

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS

SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



ACTITUDES HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Tesis Presentada por la Bachiller en Psicología

SOLANGE LUCERO PICHA MAMANI

Para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Arequipa – Perú

2015

“Fui muy creyente cuando era chico, muy místico.

Y eso es como la borra en el fondo del vaso del vino, te queda para siempre.

No es una cosa que se va; se transfigura, cambia de nombre”

Eduardo Galeano



Dedicado a

A mi madre,

A mi padre,

A mi hermana y

A mi hermano con quienes estoy inmensamente agradecida.

Del mismo modo, a todos y todas
quienes colaboraron
en la realización de esta investigación,
infinitas gracias.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 6 |
| Abstract..... | 7 |
| CAPITULO I: Marco Teórico..... | 8 |
| Introducción..... | 9 |
| Problema de investigación..... | 11 |
| Interrogantes secundarias..... | 11 |
| Variable..... | 12 |
| Definición operacional..... | 12 |
| Objetivos..... | 13 |
| Objetivo general..... | 13 |
| Objetivos específicos..... | 13 |
| Antecedentes Teóricos – Investigativos..... | 14 |
| Actitud..... | 14 |
| Orientaciones de la sexualidad..... | 20 |
| Actitudes hacia la homosexualidad..... | 26 |
| Situación actual de las personas homosexuales en los servicios de salud..... | 41 |
| CAPITULO II: Diseño metodológico..... | 50 |
| Tipo o Diseño de Investigación..... | 51 |
| Técnicas e Instrumentos..... | 51 |
| Población y Muestra..... | 53 |
| Estrategia de Recolección de Datos..... | 55 |
| Criterios de Procesamiento de Información..... | 57 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| CAPITULO III: Resultados..... | 59 |
| Descripción de los resultados | 60 |
| Discusión..... | 77 |
| Conclusiones..... | 87 |
| Sugerencias..... | 88 |
| Limitaciones | 90 |
| Referencias | 92 |
| Anexos | 98 |



Resumen

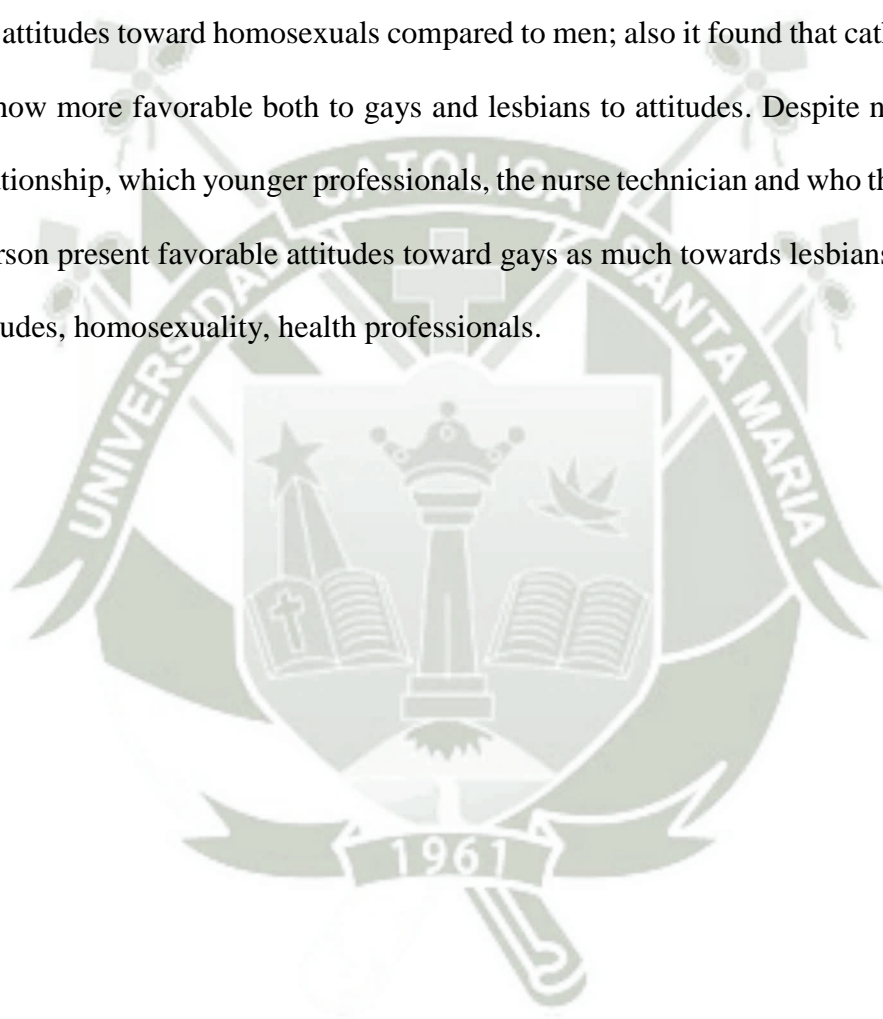
Esta investigación explora las actitudes hacia la homosexualidad en profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana). Se trabajó con 330 profesionales de la salud empleando la Escala de Actitudes hacia la Homosexualidad de Barra (2002). Se encontró que los profesionales de la salud poseen actitudes favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas. Las mujeres reflejan actitudes más favorables hacia las personas homosexuales en comparación a los hombres; también se halló que los profesionales de la salud católicos muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas. Pese a no contar con una relación significativa, se observó que los profesionales más jóvenes, el técnico en enfermería y quienes afirman conocer alguna persona homosexual presentan actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas.

Palabras clave: actitudes, homosexualidad, profesionales de la salud.

Abstract

This research explores attitudes toward homosexuality in health professionals of the Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana). It was worked with 330 health professionals it was used the Attitudes toward Homosexuality Scale by Barra (2002), it was found that health professionals have favorable attitudes toward gays as much towards lesbians. Women reflect more favorable attitudes toward homosexuals compared to men; also it found that catholic health professionals show more favorable both to gays and lesbians to attitudes. Despite not having a meaningful relationship, which younger professionals, the nurse technician and who they to know homosexual person present favorable attitudes toward gays as much towards lesbians.

Keywords: attitudes, homosexuality, health professionals.





CAPITULO I: Marco Teórico

Introducción

Durante todo el siglo XX, la conducta sexual humana ha generado interés científico y actualmente dicho interés se ha incrementado (Annicchiarico, 2009). En ese sentido, Whittaker (1999 citado por Campo, Rodríguez, & Trías, 2008; Rodríguez, 2010) afirma que en el área de la sexualidad humana siempre ha existido la fascinación por conocer y explorar las actitudes hacia la homosexualidad.

Castañeda (2000) sostiene que la historia ofrece amplia evidencia de la discriminación e injusticia sostenida contra las personas homosexuales. No basta con que la homosexualidad se discuta con más frecuencia que en décadas anteriores y que los medios de comunicación presenten la vida de gays y lesbianas con mayor aceptación, esto no se traduce en actitudes favorables puesto que son rechazados y enfrentan sanciones morales, religiosas y, en muchos casos, legales (Toro-Alfonso & Vara-Díaz, 2004). Muestra de esto son los actos de violencia cometidos en agravio de la orientación sexual, Meza (2014) reportó cerca de 40 casos de afectación a la seguridad personal.

Buscando aclarar algunas inconsistencias presentes en la literatura y aportar con datos recientes de nuestro medio, la presente investigación tuvo como objetivo determinar las actitudes hacia la homosexualidad en profesionales de la salud, teniendo en cuenta que son los principales agentes de la promoción de la salud integral de las personas y de la comunidad. Además se exploró su relación con ciertos datos socio-demográficos (edad, sexo, profesión, conocer algún homosexual y religión). Tales actitudes se evaluaron mediante la Escala de Actitudes hacia la Homosexualidad elaborado por Barra (2002).

A pesar de los avances en el estudio científico de la homosexualidad, las actitudes hacia las personas homosexuales van en el continuo de aceptación y rechazo (Rodríguez, 2010). En ese

sentido, Louderback y Withley (1997 citados por Acuña-Ruiz & Oyuela, 2006; Barra, 2002; Rodríguez, 2010; Villa & Jaimes, 2009) señalan que se debe entender que estas actitudes están influidas por un sistema generalizado de creencias. Los hallazgos de esta investigación muestran la relación estadística significativa entre las actitudes hacia la homosexualidad con el sexo del individuo y su religiosidad; respecto a la edad, profesión y conocer algún homosexual no se halló relación estadística significativa.

A lo largo del tiempo gays y lesbianas no recibieron una atención de salud adecuada incluso en los países modernos, siendo más crítica la situación en aquellos países en vías de desarrollo. Usualmente los profesionales de la salud no reciben la formación necesaria para atender todos los requerimientos de esta población (Arnold, 2001 en Moral, Valle & Martínez, 2013). Los estudios revisados revelan que existe una política silenciosa no explícita que tiende a discriminar solapadamente a gays y lesbianas, por lo tanto urgen modificaciones a nivel estructural en las instituciones sociales, de ese modo el Ministerio de Salud (MINSA) deberá implementar normativas específicas que garanticen el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental a toda la diversidad sexual y por su parte el Estado tiene el deber de generar políticas públicas en bien de la no discriminación por orientación sexual.

Problema de investigación

¿Cuáles son las actitudes hacia la homosexualidad en profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?

Interrogantes secundarias.

1. ¿Existen diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad en función de la edad y el sexo del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?
2. ¿Existe diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en relación con la profesión?
3. ¿Existen diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en función de conocer o no a una persona homosexual?
4. ¿Existen diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad en relación a la religión del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma?

Variable

La presente investigación tiene una variable de trabajo, es decir, es univariable: actitudes hacia la homosexualidad.

Definición operacional

Actitudes hacia la homosexualidad: Son las reacciones favorables o desfavorables en relación con la homosexualidad. Se medirá con la Escala de Actitudes hacia la Homosexualidad de Barra (2002), en la cual se considera las siguientes dimensiones: derechos civiles de los homosexuales, reacciones emocionales y conductuales hacia los homosexuales, relaciones entre personas homosexuales y características personales de los homosexuales.

El término *homosexual* será empleado en esta investigación para hacer referencia a gays y lesbianas; el término *gay*, a los hombres homosexuales y el término *lesbiana*, a las mujeres homosexuales.

Además, se tomará en cuenta algunos aspectos socio-demográficos de la muestra como edad, sexo, profesión, conocido homosexual y religión.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar cuáles son las actitudes hacia la homosexualidad en profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Objetivos específicos.

1. Precisar las diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en función de su edad y sexo.
2. Señalar las diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en relación a su profesión.
3. Reportar las diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en función de conocer o no a una persona homosexual.
4. Evaluar las diferencias significativas en las actitudes hacia la homosexualidad del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma en relación de su religión.

Antecedentes Teórico – Investigativos

En los siguientes párrafos, se procederá a desarrollar el tema de la actitud así como las orientaciones de la sexualidad desde una perspectiva general y actual. Seguidamente se detalla los antecedentes investigativos sobre las actitudes hacia la homosexualidad y como último punto la situación de gays y lesbianas en los servicios de salud.

Actitud

¿Qué hace que una persona sea liberal y no conservadora? ¿A qué se debe que alguien esté a favor o en contra de la unión civil entre homosexuales?, cuestionamientos similares a estos nos lleva a establecer nociones acerca de la actitud, estudio con el que se inició la joven psicología social (Kassin, Fein & Markus, 2010).

La palabra actitud proviene del latín *actitudo* que antiguamente se asociaba con la palabra latina *aptus*, que significa “apto y preparado para la acción” refiriéndose a algo directamente observable. Sin embargo, los investigadores en la actualidad consideran a la actitud como un constructo que, aunque no es directamente observable, precede a la conducta, y guía las elecciones y las acciones (Hogg, Vaughan & Haro, 2011).

La actitud no es una denominación exclusiva de la psicología. Sus antecedentes yacen en contextos teatrales; es decir, que la actitud era una forma de describir la posición que tenía el cuerpo. Los años transcurren y la posición corporal pierde sentido y la denotación del término actitud asume la descripción de una posición de la mente. Es así que los profesionales del comportamiento incorporan su uso y asignan una definición científica (Chirinos, 2009).

Definiciones de actitud

El punto de partida nuestro en lo que se refiere a definiciones será Hogg, et al. (2011) cuando cita a Thomas y Znaniecki, 1918; Watson, 1930 y señalan a la psicología social como el estudio

científico de las actitudes. En ese contexto, también cita a Allport, 1935 quien indica a la actitud como “un estado mental y nervioso de preparación, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado”.

A pesar de la relevancia de las actitudes en la psicología social y su larga historia de estudio, aún se carece de una definición consensuada sobre este término. Siendo notoria la diversidad de conceptualizaciones, para fines investigativos, se tomará la definición de Kassin et al. (2010), quienes señalan que las actitudes son “reacciones positivas, negativas o mixtas en relación con una persona, un objeto o una idea”.

Cotidianamente hacemos evaluaciones a las personas, los lugares, los objetos y a las ideas de manera positiva, negativa o neutral; los investigadores de la década de los 90 mencionan que las actitudes son un proceso inmediato y automático. Caso contrario de no tener actitudes, tendríamos dificultades para construir y reaccionar ante los hechos, para tomar decisiones y para comprender la relaciones interpersonales (Hogg et al., 2011).

Medición de las actitudes

Kassin et al. (2010) cita a Thurstone, 1928 que publicó que las actitudes son susceptibles de medición. Cita también a Fishbien y Ajzen, 1972 que reveló la existencia de más de 500 métodos distintos para determinar las actitudes de un individuo.

En ocasiones las actitudes resultan muy complejas como para ser evaluadas por medio de una simple pregunta con escala de Likert. Desde la perspectiva de la neurociencia social, la actividad eléctrica del cerebro también podría contribuir a la evaluación de actitudes (Kassin et al. 2010).

En esta revisión sobre la medición de las actitudes, las evaluaciones encubiertas basadas en la idea de que cada uno de nosotros posee actitudes implícitas que no puede auto-reportar ya que

no somos conscientes de ellas. Es preciso hacer mención a la Prueba de Asociación Implícita (IAT, por sus siglas en inglés) que mide la velocidad con la que las personas asocian conceptos pareados; con esta prueba se ha podido detectar que las personas tienen una marcada preferencia implícita por el Yo sobre los demás y por los estereotipos (Kassin et al. 2010).

Cárdenas y Barrientos (2008) nos dicen que en diversos estudios, los instrumentos tradicionales para evaluar las actitudes han sido escalas y cuestionarios graduadas. Sin embargo, estos instrumentos de evaluación fueron criticados a causa del gran número de limitaciones detectadas, tales como la presentación positiva que intentan hacer de sí mismos (ya sea ante otros o ante sí mismos para preservar una auto-imagen positiva), es decir la deseabilidad social de sus respuestas.

Para el caso de las actitudes hacia la homosexualidad no existe una escala estandarizada. Hay disponible una variedad de escalas, ya sea para medir la homosexualidad en general o si se pretende evaluar actitudes hacia gays o hacia lesbianas independientemente.

Componentes de la actitud

Varios estudiosos fascinados por el campo de la psicología social, interesados en construir modelos de los componentes que conforman la actitud determinaron que hay notorias diferencias entre los mismos teóricos. Hogg et al. (2011) cita varios de ellos, como Thurstone, 1931 que habla de un componente. Los estudiosos que asignan dos componentes son Allport, 1935; Petty y Cacioppo, 1986. Finalmente los convencidos de que existen tres componentes son Breckler, 1984; Himmelfarb y Eagly, 1974; Krech, Crutchfield y Ballachey, 1962; Ostrom, 1968; Rosenberg y Hovland, 1960.

En 1994, Morales citado por Ariza y Wagher (1999) refiere que las actitudes se dan en base a tres componentes:

- a) *Componente cognitivo*: El cual se refiere a la información y la percepción que la persona hace al objeto de la actitud.
- b) *Componente afectivo*: Es el componente de mayor importancia en una actitud y está compuesto por los sentimientos que produce dicho objeto y pueden ser favorables o desfavorables.
- c) *Componente comportamental*: Pasa a ser el componente activo en una actitud ya que incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto de la actitud, así como las acciones dirigidas hacia él.

Los tres componentes son sobresalientes, no obstante su importancia relativa depende del nivel de motivación de la persona con respecto al objeto de la actitud.

Función de las actitudes

En vista de que las actitudes poseen una estructura, la función de las mismas es inevitable. Katz (1960) propuso que hay diversas clases de actitudes y que cada una cumple una función diferente:

- a) *Función utilitaria*: Algunas actitudes hacia personas, objetos o situaciones se fundamentan en función del placer o dolor (recompensa o castigo).
- b) *Función expresiva de valor*: Al expresar una identidad social específica producto de una red de actividades, intereses y opiniones se muestran los valores centrales de la persona.
- c) *Función defensiva del ego*: Algunas actitudes se forman para respaldar a la persona frente a las amenazas externas o internas.
- d) *Función de conocimiento*: Cuando las actitudes se manifiestan en situaciones ambiguas o se confrontan en un nuevo evento, resulta necesaria la representación de éstas como estructura o significado.

Conformación de las actitudes

Tesser (1993 en Kassin et al., 2010) determinó que hay una configuración genética en los profundos gustos y la antipatía, esta evidencia sugiere que ciertas actitudes estén predisuestas. Los investigadores que trabajaron con gemelos idénticos y mellizos señalan que respecto a ciertos temas las actitudes de los gemelos idénticos son más similares que las de mellizos, además demostraron que las actitudes de los gemelos criados en hogares distintos son tan semejantes entre sí como aquellos que crecieron en el mismo ambiente. Este patrón de evidencia sugiere que las personas son proclives a mantener ciertas actitudes como resultado de un conjunto de habilidades físicas, sensoriales y cognitivas, así como determinados rasgos de temperamento y personalidad innatos.

