



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No.8
"SAN ANGEL"**

**LA RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES
HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES CON VIH/SIDA QUE
ACUDEN A EL SERVICIO DE CLISIDA EN EL HGZ/UMF NO.8 IMSS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR MARIO ALBERTO GIL AGUILERA

**ASESORES: DR JORGE ARELLANO LOPEZ
DRA. MARIA TERESA AVALOS CARRANZA**



MEXICO, D.F

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Este libro esta DEDICADO A MIS HIJOS, que son una parte muy importante en mi vida, que resintieron el no estar con ellos en algunos momentos importantes en su vida, así como para el resto de mi familia que siempre me estuvieron apoyando durante estos tres últimos años.

También un agradecimiento A MIS ASESORES:

El **Dr. Jorge Arellano López**, que es uno de los pocos médicos mexicanos que tiene cuestionarios validados para el estudio de la familia, y que al ser el realizador del cuestionario que se utilizó en esta investigación, y por su gran visión para lograr la adecuada valoración de los resultados obtenidos, nos facilitó en gran medida el poder llegar a un buen término con nuestra investigación.

A la **Dra. Teresa Avalos Carranza**, que conozco desde el primer año de la especialidad, y que siendo una gran profesora de Medicina Familiar, le doy las gracias por compartir conmigo sus conocimientos, su amistad y por ayudarme a tener una visión más exacta de lo que es la Medicina Familiar y de saber darle su valor a nuestra especialidad.

Por último A MIS AMIGOS y a los **DOCTORES**, por estar apoyándome durante estos tres años, que a pesar que tuvimos muchos momentos difíciles, logramos cumplir con las metas y objetivos que cada uno de nosotros se planteó durante toda la realización de la especialidad.

LA RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES HOMOSEXUALES Y
HETEROSEXUALES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A EL SERVICIO DE CLISIDA EN EL HGZ/UMF
NO.8 IMSS.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MARIO ALBERTO GIL AGUILERA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL OCTAVIO SILVA BERMUDEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 8 IMSS.

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
JEFA DE ENSEÑANZA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HGZ/UMF No. 8 IMSS

LA RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES HOMOSEXUALES Y
HETEROSEXUALES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A EL SERVICIO DE CLISIDA EN EL HGZ/UMF
NO.8 IMSS.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MARIO ALBERTO GIL AGUILERA

AUTORIZACIONES

DR. JORGE ARELLANO LOPEZ

JEFE DE AREA DE EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACION DE LA
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD A NIVEL CENTRAL DEL IMSS

DRA. MARIA TERESA AVALOS CARRANZA

COORDINADORA MÉDICA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS DE LA
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD A NIVEL CENTRAL DEL IMSS.

INDICE GENERAL	1
1. INTRODUCCION	2
1.2 MARCO TEORICO	3
1.3 ANTECEDENTES	4
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.5 JUSTIFICACION	24
1.6 OBJETIVOS	25
1.7 HIPOTESIS	26
2 MATERIAL Y METODOS	27
2.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	27
2.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	27
2.3 MUESTRA	28
2.4 CRITERIOS	29
2.5 VARIABLES	30
2.6 METODO DE RECOLECCION DE LA MUESTRA	30
2.7 CRONOGRAMA	31
2.8 RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y DE FINANCIAMIENTO	31
2.9 CONSIDERACIONES ETICAS	32
2.10 EJECUCION	33
3. RESULTADOS	34
4. DISCUSION	35
5. CONCLUSIONES	36

6. BIBLIOGRAFIA	37
7. ANEXOS	38

RESUMEN

Título

La respuesta en el subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a el servicio de Clisada en el HGZ/UMF No 8. IMSS.

Diseño: Se trata de un estudio Observacional, Descriptivo, Explicativo, y Comparativo. Por la medición del fenómeno en el tiempo y la dirección del análisis es Transversal.

Material y Métodos:

Se aplicaron 20 encuestas a parejas heterosexuales y 20 encuestas a parejas homosexuales portadores de VIH/SIDA en el servicio de CLISIDA del HGZ/UMF No 8 IMSS. A través de la encuesta denominada "respuesta del subsistema conyugal ante la presencia de conflictos". El objetivo del estudio fue "Analizar si existen diferencias en la respuesta del subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA". La base de datos se encuentra almacenada y analizada en Exel.

Resultados:

De acuerdo a la encuesta se obtuvieron los siguientes resultados:

El tiempo de relación de la pareja homosexual tuvo un promedio de 5.25 años con un rango de 8 a 3 años.

Mientras que en la pareja heterosexual se registro un promedio de relación de 7.1 años con un rango de 20 hasta 2 años.

De acuerdo a su escolaridad se obtuvieron los siguientes resultados, en la pareja homosexual predomina el nivel de preparatoria y licenciatura.

En la pareja heterosexual predomino el nivel escolar de preparatoria.

La respuesta predominante en la pareja homosexual fue hacia la lealtad y la pareja heterosexual su respuesta predominante fue la indiferencia.

Conclusiones:

Durante el estudio se cumplió con el objetivo de dicha investigación y sí hubo diferencia en la respuesta ante la presencia de conflictos en las parejas homosexuales y heterosexuales.

Palabras clave: Pareja homosexual, pareja heterosexual, respuesta ante los conflictos

SUMMARY

Title

The answer in the conjugal subsystem in homosexual and heterosexual patients with VIH/SIDA that go to the service of Clisida in HGZ/UMF Not 8. IMSS.

Design: One is a Observaci3n study, Descriptive, Explanatory, and Comparative. By the measurement of the phenomenon in the time and the direction of the analysis he is Cross-sectional.

Material and Methods:

Heterosexual pairs and 20 surveys to carrying homosexual pairs of VIH/SIDA in the service of CLISIDA of the HGZ/UMF were applied to 20 surveys to Not 8 IMSS. Through the survey denominated "answer of the conjugal subsystem before the presence of conflicts". The objective of the study was "To analyze if differences in the answer of the conjugal subsystem in homosexual and heterosexual patients with VIH/SIDA exist". The data base is stored and analyzed in Exel.

Results:

According to the survey ientes results were obtained sigu:

The time of relation of the homosexual pair had an average of 5,25 years with a rank of 8 to 3 years.

Whereas in the heterosexual pair registry p romedio of relation of 7,1 years with a rank of 20 up to 2 years.

According to their schooling the following results were obtained, in the homosexual pair it predominates the preparatory level of and degree.

In the heterosexual pair l predominate the scholastic level of preparatory.

L to predominant answer in the homosexual pair fu and towards loyalty and the heterosexual pair their predominant answer was the indifference.

Conclusions:

During the study it was fulfilled the objective of this investigation and yes there was difference in the answer before the presence of conflicts in the homosexual and heterosexual pairs.

Key words: Homosexual pair, even heterosexual, answer before the conflicts

INTRODUCCIÓN

La unión de una pareja es la forma más antigua y primitiva de familia, que existe, los tipos de pareja han cambiado con el transcurso del tiempo empezando por la barbarie hasta la civilización contemporánea (1).

Actualmente en la mayoría de las sociedades la forma de pareja mas aceptada es la heterosexual, la cual esta formada por un hombre y una mujer, y debido a la variación en las preferencias sexuales existen otros tipos de parejas, como la homosexual femenina o masculina.

Este tipo de parejas, aunque tienen muchas características en común, también tienen grandes diferencias en relación a la heterosexual. Por lo que, a partir de ellas, consideramos necesario estudiar la respuesta de ambas, las homosexuales y las heterosexuales, ante situaciones de conflictos.

Entendemos como conflicto, entre varias conceptualizaciones, a la presencia de una enfermedad, en el caso que nos ocupa del VIH/SIDA, siendo éste, además uno de los padecimientos más estigmatizantes en la sociedad, por lo cual cada pareja tendrá su forma específica de responder ante este conflicto que es lo que describimos en la presente investigación.

1. MARCO TEORICO.

1.1.ANTECEDENTES.

Una pareja es alguien que no necesita ni depende del otro: una entidad independiente conectada e integrada a sí misma, quien desea relacionarse e intercambiar energía con el otro, la cual servirá para ampliar los horizontes de quienes la integran, y en la cual no todo es amor, sino que también será fundamental la complicidad y la afinidad de los proyectos de vida de cada uno. Entonces una relación se construirá con base en el esfuerzo, la dedicación y el amor, además de una buena comunicación y confianza mutua.

Uno de los anhelos de todo ser humano es relacionarse con una pareja. Por lo tanto siempre tendremos como reto consciente o inconsciente integrarnos o relacionarnos primero con nosotros mismos y posteriormente con los demás.

Para conformar una pareja se requiere de tres elementos vitales: corazón, en su acepción para expresar afecto o emociones; la inteligencia o los juicios de valor y; el placer sexual o la genitalidad, y tres principios vitales para conectarnos con nosotros mismos y obtener autoestima o autocorrección, si a esto le agregamos un adecuado desarrollo psicoafectivo nos permitirá construir una pareja.

Alterar estos ingredientes afectara, sin duda nuestra autoidentificación y repercutirá en la solución y convivencia con una pareja Si hubo un apoyo adecuado, la autoestima florecerá al máximo, de lo contrario cada cual se autodeterminara como individuo. Por lo tanto formar una pareja es en nuestra vida, resultado de nuestro desarrollo en casa y de la integración de nosotros mismos. (2)

En la familia, conceptualizada como una organización similar a un sistema, existen tres subsistemas uno de ellos, el subsistema conyugal se constituye cuando dos personas se unen con la intención de constituir una familia.

Las principales cualidades para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada miembro de la pareja ceder sin sentir que se ha dado por vencido.

Lo más importante en este subsistema es la promoción de la relación conyugal, de forma que se disponga de tiempo y actividades que compartan como pareja.

La pareja estará sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales. En respuesta a estos requerimientos se exige una transformación constante en la posición de los miembros de la pareja, en sus relaciones mutuas para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad(1)

La pareja homosexual comparte con la heterosexual dinámicas y características, pero también presenta diferencias.

En primer lugar los significados y propósitos de ambas parejas: la pareja homosexual no posee fundamentos legales ni económicos como es el matrimonio, ni es reconocida por la sociedad ni por el Estado; no tiene como propósito formar una familia, ni legitimizar ni regular sus relaciones sexuales, no tiene ninguna finalidad dinástica, en el sentido tradicional de establecer una descendencia o de consolidar alianzas económicas o políticas, no tiene, por lo tanto, ninguna de las funciones tradicionales asociadas al matrimonio heterosexual.

Un aspecto muy importante del ciclo vital es la planeación a futuro. Para sobrevivir, toda pareja necesita un proyecto de vida común, una visión a futuro que logre unir a las dos personas más allá del momento presente. La pareja no solo necesita un espacio, sino también un tiempo propio: un lugar, pero también un futuro, compartido(2)

Esto se da casi automáticamente en la relación heterosexual, a través de la institución misma del matrimonio, de los hijos y del entorno social y familiar. En cambio en la pareja homosexual carece de futuro, como si fuera huérfana del tiempo. En muchos casos se sustenta básicamente en el presente, en las vicisitudes de la vida cotidiana. El contrato no es “hasta que la muerte los separe”, sino sencillamente, “mientras la sigamos pasando bien”. Por lo cual se observa que las parejas homosexuales duraderas y estables tendrán un negocio o proyecto de trabajo en conjunto. Esta situación no es muy común ni aconsejable en las parejas heterosexuales (por los conflictos familiares que puede ocasionar), no es una mala opción en las relaciones homosexuales. Cualquier proyecto en conjunto requiere diálogo, negociación, paciencia, perseverancia: prácticas que la pareja heterosexual aprende y practica diariamente con los hijos.

En las parejas homosexuales a falta de hijos y de familia, tienen que haber otra cosa; el único equivalente viable es algún proyecto conjunto a largo plazo “pasarla bien” no es suficiente, pues cuando la pareja deje de “pasarla bien” por una razón u otra, tenderá a disolverse. Por todo esto, es muy aconsejable que, una vez que amaine la euforia del enamoramiento inicial, las parejas homosexuales piensen en un futuro compartido.

