*, 21(3), 913-925.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano* (11 ed). México, D.F: McGraw Hill Companies, Inc.
- Platero, R & Fernández, C. (2010). *Conceptos clave sobre Homosexualidad y Lesbianismo*. Consultado el 1 de Abril del 2010 desde:  
[http://74.125.113.132/search?q=cache%3A862T7epvvlkJ%3Awww.ucm.es%2Finfo%2Ffrqtr%2FConceptos\\_Clave\\_sobre\\_LGBT.pdf+homosexualidad+concepto&hl=es&gl=gt](http://74.125.113.132/search?q=cache%3A862T7epvvlkJ%3Awww.ucm.es%2Finfo%2Ffrqtr%2FConceptos_Clave_sobre_LGBT.pdf+homosexualidad+concepto&hl=es&gl=gt)
- Rodríguez, S & Toro, A. (2002). Ser o no ser: La transgresión de género como objeto de estudio de la psicología. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 22, 63-78.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Gwadz, M. (2002). Gay related stress and emotional distress among gay, lesbian, and bisexual youth: A longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 967-975.
- Ruiz, M. (2008). *Homosexualidad*. Consultado el 20 de Julio del 2010, desde:  
<http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=002220>

- Serafini, O. (1984). El análisis cuantitativo en la evaluación técnica. *Revista del instituto de investigaciones y mejoramiento educativo*, 1, 27-35.
- Toro, J., & Díaz, N. (2006). Masculinidades y homosexualidades: la emancipación de la norma y la resistencia del deseo. *Ciencias de la Conducta*, 21, 169-190.
- Toro, J., & Díaz, N. (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 537-551.
- Toro, J., & Díaz, N. (SF). *Exclusión e internalización del estigma en hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana: Implicaciones para la salud en América Latina y el Caribe*. Consultado el 27 de Julio del 2010, desde:  
[http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:hORgvvE9\\_ToJ:www.ciudadaniasexual.org/Reunion/M4%2520Toro.pdf+%22Exclusi%C3%B3n+e+internalizaci%C3%B3n+del+estigma+en+hombres+que+tienen+sexo+con+hombres%22&hl=es&gl=gt&pid=bl&srcid=ADGEESjiqxWdelJWOxDCjUMi-36Wpi8tQqQ8CrIxfNiixYP7ybpwrNlaiqAVNPYHVQwBzm5J2-EhDdmgKNgyQmrLebE\\_KMZhNFx9eBRjGMKI6\\_ju-dvmIW6ypLTt6HpnrkXIGTGvdeT&sig=AHIEtbSjquHWNJiOah13AxJYd5-0KBvH\\_A](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:hORgvvE9_ToJ:www.ciudadaniasexual.org/Reunion/M4%2520Toro.pdf+%22Exclusi%C3%B3n+e+internalizaci%C3%B3n+del+estigma+en+hombres+que+tienen+sexo+con+hombres%22&hl=es&gl=gt&pid=bl&srcid=ADGEESjiqxWdelJWOxDCjUMi-36Wpi8tQqQ8CrIxfNiixYP7ybpwrNlaiqAVNPYHVQwBzm5J2-EhDdmgKNgyQmrLebE_KMZhNFx9eBRjGMKI6_ju-dvmIW6ypLTt6HpnrkXIGTGvdeT&sig=AHIEtbSjquHWNJiOah13AxJYd5-0KBvH_A)
- Trujillo, E., Villalobos, S., Trevisi, G., González, F., & García, P. (2003). Variables psicosociales asociadas con el grado de aceptación de la orientación sexual no heterosexual. *Revista del Programa de Psicología Universidad del Norte*, 12, 39-51. Consultado el 25 de Mayo del 2010, en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/213/21301204.pdf>
- Urzúa, A., & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 151-160.

Whitehead, N. (SF). *Homosexualidad y Problemas de Salud Mental*. Consultado el 10 de mayo del 2010, desde: <http://carlospr.com/uploads/sp-whitehead.pdf>

## X. ANEXOS

### A. Anexo No. 1: Instrumento utilizado

#### **Calidad de Vida y Trastornos Alimentarios en Sujetos con Orientación Homosexual en Latinoamérica**

##### Parte I: Características socio-demográficas

A continuación se incluyen una serie de preguntas generales sobre tu persona. Te agradeceré que contestes cada una de las preguntas lo más sinceramente posible. No hay respuesta correctas o incorrectas, sólo nos interesa lo que realmente piensas o sientes.