La exposición a determinados objetos actitudinales como al historial de recompensas y castigos; a las actitudes declaradas por padres, amigos y enemistades; al contexto cultural y social y a otras experiencias va a conformar nuestras más apreciadas actitudes (Kassin et al., 2010).

Resulta evidente señalar que las actitudes se adquieren a través de procesos de aprendizaje básicos. Lo demuestran numerosos estudios, cuando las personas toman actitudes profundamente positivas o negativas hacia objetos neutrales vinculados con estímulos que tienen cierta carga emocional. Recientes investigaciones han confirmado que las actitudes implícitas y explícitas hacia objetos neutrales se componen a partir de asociaciones con estímulos positivos y negativos, aun cuando la persona no sea consciente de tal vinculación (Olson & Fazio, 2001, 2003; Walther, 2002 citados por Kassin et al., 2010).

Relación entre actitud y comportamiento

Asumimos con frecuencia que el comportamiento está precedido por las actitudes. Pero, Kassin et al. (2010) cita a LaPiere, 1934 quien fue el pionero en señalar la falta de

correspondencia entre estos dos constructos. También cita a Wicker, 1969 quien resolvió que entre las actitudes y el comportamiento sólo existe una débil correlación. Además cita el meta-análisis de Kraus, 1995 quien sentenció que las actitudes son capaces de pronosticar, significativa y sustancialmente el comportamiento futuro. En los siguientes años, numerosos estudios identificaron algunas de las condiciones bajo las cuales es posible utilizar las actitudes como medio para predecir el comportamiento futuro.

Las actitudes constituyen una de las determinantes del comportamiento, pero otros factores también participan en él. Así tenemos al nivel de *correspondencia*, o *similitud*, que hay entre las evaluaciones de actitud y comportamiento (Kassin et al., 2010). En esa línea, mientras más específica es la pregunta actitudinal, es más viable lograr la predicción del comportamiento (Davidson & Jaccard, 1979; Kraus, 1995 en Kassin et al., 2010).

Kassin et al. (2010) cita a Fischbein, 1980 quien planteó la *teoría de la acción razonada* y a Ajzen, 1991 que presenta la *teoría de la conducta planificada*, de acuerdo con estas teorías las actitudes influyen en el comportamiento a través de un proceso de toma deliberada de decisiones. Las actitudes hacia un comportamiento específico se combinan mejor con *normas subjetivas* y la *percepción de control* para influir en las *intenciones* de los individuos. Estas intenciones, a su vez, funcionan como guía del comportamiento, pero no lo determinan.

Fuerza de la actitud

Hay ocasiones en que las actitudes desempeñan una marcada influencia sobre algún comportamiento determinado que otros factores sociales. Y esto se debe a la *fuerza* de la actitud (Boninger et al., 1995; Petty & Krosnick, 1995; Visser & Mirabille, 2004 en Kassin et al., 2010). Se combinan varios factores que señalan la fuerza de una actitud y su relación con determinado comportamiento.

Davidson et al., 1985; Kallgren y Wood, 1986 citados por Kassin et al. (2010) de sus investigaciones afirmaron que la fuerza de una actitud está determinada por la *cantidad de información*. Por otro lado, Kassin et al. (2010) indica también que es importante *cómo* se adquiere dicha información, los estudios permiten señalar que las actitudes son más estables y más capaces de pronosticar un comportamiento específico cuando son resultado de la experiencia personal, y no cuando se basan en información indirecta o de segunda mano.

El tercer factor clave en la fuerza de la actitud depende de cuán satisfecha se siente la persona en relación con su propia resistencia, éstas pueden fortalecerse a medida que logran resistir al cambio sugerido mediante un mensaje persuasivo o si consideran que sus argumentos en contra son débiles, su certidumbre respecto a la actitud inicial será mejor (Tormala et al., 2006; Tormala & Petty, 2002 en Kassin et al., 2010).

El último factor estriba en que, entre mayor sea la fuerza de una actitud, más disponible estará para la conciencia, lo cual significa que es capaz de activar ciertos comportamientos de manera rápida y espontánea (Bargh et al., 1992; Fazio, 1990; Fazio & Towles-Schwen, 1999 en Kassin et al., 2010).

Englobando, el vínculo de las actitudes y el comportamiento establece que las evaluaciones que se realiza a un objeto no siempre determina la acción, ya que otros factores están en juego y merecen consideración. Sin embargo, si las actitudes son fuertes y tienen relación específica con un comportamiento los efectos son indiscutibles (Kassin et al., 2010).

Orientaciones de la sexualidad

Durante el siglo XX, la conducta sexual humana ha generado interés científico y en la actualidad este interés se ha incrementado (Annicchiarico, 2009), en especial énfasis lo referido a la orientación sexual. Zubeidat, Desvarieux, Salamanca y Sierra (2004), indican que los

artículos publicados sobre homosexualidad en el *Journal of Sex Research* junto con el *Journal of Sex and Marital Therapy* representan aproximadamente el 6% de investigación por encima de otros temas (abuso sexual, prostitución, terapias sexuales y eyaculación precoz). Whittaker (1999 en Campo, Rodríguez, & Trías, 2008; Rodríguez, 2010) afirma que en el área de la sexualidad humana siempre ha existido la fascinación por conocer y explorar las actitudes hacia la homosexualidad. Así, Ardila, 1998 indica que la homosexualidad ha sido motivo de estudio por parte de historiadores, abogados, antropólogos, psicólogos, sociólogos, genetistas y médicos durante decenios (Campo et al, 2008).

La historia está llena de hechos de incompreensión, rechazo, violencia y marginación hacia la comunidad homosexual. No obstante, en la última década, la orientación sexual ha sido uno de los fenómenos más estudiados y, probablemente, el fenómeno menos comprendido por nuestra sociedad (Toro-Alfonso, 2005).

En 1948, Kinsey, Pomeroy y Martin como parte de los resultados de una investigación manifestaron que la orientación sexual es un *continuum*, en determinados momentos se puede ser heterosexual u homosexual no siempre será una categoría exclusiva pues la atracción puede variar hacia ambos sexos.

Ante ese marco la orientación sexual, es el término que se aplica para definir la atracción hacia personas del mismo sexo (entendida como una orientación homosexual), hacia personas del otro sexo (una orientación heterosexual), hacia personas de uno u otro sexo (bisexual) o como falta de interés sexual hacia personas de cualquier sexo (orientación asexual) (Crooks & Baur, 2010). Asimismo, Rathus, Nevid & Fichner-Rathus (2005) mencionan que la orientación sexual no se define por la actividad sexual *per se*, sino más bien por la dirección de los intereses románticos y las atracciones románticas que uno siente.

Se puede decir entonces, la orientación sexual no necesariamente se expresa en la conducta sexual, muchas personas se sienten homosexuales o heterosexuales anticipadamente de contraer relaciones sexuales con personas de su propio sexo o del sexo opuesto (Diamond, 2003; Savin-Williams & Diamond, 2000 citados por Rathus et al., 2005).

Acuña-Ruiz y Oyuela (2006) manifiestan que un hombre desee a otro hombre no quiere decir que automáticamente va a actuar como mujer, sino que puede mantener los roles de género y estereotipos sociales asignados a la masculinidad y variar únicamente su objeto del deseo. La misma lógica se sigue en el caso de mujeres, es decir que las lesbianas mantienen los roles de género y estereotipos sociales asignados a su femineidad y su objeto del deseo son mujeres.

Homosexualidad

El término homosexual proviene de la raíz griega *homo* que significa “igual” (que es distinto al latín *homo* que significa “hombre”) (Shibley & DeLamater, 2006). Entonces, la orientación homosexual es la “atracción erótica, psicológica, emocional y social hacia personas de su propio sexo” (Martin & Lyon, 1972 citados por Crooks & Baur, 2010). En el lenguaje académico, el término lesbiana se utiliza para hacer referencia a las mujeres homosexuales quienes tienen una orientación sexual dirigida a otras mujeres; y la palabra gay se refiere a los hombres homosexuales quienes tienen una orientación sexual centrada en otros hombres.

Nociones históricas frente a la homosexualidad

La homosexualidad, como práctica sexual, se presenta como un fenómeno que se ha desarrollado a través de la historia de la humanidad, y que se ha manifestado en distintas culturas de diferentes formas es signo de que no es resultado de una degeneración o decadencia cultural. Podemos observar que en la Grecia Antigua, la satisfacción sexual de las mujeres era considerada correcta si tenían acceso tanto a hombres como a mujeres (Pérez, 1985 en Villa & Jaimes, 2009).

Después, con el advenimiento del Cristianismo se rompieron con algunas formas de pensar de los judíos antiguos y hebreos, impusieron una condena a la conducta homosexual, vista como un crimen contra natura, un peligro para la sociedad, las buenas costumbres y la preservación de los valores familiares. Aunque para la comunidad cristiana aún persisten prejuicios en relación a esta noción de la homosexualidad vista como enfermedad.

Luego vinieron los estudios de Kinsey et al. (1948), apareciendo a la luz pública las primeras estadísticas sobre la incidencia de personas homosexuales (aunque se exageró un poco al comunicar la cifra del 10 % de homosexuales en la población general, cuando en los estudios actuales parece que se sitúa entre el 1% y el 3 %).

Los movimientos de liberación homosexual hacen sus apariciones a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, según Pérez (1999 citado por Campo et al., 2008) estos movimientos marcaron un hito en la historia de la comunidad homosexual. Sin embargo, en esa época era considerada una enfermedad y las investigaciones se centraron en conocer o descubrir las causas de la homosexualidad para erradicarla.

La *American Psychiatric Association* en 1973 al borrar la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales del DSM-III señala que la homosexualidad no implica en sí misma ningún impedimento en cuanto a juicio, estabilidad o capacidad general social o vocacional, lo que pretendía era un cambio de actitudes y, eventualmente, de leyes vigentes (*American Psychiatric Association*, 2000).

En Estados Unidos, Hooker (1957 citada por Toro-Alfonso, 2005) realizó la primera investigación sobre homosexualidad, y en ella indicó que no existen diferencias significativas en el funcionamiento y salud mental entre hombres homosexuales y heterosexuales al comparar resultados de pruebas psicológicas. Desde entonces se realizaron diversos estudios dirigidos a

demostrar la ausencia de patología y convencer a la sociedad sobre la normalidad de este grupo, principalmente en gays y en menor porcentaje sobre lesbianas.

Recientemente en una encuesta mundial sobre Sexo realizada por Durex (2006 citado por Crooks & Baur, 2010), abarcó 41 países, muestra que en promedio del 12% de los entrevistados mencionó haber experimentado algún intercambio sexual con personas del mismo sexo por lo menos una vez.

Hoy en día, en la mayoría de países occidentales ya no consideran como delito a la homosexualidad; contrario a esto, la tendencia es a penalizar la discriminación y agresión por orientación sexual en cumplimiento de derechos constitucionales y acuerdos internacionales de protección de derechos humanos (Castañeda, 2006 en Moral et al., 2013).

Factores de desarrollo de una identidad homosexual

Un gran número de investigaciones ha sido impulsado por el interés de por qué se asumen orientaciones menos comunes que la heterosexualidad. Para representar esta interrogante se ha propuesto varias teorías que difieren en el énfasis que hacen en causas biológicas, psicológicas o sociales. El debate teórico en este campo se ha visto impregnado por los enfrentamientos ideológicos y religiosos.

Crooks y Baur (2010) consideran que varias teorías psicosociales y biológicas han tratado de explicar la homosexualidad. Por un lado, las teorías psicosociales relaciona los patrones de paternidad, las experiencias de vida o los atributos psicológicos de la persona para explicar una identidad homosexual. Aquellas teorías de causa biológica toman en cuenta las diferencias significativas hormonales prenatales o adultas, al igual que los factores genéticos con la finalidad de aclarar las orientaciones sexuales.

Ante esto señalaré, la homosexualidad no es consecuencia de una determinación biológica ni tampoco de la construcción social, sino que la orientación sexual es el resultado de la interacción compleja de factores ambientales, cognitivos y biológicos y están presentes distintos aspectos como la atracción romántica, emocional, y sexual hacia otras personas (Gross, 1994 citado por Villa & Jaimes, 2009).

Ortiz (2005 en Campo et al., 2008) menciona que desde la infancia se incorpora el punto de vista dominante en cuanto a la orientación sexual y lo que significa portarlo, para posteriormente adherirlo a su propia vida.

Salir del clóset

Por supuesto, antes del proceso de la salida del clóset, la persona tiene que haber alcanzado una identidad homosexual. Este desarrollo de identidad atraviesa seis etapas, así lo plantea Cass (1979 citado por Shibley & DeLamater, 2006):

1. *Confusión de la identidad*: Lo más probable es que inicialmente la persona haya asumido una identidad heterosexual. A medida que ocurren atracciones con el mismo sexo, se presenta la confusión ¿Quién soy?
2. *Comparación de identidad*: Ahora, la persona piensa, “Es posible que sea homosexual”. Pueden existir sentimientos de aislamiento ya que se ha perdido la cómoda identidad heterosexual.
3. *Tolerancia de identidad*: Durante esta etapa, la persona piensa, “Es probable que sea homosexual”. Entonces, la persona busca a homosexuales y hace contacto con la subcultura gay, buscando confirmación.
4. *Aceptación de la identidad*: Ahora, la persona puede decir, “Soy homosexual”, y acepta esta identidad.

5. *Orgullo de la identidad*: La persona divide el mundo entre homosexuales y heterosexuales. Hay una fuerte identificación con el grupo homosexual y una salida más intensa del clóset.
6. *Síntesis de la identidad*: La persona ya no sostiene un punto de vista de “nosotros contra ellos”. En esta última etapa, la persona puede sintetizar las identidades públicas y privadas.

Resumiendo, la historia evidencia la discriminación sostenida contra gays y lesbianas, un sector de la sociedad que es rechazado y enfrenta sanciones morales, religiosas y, en muchos casos, legales (Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004). Razón por la cual surge la necesidad de mostrar cuáles son en la actualidad las actitudes que el profesional de la salud mantiene frente a este grupo sexual minoritario.

Actitudes hacia la homosexualidad

Desde la antigüedad, la visión de la homosexualidad ha evolucionado y con ella la actitud hacia gays y lesbianas: a) la aceptación como conducta normal, sin ser considerada pecaminosa ni degradante; b) como delito, bajo la influencia judeocristiana, al considerarla como un peligro para la conservación de las buenas costumbres y los valores familiares; c) como enfermedad mental, tratando de curar a los homosexuales, buscando cambiar su orientación sexual; d) y en nuestra actualidad como una opción de vida (Ardilla, 2007 en Rodríguez, 2010).

A pesar de los avances en el estudio científico de la homosexualidad, las actitudes hacia las personas homosexuales van en el continuo de aceptación y rechazo (Rodríguez, 2010). En ese sentido, se han realizado numerosas investigaciones en cuanto a las actitudes hacia la homosexualidad con diversas poblaciones siendo escasa la bibliografía en lo que se refiere a profesionales de la salud, y más aún, en nuestro medio. Se tomó como referencia los trabajos

realizados con estudiantes universitarios, en especial los relacionados con ciencias de la salud, a fin de obtener mayor alcance académico, estimando que, al culminar su formación universitaria pasarán a ser parte del grupo que es consultado por la comunidad.

Los datos que a continuación se detallan forman parte de los estudios con más aproximación a la presente investigación.

En lo que se refiere a las actitudes de hombres y mujeres ya sea hacia la homosexualidad o hacia gays o lesbianas, en específico, los resultados son discrepantes; la evidencia muestra que las actitudes de los individuos están fuertemente relacionadas con diversas y variadas posturas.

Cabe resaltar que las actitudes desfavorables hacia los homosexuales ha sido revisado desde varias perspectivas, principalmente señalando su desarrollo y formas de intervención para disminuir el prejuicio y el rechazo social (Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004).

Al respecto Yang y Savin-Williams (1998 citados por Toro-Alfonso, 2005) presentan una postura positiva al indicar que hay un cambio hacia mayor tolerancia y aceptación general hacia gays y lesbianas comparados con décadas anteriores.

Según la edad

En el trabajo de Acuña-Ruiz y Oyuela (2006), *“Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales”*, en la categoría *Actitud* se puede inferir que a mayor etapa de desarrollo psicosocial (adultez intermedia y adultez tardía, 31 - 55 años y 56 a más edad, respectivamente) las actitudes hacia gays tienden a ser menos favorables.

Según las diferencias sexuales

En el meta-análisis de Kite y Withley (1996 en Barra, 2002; Villa & Jaimes, 2009) sobre las diferencias sexuales en las actitudes hacia la homosexualidad resalta que de 112 estudios

revisados sólo el 7% examinaban las actitudes hacia lesbianas específicamente. Ante esto, Barra (2002) comenta que es mínima la claridad respecto a las actitudes que hombres y mujeres sostienen hacia lesbianas. Por lo que, las investigaciones posteriores, incluida ésta, tienen el deber de incrementar la evidencia y aportar nuevos conocimientos acerca de las actitudes no sólo hacia lesbianas sino hacia las personas homosexuales en general.

Es así que, Acuña-Ruiz y Oyuela (2006); Barra (2002); Cárdenas y Barrientos (2008); Chirinos (2009); Rodríguez (2010); Villa y Jaimes (2009), en líneas generales, han reportado con diversas poblaciones respecto a las actitudes de los individuos hacia las personas homosexuales, que las actitudes de hombres son particularmente desfavorables cuando la persona evaluada es un gay más que una lesbiana, mientras que las mujeres muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como lesbianas.