A pesar de estas diferencias en el ciclo vital, la relación homosexual presenta también una estructura específica y dinámicas particulares(3), y al fomentar la relación de parejas homosexuales es deseable para el desarrollo de nosotros mismos y para el alcance de la espiritualidad, sino también como una protección, psicoafectiva para disminuir la transmisión de VIH/SIDA que cada día más está aumentando su presencia en México y en el mundo. Trabajar la autoaceptación en la pareja homosexual no solo formara mejores seres humanos, sino desmitificara exageraciones y fantasías alrededor de la orientación sexual(2)

Cuando en las parejas se presenta un estado tensionante el cual va afectar no solo al paciente sino a la pareja, presentaran cambios de acuerdo al tipo y la gravedad de la enfermedad, por lo que presentaran diferentes formas de respuesta como son inicialmente choque o impacto social, seguida de negación, enojo o ira, tristeza o depresión y por ultimo aceptación y negociación (1)

Así como se ha visto que ambas parejas tienen características y dinámicas distintas, será de suma importancia observar el tipo de respuesta de ambas parejas ante la presencia de un conflicto o dificultades (como es la presencia de VIH/SIDA) Esta percepción dará como resultado una serie de comportamientos que pueden o no derivar de una separación, a una relación poco satisfactoria o en una de mayor crecimiento.

Carril Rusbult, considera como respuesta ante la percepción de conflictos en una relación de pareja las siguientes alternativas: lealtad, voz o expresión, indiferencia y salida de la relación, ya que de acuerdo a esto no todas las parejas sin amor eligen únicamente la separación como respuesta a dichos conflictos. Según este autor existen cuatro tipos de respuesta que puede dar una pareja ante la presencia de conflictos las cuales son:

- a) Respuesta de salida, la separación formal o la salida de un miembro de la pareja, como una solución activa y destructiva.
- b) Respuesta de voz o expresión, una manera activa y constructiva de resolver los conflictos sin separarse (por ejemplo discutir los problemas, buscar soluciones a las situaciones y buscar ayuda externa)
- c) Respuesta de lealtad, una solución constructiva, aunque pasiva (paciencia y esperanza de que las cosas mejoren, y seguir teniendo fe en la relación)
- d) Respuesta de indiferencia, una solución pasiva y destructiva que implica ignorar a la pareja o pasar menos tiempo junto y/o "desentenderse de ella"(1)

Es indudable que la presencia de cualquier tipo de conflictos e incluso de enfermedades crónicas o incurables como en el caso del HIV/SIDA, la pareja presentara cualquiera de los cuatro tipos de respuesta antes mencionado.

Por lo que estas respuestas nos darán como resultado tres grandes alternativas en el subsistema conyugal:

Alta satisfacción.

Nivel alto de involucramiento.

Pocas alternativas de calidad fuera de la relación.

Estos tres determinantes del compromiso interactúan de manera aditiva para generar cuatro grandes tipos de respuesta ante la insatisfacción como son la salida la cual es una respuesta activa y destructiva, también se podrá presentar la respuesta de indiferencia la cual se caracteriza como pasiva pero destructiva, la respuesta de expresión catalogada como activa y constructiva y por ultimo la lealtad la cual pasiva y constructiva.

Ante los conflictos se presentara una secuencia lógica de acuerdo a las respuestas:

- a) El conocimiento del problema lleva a la lealtad.
- b) Si el problema continua, la lealtad llevara a la voz.
- c) Si la voz no tiene éxito, lo siguiente será la indiferencia
- d) Si el problema es percibido como irreparable, uno o ambos integrantes de la pareja podrán elegir terminar la relación.

Asimismo Rusbult menciona factores individuales, la gente madura responde con indiferencia o lealtad, a mayor educación promueve ligeramente mayor actividad en las respuestas, las relaciones laxas y con mayor duración probablemente generen mas respuestas pasivas, las personas casadas tienden a utilizar la lealtad o la indiferencia y finalmente la salida(1)

Este tipo de respuestas han sido estudiadas solo en parejas heterosexuales, por lo que el objetivo de la presente investigación será describir si existen diferencias en la respuesta ante conflictos en la pareja homosexual, que como ya se ha mencionado aunque posee características similares no es una copia fallida de la pareja heterosexual por lo que habría de esperar que la respuesta ante los conflictos de pareja sea diferente.

El VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la etapa final por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual se caracteriza por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias a inmunodeficiencias de tipo celular.

De ser una enfermedad que afecto a grupos de homosexuales en países desarrollados, su tendencia actual es afectar más a la población heterosexual en países subdesarrollados y a las minorías en países desarrollados, principalmente mujeres. El factor de riesgo más importante son las relaciones sexuales sin protección. La disminución de la incidencia en los países desarrollados se debe a la educación para la salud, al uso de preservativos y al control en la administración de sangre y sus derivados. En México se estima que el 31% correspondió a heterosexuales, 23% a homosexuales y casi el 4% a bisexuales; en 28% no se comprobó la categoría de transmisión y hay porcentajes ínfimos de casos de transfusión (1-2%), uso de drogas inyectables, hemofilia y otras causas.

Etiología y patogenia.

La infección por VIH es causada por un retrovirus RNA de la familia de los lentivirus se llamo en un inicio VIH-1, pero se aisló un segundo virus con un 40-50% de homologa al VIH-1 y con 75% de homologa con el genoma del SIV (simian inmunodeficiency virus) al que se nombro como VIH-2, el cual produce un cuadro similar, pero de evolución mas prolongada, que se transmite por vía vertical y con aparición casi exclusiva en África. El virus es capaz de manipular en forma muy fina los mecanismos de la célula huésped con el fin de garantizar

ala máxima eficiencia de replicación. Los mecanismos de unión mejor estudiados son la glucoproteína gp 120 con receptores específicos, como el CD4+ y los receptores de la familia de la quimiocina. La glucoproteína CD4 se expresa en la superficie de los linfocitos t, en los monocitos, en las células dendríticas y en las células de la microglia. Una función fundamental de la unión a CD4 es la inducción de cambios de formación en la gp 120, lo que contribuye a la formación o exposición del sitio de unión a los receptores de las quimiocinas, que son los principales cofactores requeridos para que las cepas de VIH-1 trópicas a macrófagos entren a células CD4+.

En condiciones normales las células CD4+ no infectadas provienen del timo y circulan hasta que encuentran un antígeno, lo que provoca su transformación blastica y proliferación; algunas de estas células sobreviven y entran en una etapa de reposos g0, persistiendo como células de memoria capaces de responder de nuevo al confrontarse con el mismo antígeno. Las células de memoria pueden distinguirse de los CD4+ no estimuladas por una diferente expresión de moléculas de adherencia, entre las cuales esta el CD45 RO+. Debido a que en las células de memoria los niveles de proteínas activadoras de la replicación, son bajos, el provirus integrado queda latente hasta que la célula de memoria es reactiva por el mismo antígeno

Al parecer los órganos linfoides periféricos son los sitios de mayor replicación viral.

Historia natural de la enfermedad.

Aunque no se conocen exactamente las características propias del por que se presento la epidemia de SIDA en el huésped, solo sé tenia claro que las relaciones sexuales y las trasfusiones eran el medio de contagio.

La duración de la enfermedad sin tratamiento en promedio es de 10 años. Los pacientes que tienen infección primaria sintomática avanzan mas rápidamente que los que tienen enfermedad primaria sintomática habiendo una relación directamente proporcional entre la carga viral en la primo infección y la posibilidad de desarrollar enfermedad rápidamente progresiva, así como inversamente proporcional a los niveles de CD4+.

En los primeros días posteriores a la primoinfección hay niveles altos de replicación, el valor de CD8+ se incrementa y probablemente secundario a esto la viremia disminuye durante el primer mes. En la siguiente etapa que puede ser de 6 meses a años, la cifra de CD8+ permanece ligeramente elevada; La replicación viral persiste, principalmente en ganglios linfáticos y células mononucleares periféricas, los niveles virales son bajos y su replicación es eficientemente suprimida. Tres a cuatro meses después de la infección primaria los niveles de CD4+ alcanzan cifras prácticamente normales, posteriormente disminuyendo de 25 a 50/mm³/años, y cuando la cifra de CD4+ en menor de 300/mm³ principia la fase sintomática del paciente, así como aumentan los niveles de VIH sanguíneo.

Las manifestaciones clínicas iniciales son entre tres y seis semanas fiebre de grado variable, cefalea, dolor retroorbitario, mialgias, ardor de garganta, linfadenopatía, así como exantema maculoeritematoso, esto ocurre en aproximadamente más del 50% de los pacientes. En algunos casos pueden presentarse candidiasis oral o úlceras esofágicas o en el ano, así como alteraciones del sistema nervioso (meningitis, encefalitis, mielitis, neuropatía) la duración de la sintomatología puede ser de una a tres semanas, aunque la adinamia, astenia y adenomegalias pueden persistir por meses. , Además se encontrara linfopenia y trombocitopenia inicialmente, posteriormente linfocitosis, con linfocitos atípicos (CD4+/CD8+), posteriormente se presentara una etapa de estado de latencia o de portador asintomático. La seroconversión se podrá presentar a los pocos días de la infección, pero lo más común es que aparezca dentro de las siguientes 4 a 12 semanas (aunque puede durar meses), se encontrara inicialmente aumentada la IgM, posteriormente aumentara la IgG y ambos irán contra la glucoproteína gp24 y contra la gp 41 y gp 120.

Durante esta etapa el paciente permanecerá asintomático y clínicamente no se encontrara ningún dato patológico excepto la linfadenopatía generalizada persistente, que se define por al menos dos ganglios mayores de 1 cm. en dos o más sitios extrainguinales durante más de tres meses, las cadenas más afectadas son las cervicales, submandibulares, las occipitales y las axilares, siendo por lo general son indoloros. En esta etapa el tejido linfático es el mayor reservorio de virus.

Sin tratamiento, menos del 5% de los pacientes desarrollan SIDA en plazo de los dos años siguientes a la infección aguda, a los 11 años aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes infectados tendrán VIH avanzado, SIDA o estarán muertos. Los mejores predictores de progresión a SIDA son una carga viral elevada y dentro de las pruebas para detectar los marcadores de inmunosupresión están los la determinación de linfocitos CD4+, CD8+ y CD3+, otro estudio es la RT-PCR esta prueba se utiliza para determinar la presencia de partículas virales (carga viral) linfocitos CD4+ bajos. Algunos hallazgos clínicos sugieren la progresión de la enfermedad como son la candidiasis oral, la leucoplasia vellosa y la aparición de brotes de herpes zoster pero aunque son 9 indicadores de infección de VIH, no son predictores de progresión de SIDA. La última etapa es la conocida como SIDA, en la cual ausencia de tratamiento rápidamente ocurre progresión clínica y hay la muerte, existiendo cuatro factores que han cambiado la historia de la enfermedad por VIH, 1) la terapia antirretroviral, 2) la profilaxis contra neumonía por *Pneumocystis carinii*; 3) la profilaxis contra *Mycobacterium avium*, y 4) la posibilidad de ser atendido por un médico especialista y con experiencia en la atención de estos pacientes(5)

HISTORIA CULTURAL DE LA ENFERMEDAD

El VIH/SIDA como sabemos es una enfermedad por si sola estigmatizante, que además condicionara el rechazo de la gente hacia los pacientes que presentan esta enfermedad. Por consiguiente los pacientes que viven con VIH/SIDA van a presentar varias etapas de bienestar combinadas con periodos agudos de crisis, de salud por lo que la familia se encuentra obligada a realizar ajustes de la normalidad a la crisis aunque nunca sé este lo suficientemente preparado para aceptar serenamente el diagnóstico de dicha enfermedad dentro del núcleo familiar, por lo que inevitablemente surgirán los miedos, y principalmente a la muerte, se derrumban las expectativas de vida sin importar la condición social ni la edad del paciente, la reacción común es que el mal a golpeado muy tempranamente e injustamente a la familia, por lo que el diagnostico constituirá un cambio radical tanto en el interior como en el exterior del entorno familiar(6) esto condicionara el rechazo hacia el paciente enfermo, lo cual a su vez no podrá provocar un estado depresivo que nos limitara en la atención al enfermo.

La mirada nosológica proyectada al campo del cuidado de la salud ha permitido un impresionante desarrollo de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades. No obstante, las limitaciones de tal aproximación se hacen ostensibles cuando nos acercamos más al ámbito de lo cultural: a los usos y costumbres, a los hábitos, tradiciones y creencias de las personas, a sus condiciones y circunstancias de vida. Es aquí donde la visión centrada en la enfermedad resulta insuficiente y, con frecuencia, un obstáculo para profundizar en otras facetas de la problemática que desafía a los servicios de la salud.