- a. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuál es su nacionalidad? \_\_\_\_\_
- c. ¿Cuál es su nivel de estudios?
- \_\_\_ Enseñanza básica (primaria) incompleta
  - \_\_\_ Enseñanza básica (primaria) completa
  - \_\_\_ Enseñanza secundaria (Educación media o Superior) incompleta
  - \_\_\_ Enseñanza secundaria (Educación media o Superior) completa
  - \_\_\_ Enseñanza Técnicos incompletos
  - \_\_\_ Enseñanza Técnicos completos
  - \_\_\_ Enseñanza Universitarios incompletos o en curso
  - \_\_\_ Licenciatura/bachiller completado
  - \_\_\_ Escuela Graduada Maestría – Magister completado
  - \_\_\_ Escuela Graduada Doctorado completado
- d. ¿Cuál de las siguientes alternativas describe mejor su orientación sexual?
- \_\_\_ Te atraen exclusivamente las mujeres
  - \_\_\_ Te atraen parcialmente los hombres pero prefiero las mujeres
  - \_\_\_ Te atraen parcialmente las mujeres pero prefiero los hombres
  - \_\_\_ Te atraen exclusivamente los hombres
  - \_\_\_ Te atraen igualmente los hombres como las mujeres
- e. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Marque todas las que apliquen.
- \_\_\_ Con mujeres
  - \_\_\_ Con hombres
  - \_\_\_ Con hombres y con mujeres
  - \_\_\_ No he tenido relaciones sexuales
- f. ¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico para alguna de las siguientes condiciones de salud?
- \_\_\_ Depresión
  - \_\_\_ Ansiedad
  - \_\_\_ Ideaciones Suicidas
  - \_\_\_ Problemas Alimentarios
  - \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
- g. ¿Aproximadamente cuál es su ingreso mensual?
- \_\_\_\_\_

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa. Contacto: jtoro@uprrp.edu o alurzua@ucn.cl

## Parte II

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de tu calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. **Por favor, conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro sobre que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, y haga un círculo en el número que crea sea la respuesta que más le identifica.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy Bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto distrae de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzua.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu.ou](mailto:jtoro@uprrp.edu.ou) o [aluzua@ucn.cl](mailto:aluzua@ucn.cl)

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse (moverse) de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán satisfecho o bien se ha sentido** en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy Satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de si mismo/a?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amistades?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

A continuación, encontrará varias oraciones relacionadas a la conducta alimentaria. Para contestarlas, sólo debe hacer una marca de cotejo (✓) indicando la frecuencia con que piensa sobre lo que indican las aseveraciones:

		Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Usual mente	Siempre
27	Me da pánico (me aterroriza) la idea de estar con sobre peso.	1	2	3	4	5	6
28	Evito comer aun con hambre.	1	2	3	4	5	6
29	Me preocupa la comida.	1	2	3	4	5	6
30	He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer	1	2	3	4	5	6
31	Divido mi comida en pequeñas porciones en el plato (corto mis alimentos en trozos pequeños)	1	2	3	4	5	6
32	Me preocupa el contenido calórico de los alimentos	1	2	3	4	5	6
33	Evito la comida alta en carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.).	1	2	3	4	5	6
34	Siento que hay personas que desearían que yo comieran más.	1	2	3	4	5	6
35	He vomitado después de comer.	1	2	3	4	5	6
36	Me he sentido extremadamente culpable luego de comer.	1	2	3	4	5	6
37	Me preocupo con frecuencia por ser más delgado.	1	2	3	4	5	6
38	Pienso en quemar las calorías cuando hago ejercicio.	1	2	3	4	5	6
39	Algunas personas piensan que estoy demasiado delgado.	1	2	3	4	5	6
40	Me preocupa tener grasa en el cuerpo.	1	2	3	4	5	6
41	Como más lento que los demás.	1	2	3	4	5	6
42	Evito alimentos con azúcar.	1	2	3	4	5	6

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: jtoro@uprrp.edu o alurzua@ucn.cl

		Nunca	Rara mente	Algunas veces	Frecuente mente	Usual mente	Siempre
43	Como comida de dieta (diet o light)	1	2	3	4	5	6
44	Siento que la comida controla mi vida.	1	2	3	4	5	6
45	Me controlo cuando estoy frente a la comida.	1	2	3	4	5	6
46	Siento que algunas personas me presionan para comer.	1	2	3	4	5	6
47	Pienso demasiado en la comida.	1	2	3	4	5	6
48	Me siento culpable después de comer dulces.	1	2	3	4	5	6
49	Llevo una dieta.	1	2	3	4	5	6
50	Me gusta tener el estómago vacío.	1	2	3	4	5	6
51	Disfruto probando comidas novedosas o apetitosas	1	2	3	4	5	6
52	Tengo impulsos de vomitar luego de comer.	1	2	3	4	5	6

53. ¿Alguna vez ha estado en tratamiento por desórdenes alimentarios?