En ese sentido, el estudio de Chirinos (2009), *“Actitudes hacia la sexualidad en alumnos de la Universidad Católica de Santa María”*, uno de las ocho dimensiones evaluadas fue la homosexualidad y concluyó que los jóvenes universitarios tienen una tendencia conservadora a la homosexualidad. De dicho estudio, hay puntos a resaltar dado el enfoque de la investigación en curso; en cuanto a las diferencias de sexo, los hombres presentaron una actitud más conservadora que las mujeres; además, en cuanto a la edad, religión, el grado de prácticas religiosas, consumo y frecuencia de consumo de alcohol, fuentes de información en materias de sexualidad, relación amorosa y vida sexual no se encontró diferencias estadísticas significativas.

Sin embargo, el trabajo realizado en Venezuela por Campo et al. (2008), *“Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la homosexualidad”*, revela que los sujetos exhiben una actitud neutral ante la homosexualidad, ya que en los últimos decenios ha existido una mayor tolerancia

hacia opiniones individuales y la diversidad sexual, quizá por la existencia de una probable apertura en la sociedad hacia diversas tendencias minoritarias.

En el estudio de Cárdenas y Barrientos (2008), *“Explicit and implicit attitudes toward gay men in a university sample in Chile”*, otro alcance importante que nos hacen, es que los hombres muestran actitudes explícitas más desfavorables hacia gays que las mujeres. Las diferencias desaparecen cuando se mide la actitud implícita, mostrando así que hombres y mujeres tienen una actitud implícita desfavorable hacia gays, lo que indicaría que la aparente disminución del prejuicio constatado en auto-reportes, asociada a ciertos grupos, encubre el hecho de que las actitudes automáticas han cambiado.

El contexto social en el que nos desenvolvemos, poco a poco ha ido colocando públicamente la noción de que los prejuicios negativos son políticamente incorrectos, razón por la cual la gente cada vez más señala que no posee prejuicios. No obstante, los prejuicios basados en estereotipos tan arraigados en la sociedad son difícilmente modificables, más bien se han hecho más silenciosos, pero no han desaparecido (Cárdenas & Arrigada, 2011a).

Es preciso señalar los hallazgos de las investigaciones en cuanto a género, pues es común que nuestra sociedad entienda a sexo y género como sinónimos, cuando el termino sexo hace referencia netamente al carácter biológico y el termino genero se refiere al carácter social. Por lo que las siguientes líneas explicarán algunos estudios representativos.

Louderback y Withley (1997 citados por Acuña-Ruiz & Oyuela, 2006; Barra, 2002; Rodríguez, 2010; Villa & Jaimes, 2009) señalan que para comprender las diferencias de género en las actitudes hacia la homosexualidad se debe entender que tales actitudes están influidas por un sistema generalizado de creencias, el cual incluye dimensiones tales como estereotipos de

género, actitudes hacia los roles apropiados para cada sexo, determinadas percepciones de aquellos individuos que presumiblemente violan el patrón tradicional de roles sexuales.

Los estudiosos concluyeron que respecto a las diferencias de género, los hombres presentan más actitudes desfavorables que las mujeres hacia la homosexualidad (Campo et al., 2009; Gannon, 1999; Kite & Lim, 2002; Withley, 1996 citados por Rodríguez, 2010).

Sobre el argumento, el meta-análisis de Oliver y Hyde (1993 en Barra, 2002; Villa & Jaimes, 2009) apunta que no hay diferencias de género tanto en las actitudes hacia la homosexualidad como en las actitudes hacia los derechos civiles de gays y lesbianas. Tales discrepancias se explicarían por los distintos tipos de medida en las actitudes hacia la homosexualidad utilizadas por diversas investigaciones (Kite & Withley, 1996 en Barra, 2002).

Así mismo, Villa y Jaimes (2009) en su investigación, *“Relación entre género y las actitudes hacia la homosexualidad en estudiantes universitarios”*, advierten que la falta de relación entre género y las actitudes hacia la homosexualidad podría interpretarse considerando que en el proceso de socialización, los hombres aprenden y refuerzan ciertos patrones actitudinales relacionados con las normas de género, independientemente de su grado de caracterización sexual. Por tanto, ya sean más masculinos o más andróginos los hombres tendrían mayor estatus social por el solo hecho de ser hombres, por lo que tendrían mayor tendencia a percibir la homosexualidad, y especialmente a gays, como una amenaza a la estructura de la identidad sexual tradicional en la sociedad.

En un estudio más reciente, *“Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños”*, Rodríguez (2010) indica que existen mayores diferencias de género en las actitudes hacia gays que hacia lesbianas. Es decir, las mujeres evidencian una actitud más favorable que los hombres hacia las personas homosexuales.

Según la profesión

Rabbia y Imhoff (2012) hizo una exploración con estudiantes de psicología de Córdoba y señaló que existe una asociación mayor entre actitudes desfavorables hacia la homosexualidad y aquellas concepciones que refiere a la heterosexualidad como natural. Dejando la reflexión sobre la formación de los futuros psicólogos en temas de género y sexualidades.

En la investigación de Campo et al. (2008) una de las escuelas estudias y que muestra actitudes homogéneas dirigidas a un polo más favorable sobre la homosexualidad es la psicología.

En líneas generales del estudio realizado por Vázquez-Rivera, Nazario-Serrano y Sayers-Montalvo (2012) muestra que los psicólogos licenciados poseen mejores actitudes frente a los estudiantes de psicología.

Según tener un conocido homosexual y el tipo de relación

Las personas que informaron conocer a gays muestran actitudes favorables hacia éstos frente a quienes no conocen a gays. Del mismo modo, las personas que conocen a una lesbiana evidencian una actitud más favorable en comparación a las personas que informaron no conocerlas (Rodríguez, 2010).

Además, Bowen y Burgeois, 2001; Hinrichs y Rosenberg, 2002; Kite y Withley, 1996; Gentry, 1987 en Toro-Alfonso y Varas-Díaz (2004) encontraron que cuando las personas conocen, se relacionan, o tiene familiares gays o lesbianas los niveles de prejuicio son menores.

Según la religión y la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos

La religión constituye un aspecto de creencias y de identidad social de gran relevancia en la sexualidad, de ahí que el estudio de la conducta sexual sin considerar la religión cae en una limitación considerable. Por esa razón, se tomó en consideración para esta investigación.

Trueba-Lara (2008 citado por Moral, 2010) sostiene que las personas pertenecientes a otros cultos, distintas a la católica, parecen ser los que tuvieran una imagen más integral de la

sexualidad. Debido a que existe mayor distanciamiento de la cultura dominante que es represora de la sexualidad.

Moral (2010) en su estudio, *“Religion, meanings and attitudes toward sexuality: a psychosocial approach”* con estudiantes universitarios mexicanos, afirma que la identidad religiosa hizo adoptar a los creyentes actitudes más conservadoras y conductas más cerradas a la experiencia sexual. Por el contrario, la identidad de las personas sin religión, quienes son críticas con la visión religiosa de la sexualidad adoptaron actitudes más liberales y conductas más abiertas. Además, manifestó que a mayor religiosidad menos aceptan la homosexualidad.

La religión ha sido una variable asociada a actitudes desfavorables sobre la homosexualidad (Vázquez-Rivera et al., 2012). Ya sea por demasiada religiosidad (Cárdenas & Barrientos, 2008); o por la frecuencia en la participación de servicios religiosos (Gentry, 1987 citado por Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004).

En 1998, Valdivia en su investigación, *“Actitudes de los grupos religiosos hacia los homosexuales”*, encontró que los jóvenes miembros de los grupos religiosos arequipeños demuestran en su mayoría una actitud moderadamente homofóbica a causa de los principios morales religiosos en que se basa la iglesia católica y que entiende a la homosexualidad como anormal y perversa reflejando así rechazo y aversión hacia este grupo de personas; tanto así que, en palabras de la investigadora, la información parcializada que se maneja en grupos religiosos originaría conflictos y/o problemas psicosociales. Demostró también que no está relacionado con el sexo, grado de educación, ni edad de las personas.

Según la atención a pacientes gays y lesbianas

En una reciente investigación realizada en Puerto Rico por Vázquez-Rivera et al. (2012) con estudiantes de psicología en práctica clínica y psicólogos/as con licencia hacia la comunidad de

gays y lesbianas en psicoterapia se encontró que la mayoría posee actitudes favorables para atender a la población de gays y lesbianas, no muestran ansiedad en la atención, no muestran preferencias en atender heterosexuales u homosexuales, ya que se consideran competentes para atender a ésta población; empero, existe una minoría que poseen actitudes desfavorables. Se encontró también que hay ciertos factores que predice las actitudes favorables hacia la homosexualidad y son: la mayor cantidad de clientes gays y lesbianas atendidos y la educación formal sobre asuntos de homosexualidad; y, mientras que, las actitudes tienden a empeorar, sin ser actitudes desfavorables, si los participantes tienen una creencia religiosa y se encuentran en una relación de pareja estable.

Según otras variables

Existen otras variables asociadas a las actitudes hacia la homosexualidad, así lo apuntan Kite y Withley (1996 en Barra, 2002; Villa & Jaimes, 2009) haciendo referencia a algunas características personales como alto nivel de autoritarismo, bajo nivel educativo y actitudes negativas hacia otros grupos minoritarios los que corresponde a individuos con actitudes desfavorables hacia las personas homosexuales. En cambio, los individuos que tienen el perfil opuesto generalmente tienden a ser más tolerantes con gays y lesbianas.

El hecho de que las mujeres presenten actitudes menos desfavorables hacia la homosexualidad, estaría determinada por ciertas actitudes generales relacionadas con la empatía, mayor capacidad de comprensión y sensibilidad interpersonal (Barra, 2002; Rodríguez, 2010; Villa & Jaimes, 2009).

Otras investigaciones afines

Es menester detallar los aportes que desde variados constructos ayudan al entendimiento que hace la sociedad frente a la homosexualidad.

Heteronormatividad

Se entiende a la heteronormatividad o heterosexualidad obligatoria como un repertorio de conductas deseables asociadas a la función reproductiva de la sexualidad, es así que el deseo sexual se limita a la relación entre hombre y mujer. La heterosexualidad obligatoria es algo más que una ideología ya que se produce en casi todos los aspectos de la vida social, como la ley, el comercio, la medicina y educación, en la narrativa, en cada espacio de la cultura se retroalimenta los mecanismos sociales como la marginación, la invisibilización o la persecución a “los otros” (gays y lesbianas) (Butler, 1990 en Vivanco, 2012), en realidad estas manifestaciones sociales contribuyen a que el heterosexismo sea demasiado arraigado.

A lo largo del tiempo, los prejuicios de heterosexuales han cambiado favorablemente hacia las personas homosexuales (Acuña-Ruiz & Oyuela, 2006). Sin embargo, en muchas sociedades como la nuestra, aún se privilegia la heterosexualidad (Fernández & Calderón, 2014).

Prejuicio y distancia social

En la cotidianidad de gays y lesbianas se exponen a variadas formas de prejuicio y exclusión social, y las formas más evidentes de violencia van desde los insultos verbales hasta formas extremas como los asesinatos.

Una investigación realizada en Puerto Rico con jóvenes universitarios en un contexto no metropolitano revela que los niveles de prejuicio y distancia social hacia las personas homosexuales son moderados. Fernández y Calderón (2014) demostraron que los hombres tuvieron más prejuicio y distancia social que las mujeres. Precisamente, quienes asistían con mayor frecuencia a la iglesia y quienes no conocían una persona gay o lesbiana presentaron mayores niveles de prejuicio y distancia social hacia las personas homosexuales. Estos hallazgos son similares a los reportados por Toro-Alfonso y Varas-Díaz (2004) quienes encontraron niveles

moderados de prejuicio y distancia social en una muestra de estudiantes universitarios metropolitana portorriqueño. Siendo los hombres y las personas que no conocían a una persona gay o lesbiana quienes obtuvieron niveles de prejuicio y distancia social mayor.

De la misma manera, Herek (1994 citado por Fernández & Calderón, 2014; Rodríguez, 2010; Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004) halló que aquellas personas que manifiestan prejuicio hacia la homosexualidad se caracterizan por tener actitudes tradicionales hacia los estereotipos de género, tienen más amistades que manifiestan actitudes negativas, con menos educación formal y son más conservadores a las ideas religiosas.

Rechazo

Moral et al. (2013) cita a Baumeister, Zhang y Vohs; Jewell y Morrison en los años 2004 y 2010, respectivamente, quienes sostienen que el rechazo es mayor hacia gays que hacia lesbianas, debido a la mayor estigmatización cultural hacia el hombre gay, lo que se refleja en los contenidos de chismes difamatorios, chistes vergonzantes y descrédito social de un hombre al hacerse pública sus prácticas homosexuales.

Así lo demuestran Moral et al. (2013) en su análisis, *“Evaluation of rejection toward homosexuality in students of medicine and psychology base on three conceptually related scales”*, demostrando que la homofobia externalizada es muy baja, y están totalmente en desacuerdo sobre todo con el ataque o discriminación abierta hacia gays; aunque, hay un nivel considerable de rechazo encubierto. En lo que se refiere a diferencias sexuales, los estudiantes mexicanos rechazan más la manifestación pública de la homosexualidad y también se confirma el mayor rechazo hacia gays que hacia el lesbianismo, esta diferencia se puede explicar por la mayor estigmatización hacia gays en la cultura occidental.

Homofobia y crímenes de odio

Los estudios en nuestro medio evidencian que hace casi dos décadas, el conocimiento y las actitudes hacia la homosexualidad en diversos sectores y niveles educativos, se encontró que los maestros arequipeños poseen influencia significativa sobre el alumnado, lo que quiere decir que las actitudes homofóbicas son transmitidas a causa del desconocimiento o a falta de preparación en el tema, lamentablemente dichas actitudes pasan de nivel escolar a otros niveles más superiores de manera automática (Pinto, 1996).

Vilches (2003), por su parte, al trabajar el tema de la homofobia con estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Católica de Santa María, declara que la homofobia prevalece en la población universitaria. Al analizar el estudio se encontró que los programas profesionales de enfermería y psicología son los que presentaron menor grado de homofobia; además, que los hombres presentaron mayor frecuencia de homofobia que las mujeres; quienes mantuvieron algún contacto comunicacional o tenían un familiar homosexual manifestaron menos homofobia; sobre el estado civil, si bien una mínima parte de la muestra estaba casado/a sus actitudes no fueron homofóbicas (resultado no estadísticamente significativo); y por supuesto la religión fue un indicador que se relaciona positivamente con la homofobia.

Meza (2014), en su *“Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2013-2014”*, explica que los crímenes de odio afectan de manera diferenciada a los distintos grupos de la comunidad TLGB (trans, lesbianas, gays y bisexuales). Según lo recopilado por las mismas agrupaciones, las poblaciones de gays y trans (travestis, transexuales y transgéneros) son las más vulneradas; pero, la afirmación no puede ser contundente porque existe un subregistro y porque los ataques a lesbianas y mujeres bisexuales

podrían aparecer como homicidios “simples” o como feminicidios. En este informe se reportó cerca de 40 casos de afectación a la seguridad personal.

En 2014, el Observatorio de Derechos Humanos LGBT y VIH/Sida ha recibido 97 denuncias de vulneración a sus derechos como personas TLGB entre el mes de febrero de 2013 y febrero de 2014. En dicho observatorio se incluye la discriminación en los servicios públicos que tienen una incidencia del 12%. De acuerdo a la orientación sexual se tiene que el denunciante, los gays reportaron 7 casos y las lesbianas reportaron 1 sólo caso.

Efectos en la salud de las personas homosexuales

Los hallazgos que se relatan en los siguientes párrafos tienen por finalidad exhibir los daños a la salud en la población homosexual, porque los autores que destacan en la revisión sobre la homosexualidad coinciden en que vivimos en una sociedad altamente prejuiciosa y homofóbica (Ardila, 1998; Mondimore, 1998; Meccia, 2006; ONUSIDA, 1999 en Campo et al., 2008).

Schofield (1979 en Lino y Vera; 1996) manifiesta que no existe un perfil de personalidad específico de la persona homosexual, ni características psicológicas y físicas, por lo que todo parece señalar que los problemas que experimentan son debido a la falta de tolerancia social. Por lo general, la población homosexual está vinculada a trastornos mentales o a problemas de salud psicológica y se debe precisamente a la exposición de una sociedad condenatoria, sin importar la ego sintonía o la ego distonía de su orientación sexual (Vivanco, 2012).

Cuando la identidad homosexual es construida en un espacio abyecto se produce emociones como la tristeza desencadenando trastornos depresivos, trastornos ansiosos y conductas suicidas (Granados & Delgado, 2007 en Lozano, 2014). De manera que, Carreras (2011 citado por Cárdenas & Arriagada, 2011b) agrega en su artículo, “*La salud de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales*” del *Institute of Health*, que los jóvenes TLGB tienen tasas más altas de depresión,

suicidio y abuso de sustancias siendo notable la necesidad de acceder al servicio de salud mental. Asimismo, afirma que las principales barreras para el acceso a la salud que enfrentan las personas TLGB es el temor a ser discriminados y el desconocimiento de sus necesidades particulares en salud.

Añade también, Andrade (2010 en Cárdenas y Arriagada, 2011a) diciendo que una persona TLGB probablemente enfrenta exclusión a diario en cuatro dimensiones:

- a) *Dimensión personal*, por ciertas características como baja autoestima, sentimientos de pérdida de sentido de la vida o depresión por las continuas actitudes de rechazo social.
- b) *Dimensión comunitaria*, al ser el blanco de abusos, bromas e ironías.
- c) *Dimensión social*, que se revela en la jerarquía de grupos que imponen su manera de ver el mundo como la mejor o la más correcta, en consecuencia, son considerados como raros, extraños e inferiores.
- d) *Dimensión política*, en la cual se evidencia que el poder se concentra en los grupos que excluyen.