Cada vez es más evidente que el tratamiento de los pacientes, para tener cierta efectividad requiere cambios en el estilo de vida tales pacientes para su control, por lo que se considera que dichos cambios son componentes adicionales del tratamiento y forman parte del listado de prescripciones, como es modificar los hábitos y estilos de vida lo que equivalente a la ingestión de fármacos y solo es necesario que el paciente sea obediente y disciplinado. Por lo que la primera entrevista con el paciente es hacer las recomendaciones pertinentes en cuanto a su enfermedad (prohibiciones y nuevas obligaciones), lo cual lleva a un poco apego al tratamiento al cuidado de su salud y de las indicaciones medicas, y esto es debido al sistema mecanizado de los sistemas de salud. Y falta de humanismo, por lo que es importante que él medico cambie esos "mecanicismos" para poder penetrar adecuadamente en la condición del paciente. Por lo que aquí es importante conocer los cambios de cultura, la forma de pensar, de otras ideas, de organización y de recursos técnicos y tecnológicos que se podrán manejar en el futuro, por lo que hay que tener muy presente que el medio ambiente influirá en todo ser viviente, en especial en la relación con los miembros de una misma especie incluidas esas personas, significativas en el plano afectivo o intelectual, tanto del orden material como del simbólico.

Tal concepción de vida nos plantea que lo que una persona es, o mejor dicho lo que a llegado a ser, en un proceso inexorable de modificación, resulta de una multitud de interacciones entre sus predicciones, felicitaciones e inhibiciones congénitas y adquiridas de los diversos ambientes de los que ha formado parte a lo largo de su existencia, es decir, donde ha desplegado su experiencia. Por consiguiente se comprende que las personas no pueden controlarse mediante intervenciones directas cual si se trataran maquinas. Por lo que la forma como el medio influye en ellas es provocando, inquietando, desafiando, dando impulsos o estímulos mas que instrucciones u ordenes fuera de su contexto, por lo que adema sacada persona mostrara facilidades o inhibiciones que le harán responder de manera diversa ante los desafíos o provocaciones del medio. Por lo que y una persona por su historial (herencia biológica y cultural, multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte) y circunstancias (constelación actual de sus relaciones con el medio), a llegado a cierta forma de ser que le ocasiona limitaciones, malestares, sufrimientos y diversos tipos de inconvenientes, por lo que es importante darnos cuenta que el estilo de vida serán cualidades ancladas en las entrañas, no simple atributos, que resistirán en mayor o en menor grado, cualquier tentativa de modificación.

La enfermedad se considera como una entidad objetiva, independiente y diferenciada del organismo. Tal concepción de la enfermedad ha facilitado el desarrollo de los medios y procedimientos de intervención para la prevención primaria, la detección temprana y el tratamiento (curativo, de limitación del daño, sustitutiva, paliativo o rehabilitatorio)

La cultura ha tomado las riendas de la evolución humana desde los albores, lo cual explica por que todos los aconteceres son dependientes de la cultura que, por lo mismo, influye en el tiempo de aparición, en la forma de inicio de la enfermedad y en s evolución. Las diferentes culturas son, en lo fundamental, las manifestaciones colectivas de las formas de ser de los grupos humanos a lo largo de la historia, en virtud de la cultura algunas enfermedades han desaparecido como efecto de las vacunas, otras han incrementado su prevalencia en forma vertiginosa, como la diabetes mellitus y otras mas han aparecido como el SIDA. En suma la forma de vivir de las diferentes culturas, configuran también ciertas formas de enfermar, de expresión de la enfermedad, de percibir la enfermedad, de actuar sobre ellas y de morir. La historia cultural de la enfermedad hace énfasis en la infinita variabilidad interindividual de expresión de las enfermedades, así como de su dependencia de la historia las condiciones y circunstancias de existencia de cada persona. (7)

LA HOMOSEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD

El HIV/SIDA por si sola es una enfermedad estigmatizante, ya que desde el momento que se conoce que una persona presenta esta enfermedad, es catalogada como gay o lesbiana, ya que actualmente mucha gente aun piensa que esta enfermedad es principalmente de estas parejas. Y esto debido a que En una gran parte de mundo la homosexualidad sigue siendo rechazada y estigmatizada lo cual no es real porque también se presenta en parejas heterosexuales, ya que actualmente todavía se cree que es exclusiva de las personas homosexuales, lo cual es una mentira ya que hay estadísticas que refieren que en México el 31% de los paciente correspondió a heterosexuales, 23% a homosexuales y casi el 4% a bisexuales. (5), y al continuar siendo rechazada la homosexualidad, sin considerar que es una variante en la preferencia sexual y si a esto le agregamos que el HIV/SIDA, los pacientes portadores de esta enfermedad podrán presentar dos respuestas hacia su persona que será la estigmatización y la falta de apoyo. (6), lo cual se conoce como homofobia.

La homofobia internalizada nunca se acaba, la cual se manifiesta de diferentes maneras, hace más complejas la autoimagen y las relaciones interpersonales en la gente gay. Y quizás sea la experiencia subjetiva que más distingue a homosexuales y heterosexuales.

La homofobia es un fenómeno cultural mas no universal, ni toma las mismas formas ni tienen el mismo significado en todas partes. En diferentes lugares la homofobia solo se aplica a los hombres; o solo a los hombres que son penetrados analmente en la relación sexual; o solo a los que visten de mujer. La homosexualidad por lo tanto cambiara su significado según el tiempo y el lugar; es un fenómeno social y cultural. La homofobia no es instintiva, ni natural, ni universal, ni tampoco inevitable. Es un hecho cultural, propio de ciertas sociedades en ciertas fases de su historia.

En México, el hombre que penetra a otro en muchos casos no es considerado homosexual (y por lo tanto no es objeto de homofobia) No ocurre lo mismo con el hombre que es penetrado, al cual se desprecia por afeminado.

Entonces hay que decir que la homofobia no es solo el miedo o rechazo a la relación sexual entre personas del mismo sexo, sino también el miedo o rechazo a la confusión de género.

La homofobia en los heterosexuales tiene la función primaria de “normalizar” la heterosexualidad y de darle un barniz de superioridad moral que quizá no tendría de otra manera. Pero también permite negar en sí mismo y toda tendencia o deseo homosexual. En cambio en los homosexuales la homofobia tienen una función muy diferente, la cual siempre estará presente de una forma u otra, la cual dará pie a rechazo de la misma homosexualidad, a la represión habitual de ciertas emociones y causara problemas importantes en el área de la

comunicación y la intimidad, la cuál en un cierto grado puede ocasionar que sea incapaz amor hacia una persona del mismo sexo. La misma homofobia ocasionara una imagen desvalorizada; haciendo que muchos homosexuales se sientan sino menos por lo menos limitados en su potencial, tanto en lo personal como en los social e incluso en lo profesional(3)

LA PRESENCIA DE VIH/SIDA EN LA PAREJA

En los pacientes con VIH/SIDA se reportan principalmente dos situaciones la estigmatización y la falta de apoyo(6)

El apoyo y el estigma se pueden definir de la siguiente forma:

Apoyo: unión moral basada en la comprensión, la ayuda, el cariño, la confianza, el amor y la amistad, que produce seguridad al satisfacer las necesidades de los individuos. Como puede ser el afecto, el cuidado al paciente y la unión de la pareja.

Estigma: respuesta social estereotipada, caracterizada por rechazo, acompañada de una serie de comportamientos, además de denuncia moral, profecías negativas y conflictos entre la salud pública y las libertades individuales. Esta respuesta ocurre a tanto a nivel cognoscitivo como emocional y constituye un prejuicio(8)

Existen dos elementos básicos en la formación del prejuicio: la actitud negativa hacia alguien y la creencia sobregeneralizada y errónea acerca de ese alguien o del grupo al que pertenece. Por lo que el prejuicio abarcara cinco formas: rechazo, evitación, discriminación, ataque físico y exterminio de la persona, así como separación de la pareja. (9)

El apoyo, como otros muchos procesos sociales, es una manifestación altamente complicada, pues son unos fenómenos multifactorial. El éxito para brindarlo depende no solo de la habilidad y el deseo que tiene quien lo provee de anticipar y responder a las necesidades específicas de búsqueda y el grado de aceptación con el receptor acepte la ayuda que el proveedor de soporte este dispuesto a brindarlo(3)

El apoyo esta basado en el grado de empatia que existe entre las personas que integran un vinculo especifico, pues, si este es bueno y sano, al apoyo se brindara de forma afectiva y pocas veces se cuestionara si esta disponible o no, mientras que entre individuos que mantienen malas relaciones e insanas, él soporte no siempre se encontrara disponible y generalmente tendera a ser menos efectivo (10)

En general las mujeres ante una crisis, perciben mayor sostén que los hombres, se encuentran mas satisfechas con este, hacen uso mas frecuentes de sus redes de apoyo y están mas dispuestas que los hombres buscar y solicitar soporte (11)

Cuando son analizadas las parejas, el apoyo en el subsistema conyugal parece ser más satisfactorio y necesario que el proveniente de cualquier otra fuente, aun cuando este surja de amigos o familiares muy cercanos. Se reporta que aquellas parejas en las que existen mayores niveles de apoyo mutuo, la satisfacción marital es más frecuente (12)

Diversas observaciones sugieren que las reacciones colectivas en torno al VIH/SIDA y a las personas con SIDA tienden a ser más negativas, de rechazo y discriminación. Pero también existen conductas positivas (de apoyo y de solidaridad) Asimismo, la homofobia y la discriminación sexual que existen aun en día, al combinarse con la enfermedad, desencadenan respuestas sociales de gran complejidad hacia las personas infectadas, ya que el SIDA es percibido como una enfermedad estigmatizante, aunque ni las respuestas de apoyo o discriminación son puras, sino que suelen presentarse bajo diversas formas de entremezclamiento, en función de los integrantes de la familia.

Las respuestas de apoyo se relacionan principalmente con el parentesco, aunque cada uno de los integrantes de la familia apoyara de diferente forma, lo común es que los hombres sean de forma económica y las mujeres en la atención personal al paciente(9)

Una enfermedad como el VIH/SIDA va a ocasionar que en la familia se presente una crisis, el cual se puede definir como un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad de los individuos para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de los problemas; la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona, al mismo tiempo que sus sentimientos, pensamiento conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico.

La tarea psicosocial de la familia es apoyar a sus miembros, esto alcanza más importancia que nunca en el proceso de la enfermedad de algún miembro de la familia. En estos casos la familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permitan encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencias a sus miembros, debe adaptarse al estrés de tal forma que permita reestructuraciones ya que si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales(1)

Los cambios que se producen en cada familia dependerán en gran medida de las características propias de dichas familias, de la etapa que se encuentre, y del momento de vida del paciente, así como del lugar que ocupe en la familia (padre, madre hijo, hermano, pareja)

Los pacientes presentaran varias de bienestar, combinadas con periodos agudos de crisis, por lo que la familia se encontrara obligada a realizar ajustes de la normalidad a la crisis, además de que inevitablemente surgirán los miedos,

y principalmente a la muerte, se derrumban las expectativas de vida sin importar la condición social ni la edad del paciente, la reacción común es que el mal sea golpeado muy tempranamente e injustamente a la familia, por lo que el diagnóstico constituirá un cambio radical tanto en el interior como en el exterior del entorno familiar(9) También el miedo será a que la familia se separe al haber miembros que apoyen al paciente y miembros que la rechacen, así como a no poder solventar los gastos que el padecimientos trae consigo y al estigma social que la enfermedad con lleva

Por su parte, el individuo con VIH/SIDA presentara temor a no valerse por si mismo, al dolor, al sufrimiento, a lo que vendrá, al rechazo, a la humillación, a llegar a ser una carga para la familia y finalmente se sentirá asustado frente a su posible muerte. (13)

El vivir con VIH/SIDA tiene diversas implicaciones sociales para el grupo familiar, esto dependerá de la forma de contagio, la reacción familiar será diferente si fue por vía sexual o por transfusión sanguínea, también si se infecto por prácticas sexuales homosexuales, bisexuales o heterosexuales. En el caso de que el paciente sea homosexual muchas veces se añade el rechazo a la preferencia sexual, recordando que en nuestro país la homosexualidad todavía es rechazada moralmente. Debido a esto la estigmatización, la discriminación social y el rechazo suelen extenderse al grupo familiar, por lo que muchas familias prefieren ocultar la enfermedad o asumir los valores sociales establecidos rechazando a sus familiares negándoles cualquier clase de apoyo, lo que acentúa la problemática familiar.