No

Sí

¿Cuándo?

54. ¿Ha pensado recientemente en el suicidio?

No

Sí

¿Cuándo?

**En las últimas dos semanas:**

		Nunca	Rara mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
55	Cuando te aburres, ¿Se preocupa por su figura?	1	2	3	4	5	6
56	¿Se ha preocupado tanto por su figura que ha pensado que tendría que ponerse a dieta?	1	2	3	4	5	6

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzua.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

		Nunca	Rara- mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
57	¿Ha pensado que tiene los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación al resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
58	¿Ha tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
59	¿Se ha preocupado que sus carnes no sean lo suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
60	¿Sentirse lleno después de una gran comida, ¿le ha hecho sentirte gordo?	1	2	3	4	5	6
61	¿Se ha sentido tan mal con su figura que ha llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
62	¿Ha evitado correr para que sus carnes no rebotaran?	1	2	3	4	5	6
63	¿Estar con otras personas delgadas le ha hecho pensar en su figura?	1	2	3	4	5	6
64	¿Le ha preocupado que sus muslos o cintura se ensanchen cuando se sientas?	1	2	3	4	5	6
65	El hecho de comer poca comida, ¿Le ha hecho sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
66	Al fijarte en la figura de otro chico, ¿la ha comparado con la suya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
67	Pensar en su figura, ¿Ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando mira la televisión, lee o mantiene una conversación)?	1	2	3	4	5	6
68	Estar desnado (por ejemplo, cuando te bañas), ¿Le ha hecho sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
69	¿Ha evitado llevar ropa que marque su figura?	1	2	3	4	5	6
70	¿Le has imaginado cortando las partes gordas de su cuerpo?	1	2	3	4	5	6
71	Comer dulces, bizcocho (pasteles) u otros alimentos con muchas calorías, ¿Le ha hecho sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
72	¿Ha evitado ir a actos sociales (una fiesta) porque se ha sentido mal con su figura?	1	2	3	4	5	6

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzua.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

		Nunca	Rara mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
73	¿Le ha sentido excesivamente gordo o redondo?	1	2	3	4	5	6
74	¿Le ha sentido acomplejado por su cuerpo?	1	2	3	4	5	6
75	Preocuparse por su figura, ¿Le ha hecho poner a dieta?	1	2	3	4	5	6
76	¿Se ha sentido más a gusto con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ejemplo en las mañanas)?	1	2	3	4	5	6
77	¿Ha pensado que la figura que tiene es debida a su falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
78	¿Le ha preocupado que otra gente vea una goma de auto (una llanta) alrededor de su cintura y estómago?	1	2	3	4	5	6
79	¿Ha pensado que no es justo que otros chicos sean más delgados que Ud.?	1	2	3	4	5	6
80	¿Ha vomitado para sentirse más delgado?	1	2	3	4	5	6
81	Cuando está con otras personas, ¿Se ha preocupado por ocupar demasiado espacio (por ejemplo al sentarse en el sofá o el autobús)?	1	2	3	4	5	6
82	¿Se ha preocupado que su carne sea fofa (blanda)?	1	2	3	4	5	6
83	Verse reflejado en un espejo o en un escaparate, ¿Le ha hecho sentir mal por su figura?	1	2	3	4	5	6
84	¿Se ha pellizcado zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa tiene?	1	2	3	4	5	6
85	¿Ha evitado situaciones en las que la gente pudiese ver su cuerpo (vestuarios comunes, piscinas, duchas)?	1	2	3	4	5	6
86	¿Ha tomado laxantes (pastillas para el estreñimiento) o pastillas para quemar grasas para sentirse más delgado?	1	2	3	4	5	6
87	¿Se ha fijado más en su figura estando en compañía de otras personas?	1	2	3	4	5	6
88	La preocupación por su figura, ¿Le ha hecho pensar que debería hacer ejercicio físico?	1	2	3	4	5	6