El estigma y la discriminación al que son expuestos habitualmente gays y lesbianas, impacta de manera negativa en su salud mental así lo distingue claramente Ortiz-Hernández (2005), debido a que se subordina lo femenino por debajo de lo masculino y lo homoerótico por debajo de lo heteroerótico.

En el estudio de Toro-Alfonso (2005) se cita a D'Augelli, 1996 remarca que el nivel de ideación e intentos de suicidio en jóvenes gays y lesbianas sigue siendo un serio problema de salud pública. Y también cita a Mercado, 2000 declarando que durante el desarrollo de la sexualidad, es en la adolescencia y juventud temprana que el costo social y emocional es alto para un gay y una lesbiana, frente a la comodidad del heterosexual.

El análisis del discurso sobre la experiencia de violencia en quince hombres mexicanos, identificados como gays en el trabajo realizado por Lozano (2014), muestra que la violencia tanto institucionalizada como interpersonal tiene efectos importantes sobre las emociones, mismas que puede conducir a problemas de salud mental.

En la investigación, “*“Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals. Lesbians, and gays in México City”*”, de Ortiz-Hernández y García (2005) sentenció que una de las formas de violencia más frecuente fue la verbal; las formas más frecuentes de discriminación fueron la detención, extorsión o amenaza de policías, discriminación laboral y el maltrato de empleados de servicios. Si se refiere a los daños de la salud mental, los trastornos mentales comunes, las tasas de ideación e intento de suicidio son las más prevalentes en esta población; y en cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol, las mujeres bisexuales y lesbianas encuestadas reportan que es mayor hasta siete veces comparado con otros grupos de mujeres mexicanas.

La evidencia disponible en nuestro medio sobre la salud de gays y lesbianas es limitada. Sin embargo, contamos con el trabajo, “*Opresión internalizada y problemas de salud psicológica en personas homosexuales*”, realizado por Vivanco (2012) donde comprueba que a mayores niveles de opresión internalizada (homofobia internalizada, percepción de estigma y ocultamiento) se manifiestan problemas de salud psicológica (ideación e intentos de suicidio, problemas con alcohol y drogas, baja autoestima y conductas sexuales de riesgo).

Igualmente el estudio, “*Trastorno de personalidad y niveles de depresión en personas homosexuales*”, exhibió que más de la mitad de la muestra tiene un nivel de depresión leve o moderada y se relaciona significativamente con los trastornos de personalidad límite, dependiente, narcisista y antisocial (Zegarra, 2011).

A casi dos décadas, Lino y Vera (1996) en su investigación, *“Niveles de ansiedad en un grupo de homosexuales masculinos en Arequipa Metropolitana”*, sugiere que la ansiedad como *Estado* es independiente de la orientación sexual; a pesar de que, la ansiedad como *Rasgo* se manifiesta en gays a razón de pensamientos obsesivos, el aislamiento familiar y social genera un cúmulo de ansiedad. Destacaron también que el grado de instrucción hace diferencias significativas para experimentar ansiedad y la dinámica familiar de los sujetos fue medianamente satisfactoria con tendencia a la insatisfacción.

Es interesante ver cómo la necesidad de prevención del VIH/Sida rompe el silencio y obligó a dialogar abiertamente sobre la homosexualidad y la conducta homosexual pese al rechazo y la marginación (Toro-Alfonso, 2005).

Dentro del grupo de homosexuales, existe un porcentaje de personas que están infectadas con VIH o viven con Sida, siendo imprescindible tener un alcance académico de las actitudes que muestran los profesionales de la salud. Siendo el caso, los profesionales de la salud de Colombia (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros) evaluados presentaron un buen nivel de conocimientos, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida; empero, mantienen actitudes desfavorables y algunos temores asociados al contacto con las personas que tienen el diagnóstico de VIH (Uribe & Orcasita, 2011).

En efecto, mucho más contextualizado, el estudio realizado por Pineda y Vargas (1996), *“Estudio sobre las actitudes de los profesionales de la salud y personal que labora en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa frente al Sida”*, estipula que el personal del hospital tiene una actitud favorable hacia la enfermedad del Sida, en cuanto al paciente con Sida sólo el grupo de profesionales de la salud y estudiantes mostraron una actitud favorable, y en lo que se refiere al tratamiento del paciente con Sida mostraron una posición de indiferencia.

Situación actual de las personas homosexuales en los servicios de salud

De acuerdo a los resultados de la ENAJUV (Encuesta Nacional de la Juventud, 2011) que trabajo con 4124131 mujeres y 4047225 hombres del área rural y urbano de todo el país, señala en el apartado de parejas sexuales que el 1,2% de los hombres entre 15 a 29 años de edad ha tenido como tipo de pareja sexual a hombres y el 1% de las mujeres, solo con mujeres. Y las personas que tuvieron como tipo de pareja sexual a hombres y mujeres, el 0,5% de ellos eran hombres y el 0.1% eran mujeres.

Las personas que sostienen relaciones homoeróticas conforman una de las minorías más grandes en muchos países, ante esto se evidencia que este sector de la población peruana no cuenta con políticas públicas que los respalden, específicamente en temas de salud, pese a las recomendaciones hecha por los diferentes organismos internacionales, como una necesidad apremiante para garantizar los derechos humanos de la población TLGB.

Vivimos en una sociedad diversa, dentro de esta pluralidad toca también a los profesionales de la salud encontrarse con personas homosexuales que requieren de servicios de salud, el acceso a tratamientos y temas preventivos. No obstante, tenemos un sistema de salud que no ha previsto, hasta ahora, la diversidad sexual en los protocolos de atención. A ello se suma la escasez de recursos, la falta de capacitación y el terrible estigma que rodea a gays y lesbianas.

Históricamente las personas TLGB no recibieron una atención de salud adecuada en los países modernos, siendo más crítica la situación en aquellos países en vías de desarrollo. Usualmente los profesionales de la salud no reciben la formación necesaria para atender todos los requerimientos de esta población (Arnold, 2001 en Moral et al., 2013).

De esa manera Sevilla y Álvarez (2010), en su estudio *“Homofobia y discriminación sexual en el discurso de los profesionales de la salud”*, indican que el discurso homofóbico que manejan

los profesionales de la salud, parte de una visión plana y una moral cargada de complejos y miedos, carentes de fundamento, en búsqueda de la supuesta normalidad y homogeneidad de la sociedad; lo que en primera instancia, incumple al principio ético profesional; en segundo lugar, daña la relación médico-paciente y, por último, es probable que el paciente abandone el tratamiento.

Gays y lesbianas, no siempre perciben las actitudes de menosprecio, discriminación, marginación y rechazo lo que va legitimando un discurso desfavorable hacia la homosexualidad. Dada la naturaleza, Sevilla y Álvarez (2010) declaran que existe un discurso homofóbico explícito e implícito. El compromiso que tiene este tipo de discursos homofóbicos por parte de profesionales de la salud es de considerable responsabilidad porque participan en una labor formativa al entrar en contacto con el paciente. Precisamente es ahí donde se producen y reproducen los esquemas de comportamiento.

Es así que, el discurso que debe prevalecer en los profesionales de la salud es un discurso plural, ético, directo, respetuoso y con una actitud asertiva; un diálogo horizontal entre iguales y no vertical, paternalista ni autoritaria (Sevilla & Álvarez, 2010).

Frente a esto, Toro-Alfonso (2012, en Fernández & Calderón, 2014) manifiesta que a los psicólogos nos incumbe direccionar y mostrar evidencia científica del daño que ocasiona la exclusión y desarrollar guías precisas para los profesionales y para toda la comunidad en cuestiones éticas que debe acompañar nuestras intervenciones.

En la Constitución Política del Perú, el Tribunal Constitucional y la Ley General de Salud, si bien no señalan a la diversidad sexual como una característica específica, lo cierto es que en la medida que somos ciudadanos y ciudadanas, las personas homosexuales están incluidos en los

postulados, que establece claramente el goce a una buena salud y a la protección de la misma es un derecho de todos y todas.

En palabras de Canevaro (2010 citado por Cárdenas & Arriagada, 2011b) el acceso universal a los servicios de salud, especialmente sexuales y reproductivos, de la comunidad TLGB requiere que se deje de presuponer la heterosexualidad cuando el individuo se acerca a una consulta de salud específica.

El profesional de la salud no escapa del sistema de creencias en el que se encuentra inmerso por ser parte de la sociedad. Dichas creencias pueden no ponerse en evidencia de forma explícita, pero sí influir en la consulta (Campo et al, 2008). Según la línea de argumentación, los especialistas en atención a población TLG (trans, lesbianas, gays) entrevistados en un estudio reconocen que en el sistema de salud actual se mantiene los prejuicios de los proveedores de salud para brindar una atención de calidad libre de estigmas y que sea sensible a las necesidades específicas de la comunidad TLG (Velarde, 2011).

Código de ética de los profesionales de la salud

Mediante Resolución Ministerial 300-2013 se implementó los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas que deben de seguir los empleados públicos del Ministerio de Salud a efecto de fortalecer y establecer principios éticos y pautas de conducta. Es así que obedecen a principios como el respeto, la veracidad, la justicia y la equidad; a deberes como la neutralidad, la transparencia y la discreción; y prohibiciones como presionar, amenazar y/o acosar.

Salud sexual y reproductiva

En el marco de las prácticas sexuales saludables, la comunidad TLGB tiene necesidades muy puntuales que el Estado debe resolver. De manera que, la salud sexual y reproductiva es parte del

goce de una buena salud, tanto así que el Ministerio de Salud ha establecido una estrategia sanitaria que se ocupa exclusivamente de este campo de la salud.

En 2003, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas señaló que la salud sexual y reproductiva, son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la define como el “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no solo es la ausencia de enfermedad, disfunción o mala salud”. Requiere de un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

Siendo una obligación del Estado, la cara visible de las políticas públicas en temas de salud son las diversas prestaciones a las que las personas homosexuales tienen acceso, pero ¿Acceden realmente las personas TLGB a la salud sexual y reproductiva? ¿Un adolescente puede plantear que le gustan chicos de su mismo sexo? ¿Las lesbianas en el servicio de ginecología son consultadas respecto al uso del espéculo? (Cárdenas & Arriagada, 2011a, 2011b). Dicho acceso parece estar condicionado al descarte y control de la epidemia del VIH/Sida, olvidando las necesidades singulares que cada identidad sexual tiene en el ejercicio de su vida sexual plena.

Discriminación

La sociedad en la que habitamos se caracteriza por un denominador complejo: la discriminación, misma que adquiere diversas formas, tantas como las diferencias que existen entre las personas que componen nuestra colectividad. Así se discrimina por el color de piel, el origen étnico, el nivel socioeconómico, género, edad, identidad sexual e identidad de género.

Siendo necesaria definirla, en efecto, la discriminación es el resultado de un proceso que disminuye a un grupo de personas en su dignidad humana y ayuda a crear o a justificar abusos contra este tipo de personas que no se queda en el mero pensamiento, pues es una práctica que segrega o clasifica al otro diferente con acciones concretas (Andrade, 2010 en Cárdenas & Arriagada, 2011a). Por ello, la discriminación está prohibida en la Legislación Penal Peruana y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

La discriminación por orientación sexual limita el acceso a oportunidades, recursos y servicios al ciudadano, situación que los excluye y/o priva de determinados derechos. En el ámbito de salud, ocasionaría que lesbianas y gays no busquen información y no accedan a los servicios.

Ccapa y Lescano (2009) advierten que para entender la estigmatización y la discriminación, se tiene que remontar al estereotipo, que son ideas generalizadas sobre determinadas personas a las que se les atribuye una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo. Cuando el estereotipo es despreciativo, infamante y discriminatorio se convierte en estigma, una categoría social que fija atributos profundamente desacreditables a una persona o grupo de personas, que al no sentirse parte de un grupo o sentir temor de no ser incluido en uno, retraen su participación y presencia en distintas esferas sociales y públicas.

Las entrevistas realizadas a las poblaciones clave (PC) entendiéndose a las personas con VIH, trabajadoras sexuales, gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en las regiones de Arequipa, Ica, Lambayeque y Loreto por Ccapa y Lescano (2009) muestran que la discriminación multidimensional y variada que enfrenta esta población que emerge en cada uno de sus espacios (familia y los grupos sociales inmediatos). Por otro lado, en los establecimientos de salud se observan episodios de discriminación flagrantes, lo que nos hace afirmar que, además de los prejuicios que el personal de salud y administrativo comparte con la comunidad general,

existe un desconocimiento de detalles básicos de su trabajo profesional que, en muchas ocasiones, quebrantó leyes, normas y directrices técnicas que protegen y resguardan la calidad y calidez de atención.

Formas de maltrato hacia las personas homosexuales

En los servicios de salud, toda la diversidad sexual es resumida en la sigla HSH. Sin embargo, implica mucho más por lo que se requiere de un mínimo de conocimientos sobre la diversidad sexual para que el profesional de la salud brinde una atención de calidad como lo estipula la normativa.

A consecuencia del desconocimiento, Cárdenas y Arriagada (2011a, 2011b) indica que las personas homosexuales enfrentan discriminación en el sistema de salud, por ejemplo:

- a) *En el caso de gays*, son enviados a tamizaje de VIH antes de recibir atención, así estigmatizándolos. No son orientados respecto a los cuidados y prevención específica sobre las prácticas sexuales que desarrollan, pues la atención está pensada para hombres heterosexuales.
- b) *En el caso de lesbianas*, son invisibilizadas por el sistema. No reciben orientación en la prevención para las prácticas sexuales que desarrollan. Referente a la consulta ginecológica no se atreven a ir por el temor al espéculo u otro tipo de examen que sea para detectar y prevenir cáncer de útero o mamas, pues se asume que son heterosexuales.

Velarde (2011) hace referencia al Informe Alternativo de Organizaciones de la Sociedad Civil de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC, 2011) sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú donde manifiesta que la población lésbica no acude a servicios públicos, por ejemplo ginecológico, por temor a los prejuicios del personal de salud, como también por los casos de violencia doméstica y sexual que sufren como castigo para “corregir”

su orientación sexual, problemas que generaría depresión severa y ansiedad que a su vez conlleva al alcoholismo y tabaquismo como consecuencia de la homofobia.

En el estudio realizado por Velarde (2011) con activistas TLG, proveedores de servicios de salud y profesionales de la salud especializados en la atención a personas TLG de tres regiones se evidenció que, en primer lugar, aparentemente existe menor apertura para aceptar una orientación poco convencional en la región de Arequipa comparado a Iquitos y Lima. Si bien no existe una discriminación abierta ni maltrato evidente, hay cierta frialdad en la atención, falta de compromiso y poco conocimiento sobre los problemas de salud sexual de esta población.

Segundo, se resalta que las personas TLG que han sido atendidos en los CERITS (Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual), en el caso de Arequipa conocido como PROCETSS (Programa de Control de ETS y SIDA), refieren no haber sido discriminados ni maltratados porque, por lo general, quienes atienden en mencionado servicio se encuentran más sensibilizados en relación con su orientación sexual, estrato socioeconómico y con las actividades laborales a las que se dedican. Más bien, experimentaron mayor discriminación y maltrato en los establecimientos de la salud.

Tercero, se encontró que un sector de la comunidad TLG que no dispone de recursos económicos para pagar una atención de servicios privados, prefiere recibir atención en centros de investigación médica conocidos por la misma comunidad en el que refieren recibir un mejor trato y atención.

Cuarto, las consejerías por lo general son realizadas por obstetrices y no por personal especializado en salud mental. Los temas que comúnmente afectan a la población TLG son autorechazo, sentimiento de inadecuación, presión familiar, violencia física y psicológica por

parte de familiares y entorno social y discriminación social. Y probablemente sus relaciones de pareja sean conflictivas y violentas por sentimientos de posesión y celos.

Finalmente, el enfoque de salud de la atención en los CERITS debería contemplar a lesbianas, y no sólo ser atendidas cuando algún promotor educador de pares las invita. Con el objetivo de contrarrestar el desconocimiento de sus prácticas sexuales y los problemas que puede generar sino se cuenta con el cuidado necesario.

Necesidades de gays y lesbianas en salud

La literatura revisada ha permitido esquematizar algunas de las necesidades y demandas que hace la comunidad homosexual.

Cárdenas y Arriagada (2011a) plantea que las personas TLGB necesitan atención en salud mental por un especialista debido a la prevalencia de conflictos familiares y discriminación en General por la sociedad. A su vez, requieren tratamiento, diagnóstico y consejería en enfermedades o condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva como:

- a) *En el caso de gays*, VIH/Sida, herpes, cáncer anal, inflamación y cáncer de próstata.
- b) *En el caso de lesbianas*, mamografías, cáncer uterino, planificación familiar, heridas vaginales y aborto incompleto.

Velarde (2011) considera las siguientes demandas en salud integral para personas TLG: a) en lo que respecta a calidad de atención hace hincapié en el buen trato, la calidez y la no discriminación, los individuos entrevistados reclaman un trato que sea equitativo, respetuoso y que considere sus necesidades particulares como TLG que genere vínculos de confianza y se asegure la confidencialidad de la atención. b) Contar con personal especializado en salud mental para atender la diversidad de problemas de orden afectivo y emocional por los que atraviesan las personas TLG.

Planteamiento de soluciones

Muchos de los aspectos que obstaculizan el acceso a la salud de la población TLGB, en salud sexual y reproductiva específicamente, son estructurales, relacionados a la falta de recursos humanos y materiales (cantidad de horas de atención por parte de los profesionales de la salud, ambientes precarios y sin privacidad, entre otros) y, sobre todo, que el profesional de la salud despoje sus prejuicios frente a las personas homosexuales.