La familia también sufrirá frecuentemente sentimientos de vergüenza, dolor, impotencia, miedo a ser señalados, a ser aislados a perder el honor ante los demás, y al interior de la familia se pierden las imágenes ideales que se habían formado del paciente, suele haber redistribución de los roles, y se destruyen las fantasías sobre el futuro etc. Es muy importante considerar no solo a la familia del enfermo sino también a la pareja (aunque muchas de ellos ya pueden haber fallecido) ya que también esta sujeta a fuertes sentimientos de sufrimiento. (14)

SIDA Y FAMILIA

En México ha habido cambios importantes en cuanto a la estructuración y funcionamiento de las familias, la pareja de hoy no es la misma de hace 50 años, ahora podemos ver gran cantidad de mujeres trabajando, jefas de familia, uniones entre parejas del mismo sexo, etc., sin embargo, no se han considerado estos ajustes en las nuevas definiciones y conceptos de familia(15)

Como se recuerda una de las funciones de la familia es el cuidado, así como el afecto, los cuáles son difícilmente diferenciables, por lo que tendrá dos objetivos principales la protección psicosocial de sus miembros: que su tarea principal será apoyar a sus miembros, sobre todo en un mundo de cambio constante(1) Si

esto actúa correctamente se ha detectado que los homosexuales que asumen públicamente su orientación sexual, sobre todo frente a su familia de origen, son mucho menos susceptibles a la depresión, la ansiedad y a la somatización; su autoestima y su capacidad para relacionarse con los demás son mucho mayores.

En general, será más fácil salir del closet a un homosexual cuya familia tenga una comunicación mas abierta, en la que se permita hablar sobre la vida privada y de los sentimientos, totalmente diferente será en las familias en las que no se acostumbra ventilar asuntos íntimos en el seno de la familia. Por lo tanto el estilo de comunicación de la familia, será uno de los mejores indicadores para adivinar como reaccionaran los padres ante la homosexualidad. El entorno cultural y social será un factor determinante. En ciertas comunidades conservadoras es del todo posible que se rechace completamente la homosexualidad. Por lo también será importante tener en cuenta los valores de la comunidad a la que uno pertenece, y no jugar con las reglas de otro lugar.

Además de los valores culturales muchos padres tienen su historia oficial por la cual el hijo no se casa. Muchas veces los padres aceptaran tácitamente la homosexualidad de su hijo si puede mantenerse intacta a su historia oficial. Lo más probable es que los padres se empeñen en sus explicaciones de siempre, aun cuando se enteren que su hijo es gay. También hay que recordar que los homosexuales cuando salen del closet no lo hacen solos, ya que no es un proceso meramente individual sino que afectara a la familia.

Por lo que más probable es que los padres actúen con tristeza, enojo e incluso el rechazo, en el mejor de los casos probablemente lo pensarán mejor y después de un tiempo se resignaran a tener un hijo homosexual. Pero es poco probable que la acepten totalmente (3)

LA PAREJA HOMOSEXUAL.

Al descriminalizar y despatologizar la homosexualidad sé a llegado a pensar que el homosexual y la pareja homosexual, por ser ya “normales”, son “iguales” que los heterosexuales, y se tiende a verlos y juzgarlos según los criterios sociales aplicables a estos últimos. Pero la pareja heterosexual, y la pareja gay o lesbica no es como un matrimonio heterosexual: presentan dinámicas, fases, problemas y recursos específicos, aunque también comparten muchas dinámicas y característica. La unión de la pareja homosexual tiene como su principal sustento y razón, el orden afectivo, pero no posee los fundamentos legales ni económicos del matrimonio, no es una pareja reconocida por la sociedad ni por el Estado(3); aunque deberían de tener el mismo derecho que una pareja heterosexual de amarse y demostrarse su afecto en publico(1) Además no tiene como propósito formar una familia, ni legitimizar ni regular sus relaciones sexuales, no tiene ninguna finalidad dinastica, en el sentido tradicional de establecer una descendencia o de consolidar alianzas económicas o políticas, no tiene, por lo tanto, ninguna de las funciones tradicionales asociadas al

matrimonio heterosexual. Por lo tanto cuando se comprometen a vivir juntas y a formar una pareja estable lo hacen únicamente porque se quieren, o por lo menos por lo que se llevan bien, ya que esto es la función central y prioritaria de la pareja homosexual, explica a su vez su debilidad y su fortaleza, y esto a su vez le cuesta trabajo legitimizarse ante la sociedad, pero a pesar de esto también le da cierto margen de libertad. Esta unión de la `pareja homosexual al estar basada principalmente en la afectividad, va a dar que de alguna forma sea mas autentica, por lo tanto nadie la obligara a permanecer junta: no tienen que mantener una relación por los niños, ni por las apariencias, ni por las presiones familiares. Siempre `pueden separarse y esta es la explicación Principal a la inestabilidad de la pareja homosexual.

La pareja homosexual también es mas libre por que no esta atrapada en las expectativas y los estereotipos de la pareja heterosexual, pero al igual que la pareja heterosexual; esta determinada por expectativas, fantasías, deseos y necesidades que son mas o menos comunicables.

Además como la pareja heterosexual, esta formada no solo por dos personas sino también por un conjunto de estereotipos. Empezando por la división forzada entre los roles masculino y femenino, continuando con la fundación de la familiar y la formalización de su unión en la sociedad a través del matrimonio, así como la finalidad de establecer descendencia, consecuentemente a la larga si resulta mal su unión siempre habrá dificultad para terminar esa unión, ya sea por presiones familiares, sociales o “por los hijos”.

El estereotipo que más afecta a la pareja homosexual proviene de la homofobia internacionalizada. Se suele pensar que la pareja homosexual esta condenada al fracaso: no puede ser estable, no puede durar ni ser razonablemente feliz, “por que así son los homosexuales”. Celos, inmadurez, inestabilidad, promiscuidad: estos son algunos de los estereotipos que le son todavía atribuidos(3)

Esta visión, realmente se observo en el pasado, actualmente en los estudios realizados en los países industrializados revela que el número de parejas homosexuales duraderas y estables es mucho mayor de lo que se suponía. Lo que pasaba es que antes estaban ocultas en el “closet”; ahora tienden a mostrarse mas y, por lo tanto, a aparecer en las encuestas.

Asimismo muchos problemas que se creían comunes en las parejas homosexuales como la infidelidad, la falta de compromiso y un individualismo exacerbado afecta por igual a todas las parejas tanto homosexuales como heterosexuales.

Quizás actualmente el problema real más importante en la pareja homosexual es la invisibilidad; vivir la relación al margen de la norma social, sin poder describirse ni expresarse como pareja por que la sociedad no la reconoce como tal, ni acepta siquiera su existencia.

Otra dificultad que presenta la pareja homosexual es el aislamiento, para comenzar la mayoría de los homosexuales viven más o menos distanciados de su familia de origen. Claro los heterosexuales también tienden alejarse de sus familias, que es el ciclo natural de la vida, ya que la pareja heterosexual cambia su familia de origen por su propio núcleo familiar con sus propios hijos.

En la pareja homosexual toda esta dimensión familiar se pierde. En este caso, el universo de padres, hermanos, hijos, que constituye el trasfondo de cualquier matrimonio, se desvanece. La pareja tiene que sostener por sí sola, sin los vínculos afectivos y sociales, las actividades y los proyectos que forman y sustentan la vida familiar. Por ello es muy importante que la pareja homosexual cultive una vida social, y constituya poco a poco lo que se le ha dado ha llamado una familia de elección.

La amistad desempeñara, pues, un papel importante en la vida de los homosexuales. Esto no es solo natural sino imprescindible, como lo ponen de manifiesto de una manera desgarradora los enfermos de sida. Muchos de ellos al buscar ayuda por su familia de origen solo encuentran rechazo y condena. Han tenido que crear y fomentar redes de apoyo dentro de la comunidad gay, y cuidarse entre ellos, pues no hay nadie más.

Un aspecto muy importante del ciclo vital es la planeación a futuro. Para sobrevivir, toda pareja necesita un proyecto de vida común, una visión a futuro que logre unir a las dos personas más allá del momento presente. La pareja no solo necesita un espacio, sino también un tiempo propio: un lugar, pero también un futuro, compartido.

Esto se da casi automáticamente en la relación heterosexual, a través de la institución misma del matrimonio, de los hijos y del entorno social y familiar. En cambio en la pareja homosexual carece de futuro, como si fuera huérfana del tiempo. En muchos casos se sustenta básicamente en el presente, en las vicisitudes de la vida cotidiana. El contrato no es "hasta que la muerte los separe", sino sencillamente, "mientras la sigamos pasando bien". Por lo cual se observa que las parejas homosexuales duraderas y estables tendrán un negocio o proyecto de trabajo en conjunto. Esta situación no es muy común ni aconsejable en las parejas heterosexuales (por los conflictos familiares que puede ocasionar), no es una mala opción en las relaciones homosexuales. Cualquier proyecto en conjunto requiere diálogo, negociación, paciencia, perseverancia: prácticas que la pareja heterosexual aprende y practica diariamente con los hijos.

En primer lugar está el hecho innegable de la similitud. En la pareja heterosexual, las dos personas son visiblemente distintas entre sí y han recibido una educación similar desde su más temprana infancia. Por lo tanto, no solo se ven diferente sino hablan, piensan y sienten de manera distinta. Por todo ello hombres y mujeres saben de antemano que deben hacer cierto esfuerzo por

adaptarse y entenderse. Al paso de los años aprenden a respetar sus diferentes estilos de ver las cosas y a tenerse paciencia, aun cuando no estén de acuerdo.

En la pareja homosexual, el otro es semejante desde un principio, y siempre existe la gran tentación de considerar que piensa igual, siente igual, reacciona igual. Muchas veces en la pareja homosexual se da cierta falta de diferenciación: uno ya "sabe" lo que piensa el otro, lo "conoce mejor de lo que el mismo se conoce", "adivina" lo que va a decir, sabe de antemano lo que le gusta y lo que le disgusta. Hay una tendencia natural a suponer que el otro tiene los mismos gustos, necesidades o deseos. Entonces pueden aparecer expectativas de telepátia poco realistas y cierta intolerancia hacia la diferencia.

Sin duda la indiferenciación es uno de los riesgos más comunes en la relación homosexual, entonces la pareja tiene que hacer un esfuerzo por diferenciarse, así como la pareja heterosexual al ser diferente hace el esfuerzo por tenerse acercarse. Esto es compatible en todos los sentidos incluyendo las relaciones sexuales.

Otro problema en la pareja homosexual es la rivalidad, que puede ser mas o menos visible, mas o menos consciente. La Pareja heterosexual suele haber una aceptación implícita acerca de quien es mas fuerte o competente en diferentes áreas de la vida. En la pareja homosexual es más común la complementariedad que la rivalidad. La semejanza en la pareja homosexual propiciara competencia consciente o inconscientemente; de manera que habrá una tendencia natural a "medirse". Entre dos personas del mismo sexo, siempre habrá una más atractiva o seductora, mas fuerte, más saludable, más rica, más exitosa etc. Además no solo la pareja estará haciendo comparaciones, también los amigos y familiares las harán. Todo esto puede propiciar envidias, resentimiento, inseguridades y cierta rivalidad que necesariamente afectaran la comunicación y la solidaridad de la pareja.

Además, es muy frecuente la relación homosexual entre personas de diferentes clases socioeconómicas. Esto implica casi siempre cierta asimetría, que a su vez puede causar cierta rivalidad y envidias. (3)

FORTALEZAS DE LA PAREJA HOMOSEXUAL.

La pareja homosexual dispone de recursos importantes que no son tan comunes en la heterosexual; entre ellos la libertad individual y algunas formas de comunicación y solidaridad muy particulares. Casi todas las mujeres en las parejas heterosexuales, al momento de casarse tienen que renunciar a su desarrollo personal: los requerimientos afectivos, económicos y sociales del matrimonio limitan radicalmente la libertad de movimiento y las posibilidades de estudiar, trabajar. En cambio la pareja homosexual es más libre en este sentido, ósea, en pocas palabras, el tiempo es libre. Y esto a su vez representa un potencial elevado de realización personal.

Además la pareja homosexual tiene una mayor libertad en su estilo de relacionarse: no está ligada a los modelos de comunicación hombre-mujer que limitan notablemente el entendimiento entre parejas heterosexuales.

Muchos homosexuales encuentran en sus relaciones de pareja una flexibilidad y una camaradería que no se dan tan fácilmente en las relaciones heterosexuales. Con mucha frecuencia, las dos personas que mantienen una relación homosexual son los mejores amigos, lo cual no sucede muy a menudo con las parejas heterosexuales, en la que cada uno suele tener como mejor amigo a alguno de su propio sexo. El hecho de ser los mejores amigos tienen sus ventajas y desventajas, por un lado se crean lazos más íntimos, igualitarios y solidarios; pero, por el otro, promueve la dependencia y cierto aislamiento.

Otra característica importante en la pareja homosexual es la igualdad y la reciprocidad.