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzua.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

A continuación encontrará una serie de aseveraciones que a veces las personas creen sobre la homosexualidad y el lesbianismo. Por favor, lea cada aseveración e indique cuán de acuerdo está con la misma, circule el número que mejor refleje su posición:

		Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
89	La homosexualidad es una expresión natural de la sexualidad en los seres humanos.	1	2	3	4	5
90	Desearía ser heterosexual	1	2	3	4	5
91	Si fuera posible, aceptaría la oportunidad de ser completamente heterosexual.	1	2	3	4	5
92	Me gustaría que me atrajeran sexualmente las mujeres	1	2	3	4	5
93	Si existiera una pastilla que cambiara mi orientación sexual, me la tomaría	1	2	3	4	5
94	La homosexualidad es una desviación	1	2	3	4	5
95	No me molestaría tener hijos o hijas que fueran homosexuales o lesbianas	1	2	3	4	5
96	Si fuera heterosexual probablemente sería más feliz	1	2	3	4	5
97	La mayoría de los homosexuales acaban solos y aislados	1	2	3	4	5

A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas al intercambio por sexo. Por favor, sea lo más honesto posible.

	Durante los últimos tres meses	NO	SI	Si su respuesta fue Sí, ¿Cuántas veces?
98	¿Le dio a un hombre drogas, dinero, comida, ropa o lugar donde quedarse a cambio de sexo?			
99	¿Le dio algún hombre drogas, dinero, comida, ropa o lugar a donde quedarse a cambio de sexo?			
100	¿Alguna vez en su vida se ha dedicado al comercio sexual como fuente de ingreso económico?		SI	NO

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

## En las últimas dos semanas

		1	2	3	4
101	¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
102	¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un vitamínico (vigorizante)?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
103	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
104	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
105	¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
106	¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
107	¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
108	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
109	¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
110	¿Se ha notado constantemente agotado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
111	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
112	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
113	¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
114	¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
115	¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
116	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
117	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
118	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

119	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
120	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
121	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
122	¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
123	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
124	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece vivirse?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
125	¿Ha pensado la posibilidad de "quitarse de en medio"?	Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
126	¿Ha notado que ha veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
127	¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
128	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

Por favor, conteste que tan de acuerdo está con las siguientes oraciones, considerando que:  
**1 “totalmente en desacuerdo” y 6 “totalmente de acuerdo”**

129. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
130. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
131. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
132. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
133. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
134. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
135. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	2	3	4	5	6	
136. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
137. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	2	3	4	5	6	
138. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes	1	2	3	4	5	6
139. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
140. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
141. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
142. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
143. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
144. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
145. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
146. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
147. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
148. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5	6
149. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
150. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
151. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
152. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
153. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
154. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
155. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
156. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria	1	2	3	4	5	6
157. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6

NOTA. Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzua<sup>11</sup>  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

158. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
159. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
160. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
161. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
162. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5	6
163. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo	1	2	3	4	5	6
164. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
165. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
166. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
167. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Por favor, ahora conteste que tan de acuerdo está con las siguientes oraciones, considerando que: **1 "totalmente en desacuerdo"** y **5 "totalmente de acuerdo"**:

168. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5
169. Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5
170. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5
171. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5
172. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5
173. No me siento pertenecer a ningún grupo social.	1	2	3	4	5
174. La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar.	1	2	3	4	5
175. Creo que la gente no es de fiar.	1	2	3	4	5
176. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	1	2	3	4	5
177. Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5
178. Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5
179. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5
180. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	1	2	3	4	5
181. Creo que las personas son amables.	1	2	3	4	5
182. Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.	1	2	3	4	5
183. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5
184. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5
185. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.<sup>12</sup>  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

186. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5
187. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5
188. Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas.	1	2	3	4	5
189. Para mí el progreso social es algo que no existe.	1	2	3	4	5
190. La sociedad no ofrece alicientes (incentivos) para gente como yo.	1	2	3	4	5
191. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5
192. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	1	2	3	4	5
193. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5
194. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente.	1	2	3	4	5
195. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	1	2	3	4	5
196. El mundo es demasiado complejo para mí.	1	2	3	4	5
197. No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5
198. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5
199. Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo.	1	2	3	4	5
200. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro.	1	2	3	4	5

A continuación, encontrará varias oraciones relacionadas a los roles de género. Para contestarlas, sólo debe hacer una marca de cotejo (✓) indicando cuán de acuerdo o en desacuerdo está con cada oración.