No obstante, Cárdenas y Arriagada (2011a) propone lo siguiente:

- a) No es necesario tratar “con pinzas” a las personas homosexuales porque más allá de la orientación y la identidad sexual son personas con las que probablemente se tiene más cosas en común que diferencias. No es necesario exagerar el cuidado de lo que decimos, las personas TLGB quieren ser tratados con igualdad.
- b) No asumir la orientación sexual de la persona en la consulta, puesto que un gay o lesbiana no siempre es evidente lo que sugiere poner entre paréntesis los estereotipos respecto a la homosexualidad. En la medida en que no se dé por sentada la heterosexualidad de la persona, probablemente al entrar en confianza pueda comentar sus dudas y preocupaciones reales respecto de su salud.
- c) Implementar iniciativas para orientar a otros profesionales de la salud y a los pacientes que concurren al establecimiento de salud, por medio de talleres, charlas o ferias informativas para eliminar la discriminación y el estigma hacia las personas homosexuales.



CAPITULO II: Diseño metodológico

Tipo o Diseño de Investigación

La presente investigación de campo, posee un diseño no experimental y un nivel Descriptivo. Es descriptiva pues pretende obtener una imagen amplia del fenómeno a explorar (Portilla & Vilches, 2013), es decir, se detallará cuáles son las actitudes hacia la homosexualidad de los profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Con respecto al alcance, es un estudio Descriptivo-comparativo, que tiene como finalidad saber qué diferencias hay en función de la edad, sexo, profesión, si conoce o no a una persona homosexual y la religión.

Así mismo, el presente estudio es de corte Transeccional, porque los datos fueron recolectados y medidos en un determinado momento, permitiendo estimar la magnitud y distribución de las variables estudiadas (Hernández, Fernández & Baptista 2006).

Técnicas e Instrumentos

En la presente investigación se utilizó la técnica de Encuesta, sirviendo como instrumento un cuestionario que fue autoadministrado por el profesional de la salud de forma anónima.

El mismo instrumento fue empleado por Rodríguez (2010) en la ciudad de Lima, donde demostró una alta fiabilidad a través del método de consistencia interna ($\alpha = 0,89$), para determinar la validez de constructo utilizó el análisis factorial. En primer lugar, el determinante de la matriz de correlaciones (0,63 mayor a 0,00001), la medida de adecuación de Kaiser-Mayer y Olkin (KMO) cuyo valor de coeficiente es de 0,715 y el test de esfericidad de Barlet (315,668) indican que fue pertinente el empleo del análisis factorial. Por medio del análisis de componentes principales con rotación ortogonal con método Varimax explica el 45,839% de varianza total, que es moderado para sostener que la prueba mide el constructo para la que fue elaborada.

Para obtener información acerca de la variable de estudio se aplicó un cuestionario, estructurado de la siguiente manera:

Parte 1: Datos socio-demográficos

Que incluye datos como edad, sexo, profesión, estado civil, tenencia de hijos, experiencia profesional, si conoce o no a una persona homosexual y que tipo de relación sostienen, cantidad de pacientes homosexuales atendidos, religiosidad y frecuencia en la asistencia a servicios religiosos.

Parte 2: Escala de actitudes

Se empleó la *Escala de Actitudes hacia la Homosexualidad*, diseñada por Barra (2002). Dicha escala está compuesta por 18 afirmaciones con tres posibilidades de respuesta (Acuerdo, Indeciso y Desacuerdo), en donde los participantes deberán responder dos veces la misma escala, una referida a las actitudes hacia gays y otra referida a lesbianas. Los ítems se encuentran referidos a reacciones emocionales y conductuales hacia los homosexuales, derechos civiles de los homosexuales, características personales de los homosexuales y de las relaciones entre homosexuales. La escala permite obtener dos puntajes, uno de actitud hacia gays y otro de actitud hacia lesbianas. Los puntajes pueden variar entre 18 y 54 puntos, en donde un mayor puntaje refleja una actitud más favorable. La respuesta Acuerdo recibe tres puntos en los ítems directos y un punto en los ítems indirectos; la respuesta Desacuerdo recibe tres puntos en los ítems indirectos y un punto en los ítems directos; y la respuesta Indeciso recibe dos puntos en ambos tipos de ítems.

Aplicación de la prueba Piloto

Para adaptar la escala a la población arequipeña se aplicó una prueba Piloto con características equivalentes a la muestra definitiva, siendo así 82 los profesionales de la salud de la Micro Red

de Cerro Colorado evaluados, mismos que no fueron parte de la muestra del estudio final. Con el objetivo de determinar validación y confiabilidad de la Escala podemos afirmar que: En cuanto a la validez de constructo se utilizó el método de Análisis Factorial Exploratorio (AFE), a través de la rotación oblicua con método Promax ($Kappa=4$) haciendo un análisis de componentes principales lo que permite explicar el 54,36% de la varianza total. La correlación entre los factores rotados es positiva lo que indica que dichos factores están orientados a evaluar un mismo constructo. Así mismo, el análisis psicométrico demuestra la alta confiabilidad ($\alpha=0,92$), empleando el coeficiente Alfa de Cronbach Ordinal a través del método de consistencia interna.

El análisis de la prueba Piloto permitió hacer modificaciones:

- Replantear la pregunta en relación a los hijos
- Cambiar el orden de las alternativas de la pregunta N° 6
- Enfatizar en las instrucciones sobre la resolución de la Escala
- Rediseñar la parte de las burbujas, de modo que el encuestado no presente dificultades

Población y Muestra.

Se usó una muestra no probabilística de tipo intencional, ya que fue seleccionado un grupo de fácil acceso, lo que hace imposible la estimación del error muestral y, por tanto, es una muestra cuya característica hace que los resultados puedan tener un sesgo.

La unidad de estudio son los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) 2015 del MINSA que cuenta con una cartera de 28 Micro Redes (MR) en las zonas urbano y urbano marginal (según Cuadro Resumen de Recursos Humanos de la Red de Salud Arequipa-Caylloma); aquí una observación, en dicho cuadro resumen la MR de Mariscal Castilla está incluida en la MR de Cerro Colorado figurando finalmente en el cuadro de

recursos humanos 27 Micro Redes. Y como la MR de Cerro Colorado formó parte de la prueba Piloto no está considerada como parte de la muestra.

Para fines de esta investigación han sido excluidas 10 Micro Redes por cuestiones de ubicación geográfica y la dificultad para el seguimiento en la obtención de los cuestionarios resueltos, tales como la MR de Cabanaconde, MR de Callalli, MR de Caylloma, MR de Characato, MR de Chiguata, MR de Chivay, MR de Pedregal, MR de La Joya, MR de San Isidro y la MR de Vitor.

Los profesionales de la salud que se tomaron en cuenta para dicho estudio son: Médicos/as, Cirujanos/as Dentistas, Obstetras, Nutricionistas, Psicólogos/as, Enfermeros/as, Trabajadores/as Sociales, Químico-Farmacéuticos/as, Biólogos/as, Técnicos en Enfermería, Técnicos en Farmacia y Técnicos de Laboratorio. Considerando que sostienen un trato de por lo menos 3 minutos y a su vez que en las MR seleccionadas el servicio esté activo. No cumpliendo con este criterio, el cuestionario no será tomado en cuenta para el análisis estadístico.

Teniendo en consideración lo señalado en el párrafo anterior, la población total del estudio de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) del MINSA es de 1548 profesionales asistenciales. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 330 profesionales de salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana), de los cuales 24.8% (82) corresponde a la MR de Edificadores Misti, 23.3% (77) a la MR de Zamácola, 20.9% (69) a la MR de Alto Selva Alegre, 16.1% (53) a la MR de Hunter y 14.8% (49) a la MR de Ampliación Paucarpata.

Sobre los cuestionarios que no cumplieron los criterios de inclusión y aquellos que no estaban completos fueron eliminados para la tabulación final que hacen un total de 7 pruebas descartadas.

Características de la muestra

La edad de la muestra oscila entre 22 y 64 años, en donde el 23.3% (77) son hombres y el 76.7% (253) son mujeres. Ante la variedad de profesiones se obtuvieron 12.4% (41) son médicos, 10.3% (34) son odontólogos/as, 13% (43) son obstetras, 2.4% (8) son nutricionistas, 4.2% (14) psicólogos/as, enfermeros/as, 4.5% (15) trabajadores/as sociales, 2.1% (7) químico-farmacéuticos/as, 6.1% (20) biólogos/as, 23.6% (78) técnicos en enfermería, 2.4% (8) técnicos en farmacia y 1.2 (4) técnicos de laboratorio. Respecto al estado civil, el 36.4% (120) informó estar soltero/a, 10.3% (34) está en condición de conviviente, 45.2% (149) está casado/a, 4.5% (15) está separado/a, 1.2% (4) viudo y el 2.4% (8) está divorciado/a. Por otro lado, el 64.5% (213) informó conocer a una persona homosexual y el restante 35.5% (117) no conoce a un gay ni a una lesbiana. Así también, el 85.2% (281) es católica, 1.8% (6) es protestante, 0.9% (3) es ateo y 12.1% (40) pertenece a otra religión

Estrategia de Recolección de Datos

En esta parte del proceso, se solicitó permiso a la Dirección de la Red Salud Arequipa-Caylloma para acceder a la unidad de estudio. Remitida la documentación necesaria se visitó las 5 Micro Redes seleccionadas para aplicar los cuestionarios correspondientes a los profesionales de la salud.

Aquí se detalla la lista de Micro Redes y sus respectivos establecimientos de salud:

- ✓ La MR de Alto Selva Alegre:
 - Centro de Salud Alto Selva Alegre
 - Centro de Salud Independencia
 - Puesto de Salud San Juan Bautista
 - Puesto de Salud Leones del Misti
 - Puesto de Salud Apurímac

- Puesto de Salud Héroes del Cenepa
- ✓ La MR de Edificadores Misti
 - Centro de Salud Edificadores Misti
 - Centro de Salud Miraflores
 - Puesto de Salud Mateo Pumacahua
 - Puesto de Salud Porvenir
 - Puesto de Salud Tomasa Tito Condemayta
- ✓ La MR de Ampliación Paucarpata
 - Centro de Salud Ampliación Paucarpata
 - Centro de Salud Manuel Prado
 - Puesto de Salud Campo de Marte
 - Puesto de Salud Nueva Alborada
- ✓ La MR de Hunter
 - Centro de Salud Javier Llosa García
 - Puesto de Salud Caminos del Inca
 - Puesto de Salud Chilpinilla
 - Puesto de Salud Daniel Alcides Carreón
 - Puesto de Salud UPIS Paisajista
 - Puesto de Salud Ampliación Pampas del Cusco
 - Puesto de Salud Alto Alianza
- ✓ La MR de Zamácola
 - Centro de Salud Maritza Campos Díaz
 - Puesto de Salud Margen Derecha

- Puesto de Salud Ciudad Municipal
- Puesto de Salud Nazareno
- Puesto de Salud Peruarbo

Luego de las conversaciones con jefes(as) de las mencionadas Micro Redes, es que se emite una carta de presentación para acudir a los establecimientos de su cargo y coordinar con el/la Responsable del establecimiento de salud, para determinar la estrategia de recolección de datos. La aplicación del cuestionario se realizó en dos modalidades: a) colectivamente, al término de una reunión o capacitación programada por el establecimiento de salud y b) individualmente, entregando personalmente al profesional de la salud. En ambos casos se exponía el motivo del trabajo de investigación y a la vez se pedía su colaboración en el llenado del cuestionario. La obtención del cuestionario también se dio en dos modalidades: a) inmediata y b) al cabo de 1 o hasta 3 días.

La instrucción que recibieron los encuestados señala lo siguiente: *Este es un cuestionario que tiene por objetivo, conocer la actitud de las personas hacia la homosexualidad (gays y lesbianas). La información obtenida será de carácter confidencial. Asegúrese de marcar una alternativa a cada pregunta y por favor responda con total sinceridad. Gracias por la confianza y participación.*

Criterios de Procesamiento de Información

Ya administrados los cuestionarios y cumpliendo con el mínimo de encuestados, se desarrolló una matriz de datos para facilitar la codificación y el procesamiento de datos se hizo por medio del Software SPSS en su versión 20 para Windows.

En esta investigación, cuando ambas variables son medidas en escala nominal, el test de Chi-Cuadrado (X^2) es útil, por lo que es usada frecuentemente en las ciencias de la conducta para evaluar la correlación o independencia entre las variables.

Se obtuvo un resultado independiente de las actitudes hacia gays y lesbianas. Cada uno de estos resultados, que pudieron ser actitudes favorables o actitudes desfavorables hacia gays o lesbianas, se cruzó estadísticamente con los datos sociodemográficos, tales como edad, sexo, profesión, conocido homosexual y religión.

Finalmente, se procedió a identificar las diferencias estadísticas significativas y a desarrollar una explicación teórica que ayude a entender los resultados obtenidos.





CAPITULO III: Resultados

Descripción de los resultados

En este capítulo, se presenta los resultados obtenidos a través de la prueba estadística Chi Cuadrado (X^2), con un $\alpha=0.05$, en relación de las Actitudes hacia Gays y Lesbianas de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) con la edad, sexo, profesión, conocido homosexual y religión.

Tabla 1

Actitudes hacia Gays en función de la MR donde laboran los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Micro Red | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|-----------------------|----------------------|------|-------------|-----------|------|----------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %MR | % | N° | %MR | % | N° | % |
| Alto Selva Alegre | 18 | 26.1 | 19.6 | 51 | 73.9 | 21.4 | 69 | 20.9 |
| Edificadores Misti | 22 | 26.8 | 23.9 | 60 | 73.2 | 25.2 | 82 | 24.8 |
| Ampliación Paucarpata | 17 | 34.7 | 18.5 | 32 | 65.3 | 13.4 | 49 | 14.8 |
| Hunter | 16 | 30.2 | 17.4 | 37 | 69.8 | 15.5 | 53 | 16.1 |
| Zamácola | 19 | 24.7 | 20.7 | 58 | 75.3 | 24.4 | 77 | 23.3 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=1.821$ | | | $P>0.05$ | | |

En la tabla 1, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.821$) las actitudes hacia Gays en función de la Micro Red donde laboran los profesionales de la salud no mostró relación estadística significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, los resultados son relevantes ya que se relaciona directamente con el objetivo principal de este trabajo investigativo. Es interesante señalar que la mayoría de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) poseen actitudes favorables hacia gays con un 72.1%.

Se observa además que del total de profesionales de la salud que tiene actitudes favorables hacia gays, 25.2% pertenecen a la MR de Edificadores Misti seguidos por el 24.4% que son de la MR de Zamácola.

Asimismo, la distribución de frecuencias en cuanto a actitudes favorables hacia gays por cada MR es la que sigue: MR de Zamácola con un 75.3%, MR de Alto Selva Alegre con un 73.9%, MR de Edificadores Misti con un 73.2%, MR de Hunter con un 69.8% y la MR de Ampliación Paucarpata con 65.3%.

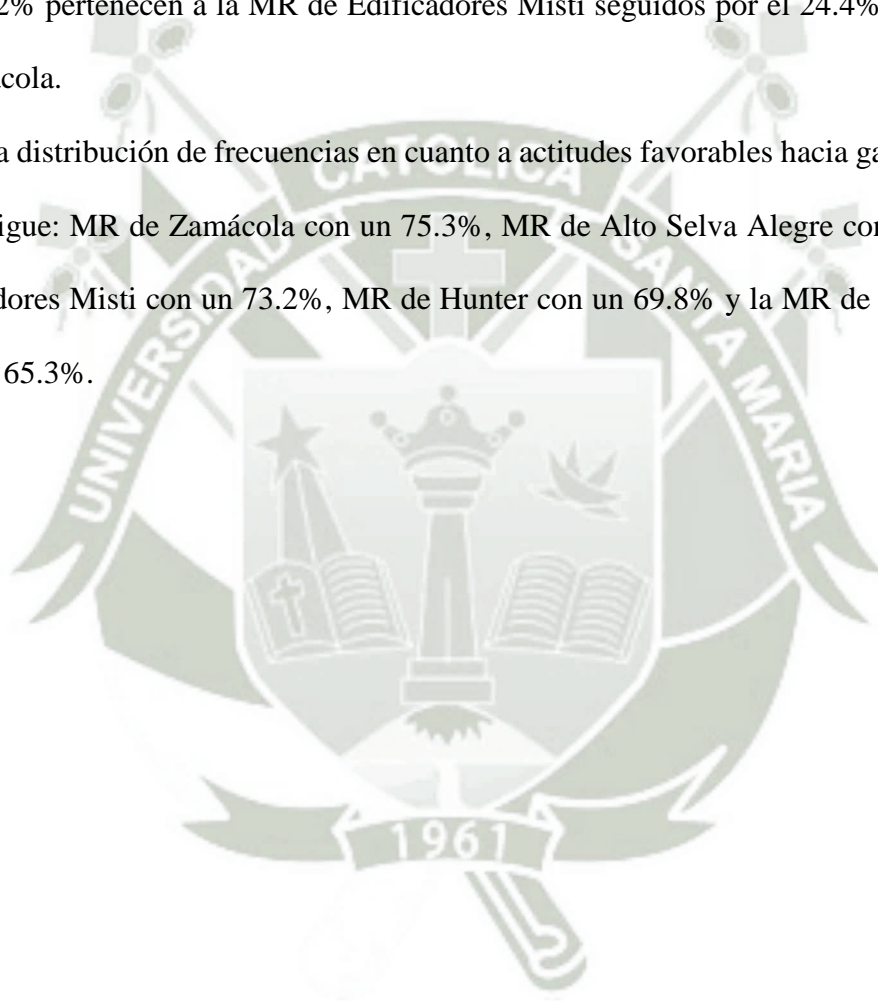


Tabla 2

Actitudes hacia Lesbianas en función de la MR donde laboran los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Micro Red | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|-----------------------|---------------------------|------|-------------|-----------|------|------|----------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %MR | % | N° | %MR | % | N° | % |
| Alto Selva Alegre | 17 | 24.6 | 18.5 | 52 | 75.4 | 21.8 | 69 | 20.9 |
| Edificadores Misti | 21 | 25.6 | 22.8 | 61 | 74.4 | 25.6 | 82 | 24.8 |
| Ampliación Paucarpata | 17 | 34.7 | 18.5 | 32 | 65.3 | 13.4 | 49 | 14.8 |
| Hunter | 17 | 32.1 | 18.5 | 36 | 67.9 | 15.1 | 53 | 16.1 |
| Zamácola | 20 | 26 | 21.7 | 57 | 74 | 23.9 | 77 | 23.3 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=2.306$ | | | | $P>0.05$ | |

Respecto a la tabla 2, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.306$) las actitudes hacia Lesbianas en función de la Micro Red donde laboran los profesionales de la salud no muestra relación estadísticamente significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, los resultados son importantes porque se relacionan directamente con el objetivo principal de esta investigación. Es interesante señalar que la mayoría de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) poseen actitudes favorables hacia lesbianas con un 72.1%.