La pareja homosexual ha pasado por una serie de transformaciones profundas en los últimos veinte años (quizás más que la pareja heterosexual) Ya no tienen un formato único, si es que alguna vez lo tuvo. Cada pareja tiene que buscará sus propias reglas del juego, y esto obliga a hacer un mayor esfuerzo por comunicarse y entenderse, nada está dado de antemano; se requiere un esfuerzo continuo para negociar todas las costumbres y los roles que representa con tanta naturalidad en la pareja heterosexual.

Pero hay que hacer notar algo muy importante que: la amistad, la libertad, la solidaridad, el desarrollo personal, la búsqueda de nuevas modalidades afectivas y sexuales, son puntos fuertes que distinguen y enriquecen a las parejas homosexuales (3)

Con la aparición del SIDA en los años ochenta, la búsqueda del amor por parte de la pareja homosexual adquirió otro sentido, que vino a romper con los nuevos esquemas, pero sus costumbres en esa época ya estaban solidamente bien implantadas, y ni siquiera la epidemia las afectó. A partir de los años noventa, con la nueva generación de homosexuales, ya no se ve al SIDA como una condena a muerte. Entró otras cosas por que los nuevos tratamientos sintomáticos otorgan a los seropositivos una vida mucho más larga y en mejores condiciones que antes. El sida ha marcado, de una manera profunda, la vida de los homosexuales. Al menos en los países industrializados, la vida de los homosexuales “modernos” de los países en vías de desarrollo, el número de encuentros sexuales ocasionales ha disminuido, el sexo anal, ya no es tan frecuente entre desconocidos, y más homosexuales establecen parejas monogamas, duraderas y estables, por lo tanto todo esto ha cambiado la dinámica de la pareja homosexual, así también a obligado a los homosexuales a cuidarse entre sí, a trabajar en equipo y a formar una comunidad que ya no se basa solo en el sexo, sino cada vez más en la amistad, la lealtad y la cooperación(3)

LA SEXUALIDAD HOMOSEXUAL MASCULINA

La sexualidad entre hombres se encuentra en plena transformación. En primer lugar, la división entre homosexuales masculinos y femeninos tiende a desaparecer (por lo menos en los países industrializados) Además, que ya no es tan cierto que los homosexuales sean exclusivamente pasivos y activos en su sexualidad, ya que tienden a practicar la alternancia de papeles según su compañero. Actualmente la penetración anal ya no es tan frecuente entre desconocidos: se reserva para las relaciones de pareja o entre amigos, aun en la relación de pareja se practica solo después de algún tiempo, cuando ya existe la confianza y cierta seguridad en cuanto a los riesgos del SIDA.

La pareja homosexual masculina es muy diferente a los demás tipos de parejas. La pareja de es más compleja y más difícil de imaginar que la de mujeres, por que se parece a un menos a la pareja heterosexual con su característico compromiso a largo plazo y su monogamia (por lo menos en la teoría) La relación lesbica se parece mas al modelo del matrimonio. Cuando dos hombres establecen una relación, no precisamente hablan de amor, ni se prometen fidelidad, ni piensas en ser monógamos, ni planean un futuro en común. Pero sin embargo cada vez mas parejas aspiran a formar parejas estables y duraderas.

La liberación gay, a pesar de su critica al modelo heterosexual, también permitió que muchos homosexuales vivieran en pareja abiertamente, y muchos de ellos eligieron este camino en lugar de las relaciones múltiples y anónimas. Mucho antes del SIDA, que condujo a una revalorización de la pareja monogama; hubo una época en la cual el vivir en pareja públicamente era una postura contestaría, adoptada con mucho orgullo por muchos homosexuales. El rechazo a la pareja tradicional nunca fue universal entre la población gay: siempre ha habido un porcentaje importante de homosexuales que ha adoptado por la estabilidad y el compromiso a largo plazo(3)

Dentro de las características que forman parte de la pareja homosexual son: la pareja homosexual masculina es la que mantiene mayor actividad sexual. Este tipo de pareja esta mas acostumbrados a definirse individualmente y a expresar sus desacuerdos, asimismo hay que recordar que dentro de las características están la rivalidad, la importancia de genero, diferencias de edad a veces significativas y pleitos frecuentes.

En consecuencia, la dinámica de la pareja homosexual masculina se ve mas determinada por el genero que por la orientación sexual, exactamente como sucede en la pareja lesbica. Asimismo intentan forjar una comunicación mas intima y una relación más igualitaria en la pareja, y están mejor colocados que sus correspondientes heterosexuales para romper las barreras entre los sexos.

Una de las grandes diferencias de la pareja homosexual y heterosexual, es la dificultad para cambiar la forma de la relación. Si la pareja homosexual ofrece

mayor flexibilidad, y permite la actualización periódica de sus propias reglas, esto debe aprovecharse. Por lo tanto en la pareja homosexual nada está dado de antemano: no existe instructivo, garantía ni reglas fijas(39) Por lo que recordemos que la pareja homosexual no es una copia fallida de las parejas heterosexual

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La homosexualidad, así como el VIH/SIDA, son de las situaciones mas estigmatizantes en la población, tanto para las parejas heterosexuales como para las homosexuales, quienes responden de manera diferente a la presencia de esta patología, por lo cual nos preguntamos:

¿Existen diferencias en la respuesta en el subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a consulta al servicio de CLSIDA del HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.3. JUSTIFICACION.

En algunas ciudades como en México, suele asumirse los pacientes con HIV/SIDA cuenta con un gran apoyo social, a diferencia de los países desarrollados, sin embargo en investigaciones recientes no se ha comprobado del todo esta aseveración, ya que muchas veces no solo el paciente con HIV/SIDA sino también la misma familia es victima de estigmatización. Esto ocasionara que dichas familias así como los pacientes cursen con diferentes procesos de adaptación. Sé a observado que las reacciones colectivas en torno al VIH/SIDA y a las personas con SIDA tienden a ser mas negativas, de rechazo y discriminación. Pero también existen conductas positivas (de apoyo y de solidaridad) Asimismo, la homofobia y la discriminación sexual que existen aun en día, al combinarse con la enfermedad, desencadenan respuestas sociales de gran complejidad hacia las personas infectadas, ya que el SIDA es percibido como una enfermedad estigmatizante, aunque ni las respuestas de apoyo o discriminación son puras, sino que suelen presentarse bajo diversas formas de entremezclamiento, en función de los integrantes de la familia.

Las respuestas de apoyo se relacionan principalmente con el parentesco, aunque cada uno de los integrantes de la familia apoyara de diferente forma, lo común es que los hombres sean de forma económica y las mujeres en la atención personal al paciente. La mayoría de la gente frente a una situación independientemente sea su amigo o familiar infectado, reaccionan de manera errónea, juzgándolos, hostigándolos con preguntas al principio, y abandonándolos en la soledad después. Esto ocurre por diferentes causas como son el prejuicio, el miedo y la falta de información, por lo que es muy importante conocer la enfermedad, saber su forma de actuar, su modo de contagio, por lo que también es muy importante recordar que los pacientes con VIH/SIDA son seres humanos y que merecen ser tratados dignamente con un trato correcto y humano(6)

Por lo tanto y como hemos visto la pareja homosexual no es una copia fallida de la Pareja heterosexual, ya que tienen también grandes diferencias, empezando por el motivo de unión, así como ciclo vital, si a esto le agregamos que el ser portador de HIV/SIDA, sé esta expuesto a ser rechazado y estigmatizado, será de esperar que la respuesta en el subsistema conyugal sea diferente, en ambas parejas ante la presencia de conflictos.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

1.4.1.1 Analizar si existen diferencias en la respuesta del subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA que acuden al servicio de CLISIDA del HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.4.2.1. Identificar si existe diferencia en la respuesta en el subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA que acuden al servicio de CLISIDA en el HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.4.2.2. Conocer la respuesta predominante tanto en el subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales ante la presencia de conflictos con VIH/SIDA que acuden al servicio de CLISIDA en el HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.5. HIPOTESIS

1.5.1. HIPOTESIS NULA.

Los pacientes homosexuales tendrán una respuesta en el subsistema conyugal diferente que los pacientes heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a consulta al servicio de clisida del HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.5.2. HIPOTESIS ALTERNA.

No Existen diferencias en la respuesta en el subsistema conyugal en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a consulta al servicio de clisida del HGZ/UMF No.8 IMSS.

1.5.3. HIPOTESIS ESTADISTICA.

En el 95% de los pacientes homosexuales tendrán una respuesta en el subsistema conyugal diferente que los pacientes heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a consulta al servicio de clisida del HGZ/UMF No.8 IMSS?

5.4. HIPOTESIS DE TRABAJO.

Identificar que los pacientes homosexuales tienen una respuesta en el subsistema conyugal diferente a los pacientes heterosexuales con VIH/SIDA que acuden a consulta al servicio de clisida del HGZ/UMF No.8 IMSS.

2. MATERIAL Y METODOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO. Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Por el control de la maniobra experimental por el investigador.

- Descriptivo
- Explicativo
- Comparativo

b) Por la medición del fenómeno en el tiempo y la dirección del análisis.

- Transversal

2.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

2.2.1. TIEMPO.

La investigación se desarrollara del periodo comprendido entre el 01 de julio al 20 de agosto del año 2006.

2.2.2. LUGAR.

En el servicio de CLISIDA del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, perteneciente a la Delegación Sur del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.3. MUESTRA.

Se realizara una encuesta en pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA de ambos sexos mayores de 18 años de edad que acuden al servicio de CLISIDA del HGZ/UMF No. 8.

Muestra. Será una muestra oportunist, no probabilística, intencional, al azar: pacientes masculinos homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA mayores de 18 años que deseen participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado.

2.3.1. DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

N= tamaño de la muestra

Z= nivel de confianza

E= error

P= probabilidad

2.4. CRITERIOS

2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes con pareja, homosexuales y heterosexuales.

Pacientes con VIH/SIDA.

Pacientes que acuden al servicio de CLISIDA del HGZ/UMF No. 8.

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes que acepten contestar la encuesta.

2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que no tengan pareja.

Pacientes que no tengan VIH/SIDA.

Pacientes que no sean derechohabientes.

Pacientes que no acudan al servicio de CLNISIDA del HGZ/UMF No. 8. IMSS:

pacientes que no sean mayores de edad.

Pacientes que no acepten ser encuestados.

2.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes que fallezcan durante el estudio.

Pacientes que sean dados de baja del IMSS.

Pacientes que cambien de clínica de adscripción.

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

Pacientes homosexuales y heterosexuales con VIH/SIDA.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

La respuesta en el subsistema conyugal.

2.5.3. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. NOMINAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
PACIENTE HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES	CUALITATIVA NOMINAL DISCRETA	Variación sexual que poseen los individuos.	Pacientes que tienen preferencia sexual por gente de su mismo sexo o del sexo contrario	Respuesta en el cuestionario	Homosexual Heterosexual
RESPUESTA CONYUGAL	CUALITATIVA NOMINAL DISCRETA	La respuesta ante la percepción de conflicto o dificultades con la pareja lo cual llevara al mantenimiento satisfactorio o insatisfactorio de la relación o su ruptura.	La respuesta de la pareja ante conflicto como la presencia de SIDA lo cual puede llevar al mantenimiento de la relación o a la separación.	Respuesta en el cuestionario	Respuesta de salida. Respuesta de voz o expresión. Respuesta de lealtad. Respuesta de indiferencia.
EDAD	CUALITATIVA ESCALAR DISCONTINUA	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento	Años cumplidos al momento del estudio	Años cumplidos	Mayores de 18 años
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA NOMINAL DISCRETA	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado escolar máximo al momento del estudio	Grados de estudio	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otros
EDO. CIVIL	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	Condición de soltería, matrimonio o viudez etc., de un individuo	Estado civil del paciente	Respuesta en la encuesta	Casado viudo Unión libre
TIEMPO DE RELACION	CUALITATIVA ESCALAR DISCRETA		Tiempo que han vivido en pareja	Años que han vivido juntos, respondidos en la encuesta	Mas de dos años de vivir en pareja

2.6. METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se realizara a través del “cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades”, para obtener la base de datos para del estudio

2.7. CRONOGRAMA.

Marzo del 2006 a febrero del 2007.