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
201. El trabajo doméstico es trabajo de mujeres.					
202. Empleos como bombero y electricista deben ser para hombres.					
203. Los niños deben preferir jugar con camiones en vez de jugar con muñecas.					
204. Los niños no deben tirar las bolas (bolitas, canicas) como las niñas.					
205. Un hombre debe evitar en todo momento cargar la cartera de su esposa.					
206. Es afeminado que un hombre se pinte las uñas con esmalte transparente.					
207. Uno de los peores insultos dirigidos a un hombre es llamarlo "maricón".					

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
208. Un hombre no debe continuar la amistad con otro hombre si descubre que éste es homosexual.					
209. Hay ciertos temas que los hombres no deben hablar con otros hombres.					
210. Es decepcionante enterarse que un atleta famoso es homosexual.					
211. Los niños deben ser motivados a encontrar formas de demostrar su fuerza física.					
212. Un hombre que no le guste la aventura, no es muy atractivo para las mujeres.					
213. Un hombre debe levantarse para investigar cuándo hay un ruido extraño en la casa durante la noche.					
214. Es importante para un hombre asumir riesgos aunque pueda ser herido.					
215. Un hombre debe ser fuerte en los momentos difíciles.					
216. Si es necesario, un hombre debe sacrificar sus relaciones personales para avanzar en su carrera profesional.					
217. En un grupo, le corresponde a los hombres organizar las cosas y emprender la marcha.					
218. Un hombre debe hacer lo que sea para ser admirado y respetado.					
219. Está bien que un hombre compre un carro (auto) deportivo, si lo desea aunque se sobrepase en su presupuesto.					
220. Un hombre debe ser siempre el proveedor principal en su familia.					
221. Un hombre debe tratar de ganar en cualquier deporte que participe.					

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa,<sup>14</sup>  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indeciso	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
222. En situaciones que involucran dinero, la decisión final le corresponde a los hombres.					
223. Un hombre debe estar siempre dispuesto a tener sexo.					
224. Es importante que un hombre sea bueno en la cama.					
225. Los hombres deben tener siempre la iniciativa en el sexo.					
226. Un hombre no debe preocuparse sobre el control de la natalidad.					
227. Para un hombre, el sexo debe ser espontáneo, en vez de una actividad planificada.					
228. Para un hombre las caricias son el primer paso hacia el sexo.					
229. Abrazar y besar deben llevar siempre a la penetración.					
230. No vale la pena tener sexo a menos que pueda alcanzar un orgasmo.					

**A continuación encontrará una lista de cosas que le suceden a la gente. Por favor, díganos en cada caso si ésta le ha ocurrido o no en los últimos tres meses debido a su homosexualidad. Simplemente marca con una X frente a cada enunciado en la opción que corresponda (Sí o No).**

231. Aumento del número de discusiones entre sus padres debido a su homosexualidad.	SI	NO
232. Aumento de problemas con sus hermanas o hermanos debido a su homosexualidad.	SI	NO
233. Aumento del número de desacuerdos o discusiones entre Ud. y sus padres debido a su homosexualidad.	SI	NO
234. Incremento del número de desacuerdos o discusiones con otros miembros de tu familia debido a su homosexualidad.	SI	NO
235. Problemas con sus profesores o jefes por su homosexualidad.	SI	NO
236. Problemas con sus compañeros de clase o compañeros de trabajo debido a su homosexualidad.	SI	NO
237. Pérdida de amigos cercanos debido a su homosexualidad.	SI	NO
238. Incremento del número de discrepancias o discusiones con amigos cercanos debido a su homosexualidad.	SI	NO
239. Problemas con la policía a causa de su homosexualidad.	SI	NO
240. Ser asaltado o agredido físicamente en un incidente o ataque anti-homosexual.	SI	NO

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa<sub>15</sub>  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)



## Calidad de vida y trastornos alimentarios en sujetos Gay en Latinoamérica

### Hoja de Consentimiento Informado

#### **Propósito del estudio**

Se le ha informado que el Dr. Alfonso Urzúa de la Universidad del Norte, Chile y el Dr. José Toro-Alfonso de la Universidad de Puerto Rico, están llevando a cabo un estudio de colaboración internacional con fondos de los investigadores y apoyo de personal voluntario. La finalidad del proyecto es analizar la relación existente entre la presencia de trastornos alimentarios y la calidad de vida, y el bienestar subjetivo en la población en sujetos Gay en Latinoamérica.