Este resultado sumado al de la tabla anterior, nos permite señalar que las actitudes tanto hacia gays como hacia lesbianas por parte de los profesionales de salud de la Red de Salud Arequipa-

Caylloma (Arequipa Metropolitana) son favorables. Es decir, casi 3 de cada cuatro profesionales de la salud con una actitud favorable a la atención de la diversidad sexual en sus consultorios.

La tabla muestra que del total de profesionales de la salud que poseen actitudes favorables hacia lesbianas, de ellos el 25.6% son de la MR de Edificadores Misti y el 23.9% son de la MR de Zamácola.

Así también, la distribución de frecuencias en cuanto a actitudes favorables hacia lesbianas por cada MR es la que sigue: MR de Alto Selva Alegre con un 75.4%, MR de Edificadores Misti con un 74.4%, MR de Zamácola con un 74%, MR de Hunter con un 67.9% y la MR de Ampliación Paucarpata con 65.3%.



Tabla 3

Actitudes hacia Gays en función de la edad de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Edad | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|-------|----------------------|------|-------------|-----------|------|----------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %E | % | N° | %E | % | N° | % |
| 22-35 | 32 | 23.9 | 34.8 | 102 | 76.1 | 42.9 | 134 | 40.6 |
| 36-49 | 37 | 29.4 | 40.2 | 89 | 70.6 | 37.4 | 126 | 38.2 |
| 50-64 | 23 | 32.9 | 25 | 47 | 67.1 | 19.7 | 70 | 21.2 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=2.067$ | | | $P>0.05$ | | |

Como se observa en la tabla 3, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.067$) las actitudes hacia Gays en función de la edad del profesional de la salud no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, se puede inferir que del total de profesionales de la salud que posee actitudes favorables hacia gays predomina el grupo etario de Adultos jóvenes de 22-35 años de edad con un 42.9%; mientras que del total de profesionales de la salud que tienen actitudes desfavorables hacia gays predomina el grupo de 36-49 años de edad con un 40.2%.

Cabe mencionar que de los tres grupos etarios, los que están en el rango de 22-35 años de edad el 76.1% tiene actitudes favorables hacia gays. En el segundo grupo (36-49 años de edad) 70.6% tiene actitudes favorables hacia gays. Y por último, en el rango de edad 50-64 años el 67.1% tiene actitudes favorables hacia gays.

Tabla 4

Actitudes hacia Lesbianas en función de la edad de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Edad | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|-------|---------------------------|------|-------------|-----------|------|----------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | Nº | %E | % | Nº | %E | % | Nº | % |
| 22-35 | 31 | 23.1 | 33.7 | 103 | 76.9 | 43.3 | 134 | 40.6 |
| 36-49 | 38 | 30.2 | 41.3 | 88 | 69.8 | 37 | 126 | 38.2 |
| 50-64 | 23 | 32.9 | 25 | 47 | 67.1 | 19.7 | 70 | 21.2 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=2.689$ | | | $P>0.05$ | | |

En la tabla 4, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.689$) las actitudes hacia Lesbianas en función de la edad del profesional de la salud no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

No obstante, al analizar los datos se podría decir que del total de profesionales de la salud que posee actitudes favorables hacia lesbianas predomina el grupo etario de Adultos jóvenes de 22-35 años de edad con un 43.3%; mientras que, del total de profesionales de la salud que posee actitudes desfavorables hacia lesbianas predomina en el grupo de 36-49 años de edad con un 41.3%.

En una descripción más detallada sobre los tres grupos etarios se puede decir que, los que están en el rango de 22-35 años de edad el 76.9% tiene actitudes favorables hacia lesbianas. En el segundo grupo (36-49 años de edad) 69.8% tiene actitudes favorables hacia lesbianas. Y por último, en el rango de edad 50-64 años el 67.1% tiene actitudes favorables hacia lesbianas.

La tabla 3 y 4 nos permite concluir que tanto las actitudes favorables hacia gays como hacia lesbianas se da preferentemente en los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma que están entre los 22-35 años de edad.



Tabla 5

Actitudes hacia Gays en función del sexo de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Sexo | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|--------|----------------------|------|------|-----------|------|------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %S | % | N° | %S | % | N° | % |
| Mujer | 60 | 23.7 | 65.2 | 193 | 76.3 | 81.1 | 253 | 76.7 |
| Hombre | 32 | 41.6 | 34.8 | 45 | 58.4 | 18.9 | 77 | 23.3 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |

 $X^2=9.348$
 $P<0.05$

Respecto a la tabla 5, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.348$) las actitudes hacia Gays en función del sexo del profesional de la salud se prueba diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Es notorio que del total de profesionales de la salud que tiene actitudes favorables hacia gays el 81.1% son mujeres, lo que equivale al 76.3% del total de mujeres.

Frente al 18.9% del total de profesionales de la salud que tiene actitudes favorables hacia gays son hombres, lo que corresponde al 58.4% del total de hombres.

Tabla 6

Actitudes hacia Lesbianas en función del sexo de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Sexo | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|--------|---------------------------|------|-------------|-----------|------|----------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %S | % | N° | %S | % | N° | % |
| Mujer | 60 | 23.7 | 67.4 | 193 | 76.3 | 80.3 | 253 | 76.7 |
| Hombre | 32 | 41.6 | 32.6 | 45 | 58.4 | 19.7 | 77 | 23.3 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=6.135$ | | | $P<0.05$ | | |

Como se observa en la tabla 6, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.135$) las actitudes hacia Lesbianas en función del sexo del profesional de la salud se prueba la relación estadística significativa ($P<0.05$).

Se muestra claramente que del total de profesionales de la salud que evidencian actitudes favorables hacia las lesbianas el 80.3% son mujeres, lo que equivale al 76.3% del total de mujeres.

Asimismo, del total de profesionales de la salud el 19.7% son hombres que tienen actitudes favorables hacia lesbianas; lo que equivale al 58.4% del total de hombres.

Haciendo un análisis más profundo de las dos tablas presentadas en función del sexo del profesional de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana), se puede afirmar que las mujeres tienen actitudes más favorables tanto hacia gays como lesbianas. Se puede decir también que 3 de cada cuatro mujeres en su mayoría ostentan actitudes favorables hacia la homosexualidad. De esta manera se comprueba la relación existente entre sexo y actitudes hacia la homosexualidad.

Tabla 7

Actitudes hacia Gays en función de la profesión de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Profesión | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|---------------------------|----------------------|------|------|-----------|------|------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | Nº | %P | % | Nº | %P | % | Nº | % |
| Médico | 11 | 26.8 | 12 | 30 | 73.2 | 12.6 | 41 | 12.4 |
| Cirujano dentista | 12 | 35.3 | 13 | 22 | 64.7 | 9.2 | 34 | 10.3 |
| Obstetra | 9 | 20.9 | 9.8 | 34 | 79.1 | 14.3 | 43 | 13 |
| Enfermero/a | 15 | 25.9 | 16.3 | 43 | 74.1 | 18.1 | 58 | 17.6 |
| Nutricionista | 2 | 25 | 2.2 | 6 | 75 | 2.5 | 8 | 2.4 |
| Biólogo/a | 6 | 30 | 6.5 | 14 | 70 | 5.9 | 20 | 6.1 |
| Psicólogo/a | 2 | 14.3 | 2.2 | 12 | 85.7 | 5 | 14 | 4.2 |
| Trabajador/a social | 3 | 20 | 3.3 | 12 | 80 | 5 | 15 | 4.5 |
| Químico Farmacéutico/a | 4 | 57.1 | 4.3 | 3 | 42.9 | 1.3 | 7 | 2.1 |
| Técnico en enfermería | 24 | 30.8 | 26.1 | 54 | 69.2 | 22.7 | 78 | 23.6 |
| Técnico en laboratorio | 2 | 50 | 2.2 | 2 | 50 | 0.5 | 4 | 1.2 |
| Técnico en farmacia | 2 | 25 | 2.2 | 6 | 75 | 2.5 | 8 | 2.4 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| $X^2=8.242$ | | | | | | | | |
| $P>0.05$ | | | | | | | | |

En la tabla 7, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.242$), las actitudes hacia Gays en función de la profesión del profesional de la salud no determina relación estadística significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, se distingue que del total de los profesionales de la salud que mostraron actitudes favorables hacia Gays predominan los grupos profesionales de: Técnico en Enfermería (22.7%) y Enfermero/a (18.1%).

Ahora bien, si consideramos el total de profesionales de cada grupo, se concluye que del total de psicólogos/as, el 85.7% muestra actitudes favorables hacia gays. Así como del total de trabajadores/as social, el 80% muestra actitudes favorables hacia gays. Además del total de obstetras, el 79.1% muestra actitudes favorables hacia gays. Igualmente del total de nutricionistas y técnicos en farmacia, el 75% muestra actitudes favorables hacia gays. No menos importante del total de enfermeros/as, el 74.1% muestra actitudes favorables hacia gays. Finalmente del total de médicos, el 73.2% muestra actitudes favorables hacia gays.

Desde el otro espectro, se observa que del total de químico-farmacéuticos/as el 57.1% presenta actitudes desfavorables hacia gays. Por último el total de técnicos en laboratorio el 50% muestra actitudes desfavorables hacia gays.

Tabla 8

Actitudes hacia Lesbianas en función de la profesión de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Profesión | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|------------------------|---------------------------|------|------|-----------|------|------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | Nº | %P | % | Nº | %P | % | Nº | % |
| Médico | 11 | 26.8 | 12 | 30 | 73.2 | 12.6 | 41 | 12.4 |
| Cirujano dentista | 11 | 32.4 | 12 | 23 | 67.6 | 9.7 | 34 | 10.3 |
| Obstetra | 9 | 20.9 | 9.8 | 34 | 79.1 | 14.3 | 43 | 13 |
| Enfermero/a | 16 | 27.6 | 17.4 | 42 | 72.4 | 17.6 | 58 | 17.6 |
| Nutricionista | 2 | 25 | 2.2 | 6 | 75 | 2.5 | 8 | 2.4 |
| Biólogo/a | 6 | 30 | 6.5 | 14 | 70 | 5.9 | 20 | 6.1 |
| Psicólogo/a | 2 | 14.3 | 2.2 | 12 | 85.7 | 5 | 14 | 4.2 |
| Trabajador/a social | 3 | 20 | 3.3 | 12 | 80 | 5 | 15 | 4.5 |
| Químico Farmacéutico/a | 3 | 42.9 | 3.3 | 4 | 57.1 | 1.7 | 7 | 2.1 |
| Técnico en enfermería | 25 | 32.1 | 27.2 | 53 | 67.9 | 22.3 | 78 | 23.6 |
| Técnico en laboratorio | 2 | 50 | 2.2 | 2 | 50 | 0.8 | 4 | 1.2 |
| Técnico en farmacia | 2 | 25 | 2.2 | 6 | 75 | 2.5 | 8 | 2.4 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| $X^2=5.686$ | | | | | | | | |
| $P>0.05$ | | | | | | | | |

Referente a la tabla 8, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.686$), las actitudes hacia Lesbianas en función de la profesión del profesional de la salud no se determinó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, se deduce un resultado similar al anterior (actitudes hacia los gays), en el sentido de que del total de la muestra que posee actitudes favorables destacan los técnicos en enfermería (22.3%) y los enfermeros/as (17.6%).

Pero si tomamos en cuenta el cien por ciento de cada grupo profesional, vemos que del total de psicólogos/as, el 85.7% muestra actitudes favorables hacia lesbianas. Así como del total de trabajadores/as sociales, el 80% muestra actitudes favorables hacia lesbianas. Además del total de obstetras, el 79.1% muestra actitudes favorables hacia lesbianas. Igualmente del total de nutricionistas y técnicos en farmacia, el 75% muestra actitudes favorables hacia lesbianas. No menos importante del total de médicos, el 73.2% muestra actitudes favorables hacia lesbianas. Finalmente del total de enfermeros/as, el 72.4% muestra actitudes favorables hacia lesbianas.

Debido a los resultados de la tabla 7 y 8, se sentencia que el profesional de la salud que destaca en actitudes más favorables tanto a gays como a lesbianas es el técnico en enfermería. Se podría decir que 3 de cada cuatro enfermeros/as, obstetras, médicos y psicólogos/as muestran actitudes favorables hacia la homosexualidad.

Desde el otro espectro, se observa que del total de químico-farmacéuticos/as el 41.9% presenta actitudes desfavorables hacia lesbianas. Por último el total de técnicos en laboratorio el 50% muestra actitudes desfavorables hacia lesbianas.

Tabla 9

Actitudes hacia Gays en función de conocer alguna persona homosexual los profesionales de salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Conoce alguna persona homosexual | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|----------------------------------|----------------------|------|----------|-----------|------|------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %CH | % | N° | %CH | % | N° | % |
| No | 39 | 33.3 | 42.4 | 78 | 66.7 | 32.8 | 117 | 35.5 |
| Si | 53 | 24.9 | 57.6 | 160 | 75.1 | 67.2 | 213 | 64.5 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| $X^2=2.682$ | | | $P>0.05$ | | | | | |

Tal como se observa en la tabla 9, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.682$), las actitudes hacia Gays de los profesionales de la salud en función de conocer alguna persona homosexual no sugiere relación estadística significativa ($P>0.05$).

Vale la pena destacar que, según estos resultados, que del total de los profesionales de la salud que presenta actitudes favorables hacia gays el 67.2% afirma conocer alguna persona homosexual.

Tabla 10

Actitudes hacia Lesbianas en función de conocer alguna persona homosexual los profesionales de salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Conoce alguna persona homosexual | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|----------------------------------|---------------------------|------|----------|-----------|------|------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %CH | % | N° | %CH | % | N° | % |
| No | 38 | 32.5 | 41.3 | 79 | 67.5 | 33.2 | 117 | 35.5 |
| Si | 54 | 25.4 | 58.7 | 159 | 74.6 | 66.8 | 213 | 64.5 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| $X^2=1.908$ | | | $P>0.05$ | | | | | |

Respecto a la tabla 10, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.908$), las actitudes hacia Lesbianas de los profesionales de la salud en función de conocer alguna persona homosexual no sugiere relación estadística significativa ($P>0.05$).

Si bien no es una relación estadísticamente significativa, se desprende que del total de los profesionales de la salud que presenta actitudes favorables hacia lesbianas el 66.8% afirma conocer alguna persona homosexual.

Se puede concluir entonces, que la mayoría de los profesionales de la salud de la Red de Salud de Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) manifiestan conocer alguna persona homosexual y sus actitudes son más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas.

Tabla 11

Actitudes hacia Gays en función de la religión de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Religión | Actitudes hacia Gays | | | | | | Total | |
|-------------|----------------------|------|--------------|-----------|------|----------|-------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | Nº | %R | % | Nº | %R | % | Nº | % |
| Católica | 68 | 24.2 | 73.9 | 213 | 75.8 | 89.5 | 281 | 85.2 |
| Protestante | 4 | 66.7 | 4.3 | 2 | 33.3 | 0.8 | 6 | 1.8 |
| Ateo | 0 | 0 | 0 | 3 | 100 | 1.3 | 3 | 0.9 |
| Otro | 20 | 50 | 21.7 | 20 | 50 | 8.4 | 40 | 12.1 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=17.276$ | | | $P<0.05$ | | |

Referente a la tabla 11, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.276$), las actitudes hacia Gays en función de la religión de los profesionales de la salud muestra diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Estos hallazgos nos permiten indicar que del total de profesionales de la salud la gran mayoría de ellos son católicos (85.2%) y de éstos, tres cuartas partes tienen actitudes favorables hacia los gays (75.8%).

Tabla 12

Actitudes hacia Lesbianas en función de la religión de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana)

| Religión | Actitudes hacia Lesbianas | | | | | | Total | |
|-------------|---------------------------|------|--------------|-----------|------|------|----------|------|
| | Desfavorable | | | Favorable | | | | |
| | N° | %R | % | N° | %R | % | N° | % |
| Católica | 68 | 24.2 | 73.9 | 213 | 75.8 | 89.5 | 281 | 85.2 |
| Protestante | 4 | 66.7 | 4.3 | 2 | 33.3 | 0.8 | 6 | 1.8 |
| Ateo | 0 | 0 | 0 | 3 | 100 | 1.3 | 3 | 0.9 |
| Otro | 20 | 50 | 21.7 | 20 | 50 | 8.4 | 40 | 12.1 |
| Total | 92 | 27.9 | 100 | 238 | 72.1 | 100 | 330 | 100 |
| | | | $X^2=17.276$ | | | | $P<0.05$ | |

Como se muestra en la tabla 12, de acuerdo con la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.276$), las actitudes hacia Lesbianas en función de la religión de los profesionales de la salud mostró diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Lo más destacable en esta Tabla en cuanto a las mayores frecuencias, coincide exactamente con las actitudes hacia los gays (tabla anterior).