Meses

Etapa / actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación del proyecto	X	X	X									
Marco teórico	X	X										
Material y métodos		X	X									
Registro y autorización del proyecto			X	X								
Prueba piloto			X	X								
Etapa de ejecución del proyecto				X	X	X	X	X	X	X		
Recolección de datos				X	X	X						
Almacenamiento de datos					X	X						
Análisis de datos						X	X					
Descripción de los resultados							X	X				
Discusión de los resultados							X	X	X			
Conclusiones del estudio								X	X	X		
Integración y revisión final									X	X		
Reporte final										X	X	
Autorizaciones											X	
Impresiones del trabajo final											X	X
Solicitud de examen de tesis												x

2.8. RECURSOS MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y HUMANOS.

2.8.1. MATERIALES.

Artículos, encuestas, plumas, hojas, lápices, computadora, calculadora.

2.8.2. FINANCIAMIENTO.

Autofinanciamiento.

2.8.3. HUMANOS.

Un Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar.

2.9. CONSIDERACIONES ETICAS.

Declaración de Helsinki.

Principios básicos.

La investigación biomédica en seres humanos deben contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como con el conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación,

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional clínicamente comprobado(Declaración de Helsinki)

El presente protocolo no contraviene las consideraciones aplicables para estudio en sujetos humanos consignadas en el Protocolo de Helsinki, ni las relativas de la Ley General de Salud de la República Mexicana.

2.10. EJECUCION.

2.10.1. PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos se presentarán en hoja individual que contenga gráfica y cuadro de valores de referencia para cada reactivo; se usará una hoja independiente para las variables universales.

2.10.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Se compararan y describirán los datos obtenidos en las encuestas realizadas a las parejas homosexuales y heterosexuales, para establecer coincidencias y divergencias con los antecedentes científicos.

3. RESULTADOS.

Por medio del cuestionario realizado a las 40 parejas homosexuales como heterosexuales con HIV/SIDA, se obtuvieron los siguientes resultados:

De las 40 parejas encuestadas el 50% fueron de heterosexual y el 50% homosexual.

De acuerdo al tiempo de relación de la pareja, resultados fueron los siguientes:

Las parejas homosexuales tuvieron un promedio de 5.25 años con un rango de 8 a 3 años. Mientras que en la pareja heterosexual se registraron un promedio de 7.1 años con un rango de 20 hasta 2 años.

De acuerdo a su escolaridad se obtuvieron los siguientes resultados:

El 25% de las parejas homosexuales estudio la secundaria, la preparatoria el 35%, licenciatura 35% y educación técnica EL5%.

Mientras que la pareja heterosexual, estudio secundaria el 25%, preparatoria el 55% y licenciatura el 20%.

En lo referente a nuestro objetivo de estudio, se observo que para las parejas homosexuales la respuesta predominante es de lealtad(50.2), la cual es una respuesta pasiva-constructiva, seguida de la expresión (platica)(42.15), y siendo menos frecuentes las respuestas de indiferencia (36.2) y salida(30.25).

En lo referente a la pareja heterosexual la respuesta predominante es la de Indiferencia (42.1) a los conflictos que también es una respuesta pasiva pero a su vez destructiva, seguida de la lealtad (41.5) y la expresión (40.25) y en pocos casos a la salida(29), como respuesta.

Al observar tanto la respuesta en el subsistema conyugal en la pareja homosexual como en la heterosexual, nos damos cuenta que ambas son diferentes mientras que en la pareja homosexual predomina la lealtad, esto en contraste con el mito de que en los homosexuales al existir mayor libertad se presenta mayor promiscuidad, a diferencia con la pareja heterosexual en donde predomina la indiferencia. Sin embargo ambas parejas tienden a tener relaciones pasivas, aunque la pareja homosexual es constructiva y en la pareja heterosexual es destructiva.

4. DISCUSIÓN

Al analizar los datos de la encuesta realizada especialmente para parejas heterosexuales sobre la respuesta ante la presencia de conflictos en el subsistema conyugal tanto en las parejas heterosexuales como homosexuales, se observa que existen diferencias en el tipo de respuesta ante los conflictos, ya que como lo menciona Marina castañeda, si bien presentan algunas características similares, también tienen grandes diferencias.

Por lo que era de esperarse que la respuesta de ambas parejas ante la presencia de conflictos fuere diferente.

La respuesta predominante en la pareja heterosexual tiende a ser de indiferencia seguida de la lealtad lo cual difiere un poco con lo señalado por Caril Rusbult, ya que él dice que pareja casada, responde inicialmente a la lealtad y posteriormente a la indiferencia.

En cambio la pareja homosexual su respuesta predominante es a ser leales, esto a pesar de lo mencionado en el libro de marina castañeda que menciona que la pareja es mas libre, y que esta solo en algunas ocasiones por puro afecto y por el solo echo de “pasarla bien”.

Asimismo esta respuesta en la pareja homosexual difiere del gran mito que hay sobre la homosexualidad sobre su tendencia a la promiscuidad.

Incluso la lealtad que presenta la pareja homosexual, puede estar mas relacionado con la presencia del SIDA, ya que desde que se dieron los primeros casos y se conoció en el ámbito mundial la pareja homosexual tiende a las relaciones monogámicas, estables y duraderas, evitando en gran parte los encuentros sexuales ocasionales ha disminuido, el sexo anal, ya no es tan frecuente entre desconocidos.

Por otra parte y de acuerdo a las funciones de la familia el subsistema conyugal homosexual cumple mas frecuentemente con el afecto y el cuidado al permanecer más leal a su pareja a pesar de tener una enfermedad como el SIDA que hasta este momento es incurable.

5. CONCLUSIONES

A pesar de no existir mucha literatura en relación con la respuesta en el subsistema conyugal heterosexual ante la presencia de conflictos, y mucho menos artículos en los que tome la pareja homosexual como una familia, por que como ya se menciona es un grupo social que actualmente por lo menos en México y en algunos otros países carece de protección civil, sino al contrario son estigmatizados y rechazados, por lo tanto no podemos comparara las respuestas de este estudio con alguno previo y de mayor magnitud.

A pesar de esto se concluye que se cumplió con el objetivo de esta investigación el cual fue que sí hubo diferencia en la respuesta ante los conflictos en la pareja homosexual con la pareja heterosexual.

Asimismo se concluye que la respuesta predominante en el subsistema conyugal homosexual ante la presencia de conflictos como el SIDA es la tendencia a la lealtad.

En cambio la respuesta de la pareja heterosexual fue principalmente a la indiferencia.

Es indispensable reconocer que la pareja homosexual es única, individual y diferente a la pareja heterosexual, por lo que debería de haber cambios en las leyes, para que puedan tener una protección tanto jurídica como civil y así dejar de rechazar y estigmatizar a este grupo social, que al igual que cualquier otra PERSONA tiene las mismas necesidades que deben ser cubiertas, sin importar su preferencia sexual.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Diaz S. J. V., et al "Retratos y Testimonios de Parejas Homosexuales" MEXFAM. 2006 pp 4-92.
2. Garza E. T." Trabajo con Familias", SECFM, UANL. 1997. pp 7-25, 39-46, 153-162.
3. Castañeda. M. " La experiencia homosexual; para comprender la homosexualidad desde dentro y fuera". Primera edición. México DF. Paidos. 1999. pp. 23-24, 86-97, 107-117, 133-157, 186-209.
4. Arellano L.J., Atri y Zetune, R et al. "Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja" primera edición. , Editorial Pax México. 2006. pp100-122, 143-260.
5. Ramiro H Manuel, Halabe Cherem José. "El internista: medicina interna para internistas". 2da ED., México. McGraw-Hill Interamericana, 2002. pp.
6. Kaddushin, G. "Gay men with AIDS and Their families of origin: an analysis of social support". Health and social work. 1996. 21 pp. 141-147.
7. Viniegra. V. L " las enfermedades crónicas y la educación: la DM como paradigma". Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006. 44 (1), pp 47-59.
8. Ramos, L., R. Díaz-Loving, A. et al "Acciones conductuales y actitudinales del conocimiento sobre sida" Revista latinoamericana de Psicología. 1992. 24: pp. 261-270.
9. Castro. R. Eroza Enrique., et al. " Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar". Salud publica Méx. 1997. V.39 n.1. pp 1-19.
10. Metts, S. "Prologue. Personal Relationships", Journal of the International Society for the Study of personal Relationships. 1997. 4. pp. 301-303.
11. Ptacek, J.T., G.R. Pierce et al. " Social Support in spouses of cancer patients what do they get and so what end? Personal Relationships, journal of the international society for the study of personal relationships. 1997. 4: pp 431-449.
12. Acitelli, L.K. y T.L. Antonucci "Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples" Journal of personality and Social psychology. 1994; 76: pp 688-698.
13. Rotheram-Borus, M.J., L. Robin, H.M et al "parent-adolescent conflict and stress when parents are living with AIDS", Family systems and health 1987 15: pp 413-447.
14. Moreno. M, T. "curso a distancia sobre SIDA y ETS. El paciente con SIDA y el entorno familiar". 2da edición México. Conasida Glaxo. 1999.
15. "Archivos de Medicina Familiar". 2005. Vol. 7. suplemento. Pp. 11-15.
16. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los medicos en la investigación biomédicas en seres humanos, adoptada por la 18ª . Asamblea Medica Mundial (Tokio 1975) y recomendada por la 35ª , Asamblea Me3dica Mundial (Venecia 1938) y la 41ª Asamblea Medica (Hong Kong 1989)

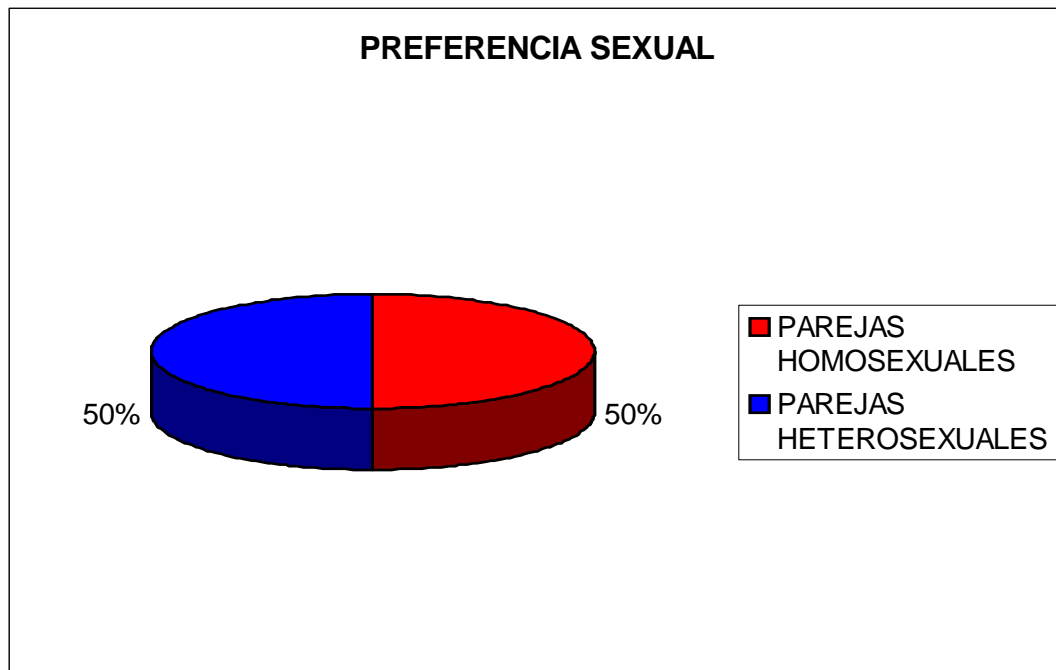
7. ANEXOS.

CUADROS Y GRAFICAS

Por medio del cuestionario realizado a las 40 parejas tanto de homosexuales como de heterosexuales con HIV/SIDA, ante la respuesta que dan ante la presencia de conflictos se obtuvieron los siguientes resultados:

PREFERENCIA SEXUAL DE LAS PAREJAS

Parejas homosexuales	Parejas heterosexuales
Veinte	Veinte



Fuente: encuesta aplicada 2006.