Se le está invitando a participar de este estudio. Usted fue seleccionado por ser varón, auto-identificado como gay y residente en uno de los países participantes del proyecto. Se espera la participación de 200 personas en cada país.

#### **Procedimiento del Estudio**

Usted va a contestar un cuestionario autoadministrado con carácter anónimo que le fue entregado por la persona contacto de su país de residencia. El tiempo que le tomará responderlo será de, aproximadamente, una hora.

#### **Beneficios y Riesgos**

Se le ha informado que este estudio no está diseñado para su beneficio directo. El beneficio indirecto es generar información que aporte insumos para la planificación en salud, en grupos vulnerables. La investigación arrojará datos por país de estimaciones, sobre medidas de bienestar y calidad de vida de la población evaluada.

Entre los riesgos de esta investigación se encuentran la posibilidad de que usted sienta alguna incomodidad tomando en consideración la subjetividad de algunas preguntas del cuestionario. Puede existir el riesgo de que se viole la confidencialidad y alguien pudiera tener conocimiento sobre su orientación sexual no heterosexual. Además algún participante podría sentirse identificado con algunas de las sintomatologías descritas en el estudio relacionadas a hábitos alimentarios, calidad de vida y bienestar subjetivo. Para reducir estos riesgos su confidencialidad será protegida. El cuestionario es totalmente anónimo.

Oficiales del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico o de agencias gubernamentales de Puerto Rico o Chile responsables de velar por la integridad en la investigación podrían requerirle a los investigadores los datos obtenidos en este estudio, incluyendo este documento.

Se le ha orientado para que no escriba en el cuestionario ninguna información que le identifique. Entiende que la encuesta se identificará con un número y no se utilizará su nombre ni cualquier otra información

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
 Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)

que pueda identificarle. También se le ha asegurado que la información (los datos crudos) de esta investigación se guardará en un archivo y no se compartirá con personas ajenas a este estudio. Estos datos sin identificadores podrán ser usados para realizar análisis además de los considerados en este estudio. Sólo los investigadores tendrán acceso al archivo. Usted entiende que este estudio no incluye consejería o cualquier otro tratamiento.

#### **Estándares de Investigación y Derechos de los Participantes**

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede llamar al Dr. Alfonso Urzúa M. al (55) 355843 - 355822 ó [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl); ó con el Dr. José Toro-Alfonso al teléfono (787) 764-0000, Ext. 5696 [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) ó comunicarse con la persona que sirvió de enlace para su participación en este estudio. Las personas contacto pueden ofrecerle información sobre los lugares físicos, en cada país, y/o enlaces en las páginas de Internet, donde se le suministrará información y ayuda, en caso de requerirla, como resultado de su participación en la investigación.

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Oficial de Cumplimiento del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, al teléfono 764-0000, extensión 2515 ó a [cipshi@degi.uprrp.edu](mailto:cipshi@degi.uprrp.edu)

Su participación es completamente voluntaria y puede decidir no participar en el estudio con la garantía de que, su decisión, no le ocasionará contratiempos. De aceptar participar, puede oponerse a responder una pregunta en particular, como también a la totalidad de la encuesta en el momento que usted lo considere.

Si luego de haber leído este documento y evaluado su participación en el estudio, la respuesta resultara afirmativa, deberá firmarlo o iniciarlo, como evidencia de su consentimiento. Puede decidir participar pero no firmar la hoja de consentimiento. Tiene derecho a recibir copia de este documento.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio. Con mi firma, iniciales, marca o de forma verbal, certifico que tengo capacidad para consentir. Entiendo que la persona contacto firmará el documento como testigo de mi consentimiento para participar en la encuesta. Se me ha ofrecido copia de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma, marca o iniciales del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Acepto participar sin firmar este documento

\_\_\_\_\_  
Fecha

He discutido el contenido de esta hoja con la persona participante. Le he explicado los riesgos y beneficios potenciales del estudio. Certifico que la firma o marca arriba pertenece al participante y que he firmado en el momento en que otorgó su consentimiento para participar de la encuesta.

\_\_\_\_\_  
Representante del investigador/Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Página 2 de 2

NOTA: Este instrumento no puede ser utilizado sin la autorización de Toro & Urzúa.  
Contacto: [jtoro@uprrp.edu](mailto:jtoro@uprrp.edu) o [alurzua@ucn.cl](mailto:alurzua@ucn.cl)