De las dos últimas tablas se puede subrayar que aquellos profesionales de la salud que en su gran mayoría son católicos, muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas. No menos importante, todos los profesionales de la salud ateos aceptan sin prejuicios tanto a gays como a lesbianas.

Discusión

La presente investigación, actitudes hacia la homosexualidad, es la primera que se hace en nuestro medio con una muestra de profesionales de la salud del sector público, al que la mayor parte de la comunidad tiene acceso.

Al examinar la variada bibliografía se encontró cierta inconsistencia al conceptualizar la actitud, del mismo modo el uso del instrumento que permite medir las actitudes hacia la homosexualidad es diversa, no habiendo homogeneidad. Aunque la tendencia actual de la mayoría de estudiosos es usar indistinguiblemente los términos de actitud homofóbica, conducta homofóbica u homofobia para identificar las reacciones desfavorables hacia las personas homosexuales (Vilches, 2003).

Empero, los daños a la salud de las personas homosexuales a causa de la poca tolerancia social son evidentes y, en muchas oportunidades, es alentada por el medio que aparentemente es el más seguro, la familia. Los interesados en demostrar los flagelos que la sociedad hace a quienes no tienen una orientación sexual convencional son tajantes al indicar que en el área de la salud sexual y reproductiva tienen necesidades particulares que deben ser tratadas por especialistas y en el área de la salud mental los problemas psicológicos que experimentan, en su mayoría son, a causa del rechazo social, la estigmatización y discriminación al que son expuestos cotidianamente.

Los resultados que están directamente relacionados con los objetivos del presente estudio, demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes hacia la homosexualidad y el sexo de la persona y en cuanto a la religión. Sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa entre las actitudes hacia la homosexualidad y la edad, profesión y el hecho de conocer alguna persona homosexual.

La revisión de la literatura científica psicológica permite determinar puntuales características de la persona evaluada sobre actitudes favorables o desfavorables hacia la homosexualidad. Este trabajo de investigación afirma que la gran mayoría de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) presentan actitudes favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas.

Dicho hallazgo puede ser a causa de los cambios sociales, al desarrollo tecnológico de las últimas décadas y a la información divulgada en los medios masivos de comunicación. Así también Campo et al. (2008) indican que en los últimos decenios ha existido una mayor tolerancia hacia opiniones individuales y la diversidad sexual, quizá por la existencia de una probable apertura en la sociedad hacia diversas tendencias minoritarias.

En cuanto a la edad, como característica socio-demográfica importante, si bien no se encontró diferencias significativas en su relación con las actitudes, sí se observa que de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana), los más jóvenes muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas. Similar resultado señalan Acuña-Ruiz y Oyuela (2006) quienes afirman que a mayor etapa de desarrollo psicosocial, las actitudes hacia las personas homosexuales tienden a ser menos favorables.

Cabe señalar que Chirinos (2009); Valdivia (1998) tampoco hallaron relación significativa entre actitudes hacia la homosexualidad y la edad. Estos resultados son con una población distinta a la muestra utilizada en el presente estudio. Probablemente los resultados hallados se expliquen porque los adultos jóvenes de 22 a 35 años de edad pertenecen a una nueva ola de generación, la era de la información. Otra razón es que, por lo general, al finalizar la adolescencia se tiene definido con claridad la identidad sexual y a medida que la persona se hace adulta la crisis de

identidad y la confusión de roles son mejores resueltos y consecuentemente los temores disminuyen.

Respecto al sexo de la muestra y sus actitudes hacia la homosexualidad, se puede señalar que las mujeres profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas; en tanto, los hombres profesionales de la salud evalúan de manera más desfavorable a gays que a lesbianas. En otras palabras, los profesionales de la salud muestran actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas en caso de que la persona evaluadora sea mujer.

Lo encontrado en el estudio permite corroborar los resultados obtenidos en otras muestras semejantes (Acuña-Ortiz & Oyuela, 2006; Barra, 2002; Cárdenas & Barrientos, 2008; Chirinos, 2009; Rodríguez, 2010; Vázquez-Rivera et al., 2012; Villa & Jaimes, 2009). Lo que indicaría que la pertenencia a uno u otro sexo puede ser un factor determinante de una variedad de actitudes y tal vez de muchas conductas sociales.

Quienes mencionan resultados diferentes a este hallazgo son Pinto (1996); Rabbia y Imhoff (2012); Sulmont (2005); Valdivia (1998) que no encontraron relación estadísticamente significativa entre las actitudes hacia la homosexualidad con el sexo de la persona. Por otro lado, Campo et al. (2008) advierte que la actitud puede ser neutral.

El que las mujeres presenten actitudes más favorables que los hombres hacia las personas homosexuales, se podría explicar por la influencia de diversos factores, en primer lugar, Barra (2002) refiere que las normas de roles de género suelen ser internalizadas con más fuerza por hombres que mujeres, esto ocasionaría que los hombres presenten mayor tendencia a derogar o considerar más desfavorablemente a aquellos que se apartan de los roles tradicionales. Esta mayor adherencia a los roles de género podría ser una forma de proteger el poder y estatus social

asociados a la condición masculina. En cambio, debido a que las mujeres muestran menor interés en defender una estructura de rol sexual tradicional que no es favorable, se permiten una actitud más aceptadora a quienes se alejan de los roles de género tradicional.

En segundo lugar, las guías sexuales tradicionales le asignan al hombre tomar la iniciativa o hacer avances sexuales no deseados. Debido a que los hombres han sido menos entrenados para evitar las proposiciones sexuales, sienten más amenaza por la posibilidad de ser objeto de tales proposiciones por parte de gays. En el caso de las mujeres pueden sentir menos amenaza a la probable proposición sexual de una lesbiana (Barra, 1999; Gagnon, 1980 citados por Barra, 2002; Villa & Jaimes, 2009).

Por último, que los hombres atribuyan un alto valor erótico al lesbianismo por las prácticas sexuales entre mujeres explica el hecho que los hombres evalúen de manera menos desfavorable a lesbianas que a gays. De modo contrario, las mujeres no atribuyen un valor erótico importante ni a lesbianas ni a gays, siendo sus actitudes hacia la homosexualidad similares (Louderback & Withley, 1997 citado por Barra, 2002; Rodríguez, 2010).

Desde otra mirada, Barra (2002) añade que las actitudes favorables estarían determinadas por ciertas actitudes generales relacionadas con la empatía, mayor capacidad de comprensión y sensibilidad interpersonal.

Las variables que pueden predecir la aceptación de gays y lesbianas se correlaciona positivamente con el sexo femenino, actitudes liberales hacia los roles sexuales, baja religiosidad y no participación de las fraternidades universitarias (Hinrichs & Rosenberg, 2002 en Rodríguez, 2010; Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004).

Las personas que tienen actitudes desfavorables se caracterizan por poseer actitudes tradicionales hacia los estereotipos de género, amistades que manifiestan actitudes negativas,

menos educación formal e ideas religiosas conservadoras (Herek, 1984, 1994 citado por Fernández & Calderón, 2014; Rodríguez, 2010; Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004). Kite y Withley (1996 en Barra, 2002; Villa & Jaimes, 2009) agregan que el alto nivel de autoritarismo, bajo nivel educativo y actitudes negativas hacia otros grupos minoritarios es el perfil de las personas menos tolerantes hacia gays y lesbianas. Finalmente Morrison y Morrison (2002 en Toro-Alfonso & Varas-Díaz, 2004) encontraron que los altos índices de actitudes desfavorables hacia la homosexualidad se correlacionaban con una perspectiva política conservadora, alta religiosidad y mayor nivel de sexismo.

Con referencia al grupo profesional, si bien no se encontró diferencias significativas, los porcentajes más altos, corresponden al técnico en enfermería, seguido por los/as enfermeros/as, obstetras y médicos. Individualizando cada grupo profesional, poseen actitudes favorables el 85.7% de psicólogos/as, el 80% de trabajadores/as sociales, el 79.1% de obstetras, el 73.2% de médicos y el 72.4% de enfermeros/as. Se podría explicar dichos resultados debido a que en la malla curricular universitaria de estas carreras se incluyen asignaturas sobre sexualidad. Tal como lo señalan Sevilla y Álvarez (2010), en este siglo, pretender curar la homosexualidad, proponer terapias para recuperar la heterosexualidad es discriminatorio, aberrante, atrasado y no científico.

Mencionado resultado coincide con Campo et al. (2008); Moral et al. (2013); Vázquez-Rivera et al. (2012) y se aleja de lo que halló Rabbia y Imhoff (2012). Estos trabajos investigativos fueron realizados con estudiantes de psicología mayoritariamente.

En la Constitución Política del Perú, el Tribunal Constitucional y la Ley General de Salud se establece claramente que el goce a una buena salud y a la protección de la misma es un derecho de todos y todas. De manera que, la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva forma

parte del goce de una buena salud; pero, toda la diversidad sexual en el MINSA ha sido resumida en la sigla HSH, invisibilizando las necesidades de servicio de salud particulares de gays y lesbianas, y por supuesto omitiendo las recomendaciones que organismos internacionales hacen a nuestro país en temas de salud.

Por tal razón, toda instancia formadora de profesionales, no sólo, en ciencias de la salud debe contemplar la necesidad de enseñar que la homosexualidad no es una enfermedad ni una inadaptación social sino una manifestación de las variadas orientaciones sexuales y más aún, las necesidades que posee esta población y cómo intervenir en la atención ambulatoria. Ante esto, Sevilla y Álvarez (2010) concluyen que el compromiso de un discurso homofóbico proveniente de profesionales de la salud es de considerable responsabilidad, porque son quienes participan en una labor formativa al entrar en contacto con la comunidad y precisamente es ahí donde se producen y reproducen los esquemas de comportamiento. Los mismos refieren que, el discurso del profesional de la salud debiera ser directo, respetuoso, plural, con una actitud asertiva y un diálogo horizontal entre iguales.

Frente a esto, Toro-Alfonso (2012, en Fernández & Calderón, 2014) manifiesta que a los psicólogos incumbe direccionar y mostrar evidencia científica el daño que ocasiona la exclusión en personas homosexuales; al igual que, desarrollar guías para los profesionales y para toda la comunidad en cuestiones éticas que debe acompañar las intervenciones con gays y lesbianas. De la misma forma, son los profesionales de la salud quienes tienen la responsabilidad de unificar las actitudes a favor de la diversidad sexual y que la comunidad homosexual acuda a los servicios de salud, y el Estado debe generar las políticas públicas para detener la discriminación y los crímenes de odio por orientación sexual.

Como también, se debe implementar consultorios con profesionales especializados en la atención a gays y lesbianas, semejante a los CERITS puesto que los profesionales de salud que laboran en los mencionados servicios son los más sensibilizados con la orientación sexual del paciente y la problemática peculiar de la comunidad homosexual.

Pese a que los profesionales de la salud se rigen bajo un código de ética profesional y un reglamento que el MINSA (Resolución Ministerial 300-2013) tiene para los empleados públicos, gays y lesbianas declaran que, si bien no existe una discriminación abierta ni maltrato evidente, hay cierta frialdad en la atención, falta de compromiso y pobre conocimiento sobre sus problemas de salud sexual (Velarde, 2011). En consecuencia, se incumple los principios éticos, se daña la relación médico-paciente, es probable que el paciente abandone el tratamiento, impide que los usuarios soliciten pruebas voluntarias, motiva a abandonar la institución y se pierde la credibilidad del sistema de salud (Sevilla & Álvarez, 2010).

Ccapa y Lescano (2009) refiere que, en aquellos establecimientos de salud, donde se observó episodios de discriminación fragante, confirman la existencia de prejuicios que el profesional de la salud comparte con la comunidad general y existe un desconocimiento de leyes, normas y directrices técnicas que protegen y resguardan la calidad y calidez de atención de todos los pacientes.

Debido a lo anterior, Cárdenas y Arriagada (2011a) indican que los prejuicios basados en estereotipos tan arraigados en la sociedad son difícilmente modificables, más bien se han hecho más silenciosos, pero no han desaparecido. El trabajo de Cárdenas y Barrientos (2008) muestra que al evaluar la actitud implícita hacia la homosexualidad, los resultados reflejan que hombres y mujeres tienen una actitud implícita desfavorable hacia gays, y probablemente hacia lesbianas (en caso de haber sido evaluado).

El discurso de los profesionales de la salud no escapa a las actitudes desfavorables, por ese porcentaje mínimo que existe, razón suficiente para seleccionar cuidadosamente al personal que trabaje temas de salud sexual y reproductiva y salud mental con población TLGB, en específico. Aquel profesional de la salud que posea actitudes desfavorables debe inhibirse y referir a sus pacientes a otro colega que le preste servicios de calidad. Para eliminar las actitudes desfavorables en ellos, es importante que se expongan al tema, ya sea por la exposición en la práctica supervisada a pacientes con orientación homosexual o por medio de la educación formal (Vázquez-Rivera et al., 2012).

También los hallazgos sugieren que, si bien no se encontró diferencias significativas entre conocer o no a una persona homosexual y sus actitudes hacia gays y/o lesbianas, los profesionales de salud de la Red de Salud de Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) que afirmaron conocer alguna persona homosexual favorecen el desarrollo de mayor tolerancia y menos discriminación tanto a gays como a lesbianas. En esa misma línea, Rodríguez (2010); Toro-Alfonso y Varas-Díaz (2004) encontraron que cuando las personas conocen a gays o a lesbianas las actitudes favorables son mayores.

Probablemente, los motivos que contribuyen a la falta de relación entre las actitudes y conocer alguna persona homosexual, podría ser entendido porque en general las personas homosexuales no revelan su identidad sexual, aún viven en el clóset, por una serie de factores muy particulares y personales; lo que quiere decir, que en consulta un gay o una lesbiana, difícilmente confesará su orientación sexual por la mala percepción que tienen del sistema de salud y en especial de las actitudes de los profesionales de la salud.

Vázquez-Rivera et al. (2012) nos da un alcance más, encontró que a mayor cantidad de clientes gays y lesbianas atendidos y una educación formal sobre asuntos de homosexualidad predice actitudes favorables hacia la homosexualidad.

Respecto a la religión, hemos encontrado que los profesionales de la salud con una identidad religiosa determinada (predominantemente católica), muestran actitudes más favorables hacia las personas homosexuales; subrayando que los profesionales de la salud que se autodenominaron ateos aceptan en su totalidad tanto a gays como a lesbianas. Una posible explicación a los resultados encontrados en este estudio, es que identificarse con una u otra creencia religiosa no hace que se adopte una postura conservadora a la sexualidad o a la homosexualidad, en específico.

Que los profesionales de la salud tengan actitudes más favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas se interpreta en razón de que en esta época contemporánea la iglesia católica tiene una tendencia de mayor apertura hacia el respeto y consideración de las personas homosexuales, aunque persiste la homofobia en amplios sectores religiosos. Hoy los profesionales católicos son más críticos y autónomos en sus decisiones personales, ya que la comunidad científica ha demostrado que la homosexualidad resulta ser tan normal como la heterosexualidad. Dicha aceptación está siendo prevalente en países desarrollados, curiosamente en sociedades aún católicas, incluso aprueban la unión civil y el matrimonio entre personas del mismo sexo y la formación de familias homoparentales con derecho a adopción de niños.

Vilches (2003) enfatiza que para lograr un cambio significativo en las actitudes homofóbicas se requiere que dentro de las religiones y en especial en la católica existan reformas que a su vez influyan en sus practicantes. Resaltamos entonces que la religión influye en los significados y actitudes frente a la homosexualidad.

Los hallazgos de Cárdenas y Barrientos (2008); Moral (2010); Valdivia (1998); manifiestan que la religión está asociada negativamente con las actitudes hacia la homosexualidad. No obstante, Chirinos (2009) afirmó que las actitudes hacia la homosexualidad no se relacionan con la religión ni el grado de prácticas religiosas.

Coincidimos con el trabajo de Vázquez-Rivera et al. (2012) donde se puede ver que la relación entre actitudes hacia la homosexualidad y religión es favorable, como bien lo explican aunque no se acepte la conducta, se acepta a la persona.

Para la realidad peruana, en especial para Arequipa, estos resultados ofrecen una relevancia considerable. Han sido útiles los proyectos realizados por organizaciones como Promsex, Vía Libre y demás organizaciones que como fin tenían sensibilizar a los profesionales de la salud con la problemática de la comunidad homosexual. Pero, esto no quita la responsabilidad del Estado y del Minsa para establecer normativas específicas en cuanto a la atención de salud en gays y lesbianas que por derecho tienen al disfrute del más alto nivel.

Conclusiones

PRIMERA. En relación con el objetivo principal de la presente investigación, la gran mayoría de los profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Arequipa Metropolitana) presentan actitudes favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas.

SEGUNDA. Respecto a la edad, los profesionales de la salud más jóvenes presentan mejores actitudes tanto hacia gays como hacia lesbianas, pese a no contar con una diferencia estadística significativa; mientras que las actitudes tienden a ser menos favorables cuando el evaluador tiene mayor edad.

TERCERA. En función del sexo, las mujeres profesionales de la salud muestran actitudes más favorables hacia la homosexualidad que los hombres, siendo esta predisposición favorable tanto hacia gays, como a lesbianas, habiendo diferencia estadística significativa.

CUARTA. El/la técnico en enfermería es el profesional de la salud que destaca al obtener los puntajes más altos en actitudes favorables, pese a no contar con una diferencia estadística significativa. Pero tomando en cuenta el grupo profesional una amplia mayoría revela dichas actitudes: psicólogos/as, trabajadores/as sociales, obstetras, nutricionistas, técnicos en farmacia, médicos y enfermeros/as.

QUINTA. Si bien no se encontró diferencias estadísticas significativas, los profesionales de la salud que afirmaron conocer alguna persona homosexual muestran actitudes más favorables frente a quienes señalaron no conocer a gays ni a lesbianas.

SEXTA. La gran mayoría de las personas investigadas son católicas y muestran actitudes favorables tanto hacia gays como hacia lesbianas.

Sugerencias

PRIMERA. Se ha puesto en evidencia los daños a la salud que experimentan gays y lesbianas, ante ello el MINSA debería establecer normativas muy puntuales para que la población homosexual acceda a los servicios sin temor a ser discriminados, no limitando el goce pleno de sus derechos humanos. Asimismo es de suma importancia que el Estado enfatice sus intereses en brindar una noción más holística sobre la sexualidad, dejando de lado la influencia que tiene la religión sobre las políticas públicas y hacer hincapié en la laicidad del estado peruano, partiendo desde la educación inicial hasta la educación superior.

SEGUNDA. Buscando actitudes favorables en su totalidad por parte de los profesionales de la salud, es que se propone despojar el sistema de creencias que de manera automática se posee y no asumir la heterosexualidad del paciente en consulta, puesto que aún prevalecen las actitudes implícitas desfavorables y por ende el rechazo encubierto. Por otro lado, los profesionales de la salud tienen el deber de derivar al especialista cuando un paciente manifieste dudas sobre su orientación sexual; sobre este argumento, sería oportuno incrementar el número de expertos sobre diversidad sexual en los establecimientos de salud, ya sea por los requerimientos en temas de salud sexual y reproductiva, salud mental entre otros.

TERCERA. Se sugiere un mayor acercamiento interpersonal con gays y/o lesbianas, incluso con padres y/o madres de homosexuales, para que a través de experiencias vivenciales re-evalúen sus estereotipos, prejuicios, estigmas y creencias acerca de la homosexualidad, con la finalidad de fortalecer sus conocimientos e incrementar la eficacia en la atención. Puede ser útil también participar de la educación formal sobre la homosexualidad de manera continua. Otro punto valioso es que mediante los medios masivos de comunicación el MINSA difunda mensajes de

inclusión y respeto con información veraz y oportuna para disminuir las brechas que distinguen a heterosexuales de homosexuales, inicialmente urge promover el desuso de adjetivos calificativos peyorativos o que denigren tanto a gays como a lesbianas.

CUARTA. Se aconseja que en los próximos estudios, el tema de la religión pueda cubrir el abanico de religiones junto con la convicción y la práctica religiosa.

Además de examinar otras variables relacionadas con las actitudes hacia la homosexualidad, como la autoestima, habilidades sociales, conservadurismo, nivel socioeconómico y educativo, duración y calidad del contacto con gays y lesbianas, en función de otras comunidades minoritarias y por último se debe elaborar investigaciones con instrumentos explícitos, pero de índole más sutil, que permitan probar los cambios en los modos de expresión a nivel manifiesto.

QUINTA. Se recomienda para una próxima investigación abarcar una mayor cantidad de muestra con la finalidad de que los resultados puedan ser generalizados por lo menos en nuestro medio. Del mismo modo, dar continuidad a investigaciones que evalúen a los profesionales encargados de la promoción y prevención en salud.

Limitaciones

PRIMERA. Existen ciertas limitaciones que son específicas a este tipo de investigaciones: señalar en primer orden, que es un auto-reporte y es necesario tener en consideración el posible efecto de la variable deseabilidad social, es decir que las personas van a contestar lo que creen desear los investigadores y por consiguiente los individuos no serían totalmente sinceros por miedo, vergüenza, sentimiento de culpa o que el discurso poco tolerante hacia la homosexualidad tiene una circulación en los espacios de la cotidianeidad, razón por la cual cuesta más trabajo observarlo y detectarlo; a pesar de que se ha tratado de asegurar el anonimato para una mejor validez y confiabilidad. Además, el presente estudio no fue realizado con una muestra probabilística por tanto las generalizaciones son reservadas. Y también se manifiesta la escasez de referencias bibliográficas y estudios realizados en nuestro medio, lo que obligó a tener como base a investigaciones extranjeras.

SEGUNDA. Respecto al instrumento, se puede decir que no hay uniformidad en los estudiosos al evaluar las actitudes tanto hacia gays como hacia lesbianas, ya que no se cuenta con un instrumento estandarizado para analizar las actitudes hacia la homosexualidad. Del mismo modo, se podría considerar una barrera la inconsistencia entre los teóricos al conceptualizar el término actitud y gay.

TERCERA. La Escala utilizada mide cuatro dimensiones (derechos civiles de los homosexuales, reacciones emocionales y conductuales hacia los homosexuales, relaciones entre personas homosexuales y características personales de los homosexuales) al que no se le realizó ningún tratamiento estadístico pudiendo obtener mayor información y explicación sobre las actitudes hacia la homosexualidad.

CUARTA. Sobre la fase de recolección de datos, la colaboración del profesional de la salud en los distintos establecimientos de salud visitados no fue la esperada, ya que argumentaban, con mayor frecuencia, falta de tiempo para cumplir con sus deberes y obligaciones; sin embargo, el número de encuestas solicitadas no se vio afectado, debido a que se aplicó a más individuos de lo requerido. Finalmente, la variada metodología empleada en esta fase puede indicar ciertos sesgos investigativos reflejados en la no relación estadística significativa en muchas de las variables estudiadas.



Referencias

- Acuña-Ruiz, 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. *Revista desde el Caribe*, (18), 58-88.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed.) (Versión española – texto revisado) (DSM – IV TR). Barcelona: Masson.
- Annicchiarico, I. (2009). Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes. *Universitas Psychologica*, 8 (2), 429-446. Recuperado el 01 de Noviembre de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a11>
- Ariza, G. & Wagher, E. (1999). *Roles de género y actitudes hacia la sexualidad humana en adolescentes*. Tesis profesional, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Barra, E. (2002). Influencia del sexo y de la tipificación del rol sexual sobre las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (3), 275-284.
- Campo, K., Rodríguez, M. & Trías, L. (2008). Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la homosexualidad. *Psicología - Segunda Época*, 27 (2), 89-118.
- Cárdenas, B. & Arriagada, S. (2011a). Diversidad sexual en los servicios de salud. ¿Qué podemos mejorar? Guía de capacitación a proveedores de salud (1era ed.). Lima: Promsex.
- Cárdenas, B. & Arriagada, S. (2011b). Guía de vigilancia a establecimientos de salud que brindan servicios de salud sexual y reproductiva. ¿Qué sabemos y que debemos hacer para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas TLGB en los servicios de salud? (1era ed.). Lima: Promsex.

- Cárdenas, M. & Barrientos, J. (2008). Explícit and implicit attitudes toward gay men in a university simple in Chile. *Psyke*, 17 (2), 17-25.
- Castañeda, M. (2000). *La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. México: Paidós.
- Ccapa, A. & Lescano, A. (2009). Estudio exploratorio sobre estigma y discriminación en poblaciones clave. Lima: Vía Libre.
- Chirinos, D. (2009). *Actitudes hacia la sexualidad en alumnos de la Universidad Católica de Santa María*. Tesis profesional, Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Perú.
- Crooks, R. & Baur, K. (2010). *Nuestra sexualidad* (10ma ed.). México: Cengage Learning S.A.
- Fernández, M. & Calderón, J. (2014). Prejudice and social distance toward homosexuals by university students. *Revista Puertorriqueña de Psicología* V, 25(1), 52-60.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hogg, M., Vaughan, M. & Morando, M. (2010). *Psicología social* (5ta ed.). Madrid: Médica Panamericana S.A. Disponible el 15 de Octubre en <http://books.google.com.co/>
- Kassin, S., Fein, S. & Markus, H. (2010). *Psicología social* (7ma ed.). México: Cengage Learning S.A.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 26, 163-169.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. & Martin, E. (1948). *Sexual Behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

- Lino, M. & Vera, M. (1996). *Niveles de ansiedad en un grupo de homosexuales masculinos en Arequipa Metropolitana*. Tesis profesional, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Lozano, I. (2014). Homophobic institutional violence and gay men emotions in Mexico city. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25 (2), 298-312.
- Meza, C. (2014). Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2013-2014. Lima: Promsex.
- Moral, J. (2010). Religion, meanings and attitudes toward sexuality: a psychosocial approach. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (1), 45-59. Recuperado el 05 de Noviembre de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80415077005.pdf>
- Moral, J., Valle, A. & Martínez, E. (2013). Evaluation of rejection toward homosexuality in students of medicine and psychology base on three conceptually related scales. *Revista desde el Caribe*, 30 (3), 526-550.
- Observatorio de derechos LGBT y VIH/Sida. (2014). “Reporte anual: Febrero 2013 - Febrero 2014”. Disponible el 03 de Noviembre en http://www.iessdeh.org/ext_doc/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Defining sexual health. Report of technical consultation on sexual health*. 28-31. Ginebra. OMS. Disponible el 28 de Octubre en http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion_4
- Ortiz-Hernández, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud mental*, 28 (4), 49-64.

- Ortiz-Hernández, L. & García, M. (2005). Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals. Lesbians, and gays in México City. *Cad. Saude Pública, Río de Janeiro*, 21 (3), 913-925.
- Pineda, C. & Vargas, I. (1996). *Estudio sobre las actitudes de los profesionales de la salud y personal que labora en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa frente al Sida*. Tesis profesional, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Pinto, M. (1996). *Conocimientos y actitudes hacia la homosexualidad*. Tesis profesional, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Portilla, C. & Vilches, F. (2013). *La práctica de investigación en psicología. Preparación de tesis, disertación o artículos de investigación en psicología, de acuerdo a las normas de la APA (6th ed.)*. Arequipa: Neo Cromátika.
- Rabbia, H & Imhoff, D. (2012). Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de psicología de Córdoba. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4 (3), 22-29. Recuperado el 21 de Octubre de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/>
- Rathus, S., Nevid, J. & Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana* (6ta ed.). Madrid: Pearson Educación S.A.
- Resolución de la Comisión de Derechos Humanos. (2014). “Salud sexual y reproductiva”. Disponible el 28 de Octubre en <http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/>
- Resolución Ministerial N° 300-2013/MINSA. (2014). “Directiva para la implementación de los Principios, Deberes y Prohibiciones Éticas en el Ministerio de Salud”. Disponible el 07 de Noviembre en <http://www.inen.sld.pe/>

- Rodríguez, T. (2010). Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, (12), 81-101.
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2012). Primera encuesta nacional de la juventud 2011. Lima: SENAJU.
- Sevilla, M. & Álvarez, N. (2010). Homofobia y discriminación sexual en el discurso de profesionales de la salud. *Revista Digital Universitaria*, 11(8), 1-13.
- Silva, C. & Otsuka, L. (2013). Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2012. Lima: Promsex.
- Shibley, J. & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad humana* (9na ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sulmont, D. (2005). Encuesta nacional sobre la exclusión y discriminación social: Informe final de análisis de resultados. Lima: DEMUS.
- Toro-Alfonso, J. & Varas-Díaz, N. (2004). Los otros: Prejuicios y distancia social hacia hombres gays y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 537- 551.
- Toro-Alfonso, J. (2005). El estudio de las homosexualidades: Revisión, retos éticos y metodológicos. *Revista de Ciencias Sociales*, (14), 78-97.
- Uribe, A. & Orcasita, L. (2011). Evaluation of the health professionals knowledge, attitudes, susceptibilities and self-effectiveness related to HIV/AIDS. *Avances en enfermería*, 24 (2), 271-284. Recuperado el 26 de Octubre <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- Valdivia, L. (1998). *Actitudes de los grupos religiosos hacia los homosexuales*. Tesis profesional, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.

- Vázquez-Rivera, M., Nazario-Serrano, J. & Sayers-Montalvo, S. (2012). Actitudes hacia gays y lesbianas en psicoterapia de estudiantes graduados(as) de psicología y psicólogos(as) clínicos(as) con licencia. *Interamerican Journal of Psychology*, 46 (3), 435-446.
- Velarde, C. (2011). La igualdad en lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay. (1era ed.). Lima: Promsex.
- Vilches, F. (2003). *Homofobia en estudiantes universitarios*. Tesis magistral, Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Perú.
- Villa, M. & Jaimes, S. (2009). Relación entre género y las actitudes hacia la homosexualidad en estudiantes universitarios. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 3 (2), 163-183. SI
- Vivanco, C. (2012). *Opresión internalizada y problemas de salud psicológica en personas homosexuales*. Tesis profesional, Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Perú.
- Zegarra, K. (2011). *Trastorno de personalidad y niveles de depresión en personas homosexuales*. Cybertesis de la Universidad Católica de Santa María. Tesis magistral, Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Perú. Recuperado el 08 de Octubre de http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/fichatesis.php?codigo=A5.0940.MG
- Zubeidat, I., Desvarieux, A., Salamanca, Y. & Sierra, J. (2004). Análisis bibliométrico de la revista Journal of Sex Research (1980-2003). *Universitas Psicológica*, 3, 47-54. Recuperado el 05 de Diciembre de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N105 analisis.pdf>



CUESTIONARIO

Este es un cuestionario que tiene por objetivo conocer la actitud de las personas hacia la homosexualidad (gays y lesbianas). La información obtenida será de carácter confidencial. Asegúrese de marcar una alternativa a cada pregunta y por favor responda con total sinceridad. Gracias por la confianza y participación.

La palabra homosexual se refiere tanto a gays como a lesbianas

Sexo: H () M () Edad: ____ años Profesión: _____

1. Estado civil:
 - a. Soltero/a
 - b. Conviviente
 - c. Casado/a
 - d. Separado/a
 - e. Viudo/a
 - f. Divorciado/a
2. ¿Tiene hijos/as?
 - a. Sí
 - b. No (Pase a la pregunta 4)
3. Si su respuesta fue afirmativa
 - a. ¿Cuántos hijos tiene? _____
 - b. ¿Cuántas hijas tiene? _____
4. ¿Cuántos años de ejercicio profesional lleva?
 - a. 1 a 3 años
 - b. 4 a 8 años
 - c. 9 a 17 años
 - d. 18 a 25 años
 - e. 26 a más años
5. ¿Conoce a alguna persona homosexual?
 - a. Sí
 - b. No (Pase a la pregunta 7)
6. Si su respuesta fue afirmativa: ¿Qué tipo de relación tiene con una persona homosexual?
 - a. Pareja
 - b. Familiar
 - c. Amigo/a
 - d. Compañero/a de trabajo
 - e. Otro (especifique) _____

7. ¿Cuántos pacientes gays considera haber atendido a lo largo de su experiencia profesional?
- Ninguno
 - 1 a 2 pacientes
 - 3 a 5 pacientes
 - 6 a 10 pacientes
 - 11 a 19 pacientes
 - 20 a más pacientes
8. ¿Cuántas pacientes lesbianas considera haber atendido a lo largo de su experiencia profesional?
- Ninguna
 - 1 a 2 pacientes
 - 3 a 5 pacientes
 - 6 a 10 pacientes
 - 11 a 19 pacientes
 - 20 a más pacientes
9. ¿Cuál es su creencia religiosa?
- Católica
 - Protestante
 - Ateo
 - Otro (especifique) _____
10. ¿Con qué frecuencia asiste a los servicios religiosos?
- 1 vez a la semana
 - 2 veces al mes
 - 1 vez al mes
 - Algunas veces al año
 - Nunca

A continuación aparece una serie de 18 afirmaciones referentes a las personas homosexuales (gays y lesbianas). Nos interesa conocer si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas afirmaciones, según si se trata de hombres homosexuales (GAYS) o de mujeres homosexuales (LESBIANAS). Le pedimos que luego de leer cada afirmación marque con una X dentro de la burbuja aquella alternativa que mejor represente su opinión, tanto en la columna GAYS como en la columna LESBIANAS. Sea tan cuidadoso(a) como pueda al responder cada afirmación. No emplee demasiado tiempo en cada afirmación. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Las alternativas son:

A: Acuerdo
I: Indeciso(a)
D: Desacuerdo

| | | GAYS | | | LESBIANAS | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | A | I | D | A | I | D |
| 1 | Me incomodaría que me vieran en compañía de una persona homosexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Las personas homosexuales poseen mayor creatividad artística que el común de las personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | No se debería permitir que una persona homosexual trabaje con niños. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Las parejas homosexuales no deberían tener derecho a adoptar niños. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Una persona homosexual debería poder desempeñar cualquier trabajo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Las personas homosexuales no deberían frecuentar los mismos lugares públicos que el resto de las personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Una persona homosexual puede ejercer cargos públicos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | No me gustaría tener como compañero(a) de trabajo a una persona homosexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | No tendría inconvenientes en ser amigo(a) de una persona homosexual. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | GAYS | | | LESBIANAS | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | A | I | D | A | I | D |
| 10 | Las personas homosexuales pueden tener relaciones de pareja estables como las personas heterosexuales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Las personas homosexuales no son confiables como amigos(as). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Las personas homosexuales tienden a ser sexualmente promiscuas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Debería permitirse el matrimonio entre personas homosexuales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Las personas homosexuales suelen ser más celosas con su pareja que las personas heterosexuales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Sería chocante observar a una pareja homosexual besándose. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | No es posible detectar a una pareja homosexual por su apariencia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Las personas homosexuales tienen modales del sexo opuesto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Las personas homosexuales tienden a ser emocionalmente inestables. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¡Gracias por su colaboración!