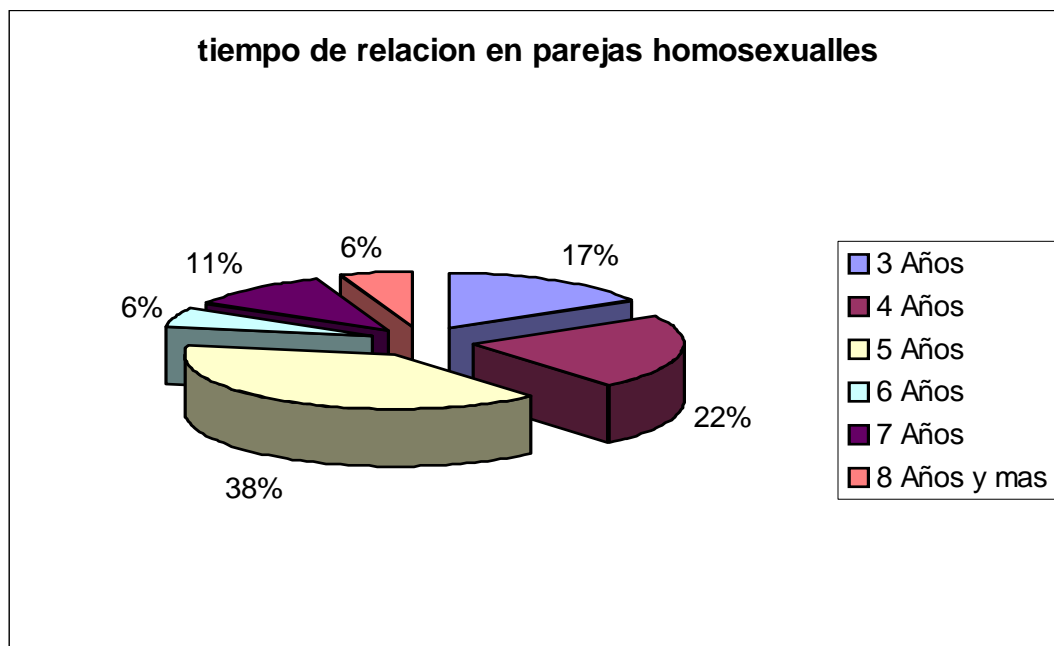
N=20

Se realizó la encuesta a 40 parejas siendo el 50% de ellas con preferencia sexual heterosexual y 50% de preferencia sexual homosexual.

De acuerdo al tiempo de relación de la pareja homosexual se obtuvieron los siguientes resultados:

TIEMPO DE RELACION

Años de relación	Frecuencia
3 Años	3
4 Años	4
5 Años	7
6 Años	1
7 Años	2
8 Años y más	1



Fuente: encuesta aplicada 2006.

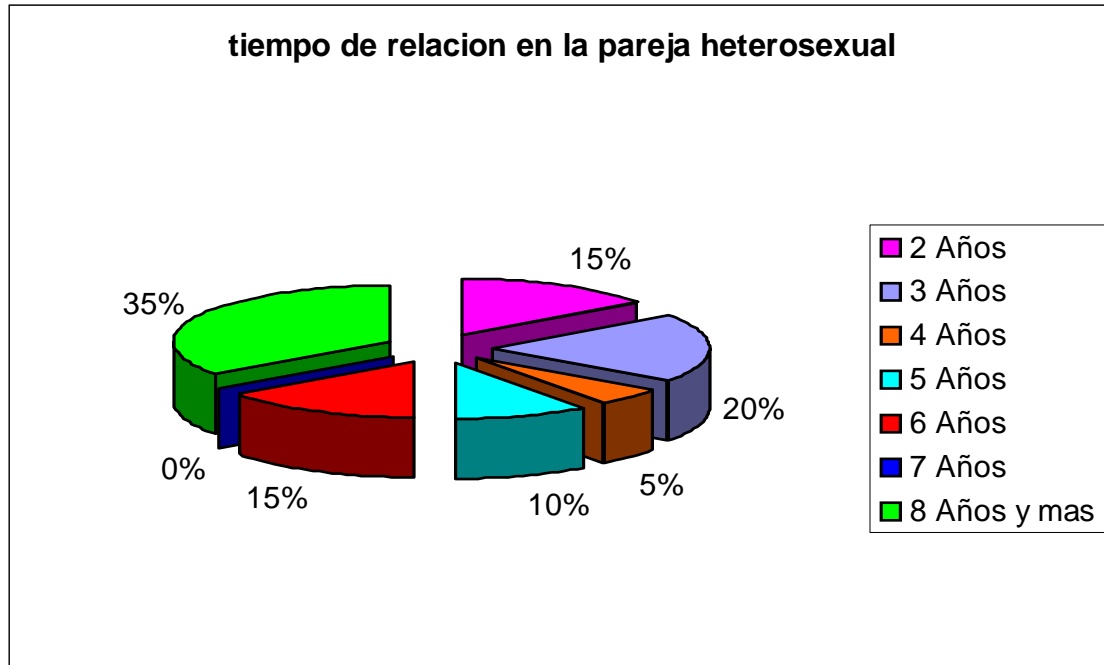
N=20

El 55% de las parejas homosexuales tenían en periodo de relación con su actual pareja de entres 5 y 6 años, con un promedio de 5.25 años con un rango de 8 a 3 años.

Mientras que en la pareja heterosexual se registraron los siguientes resultados: un promedio de relación de 7.1 años con un rango de 20 hasta 2 años.

TIEMPO DE RELACION

Años de relación	Frecuencia
2 Años	3
3 Años	4
4 Años	1
5 Años	2
6 Años	3
7 Años	0
8 Años y más	7



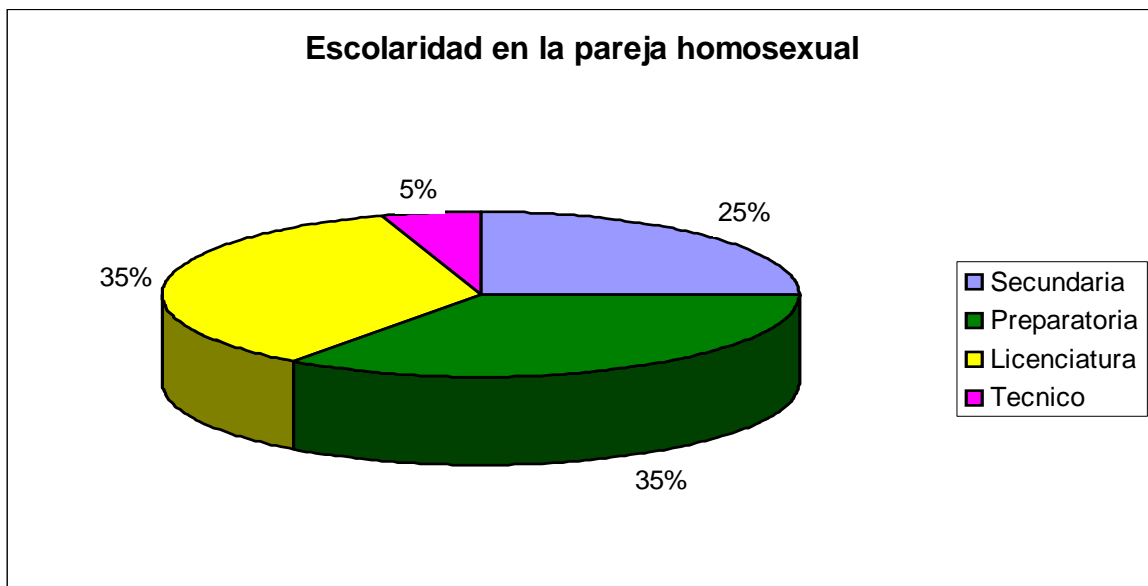
Fuente: encuesta aplicada 2006.

N=20

Se observa que el 35% de las parejas heterosexuales, su relación duro 8 años o mas. con un promedió de 7.1 años con un rango de 20 hasta 2 años
De acuerdo a su escolaridad se obtuvieron los siguientes resultados:

Escolaridad en la pareja homosexual

Escolaridad	Frecuencia
Secundaria	5
Preparatoria	7
Licenciatura	7
Técnico	1



Fuente: encuesta aplicada 2006.

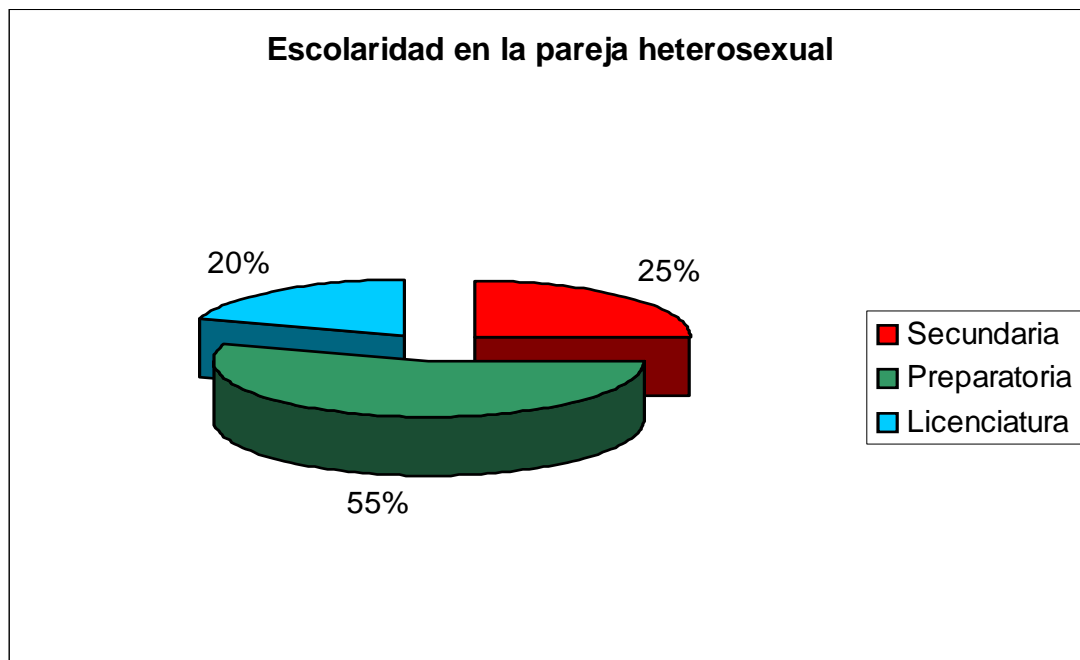
N=20

El 70 % de las parejas homosexuales tienen un grado educativo medio y superior.

En relación con las parejas heterosexuales se obtuvieron los siguientes resultados. la pareja heterosexual predomino el nivel escolar de preparatoria.

Escolaridad en las parejas heterosexuales

Escolaridad	Frecuencia
Secundaria	5
Preparatoria	11
Licenciatura	4



Fuente: encuesta aplicada 2006.

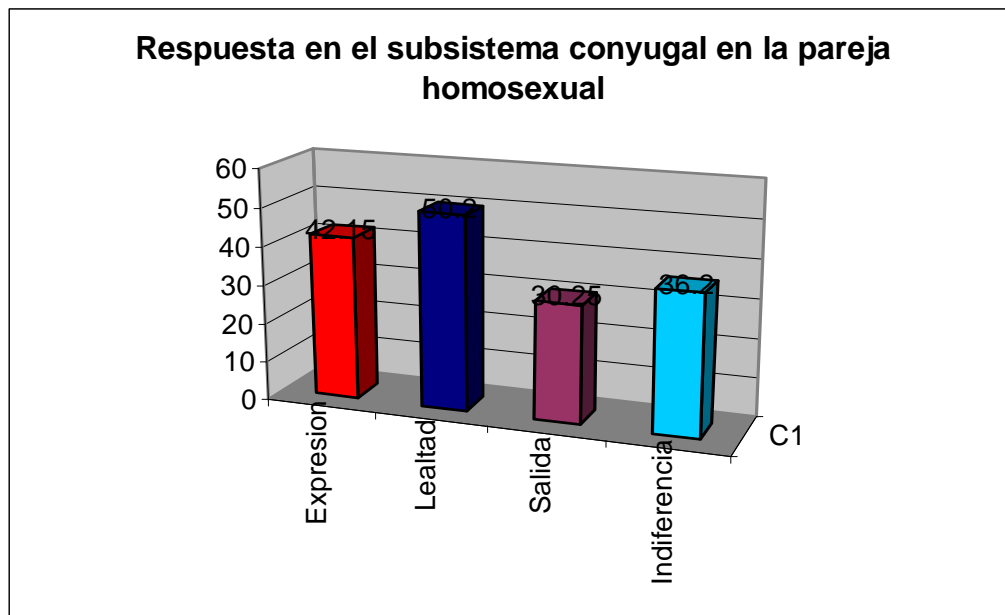
N=20

En la pareja heterosexual el 55% habían estudiado la preparatoria, y el menor porcentaje fueron los que estudiaron licenciatura

Sobre la respuesta a conflictos en la pareja se registraron los siguientes datos:

RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN LA PAREJA HOMOSEXUAL

Expresión 42.15	Salida 30.25
Lealtad 50.2	Indiferencia 36.2



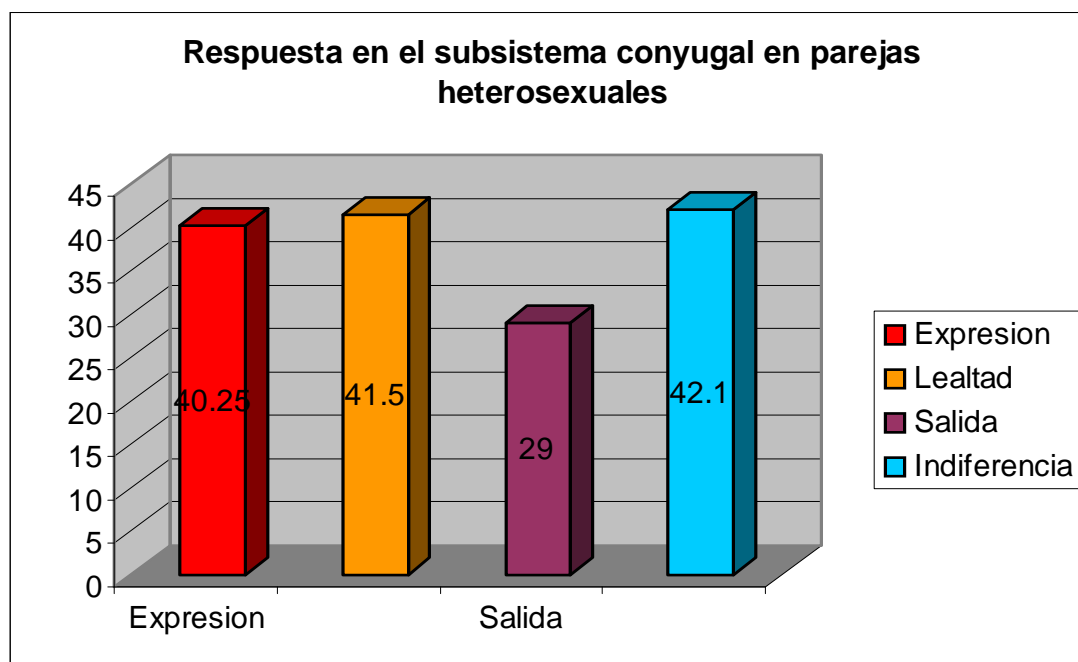
Fuente: encuesta aplicada 2006.

n=20

En el cuadro anterior la respuesta predominante en la pareja homosexual tiende a ser de lealtad la cual es una respuesta pasiva-constructiva, seguida de la expresión (plática) sobre sus conflictos en pareja. Siendo menos frecuentes las respuestas de indiferencia y salida.

RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN LA PAREJA HETEROSEXUAL

Expresión 40.25	Salida 29
Lealtad 41.5	Indiferencia 42.1



Fuente: encuesta aplicada 2006.

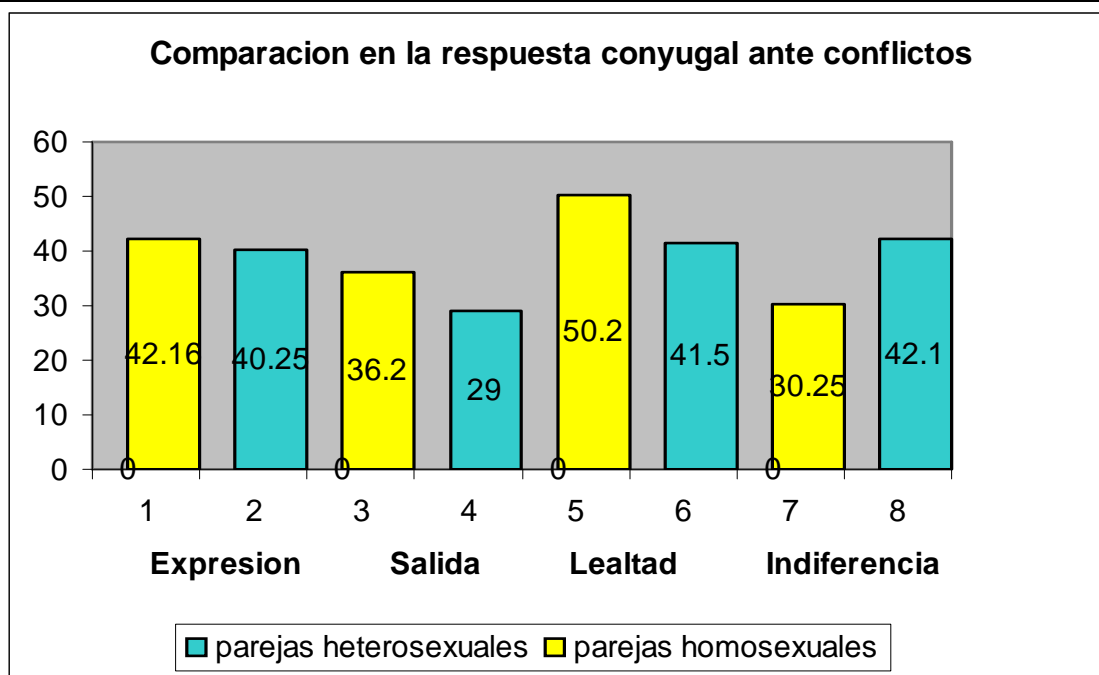
n=20

En la pareja heterosexual la respuesta predominante es la de Indiferencia a los conflictos que también es una respuesta pasiva pero a su vez destructiva, seguida de la lealtad y la salida, y en pocos casos recurren a la expresión como respuesta.

COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS DE PAREJAS

Comparación en la respuesta conyugal ante conflictos en la pareja homosexual con la pareja heterosexual

Respuesta ante Conflictos	Parejas homosexuales	Parejas heterosexuales
Expresion	42.16	40.25
Salida	36.2	29
Lealtad	50.2	41.5
Indiferencia	30.25	42.1



Al observar tanto la respuesta en el subsistema conyugal en la pareja homosexual como en la heterosexual, nos damos cuenta que ambas son diferentes mientras que en la pareja homosexual predomina la lealtad, esto en contraste con el mito de que en los homosexuales al existir mayor libertad se presenta mayor promiscuidad, a diferencia con la pareja heterosexual en donde

predomina la indiferencia. Sin embargo ambas parejas tienden a tener relaciones pasivas, aunque la pareja homosexual es constructiva y en la pareja heterosexual es destructiva.

CUESTIONARIO ACERCA DEL TIPO DE RESPUESTA QUE DA UNA PAREJA ANTE SUS DIFICULTADES.

Realizado por el Dr. Jorge Arellano López.

Jefe de Área de Educación Continua y Capacitación de la
Coordinación de Educación en Salud a Nivel Central del IMSS(4)

El cuestionario es anónimo.

Le solicitamos que conteste con sinceridad los datos siguientes:

Edad: _____ años. Orientación sexual: Homosexual

Heterosexual

Estado civil: Matrimonio Unión libre Separación

Divorcio

Tiempo de relación: _____ años.

Escolaridad: Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura.

A continuación encontrara aseveraciones que sirven para describir situaciones que posiblemente se han presentado en su relación de pareja. Por favor, de una respuesta a cada aseveración, poniendo una X en el espacio que corresponda a su respuesta.

Totalmente de acuerdo (5)

Parcialmente de acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

Parcialmente en desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo (1)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. He pensado en el divorcio al percibir que hemos perdido la comprensión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Busco hablar con mi pareja acerca del conflicto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Aunque existan conflictos con mi pareja, siempre tengo la esperanza de que se van a solucionar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No escucho a mi pareja cuando me pide que hablemos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Generalmente pido a mi pareja que hablemos acerca de nuestros conflictos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me es indiferente ver enojada a mi pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Hemos considerado el divorcio al percibir que hemos perdido el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Pienso que es más importante nuestra relación de pareja que nuestros conflictos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ambos proponemos soluciones a nuestros conflictos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Cuando tenemos conflictos, los hablamos tranquilamente y damos nuestro punto de vista.	1	2	3	4	5
11. No me preocupan los motivos por los cuales se molesta mi pareja.	1	2	3	4	5
12. He pensado en el divorcio como ultima oportunidad a nuestros problemas.	1	2	3	4	5
13. Pienso que me seria difícil vivir sin mi pareja, por lo que siempre trato de evitar problemas con ella.	1	2	3	4	5
14. Confió en que todo se solucione cuando surjan conflictos entre mi pareja y yo.	1	2	3	4	5
15. Como nunca llego a un acuerdo con mi pareja, he pensado en separarme de ella.	1	2	3	4	5
16. Cuando tenemos dudas, hablamos y las aclaramos	1	2	3	4	5
17. Si no sabemos que hacer con nuestros conflictos, buscamos ayuda de otros.	1	2	3	4	5
18. He pensado en separarme al darme cuenta de que hemos perdido lo que nos unió como pareja.	1	2	3	4	5
19. Pienso, medito y analizo la situación del conflicto antes de platicarlo con mi pareja.	1	2	3	4	5
20. Considero que, hablando con tranquilidad, resolveríamos nuestros conflictos de pareja	1	2	3	4	5
21. Finjo cansancio para no hablar del conflicto	1	2	3	4	5
22. Generalmente, me acerco a mi pareja para hablar de nuestros conflictos.	1	2	3	4	5
23. Procuo que mi pareja olvide su enojo como una manera de mantenernos juntos.	1	2	3	4	5
24. Como no discuto con mi pareja frente a frente, no me doy cuenta de sus expresiones.	1	2	3	4	5
25. Si mi pareja esta enojada, deseo contentarla para mantenernos juntos.	1	2	3	4	5
26. Cuando tratamos un conflicto, parece que escucho aunque no presto atención.	1	2	3	4	5
27. Siempre platico con mi pareja ante cualquier situación de conflicto.	1	2	3	4	5

28. Al no haber solución a nuestros conflictos he pensado en la separación como una alternativa	1	2	3	4	5
29. Aunque existen conflictos con mi pareja, pienso que si estamos juntos seria mas facil resolverlos.	1	2	3	4	5
30. Hemos solicitado ayuda profesional cuando nos damos cuenta de que la necesitamos.	1	2	3	4	5
31. Si hay enojo en mi pareja, no le pregunto que le pasa.	1	2	3	4	5
32. Frecuentemente buscamos alternativas de solución a nuestros conflictos.	1	2	3	4	5
33. Trato de mantener la calma para poder tomar la solución ante un conflicto.	1	2	3	4	5
34. No me interesa cuando mi pareja se enoja	1	2	3	4	5
35. Cuando analizamos el conflicto como pareja logramos acuerdos que nos complace a los dos	1	2	3	4	5
36. Pienso que es mejor la separación que llevar una vida de infelicidad.	1	2	3	4	5
37. No pongo atención a mi pareja cuando estamos enojados.	1	2	3	4	5
38. Invento dolor de cabeza para evitar conversar con mi pareja.	1	2	3	4	5
39. A pesar de tener conflictos, siempre hago lo posible por que nos mantengamos juntos.	1	2	3	4	5
40. Ante una posible separación, hemos discutido abiertamente para evitarla.	1	2	3	4	5
41. El divorcio seria la solución para terminar con los problemas.	1	2	3	4	5
42. Ante situaciones de conflicto, platico con mi pareja a la brevedad y en un ambiente propicio.	1	2	3	4	5
43. Prefiero distraerme con mis amistades en vez de estar con mi pareja.	1	2	3	4	5
44. Pienso que deberíamos alcanzar acuerdos para mantener nuestra relación.	1	2	3	4	5
45. Cuando mi pareja quiere hablar acerca de un conflicto, busco pretextos para evitar hablar de ellos.	1	2	3	4	5
46. Me gusta acudir a platicas de orientación para parejas.	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 47. Si tengo conflictos con mi pareja, pienso que si estamos juntos será más fácil resolverlos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Aunque me es difícil, platico con mi pareja acerca de los problemas que tenemos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. He pensado en el divorcio al percibir que ya no hay respeto mutuo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Cuando hay conflictos con mi pareja, los evado pensando": al rato se me olvida" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO
FEDERAL
HGZ/UMF No. 8 San Ángel IMSS.**

México D. F., a _____ de _____ 2006

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Autorizo al personal encargado del proyecto de investigación denominado “LA RESPUESTA EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A EL SERVICIO DE CLISIDA EN EL HGZ/UMF NO.8 IMSS” me sean aplicadas las encuestas para efecto del estudio.

Reconozco que recibí información amplia y precisa sobre el objetivo del estudio, estando en el entendido que la información obtenida será utilizada únicamente con fines estadísticos y de investigación.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad, en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión para hacerlo. Con el derecho de que en cualquier momento puedo decidir salir del estudio.

Acepto

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma